

ПРОФИЛАКТИК ТИББИЁТ СОҲАСИНИ ЯНАДА ТАКОМИЛЛАШТИРИШ - ДАВР ТАЛАБИ
Мадазимов М.М., Ходжиматов Г.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Бугунги кунда юртимизда тиббиёт соҳасига бўлган эътибор давлатимизнинг устувор сиёсати бўлиб, соҳанинг халқаро стандартлар даражасида ривожланишига, тиббий муассасаларни илғор технологиялар асосида жиҳозлашга ва аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини юқори босқичга кўтаришга жиддий эътибор қаратилмоқда. Зеро, бу мамлакатимиз тараққиётида муҳим омил бўлиб, инсон манфаатлари йўлида олиб борилаётган ислохотларнинг ёрқин кўринишидир.

Айниқса, тизимни ривожлантириш бўйича босқичма-босқич олиб борилаётган ишлар эътирофга лойик. Мазкур йўналишда республикамизда “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси“ доирасида тиббиёт соҳасида такомиллаштириш борасида вилоятда, хусусан, институтда салмоқли ишлар амалга оширилмоқда. Хусусан, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 апрелдаги “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 2909-сонли, 2017 йил 5 майдаги “Ўзбекистон Республикасида тиббий таълим тизимини янада ислох қилиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 2956-сонли, 2017 йил 27 июлдаги “Олий маълумотли мутахассислар тайёрлаш сифатини оширишда иқтисодиёт соҳалари ва тармоқларининг иштирокини янада кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 3151-сонли қарорлари ижросини изчил таъминланлашга асосий эътибор қаратилмоқда.

Хусусан, Андижон давлат тиббиёт институтининг моддий-техник базасини мустаҳкамлаш, ўқув-илмий лабораториялар, замонавий ахборот технологиялари воситалари билан жиҳозлаш, қурилиш, реконструкция ва капитал таъмирлаш ишлари бўйича чора-тадбирлари белгиланиб, амалий ишлар олиб борилмоқда.

Тадқиқотларда кўрсатилишича, XX асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб то ҳозиргача ер юзиде инсонларнинг касалланиш структурасида жиддий ўзгариш кузатилиб келинмоқда. Хусусан, юқумли касалликлар эмас, юқумли бўлмаган, яъни, ноинфекцион касалликлар тобора кўпроқ қайд қилинмоқда. Айнан мазкур хасталиклар аксарият аҳолининг меҳнат қобилиятини пасайишига, барвақт ёки беҳосдан ўлимга ва ногиронликка сабаб бўлмоқда. Улар оқибатида юз берадиган ўлим кўрсаткичи 75 фоизни ташкил этмоқда. Айрим мамлакатларда, масалан, Россияда бу касалликлардан келадиغان иқтисодий талофатлар йилига 1 трлн. сўмга (ВВП ни 3 фоизи) етиб бормоқда. Беморлар ва уларнинг яқинлари ҳам дори воситаларига катта сарф-харажат қилиш ва касаллик туфайли даромадларнинг камайиши ёки барвақт нафақага чиқиш каби муаммоларга дуч келишади.

Ана шундай муаммоларнинг мамлакатимизда ҳам юзага келаётганидан кўз юма олмаймиз. Республика миқёсида 18 ёшдан то 64 ёшгача бўлган аҳоли орасида ноинфекцион касалликларнинг хатар омилларини ўрганишга бағишланган тадқиқот ўтказилди ва унда 89 фоиз аҳоли ноинфекцион хасталикларни келтириб чиқарувчи битта ёки кўпроқ хатар омиллари билан яшаб юриши аниқланди. Аҳолининг 50 фоизиде ортиқча тана вазни, 46,3 фоизиде гиперхолестеринемия (қонда холестерин даражасининг меъърдан ортиқ бўлиши), ҳар учинчи кишида артериал гипертония, 9 фоизиде гипергликемия (қонда қанд миқдори меъърдан ортиқ бўлиши), 30,7 фоизиде кашандалик кузатилади. Ҳар бешинчи кишида (20,1 фоиз) юрак-қон томир касалликларининг келиб чиқиш хавфи юқорилиги тасдиқланганлиги эса, сўзсиз, тиббиёт ходимини сергаклантиради. Бу дегани, яқин 10 йил ичида аҳолининг ушбу гуруҳларида жиддий асоратлар (миокард инфаркт, инсульт ва буйрак касалликлари) келиб чиқиш эҳтимоли бор, демакдир.

Шу боис, мамлакатимизда тиббиёт тизимини ислох қилиш, профилактик тиббиёт соҳасига замонавий профилактик технологияларни жорий этиш ва малакали мутахассисларни тайёрлаб бериш каби масалалар давлат сиёсати даражасига кўтарилмоқда. Ноинфекцион касалликлардан аҳолини ҳимоялаш ва уларга қарши профилактик дастур ёки чора-тадбирлар кўриш борасида Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан кўпгина ибратли ишлар амалга оширилмоқда. Мамлакатимизда ҳозирги кунда профилактика тиббий ёрдамнинг етакчи элементи сифатида эътироф этилган. Профилактиканинг туб моҳияти аҳоли саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлашга йўналтирилган комплекс чора-тадбирлардан иборат. Улар соғлом турмуш тарзини шакллантириш, касалликларнинг келиб чиқиши, тарқалиши ва барвақт аниқлаб бартараф этиш, индивидуал гуруҳи ва популяция миқёсида ички ҳамда ташқи муҳит омилларининг саломатликка салбий таъсирини йўқотиб боришни ўз ичига олади.

Ноинфекцион хасталикларни дори-дармонлар билан даволаш қанчалик фойдали ёки истикболли бўлмасин, асосан уларни бирламчи ва иккиламчи фаол профилактика қилишга уриниш ёхуд устувор урғу бериш лозим. Бу ўта долзарб ижтимоий-иқтисодий ва тиббий-миллий аҳамиятга эга масаладир.

Профилактик тиббиёт ечимини маълум даражада юқори тиббий-технологияларга суяниб, эпидемиологик тадқиқотларнинг натижаларидан келиб чиқиб такомиллаштирилган илмий-амалий фаолиятдир.

Ҳозирги кунда ноинфекцион хасталикларнинг келиб чиқишига кашандалик одати сабаб бўлиб, унинг оқибатида аниқланган 300 та омил "ноинфекцион касалликларнинг хатар омиллари" деб аталади. Эпидемиологик текшириш ўтказиш йўли билан биринчидан, ноинфекцион касалликларни ва иккинчидан, ушбу хатар омилларини турли мамлакатларда, туман ва шаҳарларда ҳамда аҳоли гуруҳларида қанчалик тарқалганлигининг чин даражасини аниқлаш мумкин. Унга қараб ноинфекцион касалликлар ва хатар омилларининг тиббий харитасини аниқ ишлаб чиқиш мумкин бўлади. Бу эса даволаш-профилактика муолажаларини тўғри ишлаб чиқишни танлашда ва амалга оширишда биринчи даражали аҳамиятга эга бўлади. Боиси, биринчидан, тиббиётнинг замонавий салоҳияти, кучи ва ютуқлари тўғридан-тўғри тиббиётнинг аҳоли билан бевосита боғланган биринчи бўғини (ҚВП, кўптармоқли поликлиника, маҳалла ва оилада ишловчи)га келиб тақалади. Иккинчидан, дорилар хавфи камаяди, тиббий ёрдамга 100 фоиз аҳоли жалб қилинади ва энг асосийси, касалланиш ва ноинфекцион хасталиклардан ўлимни 90 фоизгача камайтириш имконияти яратилади.

Демак, профилактик тиббиётни мана шундай йўналишда ривожлантириш, шубҳасиз, долзарб ва давлат аҳамиятига молик вазифадир.

Олиб борилаётган профилактик ишлар натижасида мамлакатимиз аҳолисининг ўртача умр кўриши 67 ёшдан 73 ёшга, аёллар ўртасида эса, 75 ёшгача ортди. Фаол профилактик тизим ишлай бошлагани сабаб, мамлакатимизда (масалан, артериал босимни назорат қилиш кучайтирилиши оқибатида) миокард инфарктлари сони 40-50 фоизга ва миёна инсультлари миқдорини 60 фоизга камайтириш имкониятлари яратилди.

Бу кенг қўламли ишлар, айниқса, вазирликнинг артериал гипертонияга қарши курашиш миллий Дастурини мамлакатимиз бўйлаб оммавий "қанот ёзаётганлиги" ва "Ўткир коронар синдромли беморларни аниқлаш ва уларга ёрдам кўрсатиш тўғрисида"ги буйруғи ижросини илмий-амалий таъминланиб борилаётганлиги ҳамда ноинфекцион касалликлар эпидемиологиясини кенг ўрганилаётганлиги кабилар - "Марказдан-ҳудудларга!" шиори остида самарали ва иқтисодий-тиббий аҳамиятга молик ишлар амалга оширилиши учун кенг йўл очади.

Шу ўринда таъкидлашимиз жоизки, профилактик тиббиётнинг назарий ва амалий асосларини ишлаб чиқишда республикаимизда халқаро миқёсда аҳамиятли натижаларга эришилган, кўплаб илмий янгиликлар яратилиб амалиётга жорий қилинган. Хусусан, Андижон давлат тиббиёт институтида хорижий қўламли ҳам эътироф этилган "Профилактик тиббиёт илмий мактаби" яратилган, айнан ушбу мактаб томонидан охириги йилларда мунтазам равишда профилактик тиббиёт бўйича халқаро илмий анжуманлар ўтказилиб, янги технологиялар амалиётга жорий этилмоқда. Ўйлаймизки, бу мактаб республикаимизда шу соҳани ривожлантиришда ва етуқ илмий педагог кадрларни етиштириб беришда етакчи ролни эгаллайди.

Республикаимизда профилактик тиббиётнинг илмий ва амалий географияси кенгайиб бормоқда. Бу қувонарли ҳолат ва истикболли йўналишдир. Профилактик тиббиёт соҳасини янада такомиллаштириш - бу замонамиз учун зарурий ва давр талабидир. Бу халқимизнинг янада узоқ умр кўришига, келажак авлодларимизнинг ақлли, бақувват ва ишчан бўлишига замин яратиб беради. Бошқача айтганда, касалликлардан қорғиб бўлиб яшаш учун ёки самарали даволаниш учун уларни келтириб чиқарувчи хатардан узоқ бўлиб яшаш лозим ёки хатар омилларини босмаслик даркор. Бемор ва тиббиёт ходимида касалликнинг олдини олиш имконияти яратилиши зарур ва бу имкониятдан тўлиқ ва ўз ўрнида фойдаланиш керак.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасидаги олиб борилаётган барча саъй-ҳаракатларимиз инсон манфаатлари йўлидаги эзгу ишларнинг бир далолатидир. Юртдошларимизнинг тиббий хизматдан ҳамиша кўнгли тўлсин, ҳар бир бемор дардига, албатта, малҳам топа олсин. Зеро, Президентимиз айтганларидек, халқимиз тиббиёт ходимларига ишонади, улар, халқимизнинг узоқ умр кўриб, соғ-саломат юришларида, саломатлик посбонлари ҳам касбига хос фидойилик ва жонқуярлик намуналарини кўрсатиб меҳнат қилишларини ҳис этиб яшайди. Бу эса, фаолиятимизнинг асосий мезони бўлиб, халқимиз олдидаги муқаддас бурчимиз ҳисобланади.

I-ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА.

Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность данного исследования связана с тем, что изучение качества жизни (КЖ) – важный инструмент в программе ведения больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Целью проведенного исследования была оценка качества жизни больных разного возраста воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы исследования: ход исследования основан на базе данных 173 пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника; условно разделены на следующие возрастные группы: I (10-20 лет) – 19 человек; II (21-30 лет) – 32; III (31-40 лет) – 36; IV (41-50 лет) – 31; V (51-60 лет) – 36; VI (61-70 лет) – 16, VII (старше 70 лет) – 3 человека. Проводилось анкетирование с применением международных опросников по определению КЖ больных ВЗК (IBDQ, OAS) и дневника пациента, составленного на основании вышеуказанных опросников. Исследование проводилось на базе отделения гастроэнтерологии и гепатологии клиники МИ.

Результаты и их обсуждение. КЖ при ВЗК снижено во всех возрастных группах. В период обострения КЖ составило 154,7 балла, в период ремиссии – 171,1 балла (максимальное итоговое значение по IBDQ – 224 балла). ВЗК сопровождались изменениями в психоэмоциональной и социальной сферах в 100% случаев. У пациентов II-IV групп наличие ВЗК негативно сказалось на сексуальной жизни, у женатых – на семейных отношениях ($p=0,001$). У женщин до 35 лет чаще наблюдалось подавленное настроение и депрессия ($p<0,01$). В III группе 14,5% больных отметили ухудшение семейной жизни в связи с болезнью (непонимание со стороны близких), приведшее к разводу в 4,6% случаев. Пациенты V-VI групп отмечали укрепление внутрисемейных отношений (11,6%) или отрицали влияние ВЗК на семейную жизнь. Снижение КЖ на дооперационном этапе наблюдалось во всех возрастных группах ($p=0,03$). Страх операции (II-IV группы) был связан с вероятностью негативных изменений в социальной сфере после операции ($p=0,007$). Однако через год после операции у 21,9% больных этих групп работоспособность не изменилась, у 37,5% возросла ($p=0,0001$).

Вывод. Степень снижения качества при ВЗК определяется стадией заболевания, его тяжестью, продолжительностью и возрастом пациента. Метод оценки КЖ позволяет осуществлять постоянный мониторинг состояния больных ВЗК в разных возрастных группах и прогнозировать течение заболевания.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. На сегодняшний день одной из самых злободневных задач медицинской науки, и терапии в частности, является проблема лечения коморбидных состояний у терапевтических больных. Наличие двух или более взаимоотягощающих соматических патологий создаёт проблемы в адекватном диагностировании, а вследствие этого, необходимом лечении и прогнозировании заболеваний.

Цель исследования: изучить этиологическую структуру анемического синдрома у пациентов гастроэнтерологического отделения.

Материал и методы. Исследование носило ретроспективный наблюдательный характер. Методом случайной выборки выделено 500 историй болезни пациентов отделения гастроэнтерологии и гепатологии, находившихся на лечении в 2015-2016 гг. У 128 (25,6%) констатирован анемический синдром, мужчин из них 39 (31%), женщин 89 (69%). Средний возраст составил $(58,0\pm 15,9)$ года (от 18 до 92 лет). Всем пациентам выполнялось клинико-лабораторное и инструментальное исследование по показаниям и при наличии согласия пациента.

Результаты и их обсуждение. Была констатирована следующая патология: злокачественные новообразования различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), язвы и эрозии верхних отделов ЖКТ, стриктуры пищевода, полипы и дивертикулы различных отделов ЖКТ, лимфоцитарный колит, язвенный колит, болезнь Крона, цирроз печени ЦП). По тяжести анемии пациенты распределились следующим образом: анемия легкой степени тяжести 66 (51,6%), средней тяжести – 34 (26,6%), тяжелая – 28 (21,8%).

Основной причиной анемии в возрастной группе до 40 лет стал ЦП (50%), от 40 до 60 лет – ЦП (52%), от 60 до 80 лет – сочетанная патология (22%) и злокачественные новообразования (20%), старше 80 лет – патология верхних отделов ЖКТ – 7 (41,4%) и злокачественные новообразования – 5 (29,3%).

Заключение. Анемический синдром выявлен у четверти пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение. Тяжелая анемия констатирована у 21,8% пациентов. Самой частой причиной тяжелой анемии явились злокачественные новообразования различной локализации. В возрастной группе старше 80 лет как наиболее вероятная причина анемии отмечены заболевания верхних отделов ЖКТ, а в возрасте до 60 лет – ЦП.

РОЛЬ АНТАЦИДОВ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. К кислотозависимым заболеваниям в настоящее время относят не только те, в которых соляная кислота выступает как реализующий фактор, но и те, где соляная кислота поддерживает течение

(прогрессирование) болезни, и в лечении которых без блокады секреции (или связывании кислоты) обойтись нельзя. Результаты последних широкомасштабных исследований в разных странах мира показали, что на долю язвенной болезни, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*, приходится 70–80% дуоденальных язв и 50–60% язв желудка. Это вновь заставляет говорить о многогранности патогенетических механизмов повреждения желудочно-кишечного тракта, а комплексную терапию рассматривать как основу лечения этих повреждений.

Целями настоящего исследования были изучение эффективности антацидов у больных хроническим гастритом, хроническим гастродуоденитом в фазе обострения, оценка переносимости препарата и перспектив его дальнейшего использования.

Материал исследования. Исследование проведено у 20 пациентов отделения гастроэнтерологии и гепатологии АндГосМИ. Всем больным проводили эндоскопическое исследование, которое определило тип хронического гастрита по преимущественной локализации, активность его по выраженности эндоскопических данных, осматривалась также и двенадцатиперстная кишка. У 16 больных эндоскопически было подтверждено обострение хронического пангастрита, у 4 – обострение хронического антрального гастрита и дуоденита. Все включенные больные имели сохраненную или повышенную желудочную секрецию. Средний возраст больных составил $36 \pm 2,2$ года (от 16 до 77 лет). Мужчин было 8, женщин – 12. Длительность заболевания составляла: от 1 года до 5 лет – 10 человек, от 5 до 10 лет – 6 человек, более 10 лет – 4 человека.

Результаты исследования и их обсуждение. Боли в эпигастрии у всех больных уменьшились в 1–2-е сутки и у преобладающего большинства больных (11 человек) были полностью купированы на 3–4-е сут ки, а у 3 человек – на 5–6-е сутки. Процент полного купирования абдоминальных болей составил 77,8%. Тяжесть в подложечной области полностью исчезла у 15 (75%) человек на 4–6-е сутки, значительно уменьшилась к концу лечения – у 4 (20%) человек. Изжога купирована на 4–6-е сутки у 9 (52,8%) человек, на 10–11-е сутки – у 3 (17,8%) человек, изжога в целом купирована у 70,6% больных. У 5 (29,4%) человек изжога сохранилась, но уменьшилась по интенсивности. Отрыжка к концу приема препарата исчезла у 3 (60%) больных из 5, у которых регистрировалась исходно. Тошнота купирована у 4 (67,1%) человек в разные сроки от 1 до 8 дней, легкая тошнота сохранилась у 3 (32,9%) человек. Вздутие живота полностью купировано у 12 (85,7%) человек в основном на 3–7-е сутки, у 2 (14,3%) человек к концу лечения сохранялся легкий метеоризм.

У большинства больных на протяжении всего срока лечения сохранялся оформленный стул – у 13 (65%) человек, у 6 (30%) человек консистенция стула была кашицеобразной, у 2 больных, исходно имевших запоры, стул нормализовался, и один больной был вынужден на 4-й день прекратить прием препарата из-за жидкого стула.

Выводы. Результаты исследования позволили оценить антациды как весьма эффективный препарат в лечении больных хроническим гастритом, гастродуоденитом, протекающим с сохраненной и повышенной секрецией. Клинический эффект достигался в короткие сроки – в среднем на 5–7-е сутки. Достаточной дозой для купирования болей желудочной диспепсии является прием 30 мл препарата в день и только в случаях выраженных симптомов ацидоза следует начинать с применения антацидов.

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ СРЕДИ ЖЕНЩИН ПРОЖИВАЮЩИХ В АНДИЖАНСКОМ РАЙОНЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуразакова Д.С., Исмаилов С.И., Юсупова Ш.К., Мухамедова В.М., Мусаев У.У.
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: Изучить частоту встречаемости субклинического гипотиреоза среди женщин проживающих в Андижанском районе Андижанской области.

Материалы и методы. Обследовано 300 женщин в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст составил $33,8 \pm 0,67$ [Ме 32,0; 95%ДИ 32,5–35,1] лет.

Для удобства интерпретации результатов было сформировано 4 возрастные группы. Анализ распределения женщин в зависимости от возраста показал, что большинство из них 121 (42,8%) были в возрасте до 30 лет, в возрастную категорию от 30 до 40 лет вошли 83 (26,7%), от 40 до 50 лет – 58 (18,6%) и 50 лет и старше – 37 (11,9%) обследованных. Дефицит массы тела отмечался у 41 (13,8%) женщин, избыточная масса тела выявлена у 93 (31,3%), ожирением страдали 16 (5,4%). У женщин с тиреоидной патологией исследовался уровень ТТГ (норма 0,17 – 4,05 мIU/L), T_4 (норма 60 – 160 нмоль/л). Данные представлены в виде Ме [25, 75] (Ме — медиана; 25 и 75 перцентили).

Результаты. Тиреоидная патология выявлена у 217 (69,8%) женщин. Наиболее распространенными нозологиями были диффузный нетоксический зоб – 127 (59,5%), смешанный зоб – 21 (9,7%), узловые формы зоба - 11 (5,1%), АИТ - 5 (2,3%). ДТЗ встречался у 19 (8,5%). Гипотиреоз (уровень ТТГ > 4,05 мIU/L) выявлен у 32 (14,7%) пациентов. Пограничные значения уровня ТТГ (4,05–10,0 мIU/L) определены у 27 (12,4%), манифестный гипотиреоз (уровень ТТГ более 10 мIU/L) — у 5 (2,3%). Субклинический гипотиреоз (СГ - уровень ТТГ > 2,5 мIU/L и T_4 в пределах нормы) установлен у 36 (16,5%) женщин.

У молодых женщин (средний возраст $23,0 \pm 0,40$ лет [Ме 23; 19, 27]) субклинический гипотиреоз встречался в 10,5% случаев, с увеличением возраста его частота увеличивалась, достигая 18,9% в возрастной группе 50 лет и старше. Следует отметить, что средние значения ТТГ также увеличиваются с возрастом: от $1,68 \pm 0,19$ мIU/L (до 30 лет) до $2,92 \pm 0,65$ мIU/L ($P=0,01$).

Заключение. Результаты исследования показали значительную распространенность патологии ЩЖ среди обследованных женщин (69%). Из диагностированной тиреоидной патологии наиболее распространенным оказался ДНЗ (67%). Субклинический гипотиреоз установлен в 16% случаев. С возрастом увеличиваются и частота СГ и уровень ТТГ.

ПОИСК СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ОСНОВЕ ЭКЗОТОКСИНА ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА

Абдурахимов А.Х., Касымова И.К., Загрутдинов Ф.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Почечная недостаточность - патологическое состояние, при котором почки частично или полностью утрачивают способность поддерживать постоянное содержание и распределение воды и солей в организме человека. В результате, в организме возникает гипергидратация, которая характеризуется прогрессирующим нарастанием отеков вплоть до анасарки, отека легких.

Встречаемость ХПН составляет примерно 150—200 на 1 млн населения, отражает в определенной степени уровень обеспеченности методами внепочечного очищения. Число новых больных ХПН, которым требуется лечение гемодиализом, колеблется в очень широких пределах: от 18—19 (по данным отдельных центров в Швейцарии, Дании, Австрии) до 67—84 на 1 млн населения в год.

Цель и задачи исследования: Разработка и внедрение нового средства лекарственного препарата холерогенного происхождения для лечения ХПН.

Научно-практическая значимость: Результаты эпидемиологических исследований позволили установить, что проблема программного гемодиализа и трансплантации почки все еще далека от своего разрешения в социально-экономическом аспекте: ни одна страна в мире не может обеспечить этими видами терапии всех нуждающихся в них больных. Так, в США из 55000 человек, погибающих ежегодно от ХПН, 7500 являются кандидатами для лечения программным гемодиализом, но только 2600 из них могли быть им обеспечены (Burton, 1969).

Поэтому для разрешения этой проблемы нами предлагается использовать экзотоксин холерного вибриона.

При применении экзотоксина холерного вибриона потеря жидкости организмом будет происходить за счёт увеличения выделения жидкости с каловыми массами. По результатам литературных данных, при холерной инфекции из организма выделяется с калом около 2 литров жидкости в час.

Ожидаемые результаты: Применение экзотоксина холерного вибриона приведет к увеличению выведения жидкости из организма и будет способствовать уменьшению нагрузки на почки.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Абдурахманова М.А., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Пулатов Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучение особенностей клинического течения кариеса молочных зубов у детей.

Материал и методы: Нами обследовано 50 детей в возрасте от 2 до 6 лет, обратившись по поводу лечения на кафедру повышения квалификации и переподготовки врачей общей практики и с курсом стоматологии.

Состояние эмали и дентина, локализация и глубина кариозного поражения определены методом зондирования, интенсивность кариеса по индексу кп- зубов, активность кариозного поражения: компенсированная форма (до 4-х пораженных зубов кариесом), субкомпенсированная форма (от 5 до 8) и декомпенсированная форма (9 зубов и более). (предложено Т.Ф.Виноградовой 1972г)

Результаты: На основании данных, полученных клиническим анализом, у 12 детей (22,6%) в области фронтальных зубов верхней челюсти выявлен циркулярный кариес, локализующийся в пришеечной области и опоясывающий по ее периметру. В отдельных зубах коронковая часть отсутствовала по причине ее отлома.

Плоскостная форма кариеса выявлена у 15 детей (28,3%), то есть кариозное поражение во фронтальных зубах определялось больше по поверхности нежели в глубь, обхватывая вестибулярную и контактную поверхности. В молярах отсутствовали эмаль и часть дентина по жевательной и шеечной поверхностям, в некоторых зубах отсутствовали стенки кариозной полости.

Развитие цветущего кариеса, т.е. острое течение кариозного поражения, обхватывающее большое количество зубов, отмечено у 17 детей (32,1%). При этом эмаль и дентин были светлые, мягкие, легко снимались экскаватором. Значение индекса «кп» зубов в среднем составило 14,8. Количество пораженных кариесом зубов составило от 9-ти до 20-ти зубов (декомпенсированная форма).

Медленное течение кариеса определено у 9-ти детей (17,0%), при котором дентин был темным, сухим, плотным, удалялся экскаватором с трудом.

Компенсированная форма кариеса выявлена у 7 детей (13,2%), субкомпенсированная форма— у 25 (47,2%), декомпенсированная форма— у 21 (39,6%).

Выводы: У детей встречаются формы кариеса, характерные только для временных зубов, требующие правильной постановки диагноза и выбора общего и местного лечения.

ПОРАЖАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ И УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ У ДЕТЕЙ

Абдурахманова М.А., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучить распространенность и интенсивность кариеса зубов среди детей 7-9-летнего возраста общеобразовательной средней школы.

Материал и методы: Стоматологическое обследование проводилось в общеобразовательной средней школе №4 города Андижана. Всего обследовано 114 детей в возрасте 7-9 лет, из них мальчиков— 59, девочек— 55.

Распространенность стоматологической патологии оценивалась в процентах, показатель интенсивности кариеса индексом КПУ+кп(сменный прикус), гигиеническое состояние полости рта индексом гигиены Green, Vermillion (1964).

Результаты: Исследование доказало, что до 95% детей имеют кариес зубов. При обследовании детей в возрасте 7-9 лет выявлена высокая распространенность кариеса – 92,4%, реализация кариеса происходила в основном за счет временных зубов. Распространенность кариеса постоянных зубов в отдельности составила 51,3%. Интенсивность кариеса по индексу КПУ+кп у всех обследованных детей составила 6,3.

Обследование показало, что интенсивность кариеса у лиц со смешанным прикусом, когда во рту уже имеются постоянные зубы и еще сохранились молочного, в структуре индекса кп компонент «к» составил 4,2, компонент «п» - 1,6, т.е. у каждого ребенка лечебным манипуляциям подлежало 4,2 зуба (терапевтическое и хирургическое лечение). В структуре КПУ компонент «К» равнялся 0,6, компонент «П» - 0,2, компонент «У» - 0.

Анализ гигиенического состояния полости рта у обследованных детей в целом составил 1,2, что характеризует состояние гигиены полости рта как удовлетворительное. При анализе распространенности различных уровней гигиены хороший уровень выявлен у 9,2%, удовлетворительный – у 63,1%, неудовлетворительный – 24,8%, плохой – у 2,9%.

Выводы: Высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей диктует необходимость проведения в полном объеме санации полости рта, первичной профилактики кариеса первых постоянных моляров, проведение санитарно-просветительной работы и обучение гигиене полости рта.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЕ МАСТИТ В УСЛОВИЯХ СП

Абдурахмонова М.А., Рахматова М.М., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Мастит это воспаление молочной железы. Заболеванию подвержены от 15 до 45 лет. Чаще всего мастит связан с кормлением грудью. Самым важным для предупреждения мастита является предупреждение трещин в сосках правильное сцеживание после кормлений и соблюдение гигиены. При первых признаках нарушения оттока молока (внезапный подъем температуры до 39 градусов, боли и напряжения в молочной железе) необходимо обратиться к врачу, чтобы избежать хирургического вмешательства. Но из-за увеличения активности лимфо и кровообращения в переходном периоде и различных гормональных нарушений репродуктивного возраста, наиболее часто болеют маститом с 14 до 18, с 19 до 24 и с 30 до 45 лет. Причиной мастита могут быть любые повреждения на коже груди. Через поврежденную ткань микробы попадают в лимфатические сосуды, а по ним в соединительную ткань молочной железы, что и вызывает ее воспаление. Возникновение трещин в сосках – это первый опасный сигнал. Далее внезапно могут появиться распирающие боли в молочной железе.

В этом случае она набухает, становится плотной, тугой, резко болезненной, кожа краснеет, может возникать озноб и подниматься температура. Это состояние требует немедленного обращения к врачу, потому что если лечение начать сразу, то выздоровление наступит уже через несколько дней. Ни в коем случае нельзя запускать болезнь или заниматься самолечением. Применяемые при самолечении средства не устраняют причину, вызвавшую воспалительный процесс, и он продолжает развиваться. Тогда на места уплотнения в груди возникает размягчение, что свидетельствует об образовании гноя. В этом случае необходима срочная операция, промедление может вызвать серьезные осложнения. В целях профилактики мастита женщины должны соблюдать правила личной гигиены, если в осмотре груди она обнаружит на соске трещины нужно немедленно обратиться к врачу.

Также важно лечить кариоз и хронические воспалительные заболевания, например тонзиллит, потому что по кровеносным сосудам микробы могут попасть в ткани молочной железы из очагов воспаления других органов. Лечение начинают при первых признаках заболевания. Назначают антибиотики в сочетании с согревающими компрессами на молочную железу (со спиртом или с мазью Вишневского). Лактацию следует подавить. Ребенка кормят сцеженным донорским молоком. При нагноении показано хирургическое вмешательство. Необходимо изолировать мать и ребенка от других родильниц и новорожденных.

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ АХОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ

Абдурахмонова М.А., Рахматова М.М., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.

Андижон давлат тиббиёт институти

Бутун дунёда ОИВ-инфекцияси пандемияси кўламларининг ортиб бориши, бугунги кунгача унинг махсус профилактикаси воситаларининг йўқлиги, даволашнинг қимматлиги ва касалликнинг ижтимоий-иқтисодий оқибатлари мазкур касалликни инсониятнинг бутун дунё микёсидаги энг долзарб муаммолари каторига киритилишига тўлиқ асос бўлади.

Дунёда 60 миллиондан ортиқ одамга ОИВ-инфекцияси юккан. Булардан 25 миллион одам вафот этди ва 33 миллиондан ортиқ одам (3 миллиондан ортиқ болалар) бугунги кунда ОИВ-инфекцияси билан яшамоқда.

Мустақил Давлатлар ҳамдўстлиги мамлакатлари орасида ОИВ тарқалганлигининг энг юқори даражаси Россия ва Украинада кузатилмоқда. Бу ОИВ юкиш хавфи юқори бўлган гуруҳлар – гиёҳванд моддаларни томир орқали қабул қилувчи шахслар, эркак билан эркак ўртасидаги жинсий алоқа қилувчилар, рағбатлангириш эвазига интим хизмат кўрсатувчи аёллар, камалганлар ва мигрантлар орасида ОИВ инфекциясининг кенг тарқалганлиги билан боғлиқ.

ОИВ инфекциясига чалиниш тарқалиш йўллари, санитария ва ижтимоий омиллар билан белгиланади. Фақат касалликнинг барча босқичларида бўлган ОИВга чалинган шахсларгина инфекция манбаи бўлиб хизмат қиладилар. Вирус қон, сперма, бачадондан ажралувчи суюқлик ва она сути каби суюқликлар билан бирга энг кўп микдорда ажралиб чиқади. Организмининг бошқа физиологик суюқликларида (плеврал, перитонеал, орқа мия, синовиал суюқликлар, сўлак, кўз ёши, тер) вируснинг концентрацияси кўп бўлмайди ва улар орқали вируснинг тарқалиши исботланмаган. Нажас, сийдик, бурундан чиқувчи ажралмалар, балғамдан вирус ташки муҳитга

ажралмайди. Вирус ташки муҳитда турғун эмас. Хона ҳароратида бир ҳафтагача сақланиб туради. Физик ва кимёвий (куёш, ултрабинафша ва ионловчи нурлар, таркибида хлор сақловчи эритмалар, спирт, водород пероксида) омиллар таъсирида вирус юкиш қобилятини тез йўқотади.

Инфекция куйидаги йўллар билан юкиши мумкин:

Қон орқали (парентерал йўл) – қон куйилганда зарарланган қон орқали, турли инвазив муолажалар учун ифлосланган асбоблардан қайта фойдаланилганда (инъекция, кичик ва катта жарроҳлик амалиётлари, шу жумладан косметик муолажалар). Қон таркибида вируснинг концентрацияси энг юқори бўлганлиги сабабли, парентерал йўл билан инфекция юкиш хавфи 92,5 фоизни ташкил қилади;

Жинсий алоқа йўли билан – гетеро ва гомосексуал жинсий алоқаларда, айниқса, алоқа жинсий аъзолар шиллиқ пардаларининг жароҳатланиши билан амалга оширилганида (зўравонлик билан қилинган жинсий алоқа ва ҳ.к) юкиши исботланган. Жинсий алоқа йўли билан инфекциянинг юкиш хавфи бир фоизни ташкил қилади. Шуни ҳисобга олиш лозимки, аёлларга касаллик юкиш хавфи эркакларникидан юқоридир. Бундай ҳолат аёллар организмнинг анатомик-физиологик хусусиятларига кўра зарарланган материал билан узоқ вақт контакта бўлиши ва аёлларнинг ички жинсий аъзоларида лимфод хужайраларнинг катта тўпламлари мавжуд бўлиши билан боғлиқ. Бундан ташқари, аёлларнинг жинсий аъзолари турли механик жароҳатлар ва яллиғланишларга кўпроқ мойилдир.

Вертикал йўл – инфекциянинг онадан болага ҳомиладорлик пайтида (зарарланиш хавфи 10-15%), туғиш пайтида (60-65%) ва кўрак сути билан овқатлантириш пайтида (20-25%) юкиши.

Эпидемия ривожланишида инфекция юкишининг парентерал ва жинсий йўллари алоҳида аҳамиятга эга. ОИВ-инфекцияси трансмиссив йўл (касалдан соғлом одамга ҳар хил қон сўрувчи хашорат ва каналар орқали) билан юкмайди.

ЗНАЧЕНИЕ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Абдурахманова М.А., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Разработать программу гигиенического воспитания детей и подростков 12 и 15 лет в условиях средней школы №4 города Андижана и оценить её значение в повышении мотивации школьников к профилактике кариеса зубов.

Материалы и методы. На первом этапе был проведен социологический опрос, в котором участвовали 80 школьников 6-х (40 детей) и 9-х классов (40 подростков) средней школы №4 города Андижана. Анкета включала 14 вопросов по стоматологическому здоровью, умению и навыкам по уходу за полостью рта. Среди школьников проведены различные методы первичной профилактики стоматологических заболеваний. Проведён контроль усвоения материала и приобретения полезных навыков.

Результаты. Исходный уровень знаний школьников по вопросам стоматологического здоровья оказался низким. Дети не знали правильных ответов на элементарные вопросы, следовательно, не сформированы гигиенические навыки. Так, 81,2% опрошенных лиц чистят зубы 1 раз в день, и не знают, что чистить зубы необходимо 2 раза в день. Вообще не чистили зубы 18,8% человек. К сожалению, лишь 15,0% детей знали о правилах хранения зубных щёток.

Только по поводу удаления зубов посещали стоматолога 45,0% детей и не имели понятия о профилактических осмотрах и лечебных мероприятиях. Из большинства опрошенных 90,0% лиц перекусывали между приёмами основной пищи и в избыточном количестве употребляли газированные напитки и сладости. Почти половина из опрошенных детей и подростков (44 (55,0%) человека) вообще не посещали врача-стоматолога.

Просмотр обучающей тематической мультимедийной презентации по вопросам гигиенического воспитания детей показал высокий процент усвоения материала, доступность и информативность. По результатам опроса, 91,3% школьников правильно ответили на все вопросы, отметив важность полученной информации; 8,7% не могли ориентироваться в поставленных задачах и не усвоили материал. Практическое применение полученных знаний доказало пользу и эффективность привитых навыков.

Выводы. Проведена коррекция выявленного низкого уровня просвещённости детей и подростков 12, 15 лет в области стоматологического здоровья путём санитарно-просветительской работы с использованием современных технологий. Разработанная программа способствует усвоению гигиенических навыков и привитию полезных привычек.

СУРУНКАЛИ ЮВЕНИЛ АРТРИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ УСУЛИНИНГ ҚЎЛЛАШ УСЛУБИ

Абдурашидов А.А., Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти

Самарқанд тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Замований болалар ревматологиясининг энг долзарб муаммоларидан бири бўғимларнинг сурункали яллиғланиш касалликларининг олдини олиш ва уларни баргараф этишдир. Бундай касалликларга ювенил сурункали артрит (ЮСА), тизимли қизил югурик (ТКЮ), дерматомиозит (ДМ), ювенил анкиллозланувчи артрит (ЮАА) ва бошқалар қиради. Юқоридаги айтиб утилган нозологик шаклларга таянч-харакат аппаратининг узоқ муддатли яллиғланиш жараёни хосдир, бу жараён эса болаларни эрта ногиронликларга олиб келиши мумкин. Болалар ревматологларининг кўп йиллик амалий тажрибалари шуни далил қиладики, яллиғланишга қарши ностероид препаратлари қўллагач, фақатгина 30% ЮСАни энгил турига учраган беморларда керакли натижани олиш мумкин ҳолос.

Таткикод мақсади. ЮСА юкори фаол шаклларининг интенсив терапиядаги қўлланиладиган усуллардан бири глюкокортикоидлар билан пульс-терапияни ўтказишдир.

Материал ва текширув усуллари: Текширув учун ЮСА билан оғриган 35 нафар бемор танлаб олинди. Текширув гуруҳида пульс-терапия ўтказилиши учун қуйидаги меъзонлар инобатга олинган: Иситма, артрит, серозит, гематологик бузилишлар, югурикли нефрит, асаб тизимининг бузилишлари, генерализацияланган васкулит. Юкорида кўрсатилган меъзонлар талабига фақатгина ЮСА билан 17 нафар бемор жавоб берган. Назорат гуруҳига стандарт терапия олувчи 18 нафар аналогик бемор киритилган. Даволаш қуйидаги режа асосида олиб борилди: беморларга биринчи 2 кунда вена ичига томчилаб 30-40 дакика давомида 1000 мг метилпреднизолон жунатлади, учунчи кунга эса шунга циклофосфан (ЦФ) 7-10 мг/кг ҳисобида қўшилади. Томир ичига жунатиладиган эритма таркибига 100 мл физиологик эритма, 2 500 ЕД гепарин бирлиги киритилган. ЮСА билан юкори артериал босим ва шишлари бор беморларга бирданига гипотензив ва сийдик хайдовчи препаратлари ҳам қўлланди. Комбинацияловчи терапия ўтказилганидан сунг, 4 чи кундан бошлаб беморлар кортикостероид препаратларни ўртача 40 мг/сут перорал қабул қилишни бошлаганлар, баъзи бир ҳолатларда цитостатик ва антикоагулантлар билан биргаликда қабул қилишган.

Текширув натижалари. Комплексли терапия кузатилаётган беморларда биохимик кўрсаткичларнинг яхшиланишига олиб келган, лекин уларнинг яхшиланиш даражаси ўрганилаётган гуруҳларда турличадир. Масалан синал кислоталарнинг концентрацияси фақатгина беморларнинг 2-гуруҳида пасайиши кузатилган, лекин беморларни стационарга келганидаги натижаларига таққослаганимизда, уларнинг тушишига қарамай, тўлиқ меъёрланиши кузатилмаган. Буларга ўхшаш ўзгаришлар дифениламин кислоталар концентрациясини таққословчи баҳоланишида ҳам аниқланган. 1-гуруҳ беморларига нисбатан 2-гуруҳ беморларида Мален синамаси назорат муддатини охирида кўпроқ мусбат бўлган. Вельтман синамаси қўйилганида қизиқарли натижалар олинган. Масалан, беморларни 1-гуруҳида назорат босқичини охирида бу кўрсаткични меъёрланиши кузатилган, беморларни 2- гуруҳида эса экссудатив яллиғланишининг мавжудлигини кўрсатган, чапга силжиган ҳолатида сақланилиб қолган. Ўтказилаётган терапияга қарамай, С-реактив оксил барча гуруҳ беморларда аниқланган, унинг кўп миқдори 2-гуруҳ беморларида кузатилган. 2-гуруҳ беморларида антиревматик терапия қонни умумий оқсилга анчагина ёмон таъсирини кўрсатган. Масалан, терапия фониди уларда умумий оқсил камайган. Бизнинг фикримизча, нефрит фониди кечувчи, айнан селектив протеинурия билан боғланган. Аналогик ўзгаришлар альбуминга нисбатан топишган. Масалан, 1-гуруҳ беморларидаги гипоальбуминемия пульс-терапия ўтказилганидан сўнг меъёрига келган. Беморларни 2-гуруҳида эса даволанишни 7-кунда меъёрланиш аниқланган. Бу ҳам, нефрит фониди кечувчи селектив протеинурия билан боғланган. Комплекс терапия ўтказилганида β-глобулинлар концентрацияси 2- гуруҳ беморларида камайган, қон зардобидидаги γ-глобулинлар концентрацияси 2-гуруҳ беморларда анчагина кўтарилган, бу эса яллиғланиш жараёнини сурункалик характерга эгалиги ҳақида ўйлашга асос бўлади, ёки билвосита антитаначалар ҳосил бўлиши ёки гипергаммаглобулинемияни сустантириши ҳақида ўйлаш мумкин. Шунингдек, педиатрияда ЮСА тизимли шаклдаги касалликларни кунилик амалиётда қўлланиладиган усуллари самарасиздир ёки самарасини топиши учун беморларни узок муддатли назорат қилишни талаб этади. Лекин, бугунги кунда шу касалликларни оғир кечиши жиддий оқибатларига, хаттоки ўлим ҳолатига олиб келадиган асоратлари терапияга янги ёндошишни талаб этади. Ҳозирги замонда янги қўлланилаётган перорал глюкокортикоидлар ҳар доим керакли самарасини топа олмайди. Бу борада метилпреднизолон билан ўтказилатилган пульс-терапия қўлланилиши узига жиддий эътибор тортади. Пульс-терапияни ижобий самарасининг ривожланиши кўпроқ аутоаллергологик ва иммунологик яллиғланишнинг занжир реакциясини тўхтатишига боғлиқдир, бу эса «берк доирани» очилишига олиб келади, яъни тўқима эндо (ауто) аллергенларни ва комплексни фаоллигини сусайтиради. Лизосомал ферментларни ва яллиғланиш медиаторларни ишлаб чиқарилишини сусайтиради ёки тўхтатади.

Метилпреднизолон билан ўтказилаётган пульс-терапия - сурункалик яллиғланиш ҳолатларида эътиборга сазовор бўлган, айниқса одатдаги терапия самарасини бермаганида яхши даволаш усули бўлиб, симптомларни тез ва самарали, мустақам енгиланишини узок режимидаги қўлланилаётган ва организмдан тез чиқиб кетувчи стероидларни ноҳўя таъсирларини камайишини таъминлайди. Текширув гуруҳларга киритилган барча беморлар интенсив терапияни ўтказишидан аввал преднизолон 10-20 мг/сут, ва дезагрегантларни (трентал 50 мг 2 маҳал/сут), яллиғланишга қарши ностероид препаратлари (ЯКНП) (диклофенак ёки индометацин 25 мг/сут) 3 маҳал қабул қилганлар. Уларни самарасизлиги туфайли биз пульс-терапияда метилпреднизолон препарати (12.5-15 мг/кг) қўлладик, кейинчалик гемостази кўрсаткичлари ортиб кетганида дезагрегантлар вена ичидан юборилди. **Хулоса.** Патогенетик принцип асосида ишлаб чиқилган пульс-терапияни глюкокортикоидлар ва циклофосфан билан биргаликдаги мегадозалари билан ўтказилганида, даволашни юкори самарадорлигини оширади, асоратларни ва летал оқибатларни камайишига қафолат беради ва шу категориядаги бемор болаларни ҳаёт сифатини яхшиланишига ва кўтарилишига олиб келади.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: разработать методические подходы к клинической, социально-психологической и биологической идентификации женщин с алкогольной зависимостью в соответствии с уровнем их социального функционирования для выработки адекватных организационно-терапевтических мероприятий

Материал и методы исследования: Работа основана на клиническом исследовании 380 женщин, страдающих алкогольной зависимостью, находившихся на лечении в стационаре Андижанского областного наркологического диспансера с последующим амбулаторным лечением и наблюдением в Андижанском областном психоневрологическом диспансере в период за 2015-2018 гг

Результаты исследования: Многофакторное исследование женщин с алкогольной зависимостью показало, что они имели существенные отличия по основным клиническим и социально-психологическим параметрам преморбидного и морбидного периодов. Для их сопоставления все изученные клинические и социальные параметры были подвергнуты дискриминантному анализу, в рамках которого было выделено две дискриминантные функции: 1) ДФ1 - клинические параметры, 2) ДФ2 - социальные параметры, отражавшие уровень социального функционирования. Анализ коэффициентов в пространстве двух выделенных дискриминантных функций показал, что по всем изученным клиническим и социальным интегральным показателям обследованные основной группы разделились на 3 подгруппы, которые в зависимости от особенностей социального функционирования были обозначены как 1 подгруппа - социально адаптированные, 2 подгруппа - диссоциальные, уклоняющиеся от выполнения морально-нравственных норм, что непосредственно угрожало благополучию межличностных отношений, 3 подгруппа - антисоциальные, поведение которых противоречило правовым нормам, угрожало социальному порядку и благополучию окружающих, что проявлялось в форме правонарушений, влекущих за собой уголовную или гражданскую ответственность и соответствующее наказание.

У пациенток I подгруппы (социально адаптированные 125 человек; 32,90 %) при среднем возрасте $45 \pm 2,34$ лет длительность алкогольной зависимости была $8,2 \pm 0,98$ года. В большинстве случаев болезнь формировалась в относительно позднем возрасте (48,80% заболели в возрасте 26-40 лет; 24,8% - в возрасте от 40 лет и старше) с практически незаметным снижением морально-этических и интеллектуально-мнестических качеств. Толерантность к алкоголю возрастала медленно, «плато» толерантности устанавливалось через 5 и более лет (79,2%) на уровне до 750-1000 мл 40° алкоголя в сутки. Предпочтение отдавалось употреблению водки и дешевого вина без систематического употребления суррогатов алкоголя. Постоянная форма злоупотребления алкоголем наблюдалась крайне редко (0,8%), обычно наблюдались псевдозапой и запои длительностью до 7 дней (64,8%).

Вывод: Алкогольные психозы наблюдались в 43,2% случаев, протекали чаще в форме острого галлюциноза (32,0%), либо делирия (11,2%). В прошлом лишь 24,8% пациенток обращались за наркологической помощью. Женщинам первые проявления злоупотребления алкоголем удавалось скрыть. Они длительное время переживали чувство развивающейся болезни.

АПАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ СТРУКТУРА И ДИНАМИКА

Аграновский М.Л., Сарсембаев К.Т., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт
Казахский национальный медицинский университет

Цель исследования: изучить структуры и динамики апатической депрессии.

Материалы и методы исследования: В исследование включены больные, проходившие стационарное лечение в условиях 5 отделений в АОПНД, чье состояние соответствовало критериям МКБ-10 для: F 31.3; F 32; F 33; F 34. Исключались варианты депрессии психотического уровня, депрессивные расстройства при шизофрении, органическом поражении ЦНС, хроническом алкоголизме, токсикомании или обострении соматических заболеваний. Обследовано 100 больных (41 мужчина и 59 женщин). Возраст пациентов - 17-71 год (среднее возраста $35,8 + 2,6$ лет).

Результаты исследования: выделены группы: с доминирующей апатией в аффективном звене (59%); доминирующая апатия в аффективном звене с тоскливыми включениями (18%); доминирующая апатия в аффективном звене с тревожными включениями (23%).

Приведенные данные показывают, что большая часть пациентов (58%) состоит в устойчивых партнерских отношениях (брак, гражданский брак). 55% имеют детей. При этом на содержании (пенсия или на иждивении) находятся 56%, а группа инвалидности лишь у 10%. Отмечен высокий уровень образования - высшее и неоконченное высшее у 70% пациентов, а также достаточно высокий социальный статус - 46 % служащих. 37 больных поступили в стационар впервые, 29 однократно госпитализировались, 14 - дважды, 20 - более трех раз.

Согласно критериям МКБ-10 состояние 10 больных оценивалось как биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод (Р 31.3), 23 - депрессивный эпизод (Б 32), 67 - рекуррентное депрессивное расстройство (Б 33).

Большая часть наблюдавшихся депрессий начиналась в молодом возрасте: 49% заболели до 30 лет, 21% до 40 лет, 30% после 40 лет.

Длительность заболевания на момент обследования составляла в среднем $40,9 + 10,0$ месяцев. Максимальная продолжительность 198 месяцев (16,5 лет), минимальная 3 месяца.

Наибольшая продолжительность депрессивного расстройства отмечалась в старших возрастных группах: 4,6 лет в возрастной группе от 31 до 40 лет и 3,8 года в возрастной группе от 41 до 50 лет, 3,9 года в возрастной группе старше 50.

Среднее длительности эпизода (в месяцах) различалось по возрастным группам: Диаграмма 1 (N=100). Средняя продолжительность эпизодов.

Наибольшая длительность эпизода отмечалась в возрастной группе старше 50 (5,1 месяц), а также в возрастной группе от 21 до 25 лет (4,8 месяца).

Выводы: 1. Проведенное исследование подтверждает правомерность оценки апатии как одного из значимых компонентов (наряду с тревогой и тоской) аффективной составляющей депрессивных расстройств.

2. На основании преобладания (значительной представленности) и выраженности апатии по отношению к другим составляющим аффективного расстройства, можно выделить вариант апатической депрессии.

3. Апатия определяет особенности структуры всех составляющих апатической депрессии: аффективные, идеаторные, моторные, а также соматовегетативные:

4. Субъективное ощущение снижения или отсутствия эмоционального отклика как на положительные, так и на

отрицательные события. Объективное восприятие субъективно значимых событий.

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН, МУЖЬЯ КОТОРЫХ ЗАВИСИМЫ ОТ ОПИАТОВ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Азимова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Целью исследования является изучение клинических особенностей аутоагрессивного поведения женщин, мужья которых зависимы от опиатных наркотиков, и разработка рекомендаций по его ранней диагностике и профилактике.

Материалы и методы исследования: за период 2016 - 2018 годы были обследованы 34 семьи больных опиоидной наркоманией. Другими словами, 34 мужчин больных опиоидной наркоманией (МБН) и, соответственно, их жены (ЖМБН), возраст обоих супругов находился в пределах 18 - 38 лет (средний возраст $26 \pm 1,7$).

Результаты исследования: анализ частоты встречаемости психической патологии в семьях больных опиоидной наркоманией показал, что наибольший удельный вес занимал алкоголизм по линии отца (41,1%). В группе женщин, мужья которых больных опиоидной наркоманией отягощенность алкоголизмом была существенно меньше (26,5%). Частота заболеваемости наркоманиями по первой линии родства встречалась со стороны отца и матери в группе больных (17,6%). По второй линии родства она отмечалась лишь в группе женщин - мужчин, больных наркоманией (5,8%).

Среди других психических заболеваний шизофрения установлена только в группе пациентов. Аффективная патология наблюдалась у родственников обеих групп. Удельный вес составил 11,7% - группа МБН; 17,5% - группа ЖМБН.

К моменту исследования социальный статус больных был следующим: в неполной семье воспитывались 35,3% - больные опиоидной наркоманией и 17,6% - жены больных опиоидной наркоманией.

Среди неблагоприятных микросоциальных условий в анамнезе отмечались: низкое материальное положение (52,9% - группа МБН и 32,3% - группа ЖМБН). Обследуемых из группы больных нигде не работали (55,8%), были заняты на непостоянной низкоквалифицированной работе 26,4%. В группе созависимых жен подавляющая часть обследованных работала на должностях, согласно полученному образованию - 64,7%; оставшиеся также работали, но не по дипломированной специальности (низкоквалифицированный труд) - 35,3%. У всех обследуемых в анамнезе повторные браки не зафиксированы. Срок семейной жизни в браке составил $7 \pm 0,8$ лет. Возраст вступления в брак $19 \pm 0,9$.

Что касается группы больных опиоидной наркоманией, то первые пробы наркотиков практически у всех пациентов приходились на 15-17 лет. Часть больных начинала с употребления гашиша (обычно в возрасте 15 лет), другая часть - с опия (в 16-17 лет), чаще всего, интраназально.

Выводы: Полученные результаты позволяют говорить о негативной наследственной отягощенности созависимых жен, по сравнению с женами группы контроля как в отношении более частой актуализации суицидальных мыслей, так и в отношении предшествующих суицидальных попыток.

ВЛИЯНИЕ НАРКОМАНИИ РОДИТЕЛЕЙ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА

Аграновский М.Л., Усманова М.Б., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Изучение влияния наркомании на психических расстройств у детей первых лет жизни имеет широкое научное и практическое значение. Этиологические факторы, приводящие к их возникновению, многообразны. Одним из таких факторов является наркомания родителей, в частности, анашекурение.

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучение распространённости анашекурения среди отцов, дети которых страдают психическими расстройствами.

Материал и методы: Нами было обследовано 122 ребёнка в возрасте от 1 года до 5 лет, страдающих психическими расстройствами, а именно, интеллектуальной недостаточностью, органическим поражением ЦНС и судорожными расстройствами. Все дети были распределены на три группы: с интеллектуальной недостаточностью - 45 детей (36,7%), судорожными расстройствами - 36 детей (29,6%) и органическим поражением ЦНС - 41 ребёнок (33,7%).

Клинико-анамнестическое обследование детей и их родителей, а также анализ амбулаторных карт, включал изучение факторов риска, действующих в различные периоды развития плода и ребенка, раннего анамнеза и этапы нервно-психического развития ребёнка.

Результаты исследования: наиболее часто анашекурение среди отцов встречается у детей, страдающих интеллектуальной недостаточностью: у 3 детей (6,7%) со средней степенью дебильности отцы регулярно употребляли анашу (в неделю, в две недели 1 раз), у 6 детей (13,3%) с лёгкой и средней степенью дебильности, отцы эпизодически употребляли анашу (в месяц, в 2-3 мес 1 раз).

Среди детей с органическим поражением ЦНС частое анашекурение отцов имело место у 2 детей (4,9%), у 1 ребенка (2,4%) отец употреблял анашу эпизодически.

У 3 детей (7,7%) с судорожными расстройствами отцы употребляли анашу эпизодически (1 раз в 3-4 месяца).

Вывод: Проведённый анализ групп детей по нозологиям и их факторов риска выявил следующее: у детей, страдающих интеллектуальной недостаточностью, отмечается большая совокупность отягощающих социально-биологических факторов, действие которых начинается уже с периода внутриутробного развития. Одно из ведущих мест среди этих факторов занимает анашекурение отца.

ДИНАМИКА ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ С СОМАТОГЕННОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Мирзаев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучение клинки и динамики соматогенно-стрессорных психических нарушений, развившихся у больных героиновой наркоманией после перенесенных угрожавших жизни несчастных случаев и их влияния на клиническую динамику наркотической зависимости, для выработки терапевтической тактики.

Материал и методы исследования: проведено рандомизированное контролируемое исследование 115 больных опийной (героиновой) наркоманией (все мужчины), перенесших тяжелые острые соматические расстройства - отравления и травмы, потребовавшие длительного стационарного лечения. Острые отравления наркотиками («передозировки») перенесли 80 человек. Средняя длительность пребывания на стационарном лечении в специализированных токсикологических отделениях по поводу отравлений составляла у них $26 \pm 4,5$ дней.

Результаты исследования: Проведенное исследование показало, что тяжелые соматические поражения, произошедшие в результате несчастных случаев (отравления и травмы), связанных с приемом наркотиков вызывали у больных героиновой наркоманией широкий спектр полиморфных соматогенно-стрессорных психических расстройств. Их развитие не было связано с какими-либо узко специфическими особенностями отдельных видов несчастных случаев, а было инициировано одним общепатологическим синдромом, через который в организме реализуется действие любой острой соматической катастрофы - синдромом полиорганной недостаточности. Тяжесть и длительность СПОН -явились главными факторами, определяющими структурно-синдромальное содержание и динамику соматогенных психопатологических нарушений.

Первую группу представляли психические нарушения, непосредственно обусловленные соматогенными факторами -интоксикацией, гипоксией, полиорганной недостаточностью. К ним относились помрачения сознания различной структуры, глубины и продолжительности, наблюдавшиеся непосредственно после выхода из состояния комы, а также последующие различные психические нарушения экзогенного типа.

Вторая группа являлась продуктом личностной переработки пациентом перенесенной катастрофы и составляла содержание «внутренней картины болезни», формирование и структура которой определялись как личностными особенностями больных, так и этапом, тяжестью и длительностью течения физического расстройства.

Первая группа психических нарушений, в свою очередь, включала две подгруппы синдромов: "сквозные прослеживающиеся на протяжении всего периода пребывания пациента в специализированном отделении, и преходящие, или трагоиторные, возникавшие в виде кратковременных эпизодов.

Вывод: Тяжелые острые отравления героином и физические травмы, связанные с рискованным аддиктивным поведением, вызывают у больных широкий спектр полиморфных соматогенно-стрессорных психических расстройств, оказывающих существенное трансформирующее влияние на патопластику патологического влечения к наркотику и дальнейшее течение наркомании.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонова И.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности употребления алкоголя среди учащихся 15 —16 лет общеобразовательных учреждений и оценка распространенности алкоголизма среди лиц молодого возраста (15 - 19 лет), а также исследование нервных механизмов, лежащих в основе действия алкогольной интоксикации на когнитивные функции человека.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач была использована специальная методика, направленная на выяснение функционального состояния корковой активности в процессе восприятия вербальных стимулов.

Материалом для исследования послужили больные алкоголизмом (60 человек в возрасте от 16 до 21 года), с диагнозом «Алкоголизм II стадии».

Больные алкоголизмом с различного рода травматическими и сосудистыми поражениями головного мозга, а также с сопутствующими психическими расстройствами (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) в исследуемую группу не включались. В обследовании не участвовали лица, употреблявшие другие психоактивные вещества.

Результаты исследования: в результате опроса в 2017 г. было выявлено, что употребление алкогольных напитков хотя бы раз в течение жизни среди подростков 15-16 лет. В подростковом возрасте алкоголизм не успевает формироваться, в следующей возрастной группе уровень этого показателя значительно выше.

В исследовании для объективизации прогноза развития алкогольной болезни, среди лиц из группы риска была выбрана методика изучения нарушений электрической активности мозга с использованием метода регистрации и последующего анализа поздних волн вызванного потенциала коры головного мозга, которая позволит выявить наиболее уязвимый контингент.

Вызванные потенциалы коры на нейтральные и мотивационно-значимые слова у больных алкоголизмом.

Получены различия по результатам анализа латентных периодов и амплитуд волны P300 при предъявлении нейтральных и мотивационно-значимых слов.

При предъявлении нейтрального слова с затылочной области левого полушария отводится волна P300, латентный период которой составляет $300,0 \pm 3,0$ мс, а в затылочной области правого полушария поздняя положительная волна имела латентный период $330,0 \pm 3,0$ мс. При предъявлении мотивационно-значимого слова «водка», в левом полушарии в затылочной области регистрируется поздняя положительная волна с латентным периодом $280,0 \pm 3,0$ мс, а в правом полушарии затылочной области - $300,0 \pm 3,0$ мс.

Выводы: 1. Группа пробовавших алкогольные напитки в течение жизни составляет более 90%. Каждый третий подросток-москвич относится к группе регулярных потребителей. За последний месяц перед исследованием алкогольные напитки употребляли более 50% учащихся, из них систематически - около 8%.

2. У больных алкоголизмом имеет место диффузная неспецифическая активация коры мозга на предъявление осознаваемого мотивационно-значимого слова.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Аграновский М.Л., Сарсембаев К.Т., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт
Казахский национальный медицинский университет

Цель исследования: Установить распространенность метаболического синдрома и факторы, увеличивающие риск его развития у больных шизофренией, для разработки обоснованных мер профилактики.

Материалы и методы исследования: Характеристика клинического материала. Обследование больных проводилось на базе Андижанской областной психоневрологической диспансере. В соответствии с критериями включения был отобран 181 больной шизофренией. Двенадцать больных отказались от обследования, пять было исключено в связи с недостаточно обоснованным диагнозом шизофрении по МКБ 10, данные еще одной больной были исключены в связи с наличием у нее декомпенсированного сахарного диабета 1 типа. Итого, в статистическую обработку были включены данные 163 больных (81 мужчина и 82 женщины). Средний возраст мужчин -39,0 лет, средний возраст женщин - 45,1 лет.

Результаты исследования: Распространенность МС среди обследованных больных параноидной формой шизофрении. Частота МС в обследованной выборке больных параноидной шизофренией оказалась высокой (36,2% по критериям NCEP АТР III и 38,0% по критериям IDF). МС достоверно чаще выявлялся среди женщин (по критериям NCEP АТР III МС имели 45,9% женщин, 27,2% мужчин; по критериям IDF -53,6% женщин, 22,2% мужчин). Наиболее распространенным компонентом МС было снижение уровня ХС ЛГТВП, наиболее редким - гипергликемия.

Возрастная динамика распространенности МС различалась в зависимости от пола. Если среди женщин наблюдалось значительное увеличение частоты МС с возрастом, то среди мужчин частота МС была близкой во всех возрастных группах. При этом отмечалась относительно высокая распространенность МС уже в младших возрастных группах (особенно среди мужчин). Частота МС с увеличением длительности шизофрении изменялась нелинейно: она увеличивалась в группе больных с длительностью шизофрении 5-10 лет, затем снижалась для обоих полов в группе 10-20 лет и снова повышалась в группе больных с длительностью болезни более 20 лет. Будучи высокой уже в первые годы болезни (в группе с длительностью шизофрении до 5 лет МС был выявлен у 22% мужчин и 40% женщин), среди больных с наибольшей длительностью заболевания (более 20 лет) частота МС была выше, но это повышение не было столь критичным, как можно было бы предполагать по возрастной динамике (МС был у 33% мужчин и у 50% женщин).

У больных шизофренией с ИМТ выше 26,5 кг/м² распространенность МС по критериям NCEP ЛТР III составила 84,1%, с ИМТ ниже 26,5 кг/м² - 18,5%. Таким образом, в связи с тем, что вероятность наличия обменных нарушений у больных шизофренией с ИМТ выше 26,5 кг/м² очень высока, для облегчения профилактической работы целесообразно заранее относить их к группе имеющих обменные нарушения и проводить соответствующие профилактические мероприятия.

Выводы: 1. Метаболический синдром имеет широкую распространенность у пациентов, страдающих шизофренией. Среди обследованных больных метаболический синдром был выявлен у каждой второй женщины и каждого четвертого мужчины.

2. Риск развития метаболического синдрома значительно выше у больных шизофренией по сравнению с психически здоровыми людьми. Особенностью метаболических нарушений у больных шизофренией является высокая частота абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, повышенного уровня триглицеридов в крови и сниженного холестерина липопротеидов высокой плотности на фоне малой распространенности общего ожирения, нормальных средних показателей общего холестерина и глюкозы крови.

МЕТОДЫ ПСИХОДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В современном мире существует множество методов исследования. По мнению ряда авторов, диагностический метод (тестирование) и метод наблюдения являются наиболее распространёнными в настоящее время. Гораздо сложнее определиться с наиболее эффективными методами обследования в различных областях жизнедеятельности человека для получения наиболее точных, валидных результатов, которые в дальнейшем могут послужить материалом для коррекции тех или иных особенностей личности.

Цель данного исследования: оценка структуры психической деятельности – определение уровня реабилитационного потенциала.

Методы исследования – это те приемы и средства, с помощью которых психологи получают достоверные сведения, используемые для построения научных теорий и выработки практических рекомендаций. Диагностические методы исследования позволяют исследователю давать изучаемому объекту количественную квалификацию.

Результаты исследования. Психоактивные вещества постепенно разрушают не только физиологическую систему человека, но и психические, когнитивные и др. процессы. Для оценки нанесенного ущерба химической

зависимостью структуре психической деятельности применяется ряд методов обследования на этапе реабилитации. На момент поступления в отделение, пациент проходит первичное психодиагностическое обследование.

1. Наблюдение; 2. Клиническая беседа; 3. Исследование мнестической деятельности (тест «Квадрат Лурия»); 4. Исследование умственной работоспособности (тест «Таблицы Шульте», тест зрительной ретенции «Бентона»); 5. Исследование мыслительных процессов («Исключение предметов», «Существенные признаки», «Сложные аналогии», «Соотношение пословиц, метафор и фраз»); 6. Методика «ПДО (по Личко)»; 7. Тест на эмоциональный интеллект «Тест EQ – методика Н. Холла»; 8. Психические состояния («Методика Спилберга-Ханина»; «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД)»; «Самооценка психических состояний по Айзенку»); 9. Определение уровня реабилитационного потенциала зависимых пациентов «Уровень реабилитационного потенциала». Выше перечисленные методы позволяют наиболее обширно исследовать особенности личности, а именно: когнитивные процессы (внимание, память, мышление, уровень запаса знаний); личностные особенности; психические процессы уровень тревоги, депрессии, фрустрации, ригидности, агрессивности, ситуативной и личностной тревожности, а также уровень реабилитационного потенциала, который является одним из важнейших показателей, который может дать прогностическую оценку способностей и возможностей химически зависимых лиц на продолжительные ремиссии и ресоциализацию, возвращение в семью и к общественной полезной деятельности.

Вывод. Сравнительный анализ первичной и контрольной психодиагностики позволяет определить состояние пациента в настоящий момент, как готовность или неготовность к выписке, а также отследить изменения, произошедшие с пациентом на уровне психики и в дальнейшем, уже лечащим врачом включив данные выводы для обозначения предполагаемого прогноза сохранения трезвости.

ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ФАКТОРЫ РИСКА, ПСИХОТЕРАПИЯ)

**Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Усманова М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: Изучение клинико-динамических особенностей ПТСР, этиологических, индивидуально-личностных и социально-психологических факторов риска развития ПТСР и разработка программы психотерапии расстройства.

Материал и методы исследования: всего было добровольно обследовано 545 человек в возрасте от 18 до 50 лет обоого пола, из них мужчины составили 367 (67,34 %) человек, женщины - 178 (32,66 %).

Результаты исследования: У субъектов основной группы общий балл по МШ, как у гражданских, так и у военных лиц был равен 70 и более. У респондентов группы сравнения этот показатель был ниже 70 баллов. Среди субъектов сравнительной группы, у которых обнаруживались расстройства невротического уровня (112 человек) без признаков ПТСР, общий балл по МШ определялся в диапазоне 63-69 баллов. Эти пациенты были определены в подгруппу риска. У остальных субъектов из группы сравнения численностью 51 человек симптомов психического расстройства обнаружено не было. Они были отнесены в подгруппу здоровых субъектов. В этой подгруппе общий балл по МШ был ниже 63 единиц.

Выявлена высокая клиническая эффективность психотерапии ПТСР предложенным способом - выздоровление в 57,6±4,3 % случаях. Относительно высокая клиническая эффективность - улучшение в 37,1±4,2 % случаях, характеризующаяся уменьшением полиморфизма, отсутствием тенденции к усилению и усложнению клинической картины, кратковременный транзиторный характер легких клинических проявлений в условиях тяжелой психически травмирующей ситуации.

В результате проведенной психотерапии ПТСР предложенным способом получена положительная динамика структурно-личностных показателей в преобладающем большинстве случаев (показателя эго-состояния «Взрослый» получена в 89,4±2,7 % случаях и показателя «личность в целом» в 78,4±3,6 %).

Вывод: В результате наблюдений установлено, что клиническая картина ПТСР является полиморфной, полисиндромной. Она включает проявления невротического уровня, психотизма, диссоциативных расстройств, психологических нарушений и нарушений личностного уровня.

А. В клинической структуре ПТСР выделены облигатные (первичные) и факультативные (вторичные) синдромы. К облигатным были отнесены обсессивно-компульсивный и тревожный, дереализации-деперсонализации. К факультативным были отнесены фобический, депрессивный, соматизации и паранойяльный.

Б. Динамика клинической картины ПТСР отражает выраженность дистресса, а также соотношение в клинической картине облигатных и факультативных синдромов.

В. На основании интенсивности дистресса выделены степени тяжести расстройства: легкая, средняя и тяжелая.

Г. Выделены три стадии ПТСР: начальных клинических проявлений, невротическая и стадия психотизма.

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У МУЖЧИН С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: клиническая оценка нарушений психосексуального развития у мужчин с синдромом половой дисфории, имеющих расстройства шизофренического спектра и разработка основных направлений лечебно-реабилитационных мероприятий для данной категории лиц.

Материал и методы исследования: настоящая работа основана на исследовании мужчин с

расстройствами шизофренического спектра (P20, ¥ 21, ¥ 22 по МКБ-10) и расстройствами сексуального развития (P64, 1-65 по МКБ-10), обратившихся амбулаторно или поступивших на сексолого-психиатрическую экспертизу. Первую группу составили 58 человек с синдромом половой дисфории, во вторую группу вошли 55 мужчин с сексуальными расстройствами без половой дисфории.

Результаты исследования: В первой группе преобладал диагноз шизотипическое расстройство (F 21) - 39,65%, на втором месте - шизофрения паранойяльная (F22.82) - 25,86%. Рубрика «Другие расстройства половой идентификации» (F64.8) составили 100%, множественные расстройства сексуального предпочтения (F65.6) - 15,52%. В группе сопоставления: шизофрения параноидная (F20.0) - 45,45%; шизотипическое расстройство (F21) - (27,27%). Среди расстройств сексуального развития в группе сопоставления преобладало не встречающееся в первой группе расстройство половой идентификации неуточненное (F64.9) - 74,55%; множественные расстройства сексуального предпочтения (F65.6) - 80%.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями была выше в группе сравнения; в частности, наиболее распространенной, была отягощенность эндогенной патологией - 5,17% и 25,45%, расстройствами личности (возбудимый радикал) - 3,45% и 21,82%, суицидами у родственников - 5,17% и 16,36%.

Вредности пренатального периода в виде токсикоза беременности, других (инфекционных и интоксикационных) воздействий, а также эндокринной патологии у матери и/или гормонального вмешательства во время беременности чаще отмечались в основной группе - 36,21% и 27,27%. Период родов протекал с осложнениями в обеих группах практически с одинаковой частотой. В постнатальном периоде наличие какой-либо патологии (гипертензионный синдром, гипотрофия, повышенная возбудимость и пр.), несколько чаще отмечалось в группе сопоставления - 18,97% и 29,1%.

Травмы головы зарегистрированы в обеих группах (20,69% и 67,27%). В основной группе они чаще протекали в легкой форме без осложнений; в группе сравнения регистрировались множественные и повторные травмы.

Вывод: Расстройства влечений несексуального круга в детском возрасте преобладали в группе сравнения - 3,45% и 25,45%. Нарушения пубертатного периода были более отчетливыми у мужчин без половой дисфории и представлены дисморфобическими/дисморфоманическими расстройствами - 25,86% и 47,27%, психопатоподобной симптоматикой - 3,45% и 40%.

СОДЕРЖАНИЕ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАНАХ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ИЗМЕНЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ ШИЗОФРЕНИИ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. С середины прошлого столетия актуальным является изучение изменений биохимических параметров у больных шизофренией. Многочисленными исследованиями установлено, что у пациентов, страдающих шизофренией, наблюдается усиление процессов перекисного окисления липидов при ослаблении антирадикальной защиты.

Цель исследования заключалась в изучении параметров системы «перекисное окисление липидов – антиоксиданты» и содержания полиненасыщенных жирных кислот больных с первым приступом шизофрении.

Материалы и методы. В исследование были включены 66 больных (мужчин 51,5%, женщин 48,5%) с диагнозом «параноидная шизофрения, период наблюдения менее года». Диагноз был выставлен по критериям МКБ-10 (шифр F 20.09). У всех пациентов наблюдалось острое психотическое расстройство (суммарная оценка психического состояния по шкале PANSS была не менее 80 баллов). Средний возраст больных составил 24,4±0,5 лет. Из исследования исключались больные шизофренией с сопутствующими органическими заболеваниями ЦНС, острыми и обострением хронических соматических заболеваний, беременные и лактирующие женщины. Контрольную группу составили 20 психически и соматически здоровых людей, сопоставимых по возрасту, полу, социальной принадлежности к исследуемым больным.

Результаты и обсуждение. У больных с первым психотическим эпизодом шизофрении наблюдалось увеличение интенсивности процессов липопероксидации. Так, значения оснований Шиффа превосходили величины указанного показателя в группе контроля на 54,2% ($p < 0,001$), ТБК-активные вещества в сыворотке крови – на 16,7% ($p = 0,002$), ТБК в эритроцитах – на 2,9% ($p < 0,001$). Изменения со стороны факторов антирадикальной защиты выглядели следующим образом: в эритроцитах активность селен-зависимой глутатионпероксидазы была снижена на 37,2% ($p < 0,001$), а глутатионредуктазы – на 26,5% ($p < 0,001$); скорость обезвреживания супероксиданион радикала была увеличена на 15,8% ($p = 0,021$), а пероксида водорода соответствовала уровню контрольных значений, активность каталазы в сыворотке была увеличена на 4,8% ($p = 0,020$). Общая антиокислительная активность сыворотки крови и устойчивость эритроцитов к перекисному гемолизу не отличались от контрольных значений.

Было обнаружено уменьшение содержания общего пула полиненасыщенных жирных кислот как в сыворотке крови, так и в эритроцитарных мембранах. В то же время, при изучении отдельных представителей жирных кислот, было установлено, что изменение их содержания имело неоднозначный характер. В сыворотке крови имелась тенденция к снижению содержания линолевой кислоты, на 37% уменьшилась концентрация арахидоновой кислоты ($p < 0,001$).

Вывод. Таким образом, у больных с манифестацией шизофрении происходит усиление процессов липопероксидации с ослаблением антирадикальной защиты. При общем снижении пула полиненасыщенных жирных кислот имеются разнонаправленные изменения величин отдельных их представителей. Необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на раскрытие механизмов изменений содержания жирных кислот у больных шизофренией.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ, ВПЕРВЫЕ ЗАБОЛЕВШИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Аграновский М.Л., Сарсембаев К.Т., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт
Казахский национальный медицинский университет

Актуальность. По данным литературы, психическое здоровье населения в мире неуклонно ухудшается: по сравнению с 2010-ми годами выросло число больных страдающих шизофренией, биполярным аффективным расстройством, а невротические расстройства и депрессии приобрели статус массовых.

В условиях настоящего экономического кризиса одним из актуальных является вопрос об изучении демографических показателей госпитализированных пациентов в психиатрические клиники.

Цель исследования: С этих позиций нами было проведено исследование по сравнительному изучению клинико-демографических показателей пациентов, впервые заболевших шизофренией и невротическими расстройствами.

Материалы и методы. Нами сплошным методом были проанализированы карты стационарного больного за 2015 год. Мы изучали демографические и клинические особенности пациентов, впервые находившихся на лечении в отделении АОПНД. Все изученные пациенты были разделены на две группы: 1-я – пациенты с манифестацией шизофрении; 2-я – пациенты с впервые в жизни возникшими невротическими расстройствами. В обеих группах преобладали пациенты женского пола (в 1-й группе их относительные цифры составили 57,7%, во 2-й группе – 83,1%).

Результаты исследования. Пациенты с манифестацией шизофрении были в среднем на 10 лет моложе больных с невротическими расстройствами (средний возраст пациентов, страдающих шизофренией, составил 28-32 года, невротическими расстройствами – 38-42 года). Среди пациентов обеих групп преобладали городские пациенты (60,0%). В группе пациентов с дебютом шизофрении высшее образование имели только пациенты женского пола (26,7% среди всех женщин), а у мужчин было либо среднее, либо неполное среднее образование.

Относительные цифры работающих мужчин составили 36,4%, женщин – 43,3%. По окончании лечения 3,8% пациентов были признаны инвалидами. Из всех пациентов только около 20% имели собственные семьи, остальные проживали одни или с родителями.

Пациенты с невротическими расстройствами были более образованными по сравнению с больными, страдающими шизофренией: среди женщин высшее образование было у 30,6%, а среди мужчин – у 10,0%. Половина женщин являлись работающими, а среди мужчин работающими были 40,0%. По окончании терапии ни у одного из пациентов не было показаний для признания его инвалидом. В данной группе преобладали больные, имеющие собственные семьи: так среди женщин в браке состояли 85,7%, среди мужчин – 50,0%.

Выводы. Таким образом, среди пациентов, впервые заболевших шизофренией или невротическими расстройствами, преобладали женщины, проживающие в городе. Возраст больных с манифестацией шизофрении был на 10 лет меньше возраста пациентов, страдающих пограничными расстройствами. Нами выявлено, что больные с невротическими нарушениями до появления расстройств были более социально адаптированными и успешными, на что указывает наличие у большей части пациентов семьи, высшего образования, постоянного места работы. Чаще всего госпитализация больных шизофренией была обусловлена появлением в клинике галлюцинаторно-бредовой симптоматики, в то время как пациентов с неврозами – депрессивных и тревожно-фобических расстройств.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Маликова А.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из проявлений токсического действия алкоголя на головной мозг является эпилептический синдром. Он проявляется в виде эпилептического припадка (пароксизма), наличие которого говорит о серьезном поражении головного мозга.

Цель исследования. Изучить электроэнцефалографические изменения у пациентов при алкогольной эпилепсии.

Материалы и методы исследования. В группу риска попадают в основном молодые люди от 25 до 45 лет, которые употребляют алкоголь стабильно на протяжении 5-10 лет. Хотя известны случаи, когда эпилепсия появлялась уже на 1-2 год «стажа» алкоголизации. Алкоголь-обусловленная неврологическая патология в виде судорожного синдрома наблюдалась в 2014 году в 18% случаев (305), в 2015 году – в 18,2% (384), в 2016 году – в 18,6% (406) случаях.

Результаты исследования. Частота припадков и вероятность их наступления зависит от различных факторов, среди которых общее состояние организма, наследственность, наличие хронических заболеваний. Электроэнцефалография (далее – ЭЭГ) – это исследование, которое позволяет увидеть, как передвигается электромагнитное колебание и отражает баланс или дисбаланс между возбуждающими процессами, которые повышают реактивность нейронов и тормозными, снижающими возбудимость. В настоящее время не выявлены специфические ЭЭГ признаки эпилептиформных пароксизмов, позволяющие уточнить нозологическую принадлежность и отличительные признаки. При алкоголизме встречаются все возможные нейрофизиологические знаки, позитивные спайки частотой 6-15 с (до 61,6% в 1102 случаях), низкоамплитудные острые волны 29% (519 случаев), единичные тета-волны и рассеянное 5-6 с замедлением фоновой активности 9,5% (168 случаев). Изучение ЭЭГ больных с эпилептическим синдромом обнаружило диффузную тета-активность, преимущественно в темпоральных областях полушарий головного мозга 69,9% (75 случаев), существенное снижение альфа индекса 86,8% (в 93

случаях), редукцию количества амплитуды и ритмичности альфа ритма 70,7% (87 случаев). В группе больных до 25 лет на ЭЭГ не имеется характерных патологических особенностей. В среднем от 25 до 44 лет обнаружено парадоксальное разнообразие непатологической электрической активности. В возрасте старше 45 лет группа больных имела знаелные изменения ЭЭГ в виде выраженного замедления фоновой частоты 65,1% (71 случай), редукции следования частоты мельканий 78,4% (987 случаев). Наблюдаемые изменения служат показателем снижения корковой активности. Эти явления не служат проявлением патологической активности и имеют доброкачественный характер и урежаются с прекращением алкоголизации. При рассмотрении по стадиям зависимости отмечено, что в 1-ю стадию зависимости в основном нарушается ЭЭГ коры головного мозга 19,4% (384 случая). Во 2-ю стадию присоединяются изменения ретикулярной формации ствола мозга и «неспецифических» ядер зрительного бугра 25,2% (498 случаев), с последующим в 3-ю стадию извращением ретикулоталамических влияний на кору и нарушением корково-фугальных взаимодействий – 55,3% (1094 случая). Изменения на ЭЭГ при алкоголизме могут быть использованы в качестве маркера чувствительности ЦНС к алкоголю.

Вывод. Так называемая пароксизмальная готовность, приводящая к клиническим пароксизм-проявлениям, это не качественные, а количественные изменения. Эти отклонения свидетельствуют об общей дезорганизации ритма за счет нарушений функции подкорковых и стволовых образований.

ЭНДОКРИННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Усманова М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. При депрессии страдают практически все сферы – эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах пациента, так и объективно – в изменении поведения.

Цель исследования: изучить эндокринные дисфункции при депрессивных состояниях.

Материалы и методы исследования. Для решение поставленных задач были обследованы 39 лиц с депрессиями находившиеся на стационарном обследовании и лечение в психосоматическом отделении Андижанского областного психоневрологического диспансера. Критерии включения в исследование: больные (мужчины и женщины старше 18 лет) с депрессивными заболеваниями с эндокринными дисфункциями.

Результаты. Как показывает, анализ при депрессиях, чаще наблюдается снижение аппетита, что сопровождается снижением массы тела. У 5 (12,8%) больных было отмечено анорексия и истощение, эти расстройства настолько часто сопровождают депрессию, что считаются одним из обязательных ее признаков и включаются в качестве критериев диагностики депрессии и практически во все известные опросники.

Анорексические реакции у депрессивных больных имели ряд отличительных черт. Как правило, наблюдались не только снижение аппетита или его отсутствие, но нередко пища становилась безвкусной или появлялось отвращение. Анорексия приводила к резкому сокращению количества пищи и снижению массы тела. Анорексические проявления тесно связаны с усилением других проявлений депрессии и наиболее выражены в первой половине дня.

Нервной анорексией болели в основном девушки. Пик заболеваемости приходился на подростковый и юношеский возраст. Основными признаками заболевания являлось снижение массы тела более чем на 15% от исходной, болезненная убежденность в собственной полноте, даже несмотря на низкую массу, аменорея. При депрессии редко возникал значительный дефицит массы тела, как при нервной анорексии, и сопутствующие метаболические, выраженные эндокринные, сердечно-сосудистые и другие расстройства, требующие специальной коррекции. У 8 (20,5%) больных отмечалось повышение аппетита и булимия. Как правило, булимия сочеталась с отсутствием или снижением чувства насыщаемости и ведет к увеличению массы тела и ожирению.

Исследование показало, что половая функция имеет важное биологическое и социальное значение, так как не только обеспечивает продолжение рода и получение специфических половых ощущений, но и открывает возможности создания семьи, устранения одиночества.

У 14 (36%) молодых женщин депрессия привела к различным нарушениям менструального цикла: дисменорее, аменорее, к появлению ановуляторных циклов и в конечном счете, даже к бесплодию. При детальном гинекологическом и эндокринологическом обследовании таких женщин, как правило, не находили убедительных причин нарушения менструальной функции. В этих случаях необходимо подумать о возможности депрессии и провести соответствующее исследование. Эти нарушения obligatно сопровождаются нарушением полового влечения и фригидностью.

Вывод: При депрессивных состояниях, наряду obligатными симптомами депрессии, наблюдаются и симптомы эндокринных дисфункций, которые также имеют важное диагностическое значение.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: разработать методические подходы к клинической, социально-психологической и биологической идентификации женщин с алкогольной зависимостью в соответствии с уровнем их социального функционирования для выработки адекватных организационно-терапевтических мероприятий

Материал и методы исследования: Работа основана на клиническом исследовании 380 женщин, страдающих алкогольной зависимостью, находившихся на лечении в стационаре Андижанского областного наркологического диспансера с последующим амбулаторным лечением и наблюдением в Андижанском областном

психоневрологическом диспансере в период за 2015-2018 гг

Результаты исследования: Многофакторное исследование женщин с алкогольной зависимостью показало, что они имели существенные отличия по основным клиническим и социально-психологическим параметрам преморбидного и морбидного периодов. Для их сопоставления все изученные клинические и социальные параметры были подвергнуты дискриминантному анализу, в рамках которого было выделено две дискриминантные функции: 1) ДФ1 - клинические параметры, 2) ДФ2 - социальные параметры, отражавшие уровень социального функционирования. Анализ коэффициентов в пространстве двух выделенных дискриминантных функций показал, что по всем изученным клиническим и социальным интегральным показателям обследованные основной группы разделились на 3 подгруппы, которые в зависимости от особенностей социального функционирования были обозначены как 1 подгруппа - социально адаптированные, 2 подгруппа - диссоциальные, уклоняющиеся от выполнения морально-нравственных норм, что непосредственно угрожало благополучию межличностных отношений, 3 подгруппа - антисоциальные, поведение которых противоречило правовым нормам, угрожало социальному порядку и благополучию окружающих, что проявлялось в форме правонарушений, влекущих за собой уголовную или гражданскую ответственность и соответствующее наказание.

У пациенток I подгруппы (социально адаптированные 125 человек; 32,90 %) при среднем возрасте $45 \pm 2,34$ лет длительность алкогольной зависимости была $8,2 \pm 0,98$ года. В большинстве случаев болезнь формировалась в относительно позднем возрасте (48,80% заболели в возрасте 26-40 лет; 24,8% - в возрасте от 40 лет и старше) с практически незаметным снижением морально-этических и интеллектуально-мнестических качеств. Толерантность к алкоголю возрастала медленно, «плато» толерантности устанавливалось через 5 и более лет (79,2%) на уровне до 750-1000 мл 40° алкоголя в сутки. Предпочтение отдавалось употреблению водки и дешевого вина без систематического употребления суррогатов алкоголя. Постоянная форма злоупотребления алкоголем наблюдалась крайне редко (0,8%), обычно наблюдались псевдозапой и запой длительностью до 7 дней (64,8%).

Вывод: Алкогольные психозы наблюдались в 43,2% случаев, протекали чаще в форме острого галлюциноза (32,0%), либо делирия (11,2%). В прошлом лишь 24,8% пациенток обращались за наркологической помощью. Женщинам первые проявления злоупотребления алкоголем удавалось скрыть. Они длительное время переживали чувство развивающейся болезни.

АПАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ СТРУКТУРА И ДИНАМИКА

Аграновский М.Л., Сарсембаев К.Т., Муминов Р.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Казахский национальный медицинский университет

Цель исследования: изучить структуры и динамики апатической депрессии.

Материалы и методы исследования: В исследование включены больные, проходившие стационарное лечение в условиях 5 отделения в АОПНД, чье состояние соответствовало критериям МКБ-10 для: F 31.3; F 32; F 33; F 34. Исключались варианты депрессии психотического уровня, депрессивные расстройства при шизофрении, органическом поражении ЦНС, хроническом алкоголизме, токсикомании или обострении соматических заболеваний. Обследовано 100 больных (41 мужчина и 59 женщин). Возраст пациентов - 17-71 год (среднее возраста $35,8 \pm 2,6$ лет).

Результаты исследования: выделены группы: с доминирующей апатией в аффективном звене (59%); доминирующая апатия в аффективном звене с тоскливыми включениями (18%); доминирующая апатия в аффективном звене с тревожными включениями (23%).

Приведенные данные показывают, что большая часть пациентов (58%) состоит в устойчивых партнерских отношениях (брак, гражданский брак). 55% имеют детей. При этом на содержании (пенсия или на иждивении) находятся 56%, а группа инвалидности лишь у 10%. Отмечен высокий уровень образования - высшее и неоконченное высшее у 70% пациентов, а также достаточно высокий социальный статус - 46 % служащих. 37 больных поступили в стационар впервые, 29 однократно госпитализировались, 14 - дважды, 20 - более трех раз.

Согласно критериям МКБ-10 состояние 10 больных оценивалось как биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод (Р 31.3), 23 - депрессивный эпизод (Б 32), 67 - рекуррентное депрессивное расстройство (Б 33).

Большая часть наблюдавшихся депрессий начиналась в молодом возрасте: 49% заболели до 30 лет, 21% до 40 лет, 30% после 40 лет.

Длительность заболевания на момент обследования составляла в среднем $40,9 \pm 10,0$ месяцев. Максимальная продолжительность 198 месяцев (16,5 лет), минимальная 3 месяца.

Наибольшая продолжительность депрессивного расстройства отмечалась в старших возрастных группах: 4,6 лет в возрастной группе от 31 до 40 лет и 3,8 года в возрастной группе от 41 до 50 лет, 3,9 года в возрастной группе старше 50.

Среднее длительности эпизода (в месяцах) различалось по возрастным группам: Диаграмма 1 (N=100). Средняя продолжительность эпизодов.

Наибольшая длительность эпизода отмечалась в возрастной группе старше 50 (5,1 месяц), а также в возрастной группе от 21 до 25 лет (4,8 месяца).

Выводы: 1. Проведенное исследование подтверждает правомерность оценки апатии как одного из значимых компонентов (наряду с тревогой и тоской) аффективной составляющей депрессивных расстройств.

2. На основании преобладания (значительной представленности) и выраженности апатии по отношению к другим составляющим аффективного расстройства, можно выделить вариант апатической депрессии.

3. Апатия определяет особенности структуры всех составляющих апатической депрессии: аффективные, идеаторные, моторные, а также соматовегетативные:

4. Субъективное ощущение снижения или отсутствия эмоционального отклика как на положительные, так и на отрицательные события. Объективное восприятие субъективно значимых событий.

ТУГАЛЛАНМАГАН СУИЦИДАН КЕЙИНГИ СУИЦИДЕНТЛАРДА ЮРАК КОН ТОМИР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.

Азимова Г.А., Усманова М.Б., Муминов.Р.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Суицид ҳолатлар ҳозирги вақтда долзарб муаммо булиб қолмоқда. Бу муаммо ер юзининг ҳамма контингентига тарқалгандир. ВОЗ маълумотиға қура 20012 йил 1 млн. одам уз жонига қасд қилиб улган. Уз жонига қасд қилмокчи булганлар 20 млн. ташкил қилади. Охирги 50 йил ичида дунё буйича суицид сони 60% ташкил қилади.

Текширишнинг мақсади: тугалланмаган суициддан кейинги суицидентларда юрак кон томир дисфункциясини даволаш ва профилактикаси.

Текширув материали ва услублари. Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Андижон филиали «Токсикология» бўлимида 2006-2007 йилларда даволанган тугалланмаган суицид ҳолатдан кейинги суицидентларни психопатологияси урганиб чиқилди.

Текшириш натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Текширув йилларида утқазилган суицидентларнинг ёши ва жинси уртасидаги узаро боғланиш урганилганда, ходисаларнинг энг куп учраши эркак ва аёллар 15-29 ёшлилар гуруҳида қайд этилган. Суицидентлар орасида 15-29 ёшли 70 та – 66,6%; 31-40 ёшли 27та – 25,7%; 41-45 ёшли 3 та – 2,8%; 46-55 ёшли 4 та – 3,8%; 60-70 ёшли 1 та – 0,9% аниқланди.

Маълум булишича суицидентларда суициддан олдин рухий бузилишлардан тажавузкорлик, безовталиқ, ваҳима, қурқув, импульсивлик, аффект, онг торайиши билан бир қаторда кон томир тизимида ҳам узгаришлар булиши аниқланди, асосан тахикардия, аритмия, кон босимининг қутарилиши, қалтираш, эт жунжиқиши, қуз склераси ва юзнинг қизариши, юрак соҳасида ёқимсиз оғриқлар сезиши қузатилади. Тугалланмаган суициддан кейинги тематик беморларни текширганимизда 27,0% да психопатологик бузилишлар ва 25,0 % да ички органлар функциясида, айниқса юрак кон- томир тизимида узгаришлар руй беради. Булар вегетатив узгаришлар: тери оқариши, қуриши, кон босимининг тушиши (гипотония), брадикардия. Бу суицидент ҳаёти учун хавф тугдиради. Бундай бемоларга шошилич ёрдам қурсатиш ва ҳаётини сақлаб қолиш муҳимдир. Бу беморлар дезинтоксикацион, седатив дорилар билан бир қаторда психотерапия қабул қилган.

Хулоса: Тугалланмаган суициддан кейинги суицидентларда психопатологик бузилишлар билан бир қаторда юрак кон-томир дисфункцияси қузатилади.

ТУБЕРКУЛЁЗ. АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Акбарова Ш.Э., Ботирова Б.Т., Юлдашева Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

АКТУАЛЬНОСТЬ. Туберкулез – важнейшая проблема в мире. Несмотря на успехи в лечении туберкулеза, достигнутые за последние 20 лет, он все еще остается одной из наиболее широко распространенных инфекций. Почти треть населения земного шара инфицирована микобактерией туберкулеза и находится под угрозой заболеть туберкулезом в ближайшем или отдаленном будущем.

Цель исследования. Определить особенности реагирования детей на кожные пробы с туберкулином и с диаскинтестом в зависимости от клинических проявлений неспецифической сенсibilизации.

Материалы и методы. Обследовано 170 детей (54,7% мальчиков и 45,3% девочек) в возрасте от 4 мес. до 15 лет, пациентов туберкулезного отделения г. Андижана. Помимо общепринятых методов, обследование детей включало: компьютерную томографию органов грудной полости, индивидуальную туберкулинодиагностику, диаскинтест, фибробронхоскопию (по показаниям), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, консультации специалистов. По результатам обследования дети разделены на 4 группы: 1-я группа – активный туберкулез органов дыхания – 54 чел., 2-я группа – впервые выявленные остаточные изменения (кальцинаты) – 27 чел., инфицированные дети из групп риска по туберкулезу – 62 чел., не инфицированные МБТ дети с неспецифическими заболеваниями – 27 чел.

В зависимости от проявлений аллергии, которая определялась на основании анамнеза и медицинской документации, каждая группа разделилась на 3 подгруппы: подгруппа А – дети с неотягощенным аллергологическим анамнезом, подгруппа Б – дети с эпизодами аллергических реакций в виде непереносимости отдельных пищевых продуктов и лекарств, подгруппа В – дети с аллергическими заболеваниями: бронхиальной астмой (БА) и атопическим дерматитом (АД).

Результаты и обсуждение. Повышенная аллергическая настроенность организма (табл. 1) присутствовала у 40% пациентов диагностического отделения, в том числе у 15,9% (27 чел.) детей она проявлялась аллергическими заболеваниями и 24,1% пациентов (41 чел.) – аллергическими реакциями в анамнезе. Только у 60% пациентов (102 ребенка) аллергологический анамнез не был отягощен. Причем среди детей, у которых выявили активный туберкулез, доля лиц с неотягощенным аллергологическим анамнезом была максимальной – 74,1%, а среди детей, оказавшихся не инфицированными микобактериями туберкулеза (МБТ) – минимальной – 33,3% ($p < 0,05$).

Среди инфицированных детей пациенты, предрасположенные к аллергическим реакциям и больные аллергическими заболеваниями составили почти половину (43,5%). Это позволяет предположить, что у детей с аллергической настроенностью организма неспецифическая сенсibilизация затрудняла определение истинного уровня туберкулиновой чувствительности на догоспитальном этапе. Об этом свидетельствует и тот факт, что из 102 детей с неотягощенным аллергологическим анамнезом заболевание выявлено у 40 (39,2%), при наличии

аллергических реакций в анамнезе – у 12 из 41 (29,3%, $p > 0,05$), и при сопутствующих аллергических заболеваниях – у 2 из 27 (7,4%, $p < 0,05$).

Выводы. 1. Среди детей, направляемых в диагностическое отделение для исключения заболевания туберкулезом, значительный удельный вес составляют пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе (24,1%) и аллергическими заболеваниями (15,9%). Процент подтверждения диагноза туберкулеза наиболее высок у детей с неотягощенным аллергологическим анамнезом (39,2%) и минимален у детей, страдающих аллергическими заболеваниями (7,4%).

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Акопян А.С., Фазылов А.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность проблемы. На повреждение коленного сустава приходится до 25% всех повреждений опорно-двигательного аппарата (Крестьянин В.М. 2011г. Самбатов Б.Г. 2016г). С ростом популярности активного отдыха, развитием игровых экстремальных видов спорта увеличивается и частота травм коленного сустава (Климовицкий В.Г. с соавт. 2015г). Повреждение связочного аппарата занимают первое место и составляют до 50%. У спортсменов частота внутрисуставных повреждений коленного сустава достигает 75% от общего числа травм коленного сустава. Из них на повреждение менисков приходится до 84% (Клыжин М.А. 2016г.).

Успех в лечении внутрисуставных повреждений коленного сустава зависит от своевременной эффективной диагностики. Несмотря на успехи в совершенствовании методов исследования удельный вес диагностических ошибок достигает 83% (Азизов М.Ж. с соавт. 2004г.).

Цель исследования. Улучшение клинко-эхографической диагностики коленного сустава путём совершенствования технологии ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты обследования 41 коленных суставов с повреждениями мягкотканых структур. Ультразвуковое исследование проводилось с помощью прибора «Sonoscape 5000» (Китай) на кафедре «Ультразвуковой диагностики» в ТашИУВ, на аппарате УЗИ - «SonoMyLab 40 Esaote» на базе НИИТО МзПуз, линейным датчиком с частотой от 5 до 10 МГц, по стандартной методике

Результаты. В ходе нашего исследования мягкотканые повреждения коленного сустава условно разделили на 2 группы. В первую группу включены пациенты, у которых в результате исследования была выявлена и преобладала патология изолированных разрывов медиального и латерального менисков. Из них 21 (55%) пациенты среди которых, 12 суставов с повреждениями медиального мениска (57%) и 9 суставов с повреждениями латерального мениска (42%).

Ультразвуковыми признаками разрыва мениска являются ан- или гипозехогенный дефект ткани, его неоднородность, а также нарушение дифференцировки границы мениска с суставным хрящом. В 3 случаях разрывы менисков осложнились образованием кист, что составило 14% от общего числа повреждений менисков. Размеры кист варьировали от 3 мм до 40 мм.

Во вторую группу вошли пациенты с повреждениями связочного аппарата коленного сустава. Из них 17 (44%) пациентов с повреждениями медиальной и латеральной боковых связок, передней и задней крестообразных связок, собственной связки надколенника.

Ультразвуковыми признаками повреждений связочного аппарата является отек прилежащих мягких тканей, нарушение целостности волокон, их анатомической непрерывности, локальное утолщение и понижение эхогенности связки. Структура сухожилия была умеренно неоднородна, с поперечно расположенными участками сниженной эхогенности, с неровными контурами, что нами интерпретировалось как участки отека.

Выводы. Таким образом широкое внедрение в практику ультразвукового исследования позволит оптимизировать дифференциально-диагностический поиск причин болей в коленном суставе, на ранних стадиях определить степень изменения внутрисуставных структур, выбрать адекватную тактику лечения и проводить мониторинг состояния основных структур сухожильно-связочного аппарата при повреждениях коленного сустава.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Акрамова Д.М., Гафуров М., Солиев Ш., Рустамова И.К.

Андижанский государственный медицинский институт

В последнее время увеличилась заболеваемость хроническими гепатитами и циррозами печени. Проблема хронических гепатитов (ХГ) и циррозов печени (ЦП), кроме широкого распространения, обусловлена поражением лиц наиболее трудоспособного возраста. В связи с этим восстановление физического, психического и социального статуса больных хроническими заболеваниями печени и улучшение их качества жизни приобретает общегосударственный уровень.

Цель и задачи исследования: Исследовать психологические и личностные особенности у пациентов с хроническими гепатитами.

Материалы исследования: Нами было обследовано 52 больных с печёночной энцефалопатией, страдающих хроническим гепатитом и циррозом печени в возрасте от 30 до 74 лет, средний возраст 52 ± 10 лет. Для выявления психологических и личностных особенностей применили Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Zigmond A.S., Shaith R.P., 1983), для выявления личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) применили шкалу Спилберга-Ханина.

Результаты исследования: Высокий уровень личностной тревожности наблюдался у 55%-60%, а высокий уровень реактивной тревожности лишь у 10%-25% пациентов с гепатитом и циррозом. При этом если показатели РТ больных ХГ и ЦП не выходили за пределы умеренной степени (менее 46 баллов), то ЛТ находилась на высоком уровне, что свидетельствует о наличии невротического конфликта. Повышенный уровень тревожности как реактивной (в половине случаев), так и личностной (более чем в 85% случаев) у пациентов с ХГ и ЦП определяет более устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающий и реагировать на него состоянием тревоги, беспокойством, эмоциональной неуравновешенностью и высокой психической реактивностью на соматическую патологию.

Вывод: В большинстве случаев (60%) у больных хроническими гепатитами и циррозами печени различной этиологии наблюдалось формирование невротического типа личности с доминированием ипохондрических, депрессивных или истерических проявлений с высоким уровнем личностной тревожности (85%). Отмечался большой удельный вес выявленных пограничных психических состояний: высокой реактивной тревоги (55%) и соматизированной (20-30%) депрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА-БАРРЕ.

Атаханов Ш.М., Ходжиматов Н.Б., Газизов Б.А., Имомбердиев М.У.
Андижанский филиал РНЦЭМП.

Синдром Гийена-Барре – это аутоиммунное заболевание с острой воспалительной полирадикулоневропатией, сопровождающейся вялыми парезами, а иногда параличами, нарушениями чувствительности и вегетативными расстройствами.

Несмотря на глубокое изучение этого заболевания, ещё далеко недостаточно разработаны принципы и алгоритмы диагностики и лечения, тем не менее, с каждым годом заболеваемость не уменьшается, а с улучшением диагностики ещё больше больных регистрируются, нуждаются в интенсивном лечении и наблюдении.

Цель работы. Оценка эффективности применения мембранного плазмафереза у больных синдромом Гийена-Барре.

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты лечения 64 больных, госпитализированных в отделение клинической токсикологии Андижанского филиала РНЦЭМП и клиники АГМИ за период 2008-2015 гг. Группу сравнения составили 35 больных поступивших 2001-2010 гг, получавшие традиционные методы лечения, без процедур мембранного плазмафереза. Возраст больных в пределах от 12 до 65 лет, мужчин – 38 (59,4 %), женщин – 26 (40,6 %). В основном наблюдался демиелинизирующий тип заболевания – 59 больных (92,2 %), и в 5-ти случаях (7,8 %) – аксональный вариант синдрома. Всех больных по тяжести течения разделили на две группы: средней тяжести и тяжёлые. Наряду с традиционными методами лечения назначали человеческий иммуноглобулин-G, а средне-тяжёлым больным основной группы проводили от 1 до 3 сеансов мембранного плазмафереза, тяжёлым – от 3 до 5 сеансов.

Мембранный плазмаферез проводили с заменой плазмы пациента, с учётом общего белка больного, на кристалло-коллоидные растворы, донорскую свежемороженную плазму и альбумин, со средним объемом плазмаэкстракции от 600 до 1000 мл за каждую процедуру. Следует отметить, что более удовлетворительные результаты были получены у больных, которым процедура плазмафереза произведена в более ранние стадии болезни. Плазмаферез выполнялся непрерывным методом с использованием аппарата «Hemofenix» и фильтра ПФМ-01-ТТ «Роса».

Критериями оценки тяжести (КОТ) состояния и эффективности проведённого лечения являлись:

1. Восстановление спонтанного дыхания (у крайне тяжёлых больных).
2. Восстановление функции вегетативной нервной системы (ВНС) (нормализация А/Д, пульса и др.).
3. Улучшение неврологической симптоматики (уменьшение парезов и параличей).
4. Снижение парестетической симптоматики.

Результаты. У всех госпитализированных больных на момент начала интенсивной терапии отмечались угнетение дыхания, клинические проявления нарушений вегетативной нервной системы, парезы и параличи разной степени интенсивности, парестезии. Динамическое наблюдение за основной группой пострадавших позволяет отметить безусловный клинический эффект от применения мембранного плазмафереза.

Динамика клинических нарушений после лечения мембранным плазмаферезом: изменения по КОТ (75%): 1) восстановление спонтанного дыхания у крайне тяжёлых больных – 11,5±1,5 сутки; 2) функции ВНС – 13,4±1,4; 3) парезы и параличи – 16,2±1,7 сутки; 4) парестезии – 14,5±1,5. В группе сравнения динамика клинических нарушений по КОТ (75%) составила: 1) 15,7±1,2; 2) 17,8±1,3; 3) 23,8±1,3; 4) 19,4±1,7 сутки соответственно. Летальность в основной группе больных составила 2 (3,1%), а в группе сравнения 5 (14,3%).

Вывод: Комплексное лечение синдрома Гийена-Барре с применением мембранного плазмафереза является методом выбора при данной тяжелой патологии, так как его применение способствует раннему восстановлению неврологических расстройств, сокращает сроки пребывания в стационаре.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги кунда семизлик бутун дунёда бўлгани каби Ўзбекистонда ҳам давримизнинг энг долзарб муаммоларидан бирига айланиб улгурди. У юрак қон томир касалликлари, жумладан артериал гипертониянинг келиб чиқишига ва ривожланишига олиб келувчи хатарли омиллардан бири ҳисобланади. Артериал гипертониянинг

бошқа хатарли омилларидан фарқли ўлароқ, ортиқча тана вазни бошқарса бўладиган омиллар каторига киради ва уни камайтирилиши ёки бартараф этилиши касалликни номедикаментоз даволаш усулларидан бири ҳисобланади. Тадқиқотнинг мақсади: Андижон шаҳри уюшмаган аҳолиси орасида артериал гипертониянинг хатарли омилли – ортиқча тана вазнининг тарқалиши ва унинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Текширувда 15 ёшдан 70 ёшгача бўлган 658 нафар эркак ва 562 нафар аёллар катнашган. Антропометрик ўлчашлар қуйидагича бажарилди: бўйи пойабзалсиз тик турган ҳолда 0,5 см аниқлик билан, тана вазни 0,1 кг гача аниқлик билан (пойабзалсиз) ўлчаниб баҳоланди. Улардан келиб чиқиб Кетле формуласи бўйича ва ЖССТ таснифидан фойдаланиб тана вазни индекси аниқланди (тана вазни (кг)/бўй (м²)): Кетле индекси $\leq 18,5$ га тенг бўлганда тана вазинини етишмаслиги, 18,5-24,9 га тенг бўлса тана вазни меъёрда, 25-29,9 бўлса тана вазни ортиқча, 30-34,9 бўлса семизликнинг I синфи, 35,0-39,9 бўлса семизликнинг II синфи ва 40 \geq бўлса семизликнинг III синфи деб баҳоланди.

Олинган натижаларни кўрсатишича, ортиқча тана вазни текширилган эркакларнинг 9%и ва аёлларнинг 16%ида аниқланган. Жумладан, 15 ёшдан 19 ёшгача бўлган эркакларнинг 1,1%и ва шу ёшдаги аёлларнинг 1,4 %ида ортиқча вазн борлиги аниқланган. Ёш ўтиши билан бу кўрсаткич ортиб борган ва 20-29 ёш оралиғида 3,7 % аёлларда ва 2,1 % эркакларда кузатилган.

30-39 ёшда ортиқча тана вазни 4,8 % эркаклар ва 6,5% аёлларда аниқланган. 40-49 ёшда бу омил 7,5% эркакларда ва 9,4 % аёлларда учрайди. 50-59 ёшда эса бу кўрсаткич 11,2 % эркаклар ва 12,9 % аёлларни ташкил этади.

60-69 ёшда ортиқча тана вазни 15,4 % эркакларда ва 16,5% аёлларда кузатилди. 70 ва ундан катта ёшда ортиқча тана вазни билан эркаклар 18,7 %ни, аёллар 19,4 % ни ташкил этди.

Ўтказилган тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики, ортиқча тана вазни аёллар орасида эркакларга нисбатан 1,8 марта кўп учрайди. Ёш ўтиб бориши билан бу кўрсаткич ҳар иккала жинс вакиллари орасида ортиб боради.

ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

**Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кадиров Д.А., Усманова У.И.
Андижанский государственный медицинский институт**

Самым опасным осложнением цирроза печени является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. 30-45% больных умирают от этого осложнения и риск летального исхода тем выше, чем хуже функциональное состояние печени (класс цирроза печени по Чайлд-Пью, уровень билирубина, наличие тромбоцитопении, уровень ПТИ и др.) к моменту возникновения кровотечения. Многие годы предпринимаются попытки профилактики кровотечений с помощью снижения давления в воротной вене бета-блокаторами. В большинстве случаев используется пропранолол. Его эффект основан на уменьшении кровотока в сосудах органов брюшной полости.

Нами были обследованы 22 больных (основная группа) циррозом печени в возрасте старше 17 лет, у которых ранее было кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (10 из них с циррозом класса С по Чайлд-Пью, остальные 12 с циррозом печени класса В по Чайлд-Пью). Контрольную группу составили 20 больных с аналогичным диагнозом. Все больные основной группы принимали пропранолол по 40 мг/сут наряду с традиционным методом лечения в течение 3 месяца, наблюдали определенными режимом и диету. Больные контрольной группы не принимали пропранолол. В период проведения исследования в контрольной группе отмечалось кровотечение у 5 больных, в основной группе, где принимали пропранолол кровотечение наблюдалось у 2 больных с циррозом печени класса С по Чайлд-Пью, у больных с циррозом класса В по Чайлд-Пью кровотечение не наблюдалось.

Результаты исследования показывают, что длительный регулярный приём пропранолола у больных циррозом печени может способствовать уменьшению риска кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и положительно влиять на качество жизни больных при соблюдении больными всех рекомендаций.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА

**Ахмадалиева У.К., Салахидинов З.С., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Усманова У.И.
Андижанский государственный медицинский институт**

На развитие и прогрессирование артериальной гипертонии оказывает влияние многочисленные факторы риска. Они увеличивают риск развития осложненной артериальной гипертонии

Цель: изучение распространенности факторов риска артериальной гипертонии (АГ) среди неорганизованного населения г. Андижана.

Материалы и методы: ретроспективное исследование проведено среди неорганизованного населения г. Андижана по 10% случайной выборке. Обследовано 3222 человек в возрасте 15-70 лет и старше. 1313 из них – мужчины, 1909 – женщины.

Полученные результаты показали, что факторы риска АГ в женской и мужской популяции встречаются с разной частотой. Малоподвижный образ жизни (гиподинамия) ведут 11,7% (126) мужчин и 12,2% (160) женщин. Избыточный вес (ИМТ >25) определяется у 9% (119) мужчин и 16% (139) женщин. Распространенность гиперхолестеринемии среди мужской популяции составляет -8,5% (111), среди женской популяции -9,9% (130).

В мужской популяции дислипотеидемия определяется у 19,6% (257) обследованных, в женской – 21,7% (287). Коагулологические факторы риска среди мужчин определялись у 11,9% (155), среди женщин – 13,3% (175).

гипертриглицеридемия – у 10,1% мужчин (133) и 11,8% женщин (155). 13,5% мужчин (178) и 14,9% женщин (195) в избыточном количестве употребляют поваренную соль. Наследственную предрасположенность к АГ имеют 11,6% (123) мужчин и 12,7% (167) женщин.

Эмоциональным перенапряжением страдают 21,1% (278) мужчин и 16,9% (223) женщин.

Курение встречается у 55,5% (731) мужчин, а употребление алкоголя 5,7% (75) мужчин. Эти два последние факторы риска не определялись в женской популяции.

Заключение: среди неорганизованного населения города Андижана самым распространенным фактором риска среди мужчин является курение (55,5%), а среди женщин – дислипотеидемия (21,7%).

Ведение здорового образа жизни влияет на эти факторы этих факторов на развитие заболевания и ее осложнений снижается и это может способствовать улучшению качества жизни больных.

УМУМИЙ ПОПУЛЯЦИЯДА СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК БОСИМНИНГ ЎРТАЧА ДАРАЖАЛАРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

**Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Максумова Д.К.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Артериал гипертония (АГ) ҳозирга келиб пандемик тус олиб кўпайган сурункали ноинфекцион касаллик ҳисобланади. Бу касаллик билан ҳасталанганлар 30 ёшгача бўлган аҳоли орасида 4%, 50-59 ёшли аҳоли орасида 44%, 60-69 ёшда – 54% ва 70 ёшдан ошганлар орасида эса 65%ни ташкил қилади.

Текширувда 15-70 ёшли ва ундан катталар орасида систолик артериал босим (САБ) ва диастолик артериал босим (ДАБ)нинг ўртача даражаларини янги тасниф бўйича ўрганиш мақсад қилиб олинди.

Андижон шаҳрининг 15-70 ёшли ва ундан катта 3969 нафар (2395 нафар аёл ва 1574 нафар эркак) аҳоли орасида САБ ва ДАБнинг ўртача даражалари аниқланди. Қон босими икки дақиқалик интервал билан икки марта ўлчаниб, ўртачаси асосий кўрсаткич сифатида қабул қилинди. АГ ташхиси ЖССТ, ГХЖ (1999й.) ва АБМК (1997й.) мезонларидан фойдаланиб қўйилди.

Тадқиқотда олинган натижаларга кўра, умумий популяцияда САБнинг ўртача даражаси 142,5 мм.сим.уст., ДАБнинг ўртача даражаси 91,3 мм.сим.уст.ни ташкил қилди. Турли ёш гуруҳларида бу кўрсаткичлар турлича бўлиб, ёш ўтиб боргани сари уларнинг ортиб бориши кузатилди. Жумладан, САБнинг ўртача даражалари 15-19 ёшлиларда 119,3 мм.сим.уст. 20-29 ёшлиларда 123,2 мм.сим.уст. 30-39 ёшлиларда 128,1 мм.сим.уст. 40-49 ёшлиларда 137,5 мм.сим.уст. 50-59 ёшлиларда 151,2 мм.сим.уст. 60-69 ёшда 157,4 мм.сим.уст. 70 ва ундан ошганларда 159,3 мм.сим.уст.ни ташкил этган бўлса, ДАБнинг ўртача даражалари 15-19 ёшда 76,8 мм.сим.уст., 20-29 ёшда 79,9 мм.сим.уст., 30-39 ёшда 85,8 мм.сим.уст. 40-49 ёшда 89,2 мм.сим.уст. 50-59 ёшда 91,3 мм.сим.уст. 60-69 ёшда 93,7 мм.сим.уст. ва 70 ёшдан ошганларда 95,0 мм.сим.уст. га тенг бўлиб аниқланди.

Демак, қон босими даражалари текширилган популяцияда ёшга боғлиқ ҳолда ўзгариб, АГ ривожига «қўприк солиб» боради. Бу натижалардан келиб чиқиб бирлашган профилактика ишларини бир вақтда ўтказиш, иккиламчи профилактика тизимини режалаштириш ва учамчи профилактикани барвақт амалга ошириш текширилган аҳоли орасида АГ билан боғлиқ ижтимоий-иктисодий талофатларни кескин камайишига олиб келади.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ХГВ

**Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Абдуллаева Г.
Андижанский государственный медицинский институт**

Хронические вирусные гепатиты являются серьезной клинико-эпидемиологической проблемой в нашей республике. На долю вирусных гепатитов в общей структуре хронических поражений печени приходится около 70%. Клинически у больных могут как отсутствовать какие-либо симптомы, так и определяться признаки тяжелого заболевания печени. По статистическим данным частота хронизации вирусного гепатита В составляет 5-10%, а вирусного гепатита С около 80%.

За последние годы в Андижанской области отмечается высокая заболеваемость хроническими вирусными гепатитами, растет число различных осложнений и остаточных явлений у реконвалесцентов. Поэтому своевременная диагностика этих заболеваний у перенесших вирусный гепатит в период диспансеризации является актуальной задачей.

Первичную диспансеризацию больные вирусными гепатитами проходят в стационаре, в дальнейшем в поликлинике по месту жительства.

Под нашим наблюдением находились 150 человек (взрослые от 17 до 60 лет). К остаточным явлениям после перенесенного вирусного гепатита отнесены: астено-вегетативный синдром, диспептический синдром, гепатомегалия, гипербилирубинемия, гиперферментемия. К осложнениям относятся развитие хронического активного гепатита (ХАГ) и формирование цирроза печени. При исследовании астено-вегетативный синдром отмечалось у 28% переболевших вирусным гепатитом, диспептические явления у 11%, гепатомегалия у 34%, гипербилирубинемия у 23%, цирроз печени у 7% является самым серьезным исходом гепатита В. Осложнения у перенесших вирусный гепатит должны привлекать внимание не только врачей инфекционистов, а также участковых терапевтов.

Таким образом, рекомендации по соблюдению режима и диеты, а также лечения должны быть направлены на полную реабилитацию перенесших вирусный гепатит лиц в процессе диспансеризации. Целью диспансерного наблюдения является купирование активности гепатита и обеспечение развития стабильной ремиссии. Активное наблюдение 2 раза в год: проводится оценка жалоб и объективного статуса, одновременно исследуется уровень трансаминаз, а при наличии показаний объем исследований расширяется.

Цирроз печени и ХАГ как осложнение перенесенного вирусного гепатита чаще встречается у лиц, которые не соблюдают существующий режим питания, труда и отдыха.

Чтобы избежать таких осложнений вирусного гепатита и добиться оздоровления населения, особенно молодого поколения, необходимо проведение вакцинации против гепатита В среди здорового населения, а у больных выявлять эти заболевания по мере возможности на ранних стадиях и усилить контроль за диспансерными больными, обучать их соблюдению режима труда, отдыха и питания.

ЭРКАКЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ХАТАРЛИ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ.

Ахмадалиева У.Қ., Салоҳиддинов З.С., Кодиров Д.А., Валиева М.Ю., Максумова Д.Қ.

Андижон давлат тиббиёт институти

Артериал гипертония (АГ) юрак қон-томир касалликлари орасида ва бу хасталикларнинг хатарли омили сифатида энг кўп тарқалган касаллик ҳисобланади. Одам ёши улғайиши билан АГ купроқ учрайди ва 60 ёшдан ошганларнинг 50 % идан кўпроғида аниқланади. АГ нинг келиб чиқиши, ривожланиши ва турли хил асоратларнинг юзага чиқишида хатарли омилларнинг ўзига хос ахамияти бор.

Биз эркаклар орасида АГ хатарли омилларининг эпидемиологияси ва уларнинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришини аниқлашни мақсад қилиб олдик.

Андижон шаҳрининг 15-79 ёшли ва ундан ошган аҳолиси (1313 нафар) орасида АГ нинг хатарли омиллар билан алоқадорлик даражаси сўровномали, асбоб-ускунали, биохимик ва эпидемиологик усулларни қўллаган ҳолда қиёсий ўрганиб чиқилди.

Тадқиқотда олинган натижаларга кўра, эркакларда АГ ни келтириб чиқарувчи 11 та хатарли омиллар устиворлик қилади ва улар популяцияда турлича даражаларда аниқланди. Энг кўп тарқалган хатарли омил кашандалик бўлиб, у 55,5 % эркакларда кузатилди, унга нисбатан 2,6 марта кам бўлиб руҳий зўриқиш (21,1 %), 2,8 марта кам дислипотеидемия (19,6 %), ош тузини кўп истеъмол қилиш омили 4,1 марта кам (13,5 %) аниқланди. Коагулологик хатарли омил (КХО) – 11,9 %, гиподинамия – 11,7 %, ирсий мойиллик – 11,6 %, гиперхолестеринемия (ГХС) – 8,5 % гипертриглицеридемия (ГТГ) – 10,1 %, ортиқча тана вазни (ТМИ>25) 9,0 % алкогольни суистеъмол қилиш 5,7 % эркакларда аниқланди.

Шу билан бир қаторда ўрганилган хатарли омилларнинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгариши аниқланди. Жумладан, ДЛП 15-19 ёшдаги эркакларнинг 11,9 % ида аниқланган бўлса, 70 ёшга бориб улар 36,2 % ида кузатилди, ГХС 3,6 % дан 16,8 % га, ГТГ 5,6 % дан 18,9 % га, КХО 2,2 % дан 21,3 % га ортган. Руҳий зўриқиш 6,4 % дан 26,2 % га ва ош тузини кўп истеъмол қилиш 3,8 % дан 22,8 % гача, гиподинамия 2,3 % дан 25,4 % гача, ортиқча вазни эркаклар сони эса 1,1 % дан 18,7 % гача, алкогольни суистеъмол қилиш 1,5 % дан 6,8 % гача, кашандалик 34,7 % дан 48,6 % га кўпайган.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, Андижон шаҳрининг эркаклар популяциясида АГнинг хатарли омиллари кенг тарқалган ва улар ёш ўтган сари ортиб бориб, касаллик ривожига ўз таъсирини ўтказди. Бу таҳлилларни эътиборга олган ҳолда мавжуд даволаш-профилактик дастурларни такомиллаштириш аҳоли орасида гипертония билан касалланганлар сони камайишига олиб келади.

УРОВЕНЬ АДАПТАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ахмеджанова Г.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Адаптационные способности организмов, находящихся на разных уровнях филогенеза, различаются из-за продвинутой их регуляторных систем. Очевидно, что как во взрослом, так и в развивающемся организме, наряду со способностью к сенсбилизационным адаптациям, должна существовать возможность стабилизационных адаптаций. Под ними мы понимаем процесс реализации способностей всего организма или отдельных его реагентов удерживать свои параметры в пределах функционального оптимума при изменяющихся факторах внешней среды. В филогенезе возможность стабилизационной адаптации развивается параллельно с сенсбилизационными адаптациями

Цель: Сравнительное изучение отличительных различий адаптационных способностей детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 37 школьников в возрасте 8-11 лет общеобразовательной школы № 33.

Уровень адаптационных способностей младших школьников оценивался с помощью диагностического опросника. Этот метод обследования позволяет своевременно установить снижение адаптационных резервов организма учащихся, повысить их за счет комплекса оздоровительных мероприятий, ведущим из которых является активизация двигательного режима школьников.

Выводы: Таким образом, особенности процесса адаптации детей младшего школьного возраста заключаются в том, что многие психические процессы, обеспечивающие переработку информации и навыки, обеспечивающие функционирование отдельных подсистем, направленных на достижение и поддержание гомеостаза, еще находятся в состоянии развития. Воздействие стрессоров в процессе школьного обучения вызывает у младших школьников напряженность гормональных механизмов адаптации, изменения в работе сердца. Описанные в психологической литературе основные типы проблемных ситуаций, требующие от индивида адаптивного поведения, переживают не только взрослые, но в той или иной степени и дети младшего школьного возраста. При их разрешении, прежде всего пользуются защитными адаптивными механизмами.

Возможности применения незащитных, интеллектуальных способов еще невелики, так как они требуют хорошо развитого абстрактно-логического и теоретического мышления.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ, СОЗДАНЫХ НА ОСНОВЕ ФИТОЭКДИСТЕРОИДОВ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

**Ахмедова М.Д., Анваров Ж.А.
Ташкентская медицинская академия**

Узбекистан эндемичен по КЛ, регистрируются как антропонозный, так и зоонозный КЛ, вызываемые соответственно *L. tropica* и *L. major*. В лечении лейшманиоза применяются препараты пентавалентной сурьмы вот уже более 60 лет, но тем не менее остаются лекарственными средствами первой линии, несмотря на токсичность. Резистентность к ним быстро растет, в том числе и у *L. major* и *L. tropica*, а эффективность невысока [Chakravarty, Sundar, 2010; Kunzler, 2013]. Амфотерицин В, эффективность которого выше, относится к нефро- и гепатотоксичным препаратам, имеет множество противопоказаний и побочных эффектов. [Страчунский Л.С. и соавт., 2007]. Их эффективность при кожном лейшманиозе Старого Света ограничена [Taheri et al., 2014]. Предполагается, что позитивное влияние в лечении КЛ могут оказать не только препараты с лейшманицидным действием, но и репаративными свойствами [Barbosa et al., 2015]. Апробируются препараты, лишённые антипаразитарной активности, но обладающие ранозаживляющими и антиоксидантными свойствами (Moreno et al., 2014). Одним из групп таких препаратов являются препараты из класса фитоэкдистероидов.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности экдистена, препарата из класса фитоэкдистероидов, в лечении кожного лейшманиоза (КЛ).

Материалы и методы. Исследование проводилось в НИИ медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева за период 2016-2017 года. Общее количество больных - 59 человек в возрасте 15 - 52 лет, из них 32 мужчины, 27 женщины. Все 59 больных КЛ получали экдистен в суточной дозе 20-25 мг в течение 14 дней. Экдистен нетоксичен, обладает разнообразным позитивным влиянием на организм человека - адаптогенным, иммуномодулирующим, ранозаживляющим, стресс-протективным, гепатопротекторным свойствами (В.Н. Сыров, 2016).

Результаты и обсуждение. У 60% больных, которые получали экдистен отмечалось ускорение процессов заживления, что выражалось в более быстрой эпителизации, уменьшение размеров язвы, уменьшении воспалительного инфильтрата по краям лейшманиомы, глубины и диаметра области некроза, развивавшихся в течение месяца, что в итоге приводило к уменьшению площади конечного рубца. Гиперемия в области рубца была выражена слабее, чем у лиц, не получавших экдистен. У всех больных, получавших экдистен, не отмечали образования новых лейшманиом вокруг основного очага и вторичных инфекций. По полученным данным эффективность экдистена была выше у больных, начавших лечение препаратом в течение первых двух месяцев после формирования лейшманиомы. По предварительным данным экдистен обладает слабо выраженным лейшманицидным свойством. Применение экдистена оказало позитивное влияние на нормализацию уровня цитокинов, он хорошо переносился больными, у больных отмечалось уменьшение размеров язвы, ускорение процессов заживления.

Таким образом, динамика уровня цитокинов у больных КЛ после лечения экдистеном коррелировала с выраженным клиническим улучшением. Экдистен является перспективным препаратом лечения КЛ.

ГИЁҲВАНДЛИККА ҚАРШИ ЖАҲОН ҲАМЖАМИЯТИ

**Ахмедова Н.Д., Собиров К.Г., Урмонов Ф.М.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Инсоният тарихида асрлар оша яратилаётган барча кашфиётлар-у ихтиролар инсоннинг яшаши учун қатор қулайликларни яратмоқда. Бироқ, бугунги кунда дунёни ташвишлантираётган ОИТС, гиёҳвандлик, наркобизнес каби иллатлар инсон ҳаётига хавф солмоқда. Гиёҳвандлик билан боғлиқ жиноятларни содирэтаётганларнинг 28 фоизга яқинини ўттиз ёшга тўлмаганлар, салкам 15 фоизини эса аёллар ташкил этар экан. Ер юзида етиштирилаётган гиёҳванд моддаларнинг тўртдан уч қисми Афғонистон мамлакатига тўғри келади. Жаҳон ҳамжамияти бундай кўринишга чек қўйиб вазиятни барқарорлаштириш юзасидан турли тадбир ва услубларни ишга солаётир. Жумладан, БМТ Бош Ассамблеяси 1991 йилда “Гиёҳвандлик воситалари устидан назорат бўйича халқаро дастур”ни (ЮНДКП) ишлаб чиққан эди. Бу дастур бўйича БМТнинг гиёҳвандлик моддалари устидан назорат бўйича барча фаолияти мувофиқлаштирилди. 1997 йилда эса БМТ томонидан “Гиёҳвандлик моддалари устидан назорат ўрнатиш ва жиноятчиликнинг олдини олиш бошқармаси ташкил этилди. Бошқарма гиёҳвандлик моддалари савдоси, уюшган жиноятчилик, терроризм каби ҳолатларга қарши глобал миқёсда кураш олиб бормоқда. Ўзбекистонда ҳам гиёҳвандликка қарши кураш борасида жиддий ишлар амалга оширилмоқда. Ўзбекистон гиёҳвандлик воситалари тўғрисидаги БМТнинг 1961 йилги ягона Конвенцияси ҳамда “Гиёҳвандлик воситаларининг қонунга ҳилоф равишда муомалала бўлишига қарши кураш тўғрисида”ги БМТ Конвенциясига қўшилган. Конвенцияга кўра барча турдаги гиёҳвандлик операциялари учун жиноий жавобгарлик белгиланган. Бундай моддалар истеъмоли ва уларнинг ноқонуний айланишига қарши курашишда БМТ ҳамкорлигида 2011-2015 йилларга мўлжалланган комплекс чора-тадбирлар дастури доирасида амалий ҳаракатлар олиб борилмоқда. Маълумки, Ўзбекистон Республикаси Бош Прокуратураси 2002 йилдан бери БМТнинг 1988 йилдаги “Гиёҳвандлик воситалари ва психотроп моддалар билан қонунга ҳилоф равишда муомала қилишига қарши кураш тўғрисида”ги конвенциясининг 7-моддаси доирасида Ўзбекистон Республикасининг марказий идораси ҳисобланиб, бу борада халқаро ташкилотлар билан яқиндан ҳамкорлик қилиб келмоқда. Хуллас, гиёҳвандлик воситаларини истеъмоли қилиш шахсни жамиятдан ажратибгина қолмай, унинг инсоний қиёфасини

йўқотишга ва турли-туман жиноятларни содир қилишига сабаб бўлади. Бу иллатни тарқатаётган кимсаларга нисбатан аёвсиз курашиш бугуннинг долзарб вазифалардан биридир.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ

Ахмедов Р.Ф., Карабаев Х.К., Мустафаев А.Л.

Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность: Проблему сепсиса трудно переоценить. Сепсис и септический шок с полиорганной недостаточностью (ПОН) являются главными причинами смерти у тяжелообожжённых. (В.Е. Аваков., 2010, Х.К. Карабаев с соавт., 2017)

Цель работы: Получение количественных критериев риска развития полиорганной недостаточности у больных с ожоговым сепсисом.

Материалы и методы: Было обследовано 70 пациентов с ожоговым сепсисом. У 76% больных по наличию синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) был диагностирован ожоговый сепсис, причем у 90% из них развился тяжелый сепсис с ПОН. ПОН также имела место у 19% пациентов, не имевших диагноза «сепсис», так как количество признаков ССВР у них не превышало 1 все время заболевания, все они были старше 60 лет. ПОН сопровождалась 78%-й летальностью. В качестве дополнительного показателя использовалась сывороточная концентрация альбумина, величина которой демонстрирует отрицательную корреляционную связь с количеством имеющихся у пациентов признаков ССВР.

Результаты: Исследование показало что риск развития ПОН - не обнаруживает достоверной зависимости от пола пациентов и зависит от их возраста, выраженности ССВР и степени снижения сывороточного альбумина. Кроме того, пожилой и старческий возраст характеризуется меньшей степенью выраженности признаков ССВР, несмотря на более тяжелое течение сепсиса и при этом - более низкими значениями концентрации альбумина. Случаи развития ПОН характеризовались неадекватным снижением альбумина даже при небольшом количестве признаков ССВР. По вероятности развития ПОН было выделено 3 категории риска.

1 категория - риск развития ПОН у больных с ожоговым сепсисом отсутствует (0%), только если в течение всего заболевания отсутствуют признаки ССВР.

2 категория - имеется средний риск развития ПОН, если в течение заболевания регистрируется 1-2 признака ССВР и концентрация альбумина превышает 20 г/л.

3 категория - имеется абсолютный (100%) риск развития ПОН, если регистрируется 3-4 признака ССВР, а также, если при наличии 1-2 признаков ССВР имеет место концентрация альбумина ниже 20 г/л.

Выводы: Полученные критерии могут использоваться для своевременного выбора адекватной тактики лечения пациентов с ожоговым сепсисом.

ИНСОНИЙЛИК ҚИЁФАСИНИ ЙЎҚОТМАНГ

Ахунова М.Р., Собиров К.Г., Урмонов Ф.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Инсоният тараққийтига кучли таъсир қилувчи иллатлардан бири гиёҳвандлик балосидир. Чунки унинг домига тушган киши ўзлигидан айрилади. Гиёҳвандлар наша, қорадори, кўкнори, героин ва шу каби наркотикларни истеъмол қилишга одатланган одамдир. Бундай одамларни ўз номи билан эмас, балки банги, нашаванд, кўкнори деб аташади. Манбаларда таъкидланганидек, дастлаб, таникли сайёҳ Христофор Колумб Марказий Америкадан Европага бир нотаниш ўсимликнинг баргини келтирган эди. Сўнг уни шифобахш моддаси ва тутуни турли касалликларга дори деб қуритилган, баргини майда қилиб одамларга чекишни ўргатдилар. Албатта, у пайтда бу беозор кўринган баргининг инсоният учун нақадар хавfli эканлигини билмаган эдилар. Бу ўсимлик Европада биринчи бўлиб швед табиатшуноси Карл Линней томонидан хонақиллаштирилади ва Жан Нико деган киши “шарафи”га ундан олинандиган моддага “никотин” деб ном берилади. Никотин тутуни таркибида никотин, олтингугурт, аммиак, азот, турли эфир мойлари, сианид кислотаси, чумоли кислотаси, сирка ва валериана кислоталари, шунингдек, инсон организми учун ўта зарарли бўлган бошқа ҳар хил моддалар мавжуд. Бундай гиёҳлар асосан учга бўлинади: кўкнор гиёҳи, наша гиёҳи, тамаки гиёҳи. Кўкнор таркибида ўткир таъсир этувчи наркотик модда бўлиб, унинг танасидан махсус асбоблар воситасида шимилшиқ, елимсимон модда сидириб олинади. Бу модда “қорадори” деб аталиб, ундан истеъмол қилган киши жисмоний ва ақлий томондан заиф, оддий нарсалардан восвосга тушиб қоладиган, турли жиноятлар содир этишдан қайтмайдиган, бир умр фарзанд кўрмайдиган ҳам бўлиб қолади. Бангилик инсонни одамийлик хусусиятларидан махрум этади. Бундай дардга мубтало бўлганлар одам ўлдириш, ўғрилик, қароқчилик қилишдан ҳам тоймайдилар. Тамаки гиёҳидан тайёрланган моддаларни чекиш инсон саломатлиги учун ўта зарарлидир. Қашандалар ва носкашларнинг аксарияти ўпка раки, асаб, бўғма касалликлари билан оғрийдилар. Сигарет чекиш натижасида унинг таркибидаги никотин моддаси инсон аъзоларига қўзғатувчи таъсир кўрсатиб, қон босимини оширади, майда томирларни торайтиради, нафасни тезлаштириб, овқат ҳазм қилиш тизимининг ширасини кўпайтиради.

Хулоса қилиб айтганда, ичкиликбозлик, гиёҳвандлик, қушандалик нафақат кашанда ҳаётга, балки фарзандлари камолотига, оилавий ҳамжиҳатликка, жамиятдаги соғлом муҳитга раҳна солувчи қабил иллатдир. Шундай экан, соғлом турмуш тарзига риоя қилинг.

ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ

Байханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Вирусный гепатит А является острым воспалительным заболеванием печени, развивающимся в результате инфицирования вирусом гепатита А (HAV). Вирус относится к группе пикорнавирусов и обычно передается энтеральным путем, является причиной крупных вспышек и остается в мире серьезной медицинской и социальной проблемой.

Тяжелое течение вирусного гепатита А с острой печеночной недостаточностью обозначает быстро развивающуюся дисфункцию синтетической способности печени сочетающейся с выраженной коагулопатией и с печеночной энцефалопатией, обусловленной массивным некрозом печени, развившееся в пределах 8 недель после появления желтухи.

Цель исследования: определить показатели эндогенной интоксикации у больных тяжелой формой вирусного гепатита А и оценить терапевтическую эффективность препарата Гепта-Мерц.

Материалы и методы исследования. Изучить показатели крови у больных тяжелой формой острого вирусного гепатита А.

Результаты исследования. Вирусный гепатит А сохраняет своё классическое течение с развитием тяжёлых форм заболевания в 0,69 % всех случаев, которые характеризуются наличием острой печёночной энцефалопатии с присоединением геморрагического и гепаторенального синдромов. У 67,2% больных тяжелой формой вирусного гепатита А на фоне выраженного цитолитического синдрома отмечаются явления холестаза с выраженной гипербилирубинемией ($187,5 \pm 12,9$ мкмоль/л) и значительным повышением щелочной фосфатазы ($280,7 \pm 9,5$ МЕ).

У больных тяжелой формой вирусного гепатита А наблюдается снижение показателей связывающей способности молекул сывороточного альбумина: ЭКА, ОКА, ЭКА/ОКА и возрастанию ИТ, между указанными показателями выявляется обратная корреляционная связь.

Включение в комплексную терапию больных тяжелой формой острого вирусного гепатита А препарата Гепта-Мерц способствует улучшению характера течения патологического процесса и сопровождается увеличением ЭКА, ОКА, ЭКА/ОКА и снижением ИТ.

Выводы. Применение в комплексной терапии больных тяжелой формой острого вирусного гепатита А препарата Гепта-Мерц приводит к уменьшению продолжительности клинических проявлений, сокращению сроков нормализации лабораторных показателей, длительности пребывания больных в стационаре и снижению летальности более, чем в полтора раза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗА

Байханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Распространение бруцеллеза на современном этапе связано с одной стороны с развивающимся частным животноводством, бесконтрольным завозом крупного и мелкого рогатого скота из неблагополучных территорий СНГ, с другой стороны - со снижением реальных возможностей осуществлять учет и вакцинопрофилактику поголовья скота частного сектора, ослаблением эффективного санитарного надзора за реализацией продуктов.

Широкое распространение бруцеллеза, выраженная тенденция к росту заболеваемости, возможность неблагоприятных исходов, приводящих к длительной потере трудоспособности, а иногда и инвалидности определяют социально-экономическую значимость и актуальность этой проблемы.

Целью работы явилось выявление особенностей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты организма в динамике острого и хронического бруцеллеза в зависимости от периода заболевания, степени тяжести, компенсации процесса и наличия сопутствующих заболеваний. Все это послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 151 больной с бруцеллезом в возрасте от 19 до 80 лет, из них острым бруцеллезом (ОБ) - 39 (25,8%), хроническим бруцеллезом (ХБ) в стадии суб- и декомпенсации - 112 (74,2%). Женщин было 53 (35%), мужчин - 98 (65%). Подавляющее большинство больных - 109 (72,2%) были жителями сельской местности, имевшие свое подсобное хозяйство. 42 (27,8%) обследованных были городскими жителями, но периодически выезжавшие в села.

Острый бруцеллез у 14 (35,8 %) обследованных больных протекал в легкой форме, у 17 (43,5%) - отмечалась средняя степень тяжести и у 8 (20,5%) - тяжелая. У подавляющего большинства больных инкубационный период составил в среднем 3-4 недели. Основными клиническими проявлениями были лихорадка - у 34 (87,1 %) больных; потливость - у 35 (89,7 %); слабость - у 34 (87,1 %); головная боль - у 20 (51,3 %); нарушение сна - у 12 (30,7 %); снижение аппетита - у 10 (25,6 %); боли в суставах различной продолжительности и интенсивности - у 25 (64,1 %). Температура преимущественно повышалась до фебрильных цифр в вечерние и ночные часы и носила волнообразный или ремиттирующий характер. Многие больные отмечали познабливание. Наряду с температурой типичным симптомом для острого бруцеллеза является резко выраженная потливость, сохраняющаяся во все периоды заболевания.

Хронический бруцеллез продолжается в течение нескольких лет, вызывая обострения и рецидивы. 79 (70,5%) больных имели давность болезни от 1 до 5 лет и 33 (29,5%) больных - свыше 6 лет. У больных с большей давностью не исключена возможность супер- или реинфекции. Больные поступали в клинику с обострением процесса. У 57 (50,8 %) имели место различные сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь,

ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, сахарный диабет, диффузный токсический зоб, калькулезный холецистит, псориаз, хронический бронхит, хронический гепатит, мочекаменная болезнь, эрозивный гастрит, гипохромная анемия, пневмония и др.).

Выводы. 1. У больных острым и хроническим бруцеллезом наблюдается активация перекисного окисления липидов с закономерным повышением уровня малонового диальдегида в плазме крови, зависящее от периода, степени тяжести, компенсации, наличия сопутствующих заболеваний.

2. У больных острым и хроническим бруцеллезом отмечено достоверное повышение значений активности спонтанного НСТ-теста, позволяющее оценить фагоцитарную реакцию нейтрофильных гранулоцитов и косвенно указывающее на уровень выработки супероксиданиона, зависящий от периода, степени тяжести, компенсации и наличия сопутствующих заболеваний.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ НВУ-ИНФЕКЦИИ

Байханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Вирус гепатита В остается одним из основных этиологических факторов развития хронических заболеваний печени, в том числе, хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Актуальность изучения вирусного гепатита В связана с повсеместным его распространением, а также, преимущественно, с поражением лиц молодого возраста. В настоящее время продолжается активное изучение молекулярной биологии НВУ-инфекции и ее связи с клиническими характеристиками основных вариантов течения хронического гепатита В (ХГВ). Большинство исследований продемонстрировало, что высокий уровень виремии НВУ у больных ХГВ является одной из основных причин развития неблагоприятных исходов заболевания.

В последние годы уровень вирусной нагрузки НВУ как критерий назначения противовирусной терапии рассматривается в национальных рекомендациях европейских и американских ассоциаций по изучению заболеваний печени - EASL и AASLD. Однако, на сегодняшний день отсутствуют четкие представления о клинической роли выявления низких концентраций НВУ в крови, а также - волнообразного уровня виремии НВУ на степень поражения печеночной ткани и формировании неблагоприятных исходов ХГВ.

Цель исследования. Цель настоящего исследования - оценка клинического значения уровня вирусной нагрузки при динамическом обследовании пациентов с хронической НВУ-моноинфекцией для отбора кандидатов на противовирусную терапию и выявления доли «неактивных носителей вируса гепатита В» в популяции НВУ-позитивных пациентов.

Результаты исследования. В исследование был включен 171 больной хронической НВУ-моноинфекцией, удовлетворяющие критериям включения. Пациенты были разделены на группы: группа № 1 - «неактивные носители» вируса гепатита В (n=16); группа № 2 - больные ХГВ (n=149), в зависимости от наличия НВеАg в сыворотке крови в группе ХГВ были выделены 2 подгруппы: 2а - 13 больных хроническим вирусным НВеАg-позитивным гепатитом В и 2б - 136 пациентов с хроническим вирусным НВеАg-негативным гепатитом В; группа № 3 - больные ХГВ с развитием неблагоприятных исходов (n=6), среди них цирроз печени - у 5 человек (у одного пациента в сочетании с ГЦК), ГЦК - у 1 пациента.

Выводы: 1. У 18,4% больных хронической НВУ-моноинфекцией трехкратное комплексное обследование, включающее определение уровня вирусной нагрузки НВУ и активности АлАТ в крови с интервалом в 6 месяцев, позволило диагностировать «неактивное носительство» вируса гепатита В.

2. В группах пациентов с хронической НВУ-моноинфекцией, обследованных однократно, двукратно и трехкратно, неопределяемые значения ДНК НВУ в крови регистрировали в 62,2%, 36% и 28% случаев, соответственно; достоверные различия выявлены между группами больных, обследованных однократно и трехкратно (p<0,01).

3. Трехкратное определение количественного содержания ДНК НВУ в крови у больных хронической НВУ-инфекцией позволило выделить три варианта течения ХГВ в зависимости от динамики показателей уровня вирусной нагрузки: ХГВ с постоянно низким (<10г-104 копий/мл), волнообразным (<103-Ю0 копий/мл) и постоянно высоким (>105 копий/мл) уровнем виремии, которые регистрировали у 43,6%, 31% и 12,7% пациентов, соответственно (различия недостоверны, p>0,05).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Байханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Актуальность исследования. ВИЧ-инфекция - актуальная проблема современной инфектологии. Это заболевание является самой массовой инфекцией современного периода, распространена повсеместно и в настоящее время официально зарегистрирована во всех странах мира

Цель исследования. Установить клинико-лабораторные особенности третьей стадии ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 450 человек. Больные ВИЧ-инфекцией в стадии 3 были разделены на 2 группы в зависимости от ее длительности. 1 группа - 200 больных ВИЧ-инфекцией в третьей стадии с длительностью заболевания менее 5 лет;

2 группа - 200 больных ВИЧ-инфекцией в третьей стадии с длительностью заболевания более 5 лет.

Группу сравнения составили 50 человек психически и соматически здоровых людей, практически не принимавших спиртные напитки и никогда не употреблявших наркотические средства (3 группа) в возрасте от 18 до

55 лет.

Результаты исследования. По результатам лабораторного исследования обнаружено более низкое содержание сегментоядерных нейтрофилов в группе со стажем третьей стадии ВИЧ-инфекции более 5 лет ($53,0 \pm 1,2$). С высокой степенью достоверности этот показатель отличался от такового в группе здоровых лиц. Достоверного различия по данному показателю в группах здоровых лиц и больных ВИЧ-инфекцией с длительностью третьей стадии менее 5 лет не было выявлено.

Наши исследования не выявили лимфопении у больных третьей стадией ВИЧ-инфекции. У ВИЧ-инфицированных со стажем третьей стадии менее 5 лет и более 5 лет этот показатель составил $33,3 \pm 0,99$ и $35,9 \pm 1,1\%$ соответственно. Достоверной разницы по уровню лимфоцитов между двумя группами ВИЧ-инфицированных не было выявлено. Однако этот показатель у больных ВИЧ-инфекцией с длительностью третьей стадии менее 5 лет был выше, чем в группе здоровых лиц ($<0,01$). С высокой степенью достоверности отмечалось большее количество лимфоцитов среди ВИЧ-инфицированных со стажем третьей стадии более 5 лет по сравнению с группой здоровых лиц ($35,9 \pm 1,1$ и $30,3 \pm 0,5$ соответственно).

Количество моноцитов отличалось лишь в группе со стажем ВИЧ-инфекции менее 5 лет от группы здоровых лиц. Среди больных третьей стадии этот показатель составил $7,8 \pm 0,5$, среди здоровых лиц - $6,5 \pm 0,4$ ($<0,05$). Достоверных различий по скорости оседания эритроцитов среди пациентов всех групп не было выявлено.

При обследовании пациентов разных групп использовались показатели общего билирубина, как характеристика пигментнообразовательной функции печени, активность гепатоцеллюлярных ферментов - АЛТ и АСТ, отражающих интенсивность цитолиза гепатоцитов. Определялся креатинин, щелочная фосфатаза, лактатдегидрогеназа, сахар крови, альфа-амилаза.

Показатели активности АЛТ, лактатдегидрогеназы, ГГТП, содержания глюкозы в крови в данной работе не приводятся в связи с отсутствием достоверной разницы между группой здоровых людей и группами ВИЧ-инфицированных с разной длительностью третьей стадии.

Выводы. 1. Особенности клинической картины третьей стадии ВИЧ-инфекции заключается в том, что гепатомегалия наблюдалась у 72 % пациентов с продолжительностью данной стадии заболевания более 5 лет и у 19 % больных с длительностью стадии три менее 5 лет. У пациентов с продолжительностью третьей стадии ВИЧ-инфекции более 5 лет определялась более высокая активность показателей АСТ. Процентное содержание CD4-лимфоцитов снижалось с высокой степенью достоверности в зависимости от продолжительности третьей стадии ВИЧ-инфекции. Выявлено нарастание вирусной нагрузки ВИЧ у больных в зависимости от длительности третьей стадии ВИЧ-инфекции.

ГЕПАТИТЫ В И С У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

Байханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последнее десятилетие в течение эпидемического процесса гемоконтактных вирусных гепатитов В и С, в их структуре произошли существенные изменения. Так, на фоне снижения заболеваемости острыми гепатитами В и С, отмечается высокая регистрация хронических форм, изменяется структура путей передачи возбудителей этих инфекций. Однако по-прежнему неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в мире по гемоконтактным вирусным гепатитам зависит от уровня потребления психоактивных веществ среди молодежи. «Наркозависимый» тип эпидемического процесса отличается высокой интенсивностью, особой возрастной и социальной принадлежностью заболевших. Вирусные гепатиты и наркомания являются, по сути, микст - патологией печени, поэтому инфекционный процесс при ВГ на фоне наркомании имеет ряд клинико-лабораторных особенностей.

В то же время особенности иммунного дисбаланса у больных гемоконтактными гепатитами, инфицированных при использовании наркотиков внутривенно, влияние длительности приема психоактивных веществ и возраста больных на характер иммунологических изменений остаются малоизученными. Вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Оптимизировать тактику ведения больных острыми гепатитами В (ГВ) и С (ГС) (желтушные формы) и наркозависимостью с учетом клинических особенностей заболевания, длительностью наркотизма и показателями Т-клеточного иммунитета.

Материал и методики исследования. Для выполнения поставленной цели и решения задач в течение 2016-2018 г.г. на базе инфекционных болезней АОИБ из 483 госпитализированных в стационар и обследованных больных различными формами гепатитов В и С отобраны 286 пациентов с желтушно-цитолитической формой острого ГВ (140 больных - 1-я группа: 100 человек с наркотизмом и 40 - с естественным течением заболевания) и ГС (146 больных - 2-я группа: 116 пациентов с наркотизмом и 30 - с естественным течением заболевания).

Результаты исследования. В зависимости от возраста больные каждой группы разделены на 4 подгруппы: 1.1 - 60 наркозависимых больных с ГВ в возрасте 13-18 лет, 1.2 - 40 наркозависимых пациентов с ГВ в возрасте 19-21 год; 1.3 - 25 пациентов с естественным течением ГВ в возрасте 13-18 лет; 1.4 - 15 человек с естественным течением ГВ в возрасте 19-21 год; 2.1-80 наркозависимых больных с ГС в возрасте 13-18 лет; 2.2 - 36 наркозависимых больных с ГС в возрасте 19-21 год; 2.3 - 30 пациентов с естественным течением ГС в возрасте 13-18 лет.

По критериям экспертов ВОЗ, подростковый возраст охватывает период от 10 до 18 лет (Т.И. Стуколова, 2005), что было учтено при распределении больных по возрасту. У всех больных был проанализирован анамнез, каждая из двух групп больных оценивалась по возрасту, полу, социальному положению, продолжительности наркотизма. У 91 наркозависимого пациента (55 больных 1-й группы и 36 человек 2-й группы) оценивали характер иммунологических нарушений по уровням субпопуляций Т-лимфоцитов (СЭ4+, СБ8+ и СОэ+) в зависимости от пола (при ГВ), возраста, длительности наркотизма, вида терапии. Степень выраженности иммунологических

нарушений оценивали по формуле А.М. Земского.

Выводы. При желтушных формах острых гепатитов В и С среди госпитализированных больных в возрасте от 13 лет до 21 года преобладают лица мужского пола во всех возрастных подгруппах. С возрастом в группе наркозависимых больных увеличивается удельный вес социально дезадаптированных молодых людей (не учащихся, не работающих) с 43,1% до 66,7%. У 64,8% пациентов инфицирование вирусами гепатитов В и С происходит в течение 1-го года употребления наркотических веществ внутривенно.

РОЛЬ ВОП В ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Бахромов С.Т., Зияева И.Д., Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В алгоритм ведения пациентов в постинфарктном периоде в условиях СП заключается следующее: воздействие на изменчивые факторы риска: вторичная профилактика Уровень липидов в сыворотке крови после ИМ может быть низким и сохраняться таким в течение нескольких недель. Достижение уровня ЛПНП ниже 100 мг/%. Советы по диете и использованию статинов, если холестерин 5 ммоль/л и более. Лечение артериального давления Сахарный диабет. Отказ от курения.

β-блокаторы: если нет противопоказаний, сразу после ИМ, всем пациентам (напр. атенолол, метопролол), неограниченный период времени. Предполагается, что таким образом можно предупредить 12 смертей/1000 пролеченных в год. Если есть противопоказания к β-блокаторам, то рекомендуют верапамил при отсутствии сердечной недостаточности. Ингибиторы АПФ: уменьшают работу миокарда, снижают количество смертельных исходов в течение 1 месяца после ИМ в соотношении 5/1000 пролеченных. Обеспечивает преимущество выживаемости более 1 года, даже если лечение не было продолжительным. Особенно эффективен у пациентов с симптомами сердечной недостаточности. Длительный прием снижает постинфарктную смертность у всех пациентов с инфарктом миокарда. Аспирин: снижает летальность в 1-35 дней после ИМ на 23%. Если нет противопоказаний, прием назначается сразу при поступлении и продолжается пожизненно. Оптимальная доза – 150 мг ежедневно в течение 1 месяца после ИМ, затем уменьшается до 75 мг. Нагрузочные пробы: позволяют оценить, какую домашнюю работу способен выполнять пациент, чтобы решить вопрос возможного хирургического вмешательства, а также подобрать варианты ЛФК.

Реабилитация: снижает риск летальности до 20-25%. Проводится по специальным программам под контролем обученных инструкторов. Компоненты: психологическая и информационная поддержка о благоприятном прогнозе, объяснение важности постепенного наращивания нагрузки, влияния и изменении факторов риска.

Поддержка и наблюдение после выписки. Физическая активность: Постепенное увеличение активности согласно инструкциям: в течение 2-х недель после выписки – прогулки в саду или на улице; в течение 4-х недель – проходить 1-2 км в день (в зависимости от результатов нагрузочных проб). Начиная с 6-ой недели увеличивать скорость до 2 км за 30 мин. Половая жизнь: возобновление через 6 недель. Обеспечение буклетами. Психологическое последствие ИМ: В течение года после ИМ у 25% больных развивается депрессия. Выявлять депрессию и контролировать ее течение, консультировать и лечить по необходимости. Возвращение к работе: Пациентов малоподвижных профессий через 4-6 недель, после неосложненного ИМ; легкого физического труда - через 6-8 недель, после неосложненного ИМ; тяжелого физического труда через 3 месяца после неосложненного ИМ. Вождение автомобиля: после ИМ не водить машину в течение 1 месяца.

Перелёты: большинство авиалиний не принимают на борт самолета пассажиров, перенесших ИМ 2 недели назад.

Последующее наблюдение: Мониторинг состояния здоровья: пожизненное непрерывное и регулярное (каждые 6 месяцев) наблюдение за симптомами и признаками дисфункции сердечно-сосудистой системы: одышка, сердцебиение, стенокардия, депрессия; наблюдение за ухаживающими. Выписывание лекарственных препаратов, рекомендуемых специалистом, контроль их эффективности и побочных эффектов; изменения в лечении в зависимости от обстоятельств. Вторичная профилактика: мониторинг АД, холестерина; диетотерапия (рыбий жир, продукты с низким содержанием холестерина, увеличение в рационе фруктов, овощей), отказ от курения (уменьшается риск смерти на 50% по прошествии 15 лет), снижение веса, пропаганда физической активности. Усиление информированности пациента в периоде сердечной реабилитации.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, НЕ АССОЦИИРОВАННОЙ С НР (HELICOBACTER PULORI) ИНФЕКЦИЕЙ

Бахромов С.Т., Зияева И.Д., Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Язвенная болезнь у пациентов, получающих противовоспалительную и антиагрегантную терапию.

Целью терапии при язвенной болезни, вызванной приемом нестероидных противовоспалительных средств, глюкокортикостероиды или ацетилсалициловой кислоты является купирование клинических симптомов и рубцевание язвенного дефекта. Факторы, увеличивающие риск развития желудочно-кишечных осложнений при приеме НПВС: Возраст старше 65 лет, ЯБ в анамнезе, особенно с осложнениями (кровотечение и перфорация), курение, прием НПВС с высокой токсичностью, высокие дозы НПВС, прием нескольких НПВС одновременно, одновременное использование НПВС с кортикостероидами, антикоагулянтами или антиагрегантами. Пациенты, с симптомами диспепсии и язвенной болезни в анамнезе, должны быть обследованы на наличие НР. При обнаружении инфекции пройти эрадикационную терапию до назначения НПВС. Для больных язвенной болезнью, которые получают НПВС или низкие дозы ацетилсалициловой кислоты рекомендуется прекратить прием НПВС, если это возможно, или перевести их на препараты селективно ингибирующие ЦОГ-2. Случаи перфорации, стеноза и

кровотечения при язвенной болезни встречаются реже при приеме селективных, по сравнению с неселективными НПВС. Дополнительное назначение ингибиторы протонной помпы (ИПП) снижает риск язвенных кровотечений у пациентов принимающих селективные ингибиторы ЦОГ-2. Однако селективные ингибиторы ЦОГ-2 противопоказаны пациентам с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью.

При лечении препаратами НПВС или селективно ингибирующими ЦОГ-2, необходимо дополнительно назначить ИПП или мизопростол в стандартных дозах два раза в день, или при доступности препарат висмута на длительное время. Оценивать необходимость использования НПВС каждые 6 месяцев. Пациентам с ЯБ, не ассоциированной с НР-инфекцией, приемом НПВС и антикоагулянтов рекомендуется назначить антисекреторные препараты. При этом ИПП имеют преимущества над Н2-блокаторами. Сроки заживления язвы и исчезновение симптомов заболевания зависят продолжительности антисекреторной терапии. Чрезвычайное снижение кислотности не рекомендуется. Отсутствие лечебного эффекта от проведенной терапии 1-й и 2-й линии показания для направления к гастроэнтерологу, больных с большими (3см) и гигантскими язвами (более 3см), при возникновении осложнений ЯБ, больных с выраженным диспепсическим синдромом для показания к госпитализации.

Мероприятия по первичной профилактике основываются на информировании населения о факторах риска ЯБ, предупреждении инфицирования и реинфицирования НР, особенно среди детей, поскольку инфицирование НР в основном происходит в детском возрасте. Поэтому прививание детям навыков элементарных правил личной гигиены (мытьё рук, употребление чистой воды, использование индивидуальной посуды) должно быть приоритетным при проведении первичной профилактики ЯБ. Важное значение имеет проведение диагностики наличия НР, особенно среди членов семьи пациента с ЯБ. Третичная профилактика ЯБ направлена на предупреждение рецидивов и осложнений. Она достигается путем качественной диспансеризации и профилактических осмотров в учреждениях первичного звена.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

**Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Мадаминова Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель работы. Изучить влияние различных социально-биологических факторов на индекс здоровья детей первого года жизни.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 200 амбулаторных карт детей I-ого года жизни семейной поликлиники №3 г.Андижан, откуда взяты в разработку данные о возрасте матери, её социальном положении, образовании, течении беременности и родов, сопутствующие соматические заболевания. Все дети разделены на 3 группы в зависимости от вида вскармливания. I-ую группу составили 135 детей(67,5%), находившихся на естественном вскармливании, из них 85 детей ни разу не болели до года, 40 детей болели; II-ую группу составили 35 детей(17,5%), находившихся на искусственном вскармливании, из них 10 не болели, 25 болели; III-ую группу составили 30 детей(15%), находившиеся на смешанном вскармливании, из них 17 детей не болели, 13 детей болели.

Результаты. По полученным нами данным можно отметить, что дети, родившиеся от беременности, протекавшей с токсикозом во II половине, на фоне анемии, бактериальных и вирусных заболеваний, рождённые с применением инструментальных вмешательств, а также оценка по шкале Апгар при рождении ниже 7 баллов, были более ослабленными и все эти факторы оказывали влияние на заболеваемость ребёнка на первом году жизни. Результаты исследования также показали, что на первом году жизни среди неболевших детей чаще были дети от матерей в возрасте 18-25 лет, имевших среднее образование. Матери с высшим образованием, имея более высокую санитарную культуру, чаще обращаются к врачам по поводу незначительного заболевания, что определённым образом влияет на показатель индекса здоровья, приводя его к снижению.

Выводы. Индекс здоровья является важным показателем оценки здоровья детей и качества профилактической работы центров здоровья. Колебания его в ряде случаев зависят не только от качества постановки работы по медицинскому обслуживанию детей, но и от различного подхода врачей к понятию «здоровье ребёнка».

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТУ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СВП

**Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Носиров М.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность: Процесс оказания медицинской помощи должен постоянно совершенствоваться, поэтому требует оценки и анализа совершаемых действий, разработки и внедрения мероприятий по повышению качества. Проблема профилактики рахита актуальна для нас и её возможно разрешить в условиях сельского врачебного пункта (СВП), что приведёт к уменьшению количества детей с рахитом, а значит позволит снизить и заболеваемость среди них.

Цель: улучшение качества оказания медицинской помощи детям до 1 года и профилактика рахита в течение 6 месяцев.

Задачи:

1. Улучшить информированность матерей о заболевании рахит и его профилактике и процесс обучения матерей по предотвращению развития рахита.
2. Улучшить процесс ведения детей до 1 года и процесс профилактики рахита среди них.

Методы: При проведении причинно-следственного анализа было выявлено следующее: оказалось, что в СВП недостаточное количество информационного материала по рахиту (буклеты, стенд, учебные материалы), необученность медицинского персонала правильному проведению профилактики рахита, соответственно

недостаточная информированность матерей о значении витамина D для здорового роста ребёнка, непостоянное количество витамина D в аптеке СВП. В связи с этим нами были разработаны стандарты и индикаторы, которые мы проверяли методом анализа административной и клинической документации, оценки знаний и навыков, в соответствии с разработанными нами оценочными листами и вопросниками для матерей.

Результаты: После вмешательства: обучив медперсонал, на основании разработанного нами стандарта, мы дополнили и систематизировали их знания в отношении профилактики рахита и тем самым повлияли на другое звено в этом процессе — это правильное информирование и обучение матерей. Если до вмешательства только 29% медработников получили максимальный балл по оценочному листу, то после обучения этот показатель составил 86%. В каждом кабинете, где идёт приём детей, имеется информационный материал, как для медработников, так и для матерей о заболевании рахит и его профилактике. Также, наши вмешательства в процесс ведения документации, консультирования и обучения матерей, улучшили этот процесс. Если до вмешательства этот показатель составлял 13%, то после вмешательства он составил 87%.

Вывод: Воздействуя на необходимые звенья данного процесса, нам удалось его улучшить не затрачивая дополнительных средств. Достигли мы этого благодаря работе в одной команде, повышая уровень знаний не только матерей, но и самого медперсонала, обучая его также навыкам правильного консультирования.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Мадаминова Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучить факторы, способствующие развитию дисбактериоза у новорожденных и разработать практические рекомендации семейному врачу.

Материал и методы. Проводилось наблюдение за 275-ю новорожденными, страдающими расстройством стула, родители которых обратились за помощью в период с январь месяца 2017 по январь 2018 годов. Выявлялись клиничко-anamnesticheskie данные, проводилось лабораторное обследование: рутинные анализы (гемограмма, общий анализ мочи, копрограмма), бактериологические посеы: посев кала на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты. Проведённый анализ анамнестических данных новорожденных выявил, что их матери (61,3% случаев) перенесли инфекционно-воспалительные заболевания до или во время беременности и применяли антибиотики. Большую группу (36,7%) составили матери, имевшие какие-либо отклонения в родах: кесарево сечение, преждевременное излитие околоплодных вод, родовые травмы и другие. Наличие патологии в родах могло способствовать рождению детей в тяжёлом состоянии и, как следствие, к позднему прикладыванию к груди (29,8% случаев), играющему большую роль в заселении нормальной флорой стерильного кишечника новорожденного. Одним из факторов, приводящих к изменению биоценоза кишечника у ребёнка является длительное пребывание его в родильном доме, шесть дней и более находились в родильном доме 23,7% новорожденных. Несколько меньшее количество случаев составили такие факторы, как физиологическая незрелость моторной функции кишечника (20,5%) и наличие малых гнойничковых инфекций (11,0%).

Выводы. Тактика врача должна быть направлена на лечение инфекционно-воспалительных заболеваний матери до беременности, во время беременности по возможности отказаться от применения антибиотиков. Раннее прикладывание к груди стимулирует также лактацию и предупреждает гипогалактию. Тщательное наблюдение за характером стула, аппетитом, массой тела новорожденного поможет врачу избежать заболевания или вылечить на ранних стадиях.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГ ТЕСТА ДЕНВЕРА

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Отклонения в психомоторном развитии за последние годы становится одной из актуальных проблем. 12% детей отстают в психомоторном развитии, большой удельный вес составляют дети в возрасте с 1 мес до 6 лет. Из-за недостаточности речевого развития и незрелости отдельных высших психических функций дети не могут полностью усвоить программу дошкольных и школьных учреждений.

Цель: Повышение качества оценки психомоторного развития детей до 6 лет на 30 % в течение 6 месяцев в многопрофильной центральной поликлинике города Андижан, путем внедрения скрининг теста Денвера.

Задачи: 1. Изучить уровень информированности врачей методами оценки нервно-психического развития детей. 2. Провести занятия по адаптированной методике оценки развития Денвера с врачами. 3. С помощью скрининг - теста оценки развития Денвера выявить детей с различными по характеру отклонениями в нервно-психическом и речевом развитии. 4. Опрос матерей о необходимости и важности регулярного проведения оценки психомоторного развития детей.

Материалы и методы: Исследование проводилось с августа по январь 2017-18 года на базе 2 участков многопрофильной центральной поликлиники №3 города Андижана. Обследованы 315 детей. Для оценки нервно-психического развития был использован скрининг тест оценки развития Денвера. Денверовский тест высокоспецифичный. Каждый элемент теста был взят в отдельности с разграничением в порядке нарастания определенных возрастов. Это значит, что в данном возрастном периоде ребенок должен уметь делать все перечисленные навыки. Количество навыков, которые ребенок умеет делать полностью взято за 100%, далее определяют количество детей, которые владеют данными навыками и вычисляют процент детей которые владеют навыками на 50% и 25%. В процессе работы использованы следующие источники сбора данных: прямое наблюдение; проверка документации (амбулаторные карты); анкетирование матерей детей в возрасте до 6 лет. Сбор

информации проводился в течении 6 месяцев (август-январь) ежемесячно. Для изучения осведомленности матерей о психомоторном развитии детей был составлен вопросник и проведена беседа с 298 матерями.

Результаты: В поликлинике только в кабинете здорового ребенка есть шкала Денвера для оценки психомоторного развития детей до 6 лет. Только в 60% амбулаторных карт детей есть тест Денвера для оценки психомоторного развития детей. Процент обученного медицинского персонала низкий-25%. При проверке графика оценки психомоторного развития в историях развития детей выявлено что, не все врачи проводят интерпретацию нанесенных на графики линию – результатов оценки развития. Не во всех историях развития детей есть рекомендации при выявлении проблем детей. Одни врачи ссылаются на нехватку времени для написания рекомендаций в истории развития детей, другие на необученность. При беседе с врачами выявлено, что многие врачи не обладают навыками консультирования и у них недостаточно знаний по вопросам развития детей. Не достаточен уровень знаний врачей в области оценки психомоторного развития по тесту Денвера и рационального питания детей. Осведомленность родителей о значении оценки психомоторного развития детей не достаточная. После проведенных семинаров и отработки практических навыков знания врачей о проведении оценки психомоторного развития по тесту Денвера, интерпретации данных измерений, принципах консультирования детей по вопросам правильного воспитания и рационального питания повысились до 80%. Повысилось качество консультаций. В 2 раза повысилась осведомленность населения о значении оценки психомоторного развития детей по скрининговым тестам Денвера и мониторинга роста и развития детей.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

**Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш., Назарова Г.У.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность: Среди находящихся на исключительно грудном вскармливании детей случаи диареи и респираторных инфекций встречаются в четыре раза меньше по сравнению с детьми, которых не кормят грудью. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, по крайней мере, 97% матерей способны успешно кормить грудью своих младенцев. Однако число матерей, которые начинают грудное вскармливание и затем отказываются от него уже в течение 5 недель, все увеличивается.

Цель: Оценка с последующим повышением качества услуг по грудному вскармливанию в условиях городской поликлиники №1 в городе Андижан

Задачи: 1. Создать команду и провести ретроспективный анализ амбулаторных карт; 2. Разработать стандарты и индикаторы; 3. Собрать информацию у кормящих матерей с помощью вопросника. 4. Провести мониторинг результатов и разработать меры по улучшению проблемы грудного вскармливания; 5. Улучшить информированность женщин о преимуществах грудного вскармливания.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ амбулаторных карт, разработка и подсчет стандартов и индикаторов, сбор информации у матерей с помощью разработанного вопросника.

Выявленные проблемы: В результате проведенного ретроспективного анализа амбулаторных карт форма-112, нами было выявлено, что большое число детей - 45% страдают частыми желудочно-кишечными расстройствами и простудными заболеваниями. Как оказалось, большая часть детей до 6 месяцев, около 65% начинали получать прикорм в виде воды или искусственных смесей с использованием бутылочек с сосками из-за незнания матерей и отсутствия информирования матерей медицинским персоналом поликлиники. Выяснилось, что во время беременности-90% матерям не объяснялись правила грудного вскармливания и преимущества грудного молока. Такие рекомендации не были даны им и в роддоме. Неправильное вскармливание привело к уменьшению лактации, недоеданию детей и отсутствию прироста веса и роста, что вынуждало 17% матерей вводить прикорм. Неправильное вскармливание способствовало недостаточному действию метода лактационной аменореи и наступлению незапланированной беременности 14% женщин.

Внедренные изменения:

На основании полученных результатов была проведена работа по повышению качества оказания медицинской помощи кормящим женщинам, была выбрана соответствующая команда, которая провела следующие мероприятия:

1. Обучение патронажных медсестер технике и правилам правильного прикладывания к груди. 2. Установлен контроль над посещением матерей, выписанных из роддома с обучением их технике и правилам правильного прикладывания к груди. 3. Рекомендовано семейным врачам уделять больше внимания вопросам вскармливания во время консультации кормящих матерей. 4. Организовать в поликлинике школу, для матерей, с раздачей обучающих материалов, буклетов плакатов и группу поддержки молодых матерей. Мониторинг процесса повышения качества запланирован непрерывным обучением с повторным анкетированием матерей и анализ амбулаторных карт детей.

ҚВП ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАҚЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ҚИЛИШ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

**Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У., Мадаминова Н.Э., Носиров М.М.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Муаммо долзарблиги Керагидан ортиқча рацион калория тана оғирлигини оширишга ва конда ёғ таркибининг ошиб боришига олиб келади. Ҳозирги кунда анчагина илмий — тадқиқот ишлари бўлиб, унда керагидан ортиқча ҳайвон ёғлари ва сабзавотларнинг истеъмол қилиниши, унинг сакланиши ва атеросклероз ривожланиши орасидаги алоқанинг исбот қилинишига кўра, ўт пуфаги, жигар ва бошқа овқатни хазм қиладиган органларда касалликларнинг ривожланишида тўғри овқатланишнинг роли катта эканлиги кўрсатилган.

Мақсад: Олтинқўл тумани “Олтинқўл” (Қишлоқ врачлик пункти) ҚВП аҳолиси орасида рационал овқатланишни тарғибот қилиш ишлари сифатини яхшилаш.

Вазифалар: 1.ҚВП худудида яшовчи аҳоли орасида овқатланишнинг саломатликка таъсири ҳақидаги билимларини ўрганиш. 2.Алоҳида нораціонал овқаланувчи гуруҳлар орасида касалланишни ўрганиш. 3.Рационал овқатланишга доир аҳоли учун тавсиялар ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар: Текширишлар 2017 йилнинг ноябрь ойидан, 2018йил февраль ва март ойларида Олтинқўл тумани «Олтинқўл» ҚВП худудида олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида биз аҳоли маълумотларини аҳолининг амбулатор карталари Ф 025/У, диспансер назорати карталари Ф-030/У ва бошқа ҳисобот формалари каби ҳужжатлардан фойдаландик. Аввало биз аҳолининг овқатланиш характери ва рационал овқатланиш ҳақидаги билимларини аниқлаш борасида махсус сўровномаларни ишлаб чиқдик. Сўровнома саволлари иловада келтирилган. Ишлаб чиқилган сўровномалар асосида тасодифий танлаш орқали ажратиб олинган 50 нафар киши орасида тадқиқотларни олиб бордик. Сўровномалар орқали ажратиб олинган нораціонал овқатланувчи кишилар орасида касалланишни ҳам ўрганиб чиқдик. Олинган натижаларимиз асосида хулосалар чиқардик. Бу текшириш ишларини бажаришда бизнинг командамиз, яъни педагоглар ва ҚВП врачлари ва ўрта тиббий ходимлар яқиндан ёрдам беришди.

Натижа ва таҳлиллар: Олтинқўл тумани «Олтинқўл» ҚВПси жами 8500 нафар аҳолига хизмат кўрсатади. ҚВП хизмат кўрсатувчи аҳолининг таркиби қуйидагича: ҚВП аҳолисининг 38,1 % ини болалар, 61,9% ини катта ёшлилар ташкил этади. Аёллар 49,7% ни, эркаклар эса 50,3% ни ташкил қилади. Кейинги вазифамиз аҳолининг рационал овқатланиш ҳақида билимлари ва овқатланиш характерини ўрганиш юзасидан олинган маълумотларни таҳлил қилдик. Рационал овқатланиш ҳақидаги саволларимизга 17 (34%) киши тўлақонли овқатланиш деган, 6 (12%) киши организм талабига кўра ёқтирган таомини истеъмол қилиш деган, 27 киши (54%) қатъий илмий асосланган углевод, ёғлар ва оксилларнинг суткалик миқдори эътиборга олинган ҳолда витаминларга бой таомларни истеъмол қилиш деган жавобни беришган. Шунингдек, 37 киши (74%) оиламизда рационал овқатланмаймиз деган, 13 киши (26%) тўғри рационал овқатланамиз деган жавобни беришган. Аҳоли ўртасида соғлом овқатланиш бўйича режалаштирилган мавзулар бўйича тиббиёт ходимлари ва педагоглар ҳамкорликда маърузалар, амалий, кўргазмали дарслар ўтказилди. Қайта сўровнома ўтказилганда аҳолининг билим даражаси ошганлигини кўрдик.

Хулосалар:

- 1.Олиб борилган ишлар натижасида шуни айтиш мумкинки, ҚВП мудир ва ходимлари аҳоли ўртасида узлуксиз тиббий маданиятини ошириш ишлари олиб бориши керак экан.
2. Умумий амалиёт шифокори ва патронаж хамшира аҳолини қабул вақтида вазн-бўйини, вазн-бўй индекси хулосасини ўтказиши ва олинган натижаларга асосланиб тавсиялар ва аниқланган касалликлар бўйича даволашни ўтказиши керак.
3. ҚВП мудир ва бошқа тиббий ходимлар ишини назорат қилиши билан бирга аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини ошириш ҳақида суҳбатлар ўтказилади.
4. ҚВП мудир катта хамшира билан биргаликда патронаж хамшираларнинг аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи бўйича олиб бораётган ишини назорат қилиши билан тиббий хизмат сифатини оширади.

ҚИШЛОҚ ВРАЧЛИК ПУНКТИ ШАРОИТИДА ЎСМИРЛАРНИНГ НАРКОТИК МОДДАЛАРГА ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ ЎРГАНИШДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА

Бойқўзиева М.Б., Назарова Г. У., Мадумарова З.Ш.

Андижан давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Наркотик моддалар қабул қилиш охириги йилларда Ўзбекистонда умумхалқ муаммога айланиб бормокда. Бу касаллик билан,асосан ёшлар зарарланиб охир оқибат наркотик модда қулига айланмокда, ўқишни, ишни, оилани ташлаб кетмокда.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда ўсмир ёшлар ўртасида наркоманиянинг олдини олиш ишлари сифатини яхшилаш.

Материал ва услуб: Бизнинг текширув Андижон шаҳри 3-оилавий поликлиника худудидаги 4-ўрта мактаб шариотида ўтказилди. Текширувимиизга 15-16-17 ёшли мактаб ўқувчиларидан 50 нафари олинди. Текширув методи сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3 пункт ва 10 та саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди.

Ўқувчиларда аввал 1-анкета сўровномаси ўтказилди. Сўнгра ушбу ўқувчилар ва уларнинг ўқитувчилари, мактаб врачлари, хамшираси ўртасида наркомания мавзусида маъруза ўтказилди. Маърузадан сўнгра 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қуйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 250 (400%) балл, 2-чи анкета сўровномасида 455 (500%) баллни ташкил этди. Текширувимииз натижалари шуни кўрсатдики, бизнинг ўсмир ёшларимиз наркомания тўғрисида билимларга эга эмаслар. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғинда бирламчи профилактик ишларнинг яхши эмаслигидир. Ўсмир ёшлар наркотик моддалар ва уларни таъсирлари ҳақида чуқур билимга эга эмаслар, мактабларда наркомания тўғрисида чуқурлаштирилган ва кенгайтирилган дарслар ташкил қилинмаган. Текширувимииздан кўриниб турибдики, наркоманияга дучор булган ёшлар қарга, қайси мутахассисга бориб маслаҳат олишни билмайдилар. Сабаби оила шифокорининг оилага тўла кириб бормаганлигидан ва қўл остидаги аҳолисининг ишончини қозона олмаганлигидандир. Ўсмирлар, яъни наркотик қабул қилаётган ўсмирлар шифокорга боришдан чўчиб юрадилар ва вақтида шифокорга мурожаат қила олмади. Бунга сабаб улар аноним марказлар борлигини билмасликларидир.

Хулоса: Бизнинг бирламчи тиббий бўғинда бирламчи профилактик ишларимиз паст даражада. Текширувларимииз шуни кўрсатиб турибдики, бизнинг ўсмир ёшларимизнинг наркомания ҳақида билимлари паст. Наркотик моддаларга нималар кириши ва уларнинг таъсири тўғрисида билимга эга эмаслар.

Тавсия: 1. Мактаб маъмурияти, маҳалла фуқаролар йиғини ва умумий амалиёт шифокорлари биргаликда наркотик моддаларнинг зарарли таъсирлари ҳақида маърузаларни кўпроқ ўтказишлари керак.

2. Ёшлар билан ишлаш гуруҳларида наркотикларга боғлиқлигини олдини олиш борасида кўргазмаларни қуроллар тайёрлаш, оммавий ахборот воситаларида чиқишлар уюштиришни ташкил этиш керак.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ТАНЗИЛГОН Н» НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Абдурахманова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Проблема часто и длительно болеющих детей является одной из наиболее актуальных и нерешённых проблем в педиатрии. Значительный удельный вес (80-85%) среди часто болеющих детей приходится на рецидивирующие респираторные заболевания.

Цель работы: Изучение влияния препарата «Танзилгон Н» на формирование иммунитета у детей в возрасте 1-6 лет.

Материал и методы: Все дети были разделены на 2 группы: 1 группу составили 44 (62,8%) ребенка, которые в первые 7-10 дней от начала вирусной инфекции получали препарат «Танзилгон Н» и 2 группу - 26 (37,1%) детей, которые не получали препарат «Танзилгон». Дозировка Танзилгона детям с первого года жизни до 6 лет по 5-10 капель 6 раз в день не зависимо от приёма пищи. После ослабления остроты заболевания следует продолжить лечение по 5-10 капель 3 раза в день. Продолжительность курса лечения составила 8 недель.

Результаты: Оценка эффективности проведенного исследования проводилась по следующим критериям: частота случаев с различными формами острого респираторного заболевания (количество случаев за наблюдаемый период), субъективная оценка больных, эффективности проведенной терапии в баллах (1—отлично—проявлений болезни не было; 2—хорошо—самочувствие значительно улучшилось, заболевание проявлялось реже, чем в предыдущие годы; 3—удовлетворительно—улучшилось самочувствие, болезнь субъективно протекала легче). В нашем исследовании мы наблюдали, что дети получившие иммуномодуляторы в виде препарата Танзилгон Н, стали меньше болеть в 3,6 раза, у них повысился тонус, аппетит, стали более активными. Уменьшилось количество вирусных и бактериальных заболеваний и обострений хронической патологии лор-органов. Выяснение частоты, характера осложнений обследованных показало, что среди детей, получавших традиционное лечение (вторая группа), частота регистрации тех или иных осложнений острой респираторной инфекции в виде острого бронхита, отита, обострения хронического тонзиллита, бронхопневмонии и других составила 80,7% (у 21 из 26 пациентов). В то же время у больных первой группы, которые получали «Танзилгон Н», подобные осложнения отмечены лишь в 7 из 44 случаев (10%), что оказалось в 1,6 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем у пациентов группы сравнения. Но из этой группы дети, которые не получили полный курс лечения танзилгоном, болели вирусной инфекцией, но в более легкой форме и продолжительность их уменьшилась в 2 раза. У детей, которые не получили лечения препаратом Танзилгон, заболевание протекало тяжелее, с переходом в осложнения.

Выводы: Использование препарата Танзилгон Н в качестве иммунопотенцирующего средства позволяет в 6 раз сократить число эпизодов вирусных и бактериальных заболеваний и способствует раннему формированию иммунитета против вирусных и бактериальных инфекций.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: За последние годы увеличилось число детей с избыточной массой тела. Новые нормы свидетельствуют о том, что в основе разного роста детей в возрасте до 5 лет лежат, в большей степени, факторы питания, практика кормления, окружающей среды и охраны здоровья, чем генетические и этнические причины. С помощью новых стандартов родители, врачи будут знать, когда потребности детей в питании и охране здоровья не удовлетворяются. Теперь можно будет на ранних стадиях выявлять недостаточность питания, избыточный вес, ожирение и другие состояния, связанные с ростом детей, и принимать надлежащие меры.

Цель работы: Разработать профилактические мероприятия для предотвращения развития ожирения у детей раннего возраста.

Материал и методы: Исследованы 52 ребёнка раннего возраста (от 2-х месяцев до 3-х лет), у которых отмечалась избыточная масса тела от 10% до 20%, состоящих на учёте в семейной поликлинике №3 г.Андижана. Детей до 1-ого года было 29 (55,7%), 23 детей (44,2%) – старше года. Мальчиков было 31 (59,6%), девочек – 21 (40,4%). Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт развития детей с более подробным исследованием вопросов, касающихся питания и режима матери во время беременности, вопросов питания ребёнка, прибавки массы тела и роста ребёнка.

Результаты: Полученные данные показали, что большинство мам (27, 84,4%) во время беременности питались нерационально, в рационе у них преобладали продукты с большим содержанием углеводов. Результатом нерационального питания во время беременности явилось то, что из 52 обследованных детей 22(42,3%) родились с массой тела более 3800-4000 гр. Часть родителей мало интересовались вопросами правильного питания и развития ребёнка, лишь 34,5% женщин систематически следили за развитием своих детей, а около 40% матерей не знали показателей роста и массы тела ребёнка, упуская возможность своевременной коррекции имеющихся нарушений питания. Проанализировав виды вскармливания детей на первом году жизни, мы выявили, что среди обследованных детей 16(30,7%) находились на естественном, 31(59,6%) – на смешанном и 5(9,6%) на искусственном виде вскармливания.

Выводы: Профилактику развития ожирения у детей необходимо начинать ещё до рождения ребёнка во время патронажа беременной. После рождения ребёнка необходимо настойчиво пропагандировать естественное вскармливание, т.к. ребёнок сам регулирует необходимое количество пищи, и при наличии достаточного количества молока у матери ему не угрожает ни перекорм, ни недокорм. Питание кормящей матери должно быть рациональным. При вскармливании детей искусственными смесями не допускать избыточной дозировки порошка и приготовления очень концентрированной смеси. Своевременно вводить в рацион прикормы. Стимулирование активного образа жизни необходимо начинать с момента рождения (свободное пеленание, массаж, гимнастика, закаливание). Необходимо систематически проводить контроль физического развития ребёнка по стандартным кривым роста. При возникновении риска развития ожирения необходимо откорректировать питание.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА МАСТОПАТИЯГА ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР ЎТКАЗИШ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Бойқўзиева М.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Статистик маълумотларга кўра жаҳоннинг барча мамлакатларида кейинги йилларда ўсма касалликлари ОИВ/ОИТС каби тез ва шиддатли равишда ўсиб бормоқда. Бунинг сабабларини олимлар турли назариялар билан тушунтиришга ҳаракат қилишсада, тўлалигича аниқ фикрга келишгани йўқ. Бунинг сабабларини экологик бузилишлар, ёшнинг ошиб бориши деб қаралмоқда илгари суришмоқда. Ўсма касалликлари ЖССТ маълумотларига кўра, касалликлардан ўлим сабаблари орасида 2-ўринни (юррак-кон томир касалликларидан кейин) эгаллайди.

Мақсад: 6 ой давомида оилавий поликлиника шароитида 30-50 ёшдаги аёллар ўртасида мастопатияни эрта даволаш ва асоратларининг олдини олиш мақсадида касалликни эрта аниқлаш ишлари сифатини 30% га ошириш.

Вазифалар: 1.Оилавий поликлиникага мурожаат қилган аёлларда мастопатиянинг учраш частотасини аниқлаш ишлари сифатини ошириш. 2.Аёллар ўртасида мастопатиянинг хавф омилларини аниқлаш ишлари сифатини ошириш. 3.Аёлларни ўз сут безини мустақил текширишга ўргатиш ишлари сифатини ошириш

Материал ва услублар: Текшириш ишларимиз 3-оилавий поликлиника ҳудудида олиб борилди. Текширишларимизда ретроспектив усулда онкологик касалликларнинг тарқалиш даражасини ўргандик. Бунинг учун куйидаги ҳужжатлардан фойдаландик: Беморларнинг амбулатор карталари Ф-025/У; Беморларнинг диспансер назорати картаси Ф-030/У; Даҳаларнинг паспорти; Аҳоли рўйхати журнали; Онкологик касалликлардан проспектив усулда энг кўп учрайдиган сут беги ракин скрининг текшириш усулларини 128 та турли ёшдаги аёллар орасида аниқлаб чиқдик ва олинган натижаларни оилавий поликлиника ҳужжатларидаги маълумотлар билан таққосладик. Сут беги ракига шубҳа туғилган беморларни вилоят онкологик диспансерига йўлланма орқали юбордик.

Олинган натижаларни статистик усулда анализ қилиб, ҳулосалар чиқардик.

Натижа ва ҳулоса: 30-50 ёшдаги текширилган 100 нафар аёлдан 24 нафар аёлда мастопатия аниқланди. Ўзини мустақил текшириш самараси биз ўқитган аёллар ичида 12% ни ташкил қилди. Хамма 36 нафар аёлларда куйидаги хавф омиллари аниқланди:

1. Иккиламчи бепуштлик
2. Тез-тез тиббий абортлар
3. Аёллар жинсий аъзолари сурункали яллиғланиш касалликлари
4. Мастит ўтказгани
5. Норегуляр жинсий ҳаёт
6. Хайз циклининг бузилиши
7. Фарзандини кўкрак сути билан боқмаганлар

Мастопатияни эрта ташхислашга аёلнинг ўзини мустақил текшируви ёрдам берди ва эрта аниқланишига сабаб бўлади. Текширувимиз шуни кўрсатдики, мастопатиянинг учраши ёш ўтган сари кўпайиб борар экан ва энг кўп 40 ёшдан ошган аёлларда учраши аниқланди. Шундай қилиб, мастопатияга хавф гуруҳида турайдиган 40 ёшдан ошган аёллар оила шифокори назорати остида туриши керак. Мастопатияга шубҳа қилинган аёллар сут беги ёмон сифатли ўсмаларини истисно қилиш учун маммолог консултациясига жўнатилади.

Тавсиялар: 1. Мастопатияни аниқлаш учун умумий амалиёт шифокорлари аёлларда профилактик кўрикни ўтказиб туришлари керак:

- 3 йилда 1 марта – 30-30 ёшли аёллар
- 1 йилда 1 марта – 40-50 ёшли аёллар

2. Мастопатия ривожланишининг хавф омиллини камайтириш мақсадида аёллар ўртасида тушунтириш ишларини олиб бориш

3. Аёлларга сут безини ўзи мустақил текширишига ўқитиш.

К ЦЕНТИЛЬНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В ВОЗРАСТЕ 12-16 ЛЕТ

Бойкузиева М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Одним из ведущих критериев здоровья детей и подростков является уровень физического развития - ФР. Для оценки ФР (масса, длина тела и др.) детей и подростков и их сравнения со статистическими половозрастными средними величинами используются преимущественно два способа – параметрический (сигмальные, регрессионные) и непараметрический – центильный. Задачей настоящего исследования явилась разработка новых стандартов центильных шкал основных показателей физического развития школьников г.Андижан в возрасте 12-16 лет.

Материал и методы исследования.

Методом случайных чисел по таблице Бредфора обследованы 1919 учащихся V-IX классов (12-16 лет) общеобразовательных учреждений г. Андижан. Соотношение мальчиков – 960 (50,1%) и девочек – 959 (49,9%) были сопоставимыми. Каждая возрастная-половая группа по количеству была равноценной (не менее 200 детей). Изучение основных показателей (масса, длина тела, окружность головы и груди) проводилось с точностью $\pm 0,5$ см, $\pm 0,1$ кг, стандартными методами и общепринятыми критериями для проведения исследования – функциональные группы здоровья I-II и отсутствие случаев острых заболеваний в последние три недели.

Результаты исследования и их обсуждение.

В нашей работе для характеристики центильных шкал показателей ФР школьников использован расширенный вариант шкалы Стьюарт, предусматривающий выделение семи фиксированных центилей: 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й и 97-й. Нам представляется, что разработанные стандарты центильных шкал ФР детей и подростков различного возраста и пола позволяют определить возрастные закономерности их роста и развития, выявить влияние на здоровье экзо- и эндогенных факторов, учет которых позволяет очертить круг региональных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по коррекции нарушений физического развития подрастающего поколения.

Выводы. 1. Непараметрический (центильный) способ оценки физического развития детей и подростков отличается своей простотой и удобством в применении, строго отражает отклонения антропометрических данных.

2. Данные показателей физического развития, полученные путем центильных методов, можно использовать как при одномоментных, так и проспективных исследованиях детей и подростков для создания программ первичной профилактики по коррекции питания и здоровья растущего организма.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Инфекции, вызываемые вирусами семейства Herpesviridae, являются широко распространенными и плохо контролируемыми. Особенностью герпесвирусной инфекции является поражение многих органов и систем, варьирующее от простых кожно-слизистых форм до угрожающих жизни генерализованных.

По данным многочисленных исследований, к 18 годам более 90% людей инфицируются одним или несколькими типами герпесвирусов.

Герпесвирусы подразделяются на 3 подсемейства в зависимости от структуры генома, характера репродукции вируса, его молекулярно-иммунологических особенностей и типа клеток, в которых протекает инфекционный процесс: а, в и у.

а-герпесвирусы, включающие вирус простого герпеса 1 типа (HSV1), вирус простого герпеса 2 типа (HSV2) и вирус варицелла зостер (VZV), характеризуются быстрой репликацией вируса и цитопатическим действием на культуры инфицированных клеток.

Репродукция а-герпесвирусов протекает в различных типах клеток, вирусы могут сохраняться в латентной форме, преимущественно в ганглиях. Вирус простого герпеса 1 типа вызывает гингивостоматит, кератоконъюнктивит, энцефалит; вирус простого герпеса 2 типа — генитальный герпес; вирус варицелла зостер — ветряную оспу, энцефалит, при реактивации — опоясывающий герпес.

Цель исследования: изучить значение герпесвирусной инфекции в структуре различной инфекционной патологии у детей (при инфекционном мононуклеозе, поражении ЦНС, синдроме длительного субфебрилитета, гепатите и др.).

Материалы и методы исследования. Исследование маркеров вирусов семейства герпесов IV, V и VI типов у 50 клинически здоровых детей выявило значительную инфицированность данными вирусами, чаще в латентных формах (64%), но у трети детей (36%) — в виде персистирующих инфекций.

Результаты и их обсуждение. Исследование маркеров вирусов семейства герпесов IV, V и VI типов у 50 клинически здоровых детей выявило значительную инфицированность данными вирусами, чаще в латентных формах (64%), но у трети детей (36%) — в виде персистирующих инфекций. Так, ДНК герпесвирусов обнаружены в слюне и моче у 17 детей (ДНК EBV в слюне — у 7, CMV в моче — у 7, CMV в слюне — у 2, CMV в слюне и моче + EBV в слюне — у 1). В крови только у 1 ребенка обнаружена ДНК EBV. Антигены CMV в лимфоцитах крови у здоровых детей не определялись. Выявлены низкие уровни АТ класса IgG к EBV, CMV и HHV6 (к CMV — у 98%, к EBV — у 58%, к HHV6 — у 66%). АТ класса IgM в сыворотках крови не обнаруживались.

С учетом способности герпесвирусов к персистенции в иммунокомпетентных клетках (Т- и В-лимфоцитах, макрофагах) изучалось их значение у часто болеющих детей (ЧБД). Дети этой группы наблюдались с диагнозами: лимфаденопатия, ОРЗ, с рецидивирующими крупами (РК), обструктивными бронхитами (РОБ) (40), заболевания ЛОР-органов, тромбоцитопения и нейтропения и др. В 48% случаев была выявлена CMV-инфекция, которая в 88% протекала активно (выявлялась ДНК CMV в различных средах, структурный антиген pp65, антитела класса IgM). В 36% случаев в группе ЧБД обнаружены различные сочетания герпесвирусов IV, V и VI типов.

Вывод. Расшифрована этиология инфекционного мононуклеоза. ИМ у детей чаще протекает как моноинфекция (58%), ассоциированная с вирусами семейства герпесов IV, V и VI типов (EBV, CMV, HHV6), реже — как микстинфекция (42%) в различных сочетаниях этих вирусов. Клинические проявления ИМ типичны и не зависят от этиологии. При CMV и HHV6 ИМ реакция на гетерофильные антитела всегда отрицательная.

MONITORING ANALYSIS OF GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN UNDER 5 IN RURAL MEDICAL CENTERS

Boykuzieva M.B., Nazarova G.U.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Revealed that not all outpatients were curves of growth and development, only half of them were recorded physical development of the child. Not all nurses were trained SVP monitoring and learning environment, only half of them know how to calculate BMI and MRI in children and celebrate graphically growth and weight curves. Awareness of mothers was not up to standard, although during seminars for nurses, special attention was paid to the work with parents of children. But not all mothers knew about the introduction of complementary foods and nutrition of children. Half of the mothers interviewed did not know the growth and weight of your child, were not informed of the need to regularly assess the development of their children. Therefore, doctors and nurses are not enough patronage are working with parents and families, do not provide the necessary information about the growth and development of children.

Doctors do not control the work of nurses, literacy filling and maintenance of medical records in SAP. **Aim.** To evaluate the monitoring of growth and development of children up to 5 years in rural health units (AEP) after the training of doctors and nurses in Andijan region. **Materials and methods.** Analysis of the implementation of monitoring the growth and development of children under 5 were performed on outpatients conducted to identify the record height and weight; Development and evaluation of clinical supervision for children with retarded growth and development. To assess the knowledge and skills on the measurement of height and weight of nurses has been applied questionnaire. Determining the level of awareness of the need for regular maternal height and weight measurements and evaluation of children's development was carried out by questionnaire for mothers.

Results. Analysis of 143 outpatients (F.112 / y) showed that 58% of them contain the curves of growth and development, but only 46% of the cards were recorded physical development. 58% of children under 5 years old were invited to the SVP patronage nurses to measure height and weight.

Identified 17% of children with retarded growth and development, they were taken to the dispensary accounting. Analysis of the questionnaire for nurses showed that out of 28 respondents nurses, 75% were trained in monitoring the growth and development of children. They had skills height and weight of children in the SVP and at home. But only 55% of the nurses were able to calculate the body mass index (BMI) and weight — a growth index (IRI). 67% of nurses correctly registered the growth and development of the child in the graphs monitoring. Analysis of 75 questionnaires for mothers showed that 60% of those surveyed mothers were informed about the need regular weight and height measurements and evaluation of psychomotor development of the child. 62% of mothers were aware of the introduction of complementary foods from 6 months, 52% of mothers knew the height and weight of your child.

Conclusion. Thus, to improve the quality of monitoring the growth and development of children under 5 years of age must carry out the following activities: 1. To train all nurses SVP skills height and weight, BMI calculation and MRI results are recorded on the curves for monitoring growth and development. 2. Strengthen the monitoring by doctors SVP at work nurses record the results of anthropometry in the curves of growth and development. 3. To improve awareness of the need for maternal weight control, growth and psychomotor development of the child about the importance of timely introduction of complementary foods and a balanced diet for the formation of a healthy generation

ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ВЗРОСЛЫХ

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Вирусные кишечные инфекции относятся к «вновь возникающим инфекционным болезням», значение которых в последние годы постоянно возрастает. Начиная с 1972 года были открыты основные известные на сегодняшний день вирусные возбудители острых кишечных инфекций (ОКИ) - норо-, рота- астро- сапо- и аденовирусы гр F, доказана их роль в возникновении кишечных инфекций у людей, разработаны высокочувствительные и специфичные методы диагностики.

Актуальность проблемы кишечных инфекций вирусной этиологии определяется их повсеместным распространением, высокой заболеваемостью и значительным социально-экономическим ущербом. Вирусы вызывают от 60 до 90% верифицированных кишечных инфекций у детей раннего возраста. Основными возбудителями диарейных заболеваний у детей являются ротавирусы (Рв). Однако в последние годы все чаще причиной госпитализации становятся гастроэнтериты. На третьем месте по частоте возникновения - астровирусная инфекция (АВИ).

Цель исследования: выявление вклада вирусов в структуру заболеваемости, оптимизация диагностики и определение клинико-иммунологических особенностей вирусных кишечных инфекций у взрослых.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами были обследованы 1745 пациентов спорадическими кишечными инфекциями в возрасте от 15 до 94 лет на основе разработанных критериев включения. Из них мужчин - 834 (47,8%), женщин - 911 (52,2%).

Результаты исследования. Вирусы в настоящем исследовании были выделены у 27,8% больных, в том числе у 22,5% были единственными возбудителями, у 5,3% - входили в состав микробных ассоциаций. Полученные данные свидетельствовали о существенном вкладе вирусов в спорадическую заболеваемость ОКИ у госпитализированных взрослых, что согласуется с результатами работы А. Jansen и соавт. (2008). В то же время в большинстве зарубежных исследований частота обнаружения вирусов у взрослых была гораздо ниже и составляла от 4,6 до 9,4%. Столь существенная разница могла объясняться применением более чувствительных методов

диагностики, региональными особенностями распространения и, возможно, возрастающей ролью вирусных возбудителей ОКИ в патологии взрослых.

О возрастающей роли вирусов мог свидетельствовать и тот факт, что вирусы и бактерии обнаруживали у взрослых практически с одинаковой частотой (22,5% и 23,4%), то есть в соотношении 1:1, что близко к данным исследования А. Jansen и соавт. (2008), но значительно выше, чем в исследованиях зарубежных авторов предыдущих лет.

У взрослых данные о частоте одновременной детекции двух и более патогенных возбудителей при спорадических ОКИ и их составе практически отсутствуют. В единственном доступном исследовании частота одновременного обнаружения двух и более возбудителей составила 16%, причем 3/4 ассоциаций были вирусно-бактериальными.

В настоящем исследовании ассоциации патогенных микробов методом ПЦР выделяли у больных ОКИ намного чаще, чем при рутинном скрининге (соответственно в 7,1% и 0,1% случаев).

Выводы. Суммарный вклад вирусов и патогенных бактерий в этиологическую структуру спорадических кишечных моноинфекций у взрослых сопоставим 22% и 23% соответственно. Основными возбудителями кишечных инфекций вирусной этиологии являются норовирусы и ротавирусы группы А. Астро- и сано-вирусы могут вызывать спорадические заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНО-АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. HCV-инфекция представляет собой одну из наиболее серьезных медико-социальных проблем в мире, что связано с широким распространением и стабильно высоким уровнем заболеваемости, а также существенными экономическими затратами на диагностический и лечебный процессы. Вирусный гепатит С является основной причиной развития большинства диффузных заболеваний печени, включая хронический гепатит, цирроз печени и первичную гепатокарциному.

Цель исследования. На основании комплексного обследования дать клинико-патогенетическую характеристику и обосновать рациональную тактику лечения отечно-асцитического синдрома у больных циррозом печени вирусно-алкогольной этиологии.

Материал и методы исследования. Выборка больных циррозом печени (ЦП), вошедших в исследование, формировалась в результате целенаправленного отбора в 2016-2018 годах в АОИБ.

Результаты исследования. Установлено, что большинство пациентов, включенных в исследование, до госпитализации не придерживались строгих рекомендаций по регулярному приему мочегонных и не соблюдали ограничения в приеме поваренной соли.

Клинические признаки печеночной энцефалопатии I стадии присутствовали у всех исследуемых.

Среди больных со II вариантом развития ОАС были распространены телеангиоэктазии (более чем у 50%), варикозное расширение вен передней брюшной стенки (84,6%), отеки голеней (79,5%), деформации дистальных фаланг пальцев рук (44%), которые встречались чаще, чем у пациентов с I вариантом развития асцита ($p < 0,05$). Данные различия свидетельствовали о выраженности патологических процессов, в том числе системного характера среди больных с длительной клинической манифестацией ОАС.

Оценка вирусной нагрузки при HCV-инфекции методом качественной и количественной полимеразной цепной реакции выявила либо отсутствие, либо минимальную вирусную нагрузку, соответствующую имеющимся данным об отсутствии связи прогрессирования хронического гепатита С с уровнем виремии. Низкий уровень виремии на фоне алкогольной нагрузки свидетельствовал об отсутствии прямого влияния этого фактора на репликацию HCV, что согласуется с результатами исследований, посвященными данной проблеме.

Картина периферической крови у больных ЦП вирусно-алкогольной этиологии с ОАС характеризовалась нормохромной анемией, тромбоцитопенией, нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом влево, повышением СОЭ, причем среди больных со II вариантом развития ОАС эти изменения были более выражены, чем у пациентов с I вариантом. В результате оценки полученных данных достоверных различий между гематологическими показателями в подгруппах больных, получавших фуросемид и торасемид, выявлено не было.

Установлено, что среди пациентов с I вариантом развития ОАС медиана АРП до диуретической терапии находилась в нормальных пределах, составив 1,9 (1,1-2,5) нг/мл/час, тогда у больных со II вариантом показатель значимо превышал референтные величины, достигая 3,0 (2,3 -3,8) нг/мл/час ($p < 0,05$).

Выводы. Клиническая манифестация отечно-асцитического синдрома более 3 месяцев у больных циррозом печени вирусно-алкогольной этиологии характеризуется повышением уровня альдостерона плазмы более 152 пг/мл, активности ренина плазмы более 3 нг/мл/час, снижением уровня натрия в плазме менее 133,7 ммоль/л, натрия в моче менее 39,6 ммоль/сутки, скорости клубочковой фильтрации менее 51,2 мл/мин. на фоне низкого уровня виремии HCV.

ОСОБЕННОСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ И ВТОРИЧНО ОЧАГОВОЙ ФОРМ ИЕРСИНИОЗЫ

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Сохраняющееся на протяжении многих лет внимание к иерсиниозу и псевдотуберкулезу не является случайным. Широкое распространение, трудности лабораторной диагностики,

отсутствие патогно моничных симптомов и единой тактики ведения больных позволяют рассматривать иерсиниозы как терапевтическую проблему.

В настоящее время особую тревогу клиницистов вызывают неблагоприятные последствия иерсиниозной инфекции, в частности, хронизация и формирование иммунопатологических синдромов с исходом в системный аутоиммунный процесс. Частое развитие неблагоприятных исходов (у 3-11% больных иерсиниозом и 10-55% - псевдотуберкулезом) свидетельствует о том, что проводимое обследование и лечение больных во многом интуитивны и не всегда патогенетически обоснованны, что связано с недопониманием патогенеза инфекционного процесса острого периода и механизмов формирования рецидивирующего, затяжного и хронического течения и системной патологии.

Цель исследования: на основании клинических, иммунологических и иммуногенетических показателей расшифровать патогенетические особенности различных вариантов течения генерализованной и вторично очаговой форм иерсиниозной инфекции и выработать критерии прогноза исходов болезни.

Материалы и методы исследования. На основании результатов клинико-лабораторного обследования и данных эпидемиологического анамнеза иерсиниозная инфекция диагностирована у 893 (54,1%) больных (93,1% - иерсиниоз, 6,9% - псевдотуберкулез). Расхождение заключительного диагноза и диагноза направившего учреждения зарегистрировали у 65,5-74,4% пациентов в разные годы: у 58,2% из них диагностированы соматические заболевания, у остальных - инфекционные заболевания неиерсиниозной этиологии. После проведенного комплексного обследования для динамического наблюдения отобрано 295 больных: 206 (69,8%) - с иерсиниозом и 89 (30,2%) - с псевдотуберкулезом. Большинство больных (87,1%) были в возрасте 19-45 лет, мужчин - 67,1%.

Результаты исследования. У 7,5% больных ни один из использованных методов не позволил верифицировать клинический диагноз, что может объясняться сроками проведения обследования (более 3 лет от дебюта болезни). Однако типичная клиническая картина и наличие специфических антител в анамнезе позволило нам включить этих больных в разработку. Псевдотуберкулез вызывал штамм, относящийся к I серотипу. Возбудителем иерсиниоза у 79,4% больных был штамм серотипа 0:3, и в 6 раз реже - серотип 0:9. Все другие варианты серотипов встречались крайне редко (7,6%).

подавляющее большинство больных (69,5%) имели сочетанную хроническую патологию желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей, ЛОР-органов, мочеполовой системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы и щитовидной железы в стадии ремиссии.

62,1% больных были госпитализированы в поздние сроки: 28,5% - на 6-10 день от начала болезни, 34% - позже 10 дня от начала болезни.

Выводы. Генерализованная и вторично очаговая форма псевдотуберкулеза и иерсиниоза не имеют симптомокомплексов, позволяющих в остром периоде прогнозировать течение болезни. Выраженность и продолжительность клинических проявлений не являются ранними объективными критериями прогноза исхода инфекционного процесса.

ЗНАЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Основной причиной развития хронических заболеваний печени является в настоящее время инфекция, вызванная вирусом гепатита С. Актуальность и социальная значимость этого заболевания обусловлена преимущественно молодым возрастом больных, как правило, бессимптомным течением, высоким риском хронизации инфекционного процесса и развития в исходе заболевания цирроза или первичного рака печени. В мире общее число страдающих этим заболеванием достигает 750 млн. человек, что составляет около 10% всей популяции. В России ХГС страдает около 2 млн. человек. Сложность борьбы с HCV-инфекцией связана с плохой осведомленностью населения об этом заболевании, его прогрессивным течением и недостаточной эффективностью современных методов этиопатогенетического лечения.

Цель исследования - изучить клинико-патогенетическую роль специфической жировой дистрофии печени у больных хроническим гепатитом С и оптимизировать на этой основе проводимую им комплексную противовирусную терапию.

Материалы и методы исследования. Первоначально под наблюдение было взято 242 пациента с ПЦР-положительным ХГС, не имевших явных клинических признаков цирроза печени. Соотношение лиц мужского и женского пола оказалось равным соответственно 67,3% и 32,7%. Возраст пациентов колебался от 18 до 54 лет.

Результаты исследования. В клинической картине у наблюдавшихся больных ХГС чаще всего встречались астенический и диспептический синдромы (64,9% и 55,0% соответственно). Реже - болевой (35,1%) и коагулопатический (12,9%). Гепатомегалия была выявлена у 93 пациентов (47,9%). Пальпаторно печень была умеренно увеличена, слегка болезненна, зачастую изменена ее консистенция. Спленомегалия обнаружена в 2,6% случаев. Физикально у таких больных пальпировался умеренно болезненный край селезенки. В большинстве случаев гепато- и спленомегалия, установленные физикально, подтверждались ультразвуковым исследованием. По данным УЗИ, у всех больных ХГС были обнаружены диффузные изменения печени, проявлявшиеся усилением эхосигнапов.

При исследовании биохимических показателей крови наиболее часто выявлялся синдром цитолиза. Повышение активности сывороточных АлАТ и АсАТ обнаружено у 52,1% пациентов. Умеренное повышение общего билирубина выявлено у 3 пациентов (1,5%), тимоловой пробы - у 68 (35,0%) и снижение ПТИ - у 19 (9,8%).

У всех больных осуществлялось определение маркеров ХГС: различные антитела к HCV - методом ИФА и специфическую RNA с помощью ПЦР в качественном и количественном вариантах.

Выводы. Количественное содержание в крови таких компонентов липидного обмена как общие липиды,

общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности не выходит у больных хроническим гепатитом С за пределы нормальных значений и не зависит от наличия или отсутствия специфической жировой дистрофии печени.

У больных хроническим гепатитом С, независимо от наличия или отсутствия специфического стеатоза печени, отмечается повышение в плазме крови уровня малонового диальдегида, а в эритроцитах каталазы при параллельном снижении активности эритроцитарной супероксиддисмутазы.

У больных хроническим гепатитом С с наличием специфической жировой дистрофии печени устойчивый вирусологический ответ на комплексную противовирусную терапию достигается достоверно реже, чем у пациентов с отсутствием таковой.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ПРАКТИКЕ ВОП

Боротова Ш.А., Худайбердиев Ж.М.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Актуальность проблемы: В настоящее время, несмотря на качественное, много комплексное лечение афтозного стоматита все чаще встречается афтозный стоматит с рецидивирующим течением среди детского и взрослого населения. Афтозному стоматиту характерно хроническое течение и неоднократное (2-3 раза) рецидивирование. Специфический этиологический фактор при развитии хронического рецидивирующего афтозного стоматита не известно, но предполагающим фактором является ослабление местного иммунитета полости рта, дефицит витаминов, особенно витамина В12, фолиевой кислоты и железо дефицитная анемия. По нашим многолетним наблюдениям, эти предполагающие факторы активируются после перенесенного ОРВИ, (особенно аденовирусные, энтеровирусные инфекции) который способствует поражению общего иммунитета организма. Токсические влияния на желудочно-кишечный тракт и необоснованное применение антибиотиков при этом ведет к снижению всасывания минералов и витаминов в кишечнике, или к диарее. Вследствие этого снижается общий иммунитет организма и местный иммунитет полости рта. Поврежденные клетки теряют способность связывания интерферона и патологический процесс развивается. Наблюдаются частые рецидивы афтозного стоматита не менее 3 раза в год.

Цель: 1.Повысить эффективность лечения с помощью применения индукторов интерферона у больных с хроническим афтозным стоматитом. 3.Обеспечить благоприятное клиническое течение заболевания и сохранить работоспособность больных. 2.Применить в качестве индуктора интерферона – препарат Анаферон.

Методы и материалы: Наши исследования проводились в условиях семейной поликлиники. Была выделена группа больных из 22 чел. В контрольной группе, состоящей из 11 чел, было назначено стандартное лечение, которое включает в себя местные анестетики (масляный раствор 2% лидокаина) и препарат иммудон для местного иммунитета. Во второй основной группе добавляли индуктора интерферона-Анаферон. Всех больных наблюдали в течение 14 дней, каждые 3дня обследовали полости рта и оценивали общее состояние, питание больных. По завершению наблюдения мы получили ниже следующие результаты.

Результаты: Первая группа больных, которая получала препарата иммудон, анестетики, стоматит протекал с симптомами общего недомогания, умеренной лихорадки. Выздоровление наступало на 12 день после начала лечения, афты полости рта заживали без рубцов. У второй группы больных, получавших Анаферон клиника протекала без лихорадки и со слабо выраженными признаками интоксикации. Выздоровление больных наблюдалось на 8 день после начала лечения, афты заживали без рубцов, больные не теряли работоспособности во время лечения.

Выводы:1.Истощение организма влияет на местный иммунитет полости рта. 2.Вирусная инфекция двойным путем влияет на развитие хронического рецидивирующего афтозного стоматита: повреждает слизистую рта прямым путем и вызывает диспепсию, малоабсорбцию который способствует дефициту витаминных и минеральных комплексов. 3.Применение индуктора интерферон –Анаферона эффективно влияет на клиническое течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита, ускоряет процесс заживления афт.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДВЕСТНИКИ ГРОЗНЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

Ботирова Н.Б., Кодирова Г.И., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Насирдинов Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Внезапная смерть (ВС) во время приступа стенокардии чаще всего связана с развитием фатальных аритмий, возникающих на фоне острой ишемии миокарда. Вследствие этого, понятен интерес многих авторов к изучению нарушений ритма (НРС) и проводимости, появляющихся на фоне транзиторной ишемии миокарда («ишемических изменений»).

Целью работы явилось изучение распространенности «ишемических» нарушений ритма и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью разных методов, зависимость частоты появления от тяжести заболевания, выраженности ишемии миокарда и патогенеза приступов.

Материал и методы: обследована группа из 40 больных стенокардией, госпитализированных в клинику АГМИ в отделении кардиологии. Среди пациентов было 29 женщин и 11 мужчина в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст 50,6±0,7 лет). Первую группу составили 20 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, вторую группу составили 20 пациентов с диагнозом у больных ИБС. Прогрессирующая стенокардия. В рамках общеклинического обследования всем пациентам проведено суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование на системе с полной записью ЭКГ. У всех больных во время мониторирования наблюдались ишемические изменения ЭКГ, наличие которых определялись при появлении элевации сегмента ST или плоской и косонисходящей депрессии ST на 1 мм. и более косовосходящей

депрессии ST на 1,5 мм. и более длительностью не менее 1 мин. Для обнаружения НРС использовались результаты автоматического анализа данных мониторингования.

Результаты и обсуждение. «Ишемические» НРС и проводимости были обнаружены у 29,5% больных. Наблюдалось два варианта связи нарушений с эпизодами ишемии миокарда. У 48% пациентов во время транзиторной ишемии появлялись нарушения, которых не было вне эпизодов. В основном, это были пароксизмы желудочковой или наджелудочковой тахикардий, эпизоды остановки синусового узла и транзиторные нарушения внутрижелудочкового проведения (8 случаев). У остальных 34 пациентов во время эпизодов смещения сегмента ST встречались те же нарушения, что и в остальное время суток, но во время эпизодов ишемии миокарда число этих НРС (в основном – экстрасистол) резко (в 5–27 раз) увеличивалось. В среднем у каждого из 40 больных выявлено $3,65 \pm 0,23$ эпизода, тогда как только $1,98 \pm 0,13$ из них сопровождались появлением нарушений ритма и проводимости. При анализе данных Холтеровского мониторингования обращает внимание, что по результатам автоматического анализа суточного ЭКГ (графики смещения ST и числа аритмий) можно было выявить связь нарушений ритма с эпизодами ишемии в 33 случаях.

Показано, что у больных стабильной стенокардией они выявлялись достоверно реже – в 15% случаев, чем у больных нестабильной стенокардией, больных СНП и СП (33,3%, 40% и 43,3% соответственно, $p < 0,05$). Наиболее часто обнаруживались желудочковые экстрасистолы. Местная внутрижелудочковая блокада (уширение комплекса QRS до 0,12 с. без четких признаков блокады ножек пучка Гиса) выявлена в 3,7% случаев, блокада ножек пучка Гиса – несколько реже – в 2,7% случаев. Наджелудочковые «ишемические» аритмии встречались у 8,6% пациентов.

Можно сделать вывод, что вероятность появления «ишемических» желудочковых нарушений ритма и проводимости зависит от выраженности развивающейся ишемии миокарда, увеличиваясь до максимума при трансмуральной ишемии, проявляющейся на ЭКГ элевацией ST. То есть, более тяжелая ишемия миокарда приводит к большей электрической нестабильности миокарда желудочков.

КАЧЕСТВА ПРЕПАРАТОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ

Ботирова Б.Т., Акбарова Ш.Э., Юлдашева Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время отмечается рост заболеваемости туберкулезом и смертности от него, особенно в странах Восточной Европы и России. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), он входит в ведущую десятку причин, приводящих к смерти.

Рост заболеваемости обусловлен большим резервуаром инфекции, несвоевременным выявлением бациллярных больных, рассеивающих туберкулезную инфекцию. Туберкулез является социально значимым заболеванием всех времён и народов. В настоящее время в мире ежегодно регистрируется только бациллярного туберкулеза до 10 млн. человек и 4-5 лн. человек ежегодно умирают от этой инфекции. По прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 году в мире появится еще 200 млн. человек - новых случаев туберкулеза и 70 млн. человек умрет от этой инфекции.

Цель исследования: разработать критерии оценки качества препаратов мокроты для бактериоскопической диагностики туберкулеза.

Предмет исследования: микроскопический метод исследования препаратов мокроты. Объект исследования: мазки мокроты, приготовленные и окрашенные по методу Циля-Нильсена.

Методы исследования: научно-теоретический анализ медицинской литературы по бактериоскопической диагностике туберкулеза; методологическая разработка критериев оценки качества приготовления и окраски мазков мокроты для микроскопии; анализ качества приготовленных и окрашенных мазков мокроты.

Способность микобактерий к кислотоустойчивому окрашиванию позволяет обнаруживать их в мазках из диагностического материала с высокой специфичностью.

Наиболее распространенным методом для выявления кислотоустойчивых микобактерий является метод окраски мазков по Цилю-Нильсену. При окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивые микобактерии выглядят ярко-красными на синем фоне препарата. Результаты регистрируют с указанием количества обнаруженных кислотоустойчивых микобактерий (КУМ).

Преимущества диагностики туберкулеза легких бактериоскопическим методом: простота, достаточная эффективность, экономическая выгода, быстрота получения результата.

Данный метод позволяет в короткие сроки выявить наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом.

Вывод. Залог эффективности программы по борьбе с туберкулезом – обеспечение высокого качества лабораторных исследований, в частности, качества микроскопических исследований мокроты с целью выявления кислотоустойчивых микроорганизмов.

В ходе исследовательской работы были разработаны:

Алгоритм приготовления и микроскопии мазков, окрашенных методом Циля-Нильсена; Критерии оценки качества приготовленных и окрашенных препаратов мокроты.

СКРИНИНГ ТЕКШИРУВЛАРИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШДА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРЛАРИНИ РОЛИ

Бувабеков М.М., Худойбердиев Ж.М., Назарова Г.У., Худайбердиев А.А.

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Мақсад: Умумий амалиёт шифокори амалиётида қишлоқ оила поликлиникаси шароитида болаликдан ногиронликка олиб келувчи туғма ва ирсий касалликларни эрта аниқлаш ва даволаш ишлари сифатини яхшилаш ишларини яхшилаш.

Материал ва методлар: Бизнинг УАШларни малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси доцент-ўқитувчилари скрининг ишларини ҚОП/ҚВП ва оила поликлиникаларида амалга оширишни яхшилаш мақсадида Республика скрининг марказининг Андижон филиали билан ҳамкорлик ўрнатдилар. УАШларни тайёрлаш 10 ойлик программасига мувофиқ режа асосида скрининг марказида ўқув соатлари ўтказилди. Ўқув соатлари мобайнида курсантлар бевосита скрининг маркази фаолияти билан танишибгина қолмай, балки текширувларда бевосита иштирок этдилар.

Натижалар: Скрининг марказига умумий амалиёт ва оила шифокорлари томонидан юборилган ҳомиладорларни перинатал ультратовуш текширувидан ўтказиш 2015 йилда 3192та, 2016 йилда 6837та, 2017 йилда 8076та бўлиб, бунинг натижасида нуқсонли ҳомиладорликни аниқлашиши 2015 йилда 88та, 2016 йилда 135та, 2017 йилда 162та бўлган. Аниқланган нуқсонли ҳомиладорликлар тўхтатилиб, ногирон бола туғилиши олди олинган. 2017 йил 9 ойлик мобайнида топилган 99та нуқсонли ҳомиладорлик ҳолатлари таҳлил қилиб ўрганиб чиқилди. Юзага келган нуқсонли ҳомиладорлик ҳолатларида хавф омилларининг 3-4 та ёки ундан ортиғи мавжудлиги аниқланди. Скрининг марказида неонатал скрининг 2015 йилда 48800та, 2016 йилда 50400та, 2017 йилда 52800та ўтказилган бўлиб, 2015 йилда 11та туғма гипотиреоз, 5 та фенилкетонурия, 2016 йилда 13та туғма гипотиреоз, 9та фенилкетонурия, 2017 йилда 17та туғма гипотиреоз, 3та фенилкетонурия аниқланган ва давлатимиз томонидан дори-дармонлар билан, масалан туғма гипотиреозда йодли препаратлар, фенилкетонурия ҳолатларида махсус овқат- “Гидролизат” бепул берилиб, диспансер назоратига олинган. Беморлар аҳоли динамикада яхшиланган.

Хулоса ва тавсиялар: 1.Туғма ва ирсий касалликлар профилактикасида умумий амалиёт шифокори ёки оила шифокори бевосита иштирок этиши лозим. 2.Ҳар бир оилани ва оила аъзоларини УАШ тўла ўрганиши ва бу унинг асосий вазифаларидан бири бўлиши зарур. 3.Оила шифокори оила шажарасини тузиши ва ўрганиши, шунингдек оилада наслнинг тозаллигига эришишда асосий роль ўйнаши мақсадга мувофиқдир. Чунки у биринчи бўлиб, оила аъзоларига ирсий хасталиклар ирсий ахборотларни наслдан наслга ташувчи генларнинг ўзгаришлари натижасида юзага келишини тушунтиради, зарур бўлса скрининг марказига йўлланма беради. 4. Бунинг натижасида умумий амалиёт шифокорларининг бевосита иштироки, уларнинг ўз ҳудудларида скрининг назорати ишларини самарадорлигини оширишда муҳим омил бўлади. 5 Оила шифокори томонидан оила аъзоларини ирсий хасталиклар ва скрининг марказига йўлланма бериш бўйича ўқитиш ишларини яхшилаш.

КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ CALL-ЦЕНТРА

Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М., Махмудов А.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Деятельность скорой медицинской помощи в последние годы уделяется повышенное внимание, что отразилось в ряде указов и постановлений на самом высоком уровне. Разработаны и внедрены в практику стандарты оказания скорой медицинской помощи (СМП), а также протокол действий диспетчера службы СМП. На государственном уровне приняты весьма важные решения, которые дали начало созданию Call-центров, способных быстро обрабатывать широкий спектр информации на современном уровне.

В преддверии создания Call-центров возникает необходимость координации действий СМП с другими службами в условиях мгновенной передачи информации, что диктует разработку новых принципов, алгоритмов опроса, алгоритмов действий, а также развитие модели, отличающейся наличием уже утвердившейся системы оказания экстренной медицинской помощи и регионарными особенностями амбулаторно-поликлинической помощи.

Особого внимания заслуживает определение приоритета и передача вызова бригадам СМП. При невозможности самостоятельного принятия решения о приоритете вызова, фельдшер по приему вызовов службы СМП передаёт данные ответственному врачу. В таких ситуациях, на первый план выступает алгоритм опроса, включающий минимальный набор вопросов требующих ответов “да” – “нет”, логические тесты, в результате чего определяется медико-психологическая ситуация, устанавливается ориентировочный диагноз, принимается одно из решений согласно приоритета передача вызова бригадам СМП, либо выдаются необходимые рекомендации по самопомощи, либо производится переадресация на амбулаторно-поликлиническую службу.

Ещё одной особенностью Call-центров является возможность создания единой базы данных медицинских работников с учётом их профессиональной спецификации, дислокации на обслуживаемой сети территории, а также расположение учреждений здравоохранения, занятых в системе СМП и амбулаторно-поликлинической службы.

Алгоритм действий в настоящее время подробно освещён в соответствующих протоколах, однако, с внедрением системы на основе единой базы данных ЛПУ и СЭМ разумно внести изменения в некоторые процедуры завершения вызовов. Мы предлагаем ввести элемент быстрого реагирования на вызовы высокой приоритетности – экстренные вызовы бригады СМП – по поводу заболеваний, представляющих в момент обращения опасность для его жизни и здоровья, особенно во время «пик-часов». Удерживая вызов старший врач смены сообщает о выезде бригады СМП, даёт необходимые рекомендации, а также соединяется с ближайшим к месту вызова медицинским работником, который мог бы оказать первую медицинскую помощь, оценить ситуацию и координировать действия до приезда бригады СМП.

Таким образом, разработка алгоритмов опроса и действий с введением в эксплуатацию Call-центров позволит обеспечить своевременное и полноценное оказание скорой медицинской помощи населению.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ВОЗРАСТЕ 40-50 ЛЕТ

Бутабоев М.Т., Минаваров Р.А., Утанов З.М., Солиев И.М., Исаков К.К.
Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы интенсивно увеличивается процесс аллергических заболеваний, в том числе бронхиальной астмы. Однако проблема лечения её до сих пор остаётся полностью не решённой. По этому поиск новых методов лечения, направленных на различные звенья патогенеза бронхиальной астмы у людей весьма актуален.

В настоящее время возрос интерес к использованию физических факторов для улучшения бронхиальной проходимости и снижение реактивности организма исследователи отметили эффективность лечения бронхиальной астмы комплексом физических процедур (Фонофорез новокаина на гломус каротис, лечебная гимнастика, массаж грудной клетки, ингаляция прополиса) больных бронхиальной астмы.

Функциональная активность лейкоцитов и способность их к фагоцитозу является одной из важнейших функции неспецифической иммунологической реактивности организма с одной стороны, реакция фагоцитоза отражает механизмы клеточной резистентности, с другой степень адаптационно – иммунологических систем.

В последние годы внимание многих исследователей привлечено к цито химическому эффекту клеток крови, которое проявляются прежде всего в усиление фагоцитоза и активности окислительной восстановительных и лизосомных ферментов.

Нами было изучено 40 больных бронхиальной астмы динамика ферментативной активности лейкоцитов под влиянием комплекса физических процедур: фонофорез новокаина на гломус каротис, ингаляция прополиса, лечебная гимнастика, массаж грудной клетки.

Полученные данные указывает на того, что функциональная активность нейтрофилов находится в прямой зависимости от формы и тяжести заболевания у больных бронхиальной астмой. Фагоцитарная активность нейтрофилов лейкоцитов определённой степени зависит характера сенсибилизации.

У больных инфекционно аллергической формой бронхиальной астмы выявилось угнетение, как количественных, так и качественных показателей активности нейтрофилов функциональная активность нейтрофилов (ФАН) ровняется $62,5 \pm 0,4\%$ на (9% ниже контрольной), Фагоцитарный индекс-6,1 (20% ниже контрольной) а в контрольной больных ФАН на 5% Фагоцитарный индекс на 20%

После стационарного лечения в основной группе Функциональная активность нейтрофилов на 6% Фагоцитарный индекс на 10% соответственно повысились и приблизились к нормы контрольной группе. А контрольной группе Функциональная активность нейтрофилов почти увеличилось, осталось близкой к исходному уровню, Фагоцитарный индекс на 3% увеличился.

После 4-х месяцев амбулаторного лечения у основной группы Функциональная активность нейтрофилов поднялось до уровня контрольной группы (98,5% от контрольной группы) Фагоцитарный индекс 98% от контрольной группы и ПЗ 83% от контрольной группы, после 4-х месяцев у контрольной группы больных Функциональная активность нейтрофилов 95%, Фагоцитарный индекс -91% от контрольной группы здоровых.

Также ферментативная активность лейкоцитов в основной группе больных после стационарного и амбулаторного лечения показала динамику в сторону уменьшения. Особенно после 4-х месячного амбулаторного лечения, а у контрольной группы больных заметное улучшение не наблюдалось даже через 4 месяца.

Таким образом, этапное восстановительное лечение больных от страдающих инфекционно аллергической формой бронхиальной астмы, оказывает положительное влияние на показатели неспецифической реактивности.

ФЕРМЕНТНЫЙ СПЕКТР СЛЮНЫ ВПОДДЕРЖАНИ И ФЕРМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «А» И «В»

Бутабоев М.Т., Нуритдинов О.Д., Юльчибаев М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

В последнее время для изучения функционального состояния главных пищеварительных желез всё шире применяется беззондовые методы исследования. В одной из групп этих методов учитываются гидролитические ферменты пищеварительных желез в крови и моче. В основе этого метода лежит то, что главные пищеварительные железы наряду с экзокрецией основного количества синтезируемых ими ферментов, некоторое количество их транспортируют не в полость желудочно-кишечного тракта, инкретируют в кровь и лимфу, откуда эти ферменты экскретируются ренальными и экстраренальными путями, в частности и слюнными железами.

Рекреторная деятельность пищеварительных желез направлена на экскрецию метаболитов в просвет пищеварительного тракта для поддержания гомеостаза организма и рециркуляции ряда ценных продуктов жизнедеятельности органов, в том числе гидролитических ферментов. В эти процессы включены и слюнные железы. Изучение рекреторной деятельности слюнных желез продолжается.

Изучение выделения гидролитических ферментов в составе слюны и мочи при нарушении функции печени представило большой интерес. Учитывая это, мы исследовали гидролитические ферменты крови, слюны и мочи у больных вирусным гепатитом А и В как при этом нарушается гомеостатирующая функция печени.

Под нашим наблюдением находилось больных, страдающих вирусным гепатитом «А» и «В» возрасте от до и лет. Больные поступали в стационар городскую клиническую инфекционную больницу города Андижан на 37 дни с момента заболевания.

Полученные и приведенные данные свидетельствуют о том, что при обеих формах гепатитов у детей в разгаре болезни существенные изменения претерпевает ферментный спектр крови, слюны и мочи. Если одни ферменты увеличиваются в крови (АЛТ, АСТ и пепсиноген) то другие ферменты уменьшаются (амилаза, липаза) в

ней. Из-за резконаправленного изменения саливации диуреза больных вирусным гепатитом наблюдается уменьшение выделения ферментов в составе слюны и увеличение их с мочой.

ГИДРОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ, СЛЮНЫ И МОЧИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ

Бутабоев М.Т., Нуритдинов О.Д., Юльчибаев М.Р
Андижанский государственный медицинский институт

Общеизвестно, что гидролазы инкретированные пищеварительными железами выделяются с мочой и потом. Их секреторное выделение в составе секретов пищеварительных желез рассматривается как механизм, обеспечивающий поддержание относительно постоянного уровня энзимов в периферической крови, как механизм ферментного гомеостатирования. Известно также, что печень является центральным органом гомеостатирования.

Учитывая это мы исследовали амиолитическую активность крови, слюны и мочи у больных вирусным гепатитом. А и В возрасте от 18 до 65 лет (161). Показатели практически здоровых лиц (15) служили контролем для больных.

У испытуемых собиралась смешанная слюна натошак без стимуляции в центрифужные пробирки в течение 5 минут. До сбора слюны ротовая полость предварительно тщательно ополоскивалась водопроводной водой, а затем дистиллированной. Также бралась кровь натошак из локтевой вены и собиралась мочи в течение одного часа после предварительного опорожнения мочевого пузыря.

В собранных и учтенных по объему крови слюне, моче определяли амиолитическую активность методом СМИТ-РОЭ в модификации А.М.Уголева.

Полученные данные показатели следующие результаты. У больных вирусным гепатитом А и В наблюдается снижение амиолитическую активности крови, показатели которой в 2 раза меньше, чем показатели у здоровых лиц. Снижение амиолитической активности более выражено у больных вирусным гепатитом «В» перед выпиской из стационара показатели амиолитической активности крови у больных остаются пониженными.

Отсюда можно заключить, что снижение амиолитической активности крови при вирусном гепатите связано с нарушением синтеза и инкретции в кровь амилазы крови. Это доказывает, что печень является одним из источников амилазы крови. С уменьшением инкретции амилазы у больных вирусным гепатитом существенно уменьшается выделение ее в составе слюны. Амилазы слюны отражает уровень инкретции и содержание этого фермента в крови и может иметь в составе слюны секреторное происхождение. Амиолитическая активность мочи у больных вирусным гепатитом не изменяется, но увеличивается выделение амилазы в составе мочи за счет увелечения диуреза.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт

Как известно, артериальная гипертензия является ведущим фактором риска ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, заболеваний периферических сосудов, почечной недостаточности и основной причиной смерти.

Существуют много исследований посвященные фрагментарному изучению артериальной гипертензии в популяции и в отдельных группах, тем не менее, для разработки эффективных мер по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии необходимы эпидемиологические сведения о ее распространенности в современной популяции.

Цель. Изучение распространенности артериальной гипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины от 15 до 70 и старше.

Методы: Проводилось комплексное обследование популяции с использованием стандартизованных и унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г.Андижане.

Результаты. Анализ данных показал, что среди обследованной общей популяции у 16,9% (n=102) выявлена артериальная гипертензия. Распространенность артериальной гипертензии наблюдалась со статистически значимым различием у мужчин и женщин – 13,2% и 20,1% соответственно (P<0,05). С возрастом частота распространенности артериальной гипертензии у мужчин увеличивается до 61,9% или в 20 раз (P<0,001). В нашем исследовании в группах мужчин 15-19 и 20-29 лет случаи артериальной гипертензии не установлены, среди мужчин 30-39 лет артериальная гипертензия наблюдалась с частотой – 3,1%, в 40-49 лет – 14,8% (P<0,001), в 50-59 лет – 31,4% (P<0,05), в 60-69 лет – 61,9% (P<0,001) и в группе 70 лет и старше – 33,3% (P<0,001). Обращают на себя внимание высокие показатели АГ в возрастных группах 50-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше.

У женщин отмечено возрастание случаев выявляемости АГ в зависимости от возраста до 62,5% или в 7,2 раза (P<0,001). С наибольшей частотой АГ встречалась в группах женщин 40-49 лет - 47,9%, (P<0,05), 50-59 лет - 55,6%, (P<0,05), 70 лет и старше - 62,5, P<0,001). Сравнительно меньшая распространенность АГ наблюдалась у женщин в возрасте 30-39 лет (8,0%)

Выводы. В группе 15-19 лет и 20-29 лет АГ не отмечена, что по всей вероятности связано с малочисленностью обследованной подвыборки и по-видимому, данный научный факт требует отдельного анализа в проспективных исследованиях.

В заключении можно сделать вывод о том, что артериальная гипертензия довольно распространенное заболевание, как среди женщин, так и среди мужчин. Исходя из возрастной частоты встречаемости, необходимо более глубоко изучить причины с учетом факторов риска, для разработки как немедикаментозного, так и медикаментозного лечения.

ПРИМЕНЕНИЯ КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Валиева З.С., Юлдашев Р.Н., Косимова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Наиболее актуальная задача кардиологии – предотвращение сердечно-сосудистых осложнений (ССО). В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации сердца и Коллегии кардиологов 2006 года основными компонентами профилактики являются: прекращение курения, контроль артериального давления, достижение целевых значений липидов, регулярная умеренная физическая активность, контроль массы тела и гликемии, применение антиагрегантов и антикоагулянтов, блокаторов системы ренин-ангиотензин-альдостерон, б-блокаторов, вакцинация против гриппа. При первичной и вторичной профилактике атеросклероза назначение антиагрегантов (в первую очередь ацетилсалициловой кислоты – АСК) целесообразно и показано всем лицам с высоким риском ССО при отсутствии противопоказаний.

Цель исследования. Изучить эффективность клопидогрела у больных ишемической болезнью сердца

Материалы и методы исследования. Клиническая эффективность клопидогрела в виде монотерапии у больных хронической ИБС в клинике АГМИ. В него были включены 85 больных с клиническими проявлениями атеросклероза: ИМ, ишемический инсульт, поражение периферических артерий.

Результаты исследования. Абсолютное снижение риска всех серьезных сосудистых событий за 2 года терапии показано для пациентов с ИМ или инсультом в анамнезе и для больных со стабильной стенокардией ($p=0,0005$), периферическим атеросклерозом ($p=0,004$) и мерцательной аритмией ($p=0,01$), а также за 3–4 недели терапии у больных с острым ИМ или инсультом. Польза антиагрегантной терапии существенно перевешивает связанный с ней риск больших экстракраниальных кровотечений. Наиболее изученным антиагрегантом является АСК в суточной дозе 75–150 мг, по крайней мере, такой же эффективной, как и более высокая дозировка. Клопидогрел приводил к снижению частоты серьезных сосудистых событий на 10% по сравнению с АСК.

Больные получали клопидогрел 75 мг или АСК 325 мг/сут. в течение 1–3 лет. Клопидогрел приводил к значимому снижению частоты новых ишемических осложнений (ИМ, ишемического инсульта, и сердечной смерти): отмечено 939 событий в основной и 1020 – в контрольной группе (снижение относительного риска – 8,7%, $p=0,043$). Максимальная польза достигнута в отношении снижения риска ИМ (на 19,2%). Кроме того, было установлено достоверное снижение частоты повторных госпитализаций по поводу ишемических событий или кровотечений у больных, получавших клопидогрел, по сравнению с теми, кто принимал АСК: с 13,7 до 12,6% (снижение относительного риска – 7,9%).

Последующий анализ исследования позволил выделить 5 групп больных высокого риска, у которых польза от применения клопидогрела наиболее значима: операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ), наличие более одного ишемического события в анамнезе; поражение нескольких сосудистых бассейнов; сахарный диабет и гиперхолестеринемия.

Вывод. В заключение необходимо подчеркнуть, что длительное применение клопидогрела является эффективным и безопасным методом вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у больных с различными формами ишемической болезни сердца (в том числе при операциях реваскуляризации миокарда).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Изучение предгипертензии является на сегодняшний день немаловажным, особенно необходимо выяснить, могут ли особые эпидемиологические характеристики (возраст, пол, этническая принадлежность) и «главные» факторы риска влиять на ее развитие.

Также немаловажно уделить внимание вопросам эпидемиологического изучения и контроля предгипертензии на уровне популяции с целью предупреждения артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Изучение распространенности предгипертензии (ПрГ) среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины, а также их сравнение.

Методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г.Андижане.

Результаты. Выявлено, что средние значения САД составляют у женщин – $121,2 \pm 1,08$ и у мужчин – $122,9 \pm 1,40$ мм рт.ст., ДАД – по $77,2 \pm 0,59$ и $76,8 \pm 0,70$ – соответственно ($P_1 > 0,05$, $P_2 > 0,05$). Средние уровни САД и ДАД в общей популяции $\geq 15-70$ лет составили – $122,1 \pm 0,90$ и $77,0 \pm 0,47$ мм рт.ст. соответственно. В различных возрастных группах средние значения САД и ДАД отличались различиями в уровнях следующим образом соответственно: в 15-19 лет – $106,3 \pm 1,07$ и $67,5 \pm 0,94$ мм рт.ст., в 20-29 лет – $111,1 \pm 0,81$ ($P < 0,05$) $71,4 \pm 0,44$ ($P > 0,05$), в 30-39 лет – $115,8 \pm 1,24$ ($P < 0,05$) и $74,0 \pm 0,74$ ($P < 0,05$), в 40-49 лет – $126,8 \pm 1,94$ ($P < 0,05$) и $80,2 \pm 1,08$ ($P < 0,05$), в 50-59 лет – $137,7 \pm 2,99$ ($P < 0,05$) и $85,3 \pm 1,41$ ($P < 0,05$), в 60-69 лет – $144,5 \pm 3,79$ ($P < 0,05$) и $86,5 \pm 1,68$ ($P < 0,05$), в 70 лет и старше – $142,5 \pm 6,32$ ($P < 0,05$) и $87,6 \pm 3,17$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). В возрастном диапазоне $\geq 15-70$ лет прирост АД составил в среднем для САД $36,2$ мм рт.ст. и для ДАД – $20,1$ мм рт.ст. ($P < 0,05$).

Сравнивая наши результаты в возрастном аспекте, мы отметили, что с возрастом распространенность предгипертензии с достаточной статистической мощностью возрастает как у мужчин, так и у женщин, причем частота предгипертензии была в 1,3 раза выше у мужчин (30,0%), чем у женщин (23,2%), $P < 0,05$.

Выводы. Таким образом, по материалам исследования, наблюдается высокая распространенность предгипертензии среди населения. Эти показатели выше у мужчин, чем у женщин. Возрастной диморфизм – важный эпидемиологический научный факт в нашем исследовании в отношении ПрГ: с возрастом выявляемость ПрГ увеличивается от 3,4 раза (у мужчин) до 20 раз (у женщин) ($P < 0,001$). Выявленная разница в распространенности предгипертензии и средних значений артериального давления между мужчинами и женщинами в зависимости от возраста позволяет разработать целевую программу профилактики для различных возрастных групп.

ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ.

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.

Андижанский государственный медицинский институт

По последним данным литературы по результатам завершенных эпидемиологических и клинических исследований выделена предгипертония, как начальная форма артериальной гипертонии. Выявление её имеет важное клиническое значение, так как установление донозологической природы основных сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертонии позволит не только верифицировать само заболевание и его осложнения, но и прогнозировать его возникновение.

Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологических особенностей предгипертензии, а также оценка её основных факторов риска в современной популяции в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г. Андижане. Комплексное обследование популяции проводилось с использованием биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования.

Результаты: В различных возрастных группах средние значения САД и ДАД отмечались различиями в уровнях следующим образом соответственно: в 15-19 лет – $106,3 \pm 1,07$ и $67,5 \pm 0,94$ мм рт.ст., в 20-29 лет – $111,1 \pm 0,81$ ($P < 0,05$) $71,4 \pm 0,44$ ($P > 0,05$), в 30-39 лет – $115,8 \pm 1,24$ ($P < 0,05$) и $74,0 \pm 0,74$ ($P < 0,05$), в 40-49 лет – $126,8 \pm 1,94$ ($P < 0,05$) и $80,2 \pm 1,08$ ($P < 0,05$), в 50-59 лет – $137,7 \pm 2,99$ ($P < 0,05$) и $85,3 \pm 1,41$ ($P < 0,05$), в 60-69 лет – $144,5 \pm 3,79$ ($P < 0,05$) и $86,5 \pm 1,68$ ($P < 0,05$), в 70 лет и старше – $142,5 \pm 6,32$ ($P < 0,05$) и $87,6 \pm 3,17$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). В возрастном диапазоне $\geq 15-70$ лет прирост АД составил в среднем для САД 36,2 мм рт.ст. и для ДАД – 20,1 мм рт.ст. ($P < 0,05$).

Отмечался определенный статистически значимый возрастной диморфизм – распространенность предгипертензии у мужчин с возрастом увеличивается более чем на 39,5% или в 3,4 раза ($P < 0,001$). Среди женского населения в зависимости от возраста показатели распространенности предгипертензии установлены с разницей на 61,9% или с увеличением в 20 раз ($P < 0,001$).

Выводы: Полученные данные по раннему выявлению предгипертензии свидетельствуют, что предгипертензия является одним из распространенных факторов риска у населения уже в возрасте 20-29 лет;

Выявленная разница в распространенности предгипертензии и средних значений артериального давления между мужчинами и женщинами в зависимости от возраста позволяет разработать целевую программу профилактики для мужчин и женщин различных возрастных групп.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ, КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА У НЕОРГАНИЗОВАННОГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Иминова Д.А., Максумова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

До настоящего времени, несмотря на усилия ученых и практиков сердечно-сосудистые заболевания, особенно артериальная гипертония в остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем.

По-прежнему остаются острыми вопросы эпидемиологического изучения и контроля предгипертензии на уровне популяции с целью предупреждения артериальной гипертонии и сердечно-сосудистых осложнений. Как показывает практика повышенное артериальное давление наблюдается в различных возрастах.

Цель исследования: изучение распространенности предгипертензии среди неорганизованного женского населения г. Андижана Ферганской долины по возрастам.

Материалом для исследования послужили женщины в возрасте 16-49 лет

В ходе исследования мы явились свидетелем того, что среди женского населения в зависимости от возраста показатели распространенности предгипертензии установлены с разницей на 61,9% или с увеличением в 20 раз ($P < 0,001$). Так, у женщин разного возраста распространенность предгипертензии выявлялась со следующей частотой: в 15-19 лет – 0,0%, в 20-29 лет – 0,0%, в 30-39 лет – 3,1% ($P < 0,01$), в 40-49 лет – 14,8% ($P < 0,001$), в 50-59 лет – 31,4% ($P < 0,001$), в 60-69 лет – 61,9% ($P < 0,001$), в 70 лет и старше – 33,3% ($P < 0,01$).

Вывод: Таким образом, по материалам исследования, наблюдается высокая распространенность предгипертензии среди женского населения уже в возрасте 20-29 лет.

Возрастной диморфизм – важный эпидемиологический научный факт в отношении предгипертензии, как фактора риска развития сердечно-сосудистого континуума: с возрастом выявляемость предгипертензии увеличивается у женщин до 20 раз ($P < 0,001$).

Это еще раз подчеркивает необходимость проведения профилактических программ начиная с молодого возраста.

ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

**Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Максумова Д.К., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Проблема предупреждения развития неблагоприятных условий в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертензии остается одной из важнейших задач современной кардиологии. Это связано не только с резким увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в последние годы, но и с тем, что ее рост касается в основном лиц молодого, репродуктивного и трудоспособного возраста. Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений проводится не только при установленном диагнозе артериальная гипертония, но и у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больного. Последние крупномасштабные исследования показали улучшение прогноза в результате снижения артериального давления при высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений у этой категории больных.

Нами в условиях СВП было обследовано 306 мужчин и женщин в возрасте 35-55 лет, факторы риска обнаружены у 186 лиц. При проведении профилактического осмотра у сельского населения в возрасте от 35 до 55 лет чаще всего встречались: избыточная масса тела – 31,9% от числа лиц, прошедших диспансерное обследование, табакокурение – 25,5%, повышенное артериальное давление – 19,9%. Распространенность таких факторов риска как гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия у 6,7% и 5,1% соответственно. В данном исследовании повышенное артериальное давление, как единственный фактор риска отмечался у 14,5% от всех пациентов с 1 фактором риска. Пациентов, имеющих повышенное артериальное давление, как единственный фактор риска среди всех лиц с повышенное артериальное давление, было 28,9%. Гораздо чаще повышенное артериальное давление являлось составляющим факторов множественного риска у 71,1% пациентов, имеющих повышенное артериальное давление, в то время как повышенный ИМТ и табакокурение, как факторы, составляющие множественный риск, встречались у 44,1% и 45,8% от числа имеющих данный фактор риска.

И так, безусловно, заслуживают внимания результаты исследований по мониторингованию факторов риска. Так как это можно проводить в условиях первичного звена любым врачом, не требует дополнительных затрат, но достаточно информативно в отношении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений. Особенно важно проводить мониторингование не только при установленном диагнозе артериальной гипертонии, но также при высоком нормальном артериальном давлении.

Таким образом, вышеизложенные данные убедительно свидетельствуют о том, что эпидемиологический мониторинг артериальной гипертензии и ее факторов риска развития в современной популяции – перспективный путь к улучшению прогноза у больных артериальной гипертензии и эффективного предотвращения кардиоваскулярного риска среди населения. Эпидемиологические исследования такого содержания и направления открывают иные горизонты и формируют новые профилактические мишени при различных сердечно-сосудистых заболеваниях, особенно артериальной гипертензии.

ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ С НЕКОТОРЫМИ АССОЦИИРОВАННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Кодиров Д.А., Салахитдинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 244 больных женщин ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

При формировании выборки, проведении эпидемиологического мониторинга, выявлении факторов риска (ФР) и диагностике хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ), а также ВИЧ-инфекции применялись стандартизованные и унифицированные методы.

Результаты анализа показали, с ХОБЛ туберкулез легких у женщин репродуктивного возраста сочетается у 12,3% ($P < 0,01$). Сочетаемость ХОБЛ с инфекциями дыхательных путей выявлено с частотой – 57,3% ($P < 0,001$). Вирусные гепатиты В и С – 7,3%. Сравнительно более редко (3,9%) встречалось сочетание ХОБЛ с опухолями легких – 1,2% случаев, $P > 0,05$). Эндокринные нарушения имели места в сочетании с ХОБЛ – у 6,1% ($P < 0,001$). Частота сочетаемости инфекции передаваемые половым путем и ХОБЛ наблюдалась у 7,3% ($P < 0,05$). У больных ХОБЛ аллергические болезни отмечены – 7,3%. Сочетание ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями встречались среди обследованных женщин в 3,6% случаев.

Гломерулярные патологии (в основном гломерулонефрит) в сочетании с ХОБЛ встречались с частотой – 67,0%. Сочетание сифилиса и ХОБЛ отмечалось – 4,8%.

Таким образом, результаты данного анализа показывают в большинстве своем наличием прямой связи факторов риска и патологических ассоциированных состояний с риском развития ХОБЛ у ВИЧ-инфицированной популяции. Риск развития ХОБЛ возрастает при наличии множественных нелипидных и липидных факторов риска на фоне ВИЧ-инфекции более чем в 23 раза.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА

**Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Ганиева И.У., Иминова Д.А., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт**

В последнее десятилетие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смертности во всех развитых странах. В развитии и прогрессировании ССЗ существенная роль принадлежит факторам риска (ФР), несвоевременное выявление и неадекватная коррекция которых повышают вероятность сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Мы провели исследование для изучения прогностической значимости факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и показателей суммарного риска в развитии

Материалы и методы: В исследование включено 152 мужчин в возрасте 39—57 лет без предшествующего анамнеза ишемической болезни сердца, сахарного диабета, онкологических заболеваний. Показатели суммарного риска рассчитывали с использованием Европейской шкалы риска SCORE и Фрамингемской шкалы.

Результаты: Выявлена статистически значимая взаимосвязь вероятности их возникновения с возрастом ($p=0,02$), семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,02$), артериальной гипертензией, в том числе высокой ($p=0,03$), умеренным употреблением алкоголя ($p=0,04$), электрокардиографическими признаками гипертрофии левого желудочка ($p=0,04$). Показано, что прогностическую значимость для их возникновения имеют возраст ($p=0,0001$), гиперхолестеринемия ($p=0,002$), артериальная гипертензия ($p=0,01$).

Кроме того, была проанализирована зависимость между частотой развития ССО и значениями прогнозируемого суммарного риска с поправкой на возраст. При этом значимая взаимосвязь ($p=0,04$) была выявлена между высоким риском и такими осложнениями как инфаркт миокарда и мозговой инсульт. Более четкие взаимосвязи прослеживаются при анализе порядковых распределений суммарного риска и инфаркта миокарда, мозгового инсульта. То есть мы видим монотонное увеличение частоты сердечно-сосудистых осложнений по мере нарастания степени риска.

Вывод: основными прогностическими факторами возникновения сердечно-сосудистых осложнений являются возраст, семейный анамнез, артериальная гипертензия, уровень потребления алкоголя, наличие гипертрофии левого желудочка. Наибольшую прогностическую значимость имеет сочетание нескольких факторов риска. Возрастание степени суммарного риска взаимосвязано с увеличением частоты развития сердечно-сосудистых осложнений.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФАКТОР, КАК ПРЕДИКТОР АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди основных факторов, приводящих к ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, сердечной недостаточности, заболеваниям периферических сосудов, почечной недостаточности, что чаще всего приводят к летальному исходу, одно из первых мест принадлежит артериальной гипертонии. Надо отметить, что повышение артериального давления по литературным данным чаще всего наблюдается у женщин в период полового созревания, беременности, во время родов и в послеродовой период, что связано с гормональной перестройкой и особенно опасно как для женщины, так и для развития плода. Большая проблема состоит в том, что многие женщины даже и не подозревают о наличии у них артериальной гипертензии, в связи с чем и не получают своевременного лечения, а многие не лечатся из-за неосведомленности о необходимости лечения и о последствиях, которые их ожидают.

Цель исследования: Изучение психоэмоционального статуса, как фактора риска распространенности артериальной гипертонии среди неорганизованного женского населения г. Андижана.

Материалы и методы:

Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного женского населения, проживающего в городе Андижане.

Результаты: Среди обследованных женщин психоэмоциональные факторы выявлялись с увеличением их частоты, в зависимости от возраста, от 2,6% до 37,5% - на 34,9% или в 14,4 раза ($P<0,001$). Так, психоэмоциональные факторы выявлены у 15-19 летних в уровне - 4,3%, в 20-29 лет - 2,6%, в 30-39 лет - 6,7% ($P>0,05$), в 40-49 лет - 12,5% ($P<0,01$), в 50-59 лет - 22,9% ($P<0,001$). Низкая физическая активность в группе обследованных 15-19 и 20-29 лет не отмечена (0,0%), а в возрастных группах 30-39 лет, 40-49 лет и 50-59 лет выявлялась с низкой частотой - по 1,3%, 3,1 и 6,3% соответственно ($P_1<0,01$; $P_2<0,01$; $P_3<0,01$).

Низкий медицинский контроль наблюдался среди женщин разного возраста со следующей частотой: в 15-19 лет - 0,0%, в 20-29 лет - 1,3% ($P<0,01$), 30-39 лет - также 1,3% ($P<0,01$), 40-49 лет - 1,6% ($P<0,01$), 50-59 лет - 2,1% ($P<0,001$).

Таким образом исследование показало, что для эффективного лечения больных с артериальной гипертензией при выявлении дисфункции вегетативной нервной системы наряду с традиционным лечением целесообразно провести медикаментозную коррекцию психоэмоциональных нарушений.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Широкое распространение факторов риска развития артериальной гипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения, возрождают интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости факторов риска артериальной гипертензии среди различных слоев населения, в том числе в условиях Узбекистана.

Материалы и методы: материалом для исследования явилось неорганизованное женское население города Андиджана. Эпидемиологическое обследование проводилось методом случайных репрезентативных выборок.

Результаты: распространенность социально-медицинских факторов риска развития артериальной гипертензии отмечена в следующих уровнях соответственно: низкий образовательный статус – 11,4 и 7,9% ($P > 0,05$), неблагоприятный социальный статус – 1,2 и 0,7% ($P < 0,05$), преимущественно умственный труд – 28,2 и 17,5% ($P < 0,05$), преимущественно тяжелый физический труд – 22,3 и 17,9% ($P < 0,05$), эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия – 5,9 и 3,6% ($P < 0,05$), плохие жилищно-бытовые условия – 8,4 и 1,9% ($P < 0,001$), низкое потребление овощей и фруктов – 12,7 и 7,5% ($P < 0,05$), преимущественное употребление мясных и мучных блюд – 49,2 и 61,1% ($P < 0,05$), преимущественное употребление в суточном рационе жирной пищи – 19,8 и 24,6% ($P > 0,05$), преимущественное употребление острых и соленых пищевых продуктов – 12,4 и 10,4% ($P > 0,05$) и злоупотребление крепкого чая и кофе – 18,5 и 10,4% ($P < 0,05$).

Согласно полученным данным, в исследуемой популяции женщин низкий образовательный статус выявлялся с увеличением до 37,5% или в 14,4 раза ($P < 0,001$) в зависимости от возраста. Данный фактор риска в различных возрастных группах отмечался со следующей частотой: в 15-19 лет – 2,6%, в 20-29 лет – 3,8% ($P < 0,05$), в 30-39 лет – 8,0% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 6,3% ($P < 0,01$).

Обращает внимание и распространенность фактора недостаточного потребления овощей и фруктов, которая выявлялась среди женщин моложе 20 лет у 13,0%, в 20-29 летнем возрасте – у 5,1% ($P > 0,05$), в 30-39 лет – у 8,0% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – у 25,0% ($P < 0,01$).

Далее, нами были проанализированы особенности пищевых привычек обследованных женщин, как возможного фактора риска развития артериальной гипертензии. Из представленных результатов следует, что практически во всех возрастах встречаются «патогенные», в отношении АГ, пищевые привычки от 7,4% до 69,5%, то есть с частотой в разнице на 62,1% или в 9,3 раз ($P < 0,001$).

Таким образом, была отмечена сравнительно высокая частота встречаемости «атерогенного питания», являющейся «главным» фактором риска «зловещей триады» - атеросклероза, ишемической болезни сердца и, или обусловленной артериальной гипертензией.

Выводы: В целом, полученные данные по оценке социально-медицинского фактора риска свидетельствуют о том, что подавляющее большинство обследованного населения имеют эти факторы риска и нуждаются в проведении программ первичной профилактики. Это подтверждает то, что у 90,0% больных артериальной гипертензией, научно мотивированная первичная и вторичная профилактика против поведенческих, социально-медицинских факторов риска могут препятствовать или приостановить эпидемию артериальной гипертензии или ее осложнения среди населения.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ В ЦЕЛЯХ РАЗРАБОТКИ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

**Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Ганиева И.У., Абдувалиева Г.Т., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Механизм развития артериальной гипертензии до сих пор уточняется и в настоящее время уже известно, что даже у одного и того же больного факторы риска артериальной гипертензии не однородны. В частности малоизучено такое состояние, как предгипертензия, которое является предиктором артериальной гипертензии и может в свое время переходить в артериальную гипертензию, а может минуя её способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний/осложнений.

Цель. Изучение распространенности предгипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андиджана Ферганской долины.

Методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте ≥ 15 -70 лет, проживающего в г.Андиджане.

Результаты. Прослеживалась существенно высокая частота предгипертензии среди обследованной популяции (26,5%). При этом частота предгипертензии была в 1,3 раза выше у мужчин (30,0%), чем у женщин (23,2%), $P < 0,05$. Отмечается определенный статистически значимый возрастной диморфизм – распространенность предгипертензии у мужчин с возрастом увеличивается более чем на 39,5% или в 3,4 раза ($P < 0,001$). В отдельных возрастных группах наблюдается с различием в следующих уровнях: в 15-19 лет – 0,0%, в 20-29 лет – 16,2% ($P < 0,001$), в 30-39 лет – 40,6% ($P < 0,01$), в 40-49 лет – 50,0% ($P < 0,001$), в 50-59 лет – 45,7% ($P < 0,01$), в 60-69 лет – 33,3% ($P < 0,05$), в 70 лет и старше – 55,7% ($P < 0,001$). Среди женского населения в зависимости от возраста показатели распространенности предгипертензии установлены с разницей на 61,9% или с увеличением в 20 раз ($P < 0,001$). Так, у женщин разного возраста распространенность предгипертензии выявлялась со следующей частотой: в 15-19 лет – 0,0%, в 20-29 лет – 0,0%, в 30-39 лет – 3,1% ($P < 0,01$), в 40-49 лет – 14,8% ($P < 0,001$), в 50-59 лет – 31,4% ($P < 0,001$), в 60-69 лет – 61,9% ($P < 0,001$), в 70 лет и старше – 33,3% ($P < 0,01$).

Выводы. Таким образом, по материалам исследования, наблюдается высокая распространенность предгипертензии среди населения. Эти показатели выше у мужчин, чем у женщин.

Возрастной фактор является важным эпидемиологическим научным фактом в нашем исследовании в отношении предгипертензии: с возрастом выявляемость предгипертензии увеличивается от 3,4 раза (у мужчин) до 20 раз (у женщин) ($P < 0,001$).

Полученные данные по раннему выявлению предгипертензии свидетельствуют:

- предгипертензия является одним из распространенных факторов риска у населения уже в возрасте 20-29 лет;

- выявленная разница в распространенности предгипертензии между мужчинами и женщинами в зависимости от возраста позволяет разработать целевую программу профилактики.

НОВЫЕ ДАННЫЕ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА

Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Абдувалиева Г.Т., Максумова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

В современных социально-экономических условиях возрастает распространенность 22 факторов риска: социально-медицинские поведенческие факторы – 14, эпидемиологические нелипидные поведенческие факторы – 6 и эпидемиологические липидные факторы – 2 развития предгипертензии, артериальной гипертензии или повышенного артериального давления в целом. Эти факторы способствуют скоплению «агрессивных» эпидемиологических условий в отношении повышенного артериального давления среди населения и ассоциируются увеличением суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений от предгипертензии и артериальной гипертензии. Учет их в целом позволяет, во-первых, достаточно четко предсказать развитие предгипертензии, артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений от них, и во-вторых, позволяет повысить эффективность профилактических программ и до минимума снизить суммарный сердечно-сосудистый риск.

Цель. Изучение социально – поведенческих факторов риска с учетом групп со слабой и сильной силой в целях создания и внедрения в практику для широкого использования новой эпидемиологической модели развития и первичной профилактики повышенного артериального давления с учетом приоритетных факторов риска.

Методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте ≥ 15 -70 лет, проживающего в г.Андижане.

Результаты. Мы попытались выделить «сильные» факторы риска, со средней и слабой силой. Первая группа ассоциировалась с развитием предгипертензии и артериальной гипертензии практически в 100,0% случаев и к ним относились: неблагополучный социальный статус, эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия, злоупотребление насвая, преимущественное употребление острых и соленых пищевых продуктов, злоупотребление крепкого чая и кофе, курение, избыточная масса тела, употребление алкоголя, низкая физическая активность, низкий медицинский контроль, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия. Доля этих составляет – 54,5%.

Во вторую группу факторов входили низкий образовательный статус, преимущественно физический труд, низкое потребление овощей и фруктов, преимущественное употребление мясных и мучных блюд, преимущественно употребление жирной пищи, возраст, всего их – 7. Они составляют 31,8% .

Сравнительно слабая группа была представлена 4-мя такими факторами, как преимущественно умственный труд, плохие жилищно-бытовые условия и пол и составили 13,6% случаев, то есть у каждого четвертого пациента с повышенным артериальным давлением выявлялись данные факторы.

Выявлено, что в наибольшей степени относительный риск развития предгипертензии выявлен при наличии эпизода употребления препаратов гипертензивного действия, неблагополучного социального статуса, курении, низкого образовательного статуса и преимущественно физического труда; сравнительно ниже при употреблении алкоголя (в 1,4 раза меньше), до 2 раза меньше при низком потреблении овощей и фруктов, преимущественном употреблении острой и соленой пищи, низкой физической активности, преимущественном употреблении мясных и мучных блюд и низком медицинском контроле, в 2,2 раза реже при злоупотреблении крепкого чая и кофе , гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии и злоупотребление насвая, в 3,2 раза меньше, в 3,9 раз реже при преимущественно умственном труде, в возрасте 50-59, 60-69 лет и ≥ 70 лет и у женщин; до 15,7 раз меньше при наличии фактора плохих жилищно-бытовых

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования заставляют обратить внимание на необходимость реализации существующих программ профилактики и лечения повышенного артериального давления с учетом именно отмеченных 22 факторов риска, ограничения или даже исключения их на популяционном уровне. Практическому здравоохранению необходимо усилить работу, направленную на повышение образовательного уровня населения, пациентов и медицинских работников в отношении предгипертензии и артериальной гипертензии, указанных основных факторов риска и ассоциированные клинические состояния, способствующих повышению риска сердечно-сосудистых осложнений от артериальной гипертензии.

ВИРУСЛИ С ГЕПАТИТ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Валиева Н.М., Соипова Г.Г.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Жигарнинг сурункали касалликлари сонини тез ўсишига ўтқир вирусли гепатитлар, алкогольни кўп истеъмол қилиш, бундан ташқари семизлик ва жигарни ноалкогол ёғли гепатози ҳам сабаб бўлмоқда. Жигар сурункали касалликлари муаммоси нафакат уларнинг тарқалиши, балки беморлар ҳаёт давомийлиги қисқаришига олиб келувчи жигар циррози ва гепатоцеллюляр карцинома ривожланиши билан ҳам характерланади.

Изланиш мақсади. Вирусли С гепатит ни клиник белгиларининг ўзига хосликларини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Олдимишга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон вилоят юқумли касалликлар шифохонасида 2015- 2017 йилларда ВГС билан шикоят қилиб келган беморлардан 75 нафарини текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилган беморларнинг асосий қисми амбулатор равишда кузатувга олинди.

Текшириш натижалари тахлили. Текширувга олган беморларимизда сариклик касаллигининг 2-3

хафтасидагина энг кучайган палласига етди. Зардобдан бўладиган гепатит анча оғирроқ ўтиши ва жигарда токсик дистрофия бошланиш эхтимоли кўпроқ бўлиши билан фарқ қилди.

Инфекцион гепатит продромал даврининг қисқа (5-7 кунча) бўлиши, тана ҳароратининг қисқа муддатга (1-4 кун) бўлса-да, лекин тез кўтарилиши билан характерланди. Тана ҳароратининг кўтарилиши кўпинча бош оғриши, ланж лик, катарал ҳодисалар (йўтал, тумов, томоқ оғриғи) билан бирга давом этиб борди. Диспепсик ҳодисалар анорексия, кўнгил айнаши, қорин оғриғи, қайт қилиш, касалликнинг 3-5 кундан бошлаб биринчи ўринга ўтади ва бевосита сариклик пайдо бўлиши олдиан бошланди. Инфекцион гепатитда сариклик даври бирдан пайдо бўлади, ўртача 10-15 кун сақланиб турди. Прогномал даврдаги беморнинг шикоятлари тез камайиб борди ва сариклик пайдо бўлиши билан барҳам топди. Касаллик жуда кўп ҳолларда энгил ўтади. Зардобдан бўладиган гепатитдан фарқ қилиб, касалликнинг оғир формалари жуда кам учради ва ўлим билан тугаш ҳоллари инфекцион гепатитда одатда қайт қилинмади.

Оғирлик даражасига кўра, гепатит энгил, ўртача оғир, оғир ва жуда оғир бўлади, жуда оғир хили токсик жигар дистрофияси формасида ўтади. Бадан сарғаймасдан ўтадиган гепатит атипик формаси деб ажратилди.

Касалликнинг бадан сарғаймасдан ўтадиган формасини ҳамиша ҳам аниқлаб бўлавермади. Бу касалликда билирубинемия борлигини лаборатория методлари ёрдамида топиб ҳам бўлмайди. Ташхис учун ўнг ковурағалар остида оғриқ борлиги, жигарнинг катталашиб, бир оз безиллаб тургани алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Фруктозобиофосфат – альдолаза ва аминотрансфераза активлиги кучайиб, тимол синамаси мусбат бўлиб чиқди, сийдикда уробилин ва ўт пигментлари миқдори кўпаяди. Бу формадаги касаллик энгил ўтади, лекин гоҳи- гоҳида токсик жигар дистрофияси ёки циррозга ўтиб кетиши мумкин.

Хулосалар. Вирусли гепатитлар-одама турли вируслар чакирадиган, турлича юкиш механизмига ва оқибатга эга булган юқумли касалликлар гуруҳи ҳисобланади. Улар циклик кечиб, касаллик чакирувчи вируслар гепатотроп ҳисобланади ва клиникасида марказий ўринни жигар зарарланиши эгаллайди.

Инфекция манбаи касалликнинг ўткир ва хроник формаларини ҳамда қайталаниш даврини бошидан кечираётган бемор кишидир. Бемор киши касаллик инкубацион даврининг охиридан бошлаб, бутун касаллик давомида атрофдагиларга инфекцияни юктириб бориши мумкин.

ВИРУСЛИ С ГЕПАТИТИ КАСАЛЛИГИДА БИОХИМИК КўРСАТКИЧЛАР

Валиева Н.М., Хамдамов Н.Х., Соипова Г.Г.

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Гепатит С кўпроқ ўрта ёшдаги (19—29), ишга лаёқатли одамларни зарарлайди. Касаллик ёз ва куз ойларида кўп тарқалади. Ўғил болаларни суннат (хатна) қилганда, қиз болалар, қулогини тешганда, баданнинг турли қисмларига игна ва туш бўёғи билан ҳар хил расмлар ва ёзувлар солганда, сартарошхонада соч тарашлаганда, соқол-мўйлов олдириганда, қош терганда, қўл ва оёқ тирноқларини пардозлаганда асбоблар яхши стерилланмаган бўлса, вирусли гепатит В ва С осонгина юқади. Демак, гепатит С ҳам кўпроқ тери ва шиллик қаватларнинг бузилиши билан кечадиган барча жараёнларда юқади.

Изланиш мақсади. Вирусли гепатит С касаллигида лаборатор кўрсаткичларни ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон вилоят юқумли касалликлар шифохонасида 2015- 2017 йилларда ВГС билан шикоят қилиб келган беморлардан 75 нафарини текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилган беморларнинг асосий қисми амбулатор равишда кузатувга олинди.

Текшириш натижалари таҳлили. Текширувга олган беморларимизда сариклик даврида қонда умумий ва бевосита билирубин миқдори анча кўпайиб кетишини кузатдик, нормаси – 17-104 ммоль/л / 1 мг% гача /. Бадани сарғаймасдан ўтадиган касаллик формасининг диагнози жуда қийин, эпидемиологик анамнез аҳамиятга эга бўлди.

Аминотрансферазалар (АлАТ ва АсАТ), лактатдегидрогеназалар (ЛДГ), малатдегидрогеназалар (МДГ) активлигини аниқлаш алоҳида қийматга эга. Сурункали гепатит учун АлАТ активлигига нисбатан АсАТ активлигининг кўпроқ ортиши натижасида улар нисбатининг бирдан юқори бўлиши касаллик фазаларига боғлиқ: масалан, актив боскичда барча беморларда ферментлар активлиги кўтарилган бўлса, суст кечаётган шаклида 20-50% беморларда кузатилади ва ноактив боскичда фақат айрим беморлардагина учрайди.

Сурункали гепатитлар учун турғун диспротеинемия, глобулинлар, айниқса, гамма-глобулинлар миқдорининг кўпайиши, альбуминлар миқдорининг камайиши доимий белгилардан бўлиб ҳисобланади. Шунингдек ҳар доим кузатиладиган белгиларга қонда умумий холестерин миқдорининг ва ишкорлий фосфатаза активлигининг ортиши ҳам қиради. Протромбин, проконвертин ва проакцелерин миқдорларининг пасайиши, плазманиннг гепаринга толерантлиги ва тромботестнинг сусайиши, қон ивиш вақтининг узайиши, ҳамда плазманиннг гепаринга рақализацияси вақтининг чўзилиши тез-тез учраб туради.

Сурункали гепатитлар диагностикасида бемор қонида НВс ва НВе антигенларининг топилиши алоҳида аҳамият касб этади. Уларнинг қонда узоқ пайт сақланиб қолиши жараённинг сурункали шаклга ўтишининг белгиларидан бўлиб ҳисобланади.

Хулосалар. Вирусли гепатит билан оғриган беморда лаборатор таҳлилларни тўғри аниқлаш катта аҳамиятга эга. Уларни албатта касалхонага жойланиши керак. Бутун касалликнинг бошидан-охиригача ўринда ётиб туриш буюрилади. Гепатитнинг энгил формасида асосий клиник симптомлари йўқо либ кетганидан кейин ўринда ётиш режими бемор қилинади: ўртача оғир формасида ўринда ётиш режими камида 1 ой, оғир формасида бундан кўра кўпроқ муддат давом этиб боради, беморнинг ахволига қараб.

Сурункали гепатитларни даволаш ҳозирги кунга қадар қийин ва етарли ҳал этилмаган масалалардан бири бўлиб қолмоқда режим, парҳез таомлар аа дори-дармонларни буюриш жараённинг активлигига, интоксикациянинг ва жигар функционал ҳолатининг даражасига кўра ўтказилади.

ВИРУСЛИ С ГЕПАТИТ НИНГ ТУРЛИ ЁШЛИ АҲОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА УЧРАШ ЧАСТОТАСИ

Валиева Н.М., Соипова Г.Г.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Бугун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, гепатобилиар тизим касалликлари кенг тарқалган ва охириги йилларда улар сони жуда тез ўсиб бормоқда.

Бугунги кунда дунёда 2 миллиарддан ортиқ одамда гепатобилиар патологиялар қайд этилган. Улардан 300-350 миллион беморлар вирусли гепатит В билан ва тахминан 170 миллиони С гепатит билан оғриган. Ўзбекистонда ҳам охириги 10 йилда сурункали гепатитлар ва жигар циррози, сурункали холециститлар сони кўпайган ва гепатобилиар тизим касалликлари нафас тизими ва юрак қон-томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринни эгалламоқда.

Изланиш мақсади. Вирусли С гепатит нинг турли ёшли аҳоли популяциясида учраш частотасини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон вилоят юқумли касалликлар шифохонасида 2015- 2017 йилларда ВГС билан шикоят қилиб келган беморлардан 75 нафарини текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилган беморларнинг асосий қисми амбулатор равишда кузатувга олинди.

Текшириш натижалари тахлили. Беморларни ёш гуруҳлари бўйича саралаш Вирусли гепатит С билан хасталаниш кўрсаткичи қайси ёш гуруҳларида кўпроқ кузатилишини аниқлаш мақсадида ўтказилди.

Шуни таъкидлаб ўтиш жоизки, 25-55 ёшлар орасида 21 (35%) беморларда ВГС билан хасталаниш кузатилган. Бу эса шу ёшдаги беморларда меҳнатга лаёқатсизликка олиб келади ва давлат иқтисодиётига катта миқдорда зиён келтириши мумкин.

ВГС билан хасталаниш даражаси 65 ёшдан катта беморларда: 16 (22,9%) ни ташкил қилган бўлса, 15 (21,5%) ни 56-65 ёшдаги беморлар 20 нафар(27,4%) яъни 12 та 25 ёшгача булган беморлар ташкил қилган. Шуни таъкидлаб ўтиш жоизки, 25-55 ёшлар орасида 21 (35%) беморларда ВГС билан хасталаниш кузатилган. Бу эса шу ёшдаги беморларда меҳнатга лаёқатсизликка олиб келади ва давлат иқтисодиётига катта миқдорда зиён келтириши мумкин.

Хулосалар. Ҳозирги вақтга келиб вирусли гепатит С бошқа гепатитлар орасида ўзининг кенг миқёсда тарқалиб бораётгани билан ажралиб туради. Бу эса ўз навбатида нохуш оқибатлар кўпроқ учрашига олиб келади. Вируснинг одам организмида кўпайиши иммуногенез, касалликнинг клиник белгилари кам ўрганилгани яна бир муаммони келтириб чиқаради.

Биз ўз илмий текширувларимизни амалга оширишда анамнездан вирусли гепатитга чалинган беморларни олдик. Уларни солиштирма ташхиси учун эса вирусли гепатитнинг бошқа турларига чалинган турлича ёшдаги беморларнинг касаллик тарихи варақаларига мурожаат этдик.

ВИРУСЛИ С ГЕПАТИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ЁШ БОЛАЛАРДА ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ

Валиева Н.М., Хамдамов Н.Х., Соипова Г.Г.

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. С гепатит кўпроқ ўрта ёшдаги (19—29), ишга лаёқатли одамларни зарарлайди. Касаллик ёз ва куз ойларида кўп тарқалади. Ўғил болаларни суннат (хатна) қилганда, қиз болалар, кулогини тешганда, баданнинг турли қисмларига игна ва туш бўёғи билан ҳар хил расмлар ва ёзувлар солганда, сартарошхонада соч тарошлаганда, сокол-мўйлов олдириганда, кош терганда, қўл ва оёқ тирноқларини пардозлаганда асбоблар яхши стерилланмаган бўлса, вирусли В ва С гепатит осонгина юқади.

Изланиш мақсади. Вирусли гепатит С касаллигининг ёш болаларда ўзига хос кечишини аниқлашдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон вилоят юқумли касалликлар шифохонасида 2015- 2017 йилларда ВГС билан шикоят қилиб келган беморлардан 75 нафарини текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилган беморларнинг асосий қисми амбулатор равишда кузатувга олинди.

Текшириш натижалари тахлили. Текшириш мақсадида олган беморларимиз орасида ёш болалар жами олинган беморнинг 18% ни ташкил қилиб, ёш болаларда учрайдиган вирусли гепатитнинг хусусиятлари қуйидагилардан иборат бўлди:

Касаллик кўпинча В типидagi вирус туфайли парентерал ёки трансплацентар йўл билан юқади.

Касалликнинг сариклик олди даври анча қисқа бўлади. Одатда 3-5 кунни, баъзан эса 2-3 кунни ташкил этади ва бўшашиш, уйқучанлик, кўкракни эммай қўйиш, тана вазнининг ортмай қўйиши билан характерланади, эмганини бола қайтариб туради, қайт қилади, ичи суради; тана ҳарорати 38 39 даража бўлади.

Сариклик яққол ифодаланган бўлади, бирмунча узокроқ вақт сақланиб туради.

Қонда билирубин миқдори анча юқори бўлади, жигар функцияларининг ҳамма кўрсаткичлари ўзгариб, нормадан анча бошқача бўлиб қолади.

Жигарнинг катталашгани кўпроқ билиниб туради, лекин сариклик даражаси билан жигарнинг катталашуви ўртасида кўпинча монандлик бўлмайди.

Кўпинча талоқ катталашган бўлади.

Асоратлар: токсик жигар дистрофияси кўпроқ учрайди.

Клиник жиҳатдан соғайиш кечроқ бошланади.

Ўлим ҳоллари бирмунча каттарок ёшдаги болалар қараганда кўпроқ бўлади.

Хулосалар. Хулоса қилиб, айтиш мумкинки, вирусли гепатит С ёш болаларда катталардагига қараганда

огир кечади. Клиник белгилари ва қоладиган асоратлари ҳам огиррок бўлади. Юқумли ичак касалликларига қарши курашда шахсий ва умумий гигиена қоидаларига, озодаликка қатъий риоя қилиш катта рол ўйнайди. Бунинг учун турар жойлар, уй-рўзғор буюмларини тоза тутиш, ичимлик сув ва бошқа сув хавзаларини ифлос қилмаслик керак. Юқоридагиларга риоя қилганда юқумли ичак касалликлари, жумладан вирусли гепатит кенг тарқалмайди.

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ НОСИТЕЛЕЙ ТОКСИГЕННОГО ШТАММА КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ

Валиева Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Заболевания дифтерией вызывают только токсигенные штаммы которые выделяют сильнодействующий экзотоксин, нарушающий синтез белка в клетках органов и тканей человека, в результате чего клетка погибает. Коринебактерии дифтерии устойчивы во внешней среде. При температуре ниже 0°C хорошо сохраняются, высокую температуру переносят плохо, весьма чувствительны к действию дезинфицирующих средств, хорошо переносят высушивание. На предметах обихода сохраняет свою жизнеспособность длительное время.

Целью работы было рассмотреть вопросы иммунокоррекции при носительстве токсигенной дифтерийной палочки (НТДП).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 64 пациента в возрасте от 7 до 15 лет с носительством токсигенного штамма коринебактерий, которые получали лечение в инфекционной больнице г. Андижана.

Результаты исследования. У всех детей в мазках из зева и носа отмечался рост токсигенных коринебактерий дифтерии (при обследовании по эпидемическим показаниям, в очагах).

Исследования осуществляли при поступлении детей в стационар и через 8 – 10 дней. Контрольную группу составили 18 здоровых детей сопоставимого возраста. Из группы наблюдения 46 пациентов получали традиционное лечение – антибактериальную терапию, полоскание зева раствором фурациллина. У этих детей изменений уровня SIgA в динамике не определялось, а его значения не отличались от нормативных данных. Лизоцим слюны пациентов с НТДП при поступлении в стационар был низким, $56,5 \pm 4,5$ мг/мл (норма $71,5 \pm 2,75$ мг/мл, $p < 0,01$).

В результате персистенции коринебактерий, а также проводимого лечения, его уровень снижался и составил через 8 – 10 дней от момента поступления $42,75 \pm 4,8$ мг/мл ($p < 0,05$). Со стороны иммунологических показателей отмечалось нарастание в динамике CD4+ ($p < 0,05$), CD8+ ($p < 0,001$), CD16+ ($p < 0,05$), CD72+ ($p < 0,05$) лимфоцитов при сниженных IgG ($p < 0,05$), IgM ($p < 0,05$).

С учетом выявленных изменений в иммунограммах, а также дефектов местных факторов защиты 18-ти пациентам с НТДП в комплексной терапии были назначены сочетанно иммунокорректирующие препараты. Вводился подкожно Т-активин, в дозе 1 мг/кг, ежедневно в течение 3 дней. Проводилось орошение зева, также последовательно 3 дня, смесью иммуноглобулин, метилурацил, интерферон. После проведения комбинированной иммунокорректирующей терапии у детей происходила нормализация изучаемых иммунологических показателей, повышался уровень SIgA слюны ($p < 0,001$). НТДП, получавшие обычное лечение в 6,6% случаев выписывались из стационара с носительством, а дети которым в комплексном лечении назначалась комбинированная иммунокоррекция были все санированы.

Вывод. Таким образом, при носительстве токсигенного штамма коринебактерий показаны препараты, обладающие как иммунозаместительным так и мягким иммуностимулирующим действием.

ОБМЕН ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Юсупова Ш.К., Рахматов Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Семейные исследования показали, что развитие ИБС у пациентов с семейными дислипидемиями определяется не только уровнем липидов, но и наличием ИБС у родственников, т.е. зависит от генетических факторов, не связанных с липидами. Поэтому, в настоящее время много дискуссий в отношении того, почему некоторые семьи более подвержены ИБС, чем другие.

Ряд исследователей показали, что существует непосредственная связь между потреблением с пищей ЖК и развитием ССЗ. Было установлено, что патология липидного обмена выражается в избытке НЖК и недостатке эссенциальных ННЖК. Таким образом, исследования последних лет показали, что при атеросклерозе имеются клинически значимые изменения состава ЖК крови. В связи с этим большой интерес представляют изучение жирнокислотного состава сыворотки крови и методы его коррекции. В настоящее время имеется незначительное количество исследований, в которых сопоставляются уровни циркулирующих ЖК в крови при ССЗ.

Цель исследования: Определение уровня циркулирующих жирных кислот у больных с семейной гиперхолестеринемией. Было обследовано 47 лиц мужского пола с СГХС в возрасте от 30 до 59 лет, средний возраст $40,9 \pm 0,9$ лет. В зависимости от клинических признаков ишемической болезни сердца исследуемые с семейной гиперхолестеринемией были разделены на 2 группы, 15 практически здоровых лиц (10 мужчин), из числа сотрудников клиник АГМИ, в возрасте от 30 до 60 лет, средний возраст $42,4 \pm 1,7$ лет, составили на основании европейских и российских рекомендаций по дислипидемиям. Диагноз ИБС был выставлен на основании общепринятых рекомендаций. Определение липидного спектра крови проводили современными биохимическими экспресс-анализаторами Reflotron Plus, жирнокислотный состав крови проводили по методу F. Marangoni с использованием газового хроматографа Chrom-5. В результате исследования у больных с семейной гиперхолестеринемией ИБС со стабильной стенокардией напряжения с ФК II-III отмечаются выраженные изменения липидного спектра крови, в пользу атерогенных липидов. Также отмечается выраженная диспропорция жирнокислотного состава крови, проявляющееся в повышении насыщенных на 12,3% и понижении

полиненасыщенных жирных кислот на 15,2%, что говорит о параллельном ухудшении липидного и жирнокислотного состава крови. Исходя из полученных результатов можно предположить о существующей взаимосвязи изменений липидного спектра и жирнокислотного состава крови, что может являться одним из предикторов развития ИБС, а результаты исследования можно использовать в выборе тактики лечения при данной патологии.

МОНОАМИНООКСИДАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

**Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Юсупова Ш.К., Таджибаева М.И.
Андижанский государственный медицинский институт**

Нестабильная стенокардия (НСК) - наиболее тяжелый период обострения ишемической болезни сердца, угрожающий развитием инфаркта миокарда (ИМ) или внезапной смертью. НСК - по клиническим проявлениям и прогностическому значению занимает промежуточное положение между основными клинико-морфологическими формами ИБС - стабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда. В США ежегодно от инфаркта миокарда умирают миллионы американцев (1,5 млн.). Смертность от ССЗ в центрально - азиатских странах превышает среднеевропейские в 2,7-2,8 раза. В Узбекистане, где отмечается рост числа ССЗ, проблема борьбы с ИБС, в том числе с коронарной недостаточностью остаётся наиболее актуальной. Так, около 30-40% населения страдают различными клиническими формами ИБС. А по официальной статистике больше 60% населения Узбекистана люди среднего и молодого возраста. Возникла необходимость выяснить причины этого явления и возможности влияния на сердечно-сосудистую смертность.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение кровообращения, в частности, биогенных аминов и ферментов, участвующих в метаболизме аминов. Инактивация катехоламинов происходит с участием двух ферментных систем: катехол-О-метилтрансферазы (КОМТ) и моноаминоксидазы (МАО).

Цель исследования: Изучение активности МАО у больных с нестабильными формами ишемической болезни сердца. Было обследовано 48 мужчин с нестабильными клиническими формами ИБС в возрасте от 40 до 59 лет, 15 практически здоровых мужчин в возрасте от 41 до 59 лет. Все исследуемые были рандомизированы на 4 группы: I-я группа- контрольная группа (здоровые)-15 мужчин, средний возраст $45,7 \pm 1,3$ лет; II-я группа – 20 мужчин, с впервые возникшей стенокардией напряжения, средний возраст $44,5 \pm 1,3$ лет; III-я группа-12 мужчин, с вазоспастической стенокардией, средний возраст $46,2 \pm 1,1$ лет; IV-я группа-16 мужчин, с прогрессирующей стенокардией, средний возраст $47,2 \pm 1,1$ лет. Отбор исследуемых был проведён согласно рекомендациям ВОЗ, диагноз нестабильных форм ИБС выставлялся согласно классификации ИБС, утверждённой кардиологами Узбекистана (2000 г.). В ходе исследования были использованы современные диагностические аппараты, такие как холтеровский монитор «Shiler» (Германия) с возможностью суточного контроля ЭКГ изменений, биохимический экспресс-анализатор «Reflotron Plus» (Германия), эхокардиографический аппарат «SonoSkape» (Китай), ЭКГ аппарат «EKG-32» (Китай), с компьютерной расшифровкой изменений. Также использовали унифицированные методы определения уровня моноаминоксидазы по А.И.Балаклеевскому. Определение активности МАО в первые дни исследования выявили значительное снижение уровня у обследованных пациентов. Так уровень МАО в впервые возникшей стенокардией составил в среднем $0,054 \pm 0,007$ ед/экст, что на 33,5% (в 1,49 раза) ($P < 0,01$) ниже показателей группы контроля. Изменения активности моноаминоксидазы в группе больных с вазоспастической стенокардией были несколько схожи с изменениями во II-й группе и составили в среднем $0,051 \pm 0,001$ ед/экст., что на 36,5% (в 1,57 раза) ниже показателей контрольной группы. Выраженное снижение активности МАО наблюдалась у пациентов с ИБС с прогрессирующей стенокардией, что на 57,5% (в 2,35 раза) ниже показателей группы контроля. У здоровых мужчин, этот показатель равнялся $0,08 \pm 0,001$ ед/экст. Исходя из полученных результатов можно судить о выраженном понижении каталитических свойств ферментов, наиболее интенсивные изменения отмечаются в группе больных с прогрессирующей стенокардией.

О НАРУШЕНИИ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТИ МОНОАМИНООКСИДАЗЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

**Вахабов Б.М., Юсупова Ш.К., Таджибоева М.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Кодирова Г.И.,
Усманова Д.Н., Мусашияхов У.Х., Камалов Б.Б.**

Андижанский государственный медицинский институт

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний погибают более 17 млн. человек, из них от ишемической болезни сердца (ИБС) — более 7 млн. Ожидается, что к 2020 году ИБС станет причиной смерти более 12 млн. человек. Ежегодно в странах Европы и Северной Америки на 1 млн. населения приходится 30-40 тысяч больных ИБС. По данным Фремингемского исследования, в 40,7% случаев стенокардия напряжения является первым проявлением ИБС у мужчин и в 56,5% наблюдений - у женщин. ИБС чаще страдают мужчины в возрасте 40-65 лет, у женщин того же возраста - 40,4%. Смертность от ССЗ в Центрально- азиатских странах превышает среднеевропейские в 2,7-2,8 раза. В Узбекистане, где отмечается рост числа ССЗ проблема борьбы с ИБС, в том числе с коронарной недостаточностью остаётся наиболее актуальной. Так, около 30-40% населения страдают различными клиническими формами ИБС. А по официальной статистике больше 60% населения Узбекистана люди среднего и молодого возраста. Возникла необходимость выяснить причины этого явления и возможности влияния на сердечно-сосудистую смертность.

Ранее основное внимание при изучении факторов риска ИБС уделялось анализу особенностей питания и образа жизни больных. Однако в последнее время появились сведения, которые показывают, что развитие ИБС

обусловлено взаимодействием различных генетических факторов и условий окружающей среды. К настоящему времени стало очевидным, что причины прогрессирующего течения ИБС обусловлены изменениями со стороны атеросклеротической бляшки, эндотелия и тромбоцитов. По данным ВОЗ в настоящее время отмечается тенденция к омоложению сердечнососудистых заболеваний, в частности и ИБС. В литературных данных имеются достаточное количество научных статей, показывающие повсеместный продолжающийся рост заболеваемости, инвалидизации и смертности среди больных с ИБС, а также низкой приверженности к организации медицинских мероприятий по профилактике и лечению этого заболевания, поэтому проблема изучения ИБС, особенно клинических форм с наибольшей возможностью развития осложнений является актуальной.

Цель исследования: Изучение активности МАО и процессов ПОЛ у больных с нестабильными формами ишемической болезни сердца.

Было обследовано 34 мужчин с нестабильными клиническими формами ИБС в возрасте от 40 до 59 лет, 14 практически здоровых мужчин в возрасте от 41 до 59 лет. Все исследуемые были рандомизированы на 4 группы:

I-я группа- контрольная группа (здоровые)-15 мужчин, средний возраст $46,7 \pm 1,3$ лет; II-я группа – 10 мужчин, с впервые возникшей стенокардией напряжения, средний возраст $43,5 \pm 1,3$ лет; III-я группа-8 мужчин, с вазоспастической стенокардией, средний возраст $45,2 \pm 1,1$ лет; IV-я группа-16 мужчин, с прогрессирующей стенокардией, средний возраст $48,2 \pm 1,2$ лет. В ходе исследования использовали унифицированные методы определения уровня моноаминоксидазы по А.И.Балаклеевскому и уровня малонового диальдегида по В.Б.Гаврилову.

Определение активности МАО в первые дни исследования выявили значительное снижение уровня у обследованных пациентов. Так, уровень МАО с впервые возникшей стенокардией составил в среднем $0,054 \pm 0,001$ ед/экст, что на 32,5% (в 1,48 раза) ($P < 0,001$) ниже показателей группы контроля. Изменения активности моноаминоксидазы в группе больных с вазоспастической стенокардией были несколько схожи с изменениями во II-й группе и составили в среднем $0,051 \pm 0,001$ ед/экст., что на 36,5% (в 1,57 раза) ниже показателей контрольной группы. Выраженное снижение активности МАО наблюдалась у пациентов с ИБС с прогрессирующей стенокардией, что на 57,5% (в 2,35 раза) ниже показателей группы контроля. У здоровых мужчин, этот показатель равнялся $0,08 \pm 0,001$ ед/экст.

Сопоставление содержания продукта ПОЛ – малонового диальдегида в сыворотке крови здоровых лиц и пациентов с нестабильной стенокардией позволяет заключить, что у последних наблюдается достоверное увеличение продуктов ПОЛ в сыворотке крови. Так содержание МДА у группы обследованных больных с ИБС. Впервые возникшей стенокардией $7,41 \pm 0,1$ нмоль/мл, что на 80,4% (в 1,8 раза) выше значений группы контроля. Особенно четко этот факт проявляется при анализе уровня флюоресцирующих продуктов ПОЛ. Изучая уровень МДА в других группах, мы определили клинически значимые изменения данного показателя. Так, уровень МДА во II-й группе составил $5,75 \pm 0,1$ нмоль/мл, что на 40,2% (в 1,4 раза) больше по отношению к показателям контроля 40,1% (в 1,41 раза)). Это дает нам основание предположить, что идет усугубление имеющихся патологических сдвигов у больных семейной гиперхолестеринемией с ИБС.

В ходе исследования отмечается параллельное изменение содержания малонового диальдегида и активности моноаминоксидазы, особенно интенсивность этих изменений отмечаются в группе больных с нестабильной стенокардией. Предположительно, что фактором, инициирующим снижение активности МАО в данном случае, также является избыточное накопление продуктов ПОЛ, что является основанием судить о взаимосвязи и взаимообусловленности этих изменений.

О НАРУШЕНИИ ОБМЕНА ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

**Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Юсупова Ш.К., Рахманов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность проблемы: Известно, что роль холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в развитии и прогрессировании атеросклероза в последние 20-30 лет изучена достаточно хорошо, участие жирных кислот (ЖК) в атерогенезе — менее подробно.

Таким образом, в последнее время интерес представляют изучение жирнокислотного состава сыворотки крови и методы его коррекции. В настоящее время имеется незначительное количество исследований, в которых сопоставляются уровни циркулирующих жирных кислот (ЖК) в крови при ССЗ (Pigo M., Maurige P., Tcherno A. et al. 2002).

Цель: 1) определение уровня ЖК у больных ИБС; 2) оценка влияния препарата Омакор (омега-3 полуненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК 90%)) на уровни циркулирующих ЖК у больных ИБС.

Материалы и методы исследования: Всего обследовано 65 человек в возрасте (15 женщин и 50 мужчин) в возрасте 51—72 года (средний возраст $57,4 \pm 2,1$ года). Всем исследуемым проводилось ультразвуковое исследование сонных артерий на аппарате SonoScare 5000. Ультразвуковыми признаками атеросклероза сонных артерий считалось утолщение комплекса интима—медия сонных артерий более 0,85 мм и/или наличие атеросклеротических бляшек.

Изучался липидный спектр крови, включавший определение уровней общего ХС, липопротеидов высокой плотности (ЛВП), липопротеидов низкой плотности (ЛНП), ТГ на биохимическом экспресс-анализаторе Reflotron® Plus. Концентрацию насыщенных жирных кислот (НЖК), мононасыщенных жирных кислот (МНЖК) и ПНЖК определяли методом газовой хроматографии.

Результаты и их обсуждение: 36 больным (6 женщин и 30 мужчин) в возрасте 51—70 лет (средний возраст $55,4 \pm 1,5$ лет) с клиническими проявлениями ИБС и ультразвуковыми признаками атеросклероза сонных артерий был

назначен препарат омега-3 ПНЖК 90% (Омакор, фирма "Abbott) в дозе 1 г/сут, состоявший из высокоочищенных омега-3 ПНЖК (в 1 г 90% омега-3 ПНЖК). Определение уровня ЖК осуществлялось до и через 1 мес после лечения препаратом омега-3 ПНЖК 90%.

В результате исследования выявлено корреляция между уровнями ЖК и показателями липидного спектра. Отмечается достоверная и выраженная отрицательная корреляционная связь между уровнями НЖК и ТГ (-0,64) и выраженная достоверная положительная корреляционная связь с уровнем ЛВП (0,59). Наряду с этим между уровнем омега-3 ПНЖК и ЛНП также была установлена достоверная положительная связь (0,56). В связи с этими обстоятельствами необходимо дальнейшее изучение взаимоотношений ЖК и липидного спектра.

В нашем исследовании было показано, что у больных ИБС имеется изменение спектра ЖК, выражающееся в статистически достоверном увеличении фракции НЖК и достоверном снижении содержания суммарных ННЖК.

Вывод: 1. У больных ишемической болезнью сердца имеется достоверная диспропорция в уровне циркулирующих свободных жирных кислот, выражающаяся в снижении уровня полиненасыщенных жирных кислот и повышении концентрации насыщенных жирных кислот.

2. Для коррекции нарушенного обмена циркулирующих жирных кислот у больных ишемической болезнью сердца можно применять лекарственный препарат омега-3 ПНЖК 90% в дозе 1 г/сут. и более.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА ЛИПИДОВ И УРОВНЯ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Вахабов Б.М., Махмудов А.А., Хужамбердиев М.А., Юсупова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время много дискуссий в отношении того, почему некоторые семьи с семейной гиперхолестеринемией более подвержены ИБС, чем другие.

Известно, что одним из процессов приводящих к дезорганизации клеточных мембран является перекисное окисление липидов (ПОЛ).

Достижения в области иммунологии и молекулярной биологии свидетельствуют о важной роли иммунной активации в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Показано, что цитокины воспаления, также как ИЛ-1, ФНО α и интерфероны (ИФН) стимулируют синтез NO в кардиомиоцитах путём стимуляции индуцированной синтазы-иNOS. Цитокининдуцированная форма NO способна оказывать прямое токсическое действие на миокардиоциты, активирует процессы интерстициального роста и фиброза, потенцирует отрицательное инотропное действие ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-6, ИФН- γ , способствует развитию геометрического ремоделирования сердца.

Таким образом, можно предположить, что в результате развития ответной реакции на стресс подавляются процессы иммунно-воспалительных реакций.

Как видно из вышеизложенного, данных о взаимосвязи и взаимообусловленности липидного обмена, процессов перекисного окисления липидов и уровня провоспалительных цитокинов при семейной гиперхолестеринемии недостаточно изучены, а данные результаты противоречивы и по-прежнему остаётся вопросом дискуссий в кардиологии.

Цель работы: Изучение уровня провоспалительных цитокинов и её значение в развитии ишемической болезни при семейной гиперхолестеринемии.

Материалы и методы исследования: Исследования и сбор клинического материала проводились на базе клиники Андижанского государственного медицинского института им. Ю.А.Атабекова. Больные были отобраны в поликлиниках г. Андижана и Андижанской области и госпитализированы в терапевтические отделения клиники АГМИ. Было обследовано 102 человек с СГХС мужского пола в возрасте от 25 до 59 лет, средний возраст 35,1 \pm 4,5 лет. 15 практически здоровых лиц (15 мужчин) из числа сотрудников клиник АГМИ, в возрасте от 20 до 50 лет, средний возраст 33,2 \pm 2,4 лет, составили контрольную группу.

Клинический диагноз СГХС основывался на критериях MEDPED (WHO, 2016; WHO/HGN/FN/CONS, 2016) и российских рекомендаций по диагностике дислипидемий. Больных осматривали на наличие типичных симптомов СГХС: ксантом, ксантелазмы и липемической дуги роговицы, рассматривали объективные признаки ИБС (наличие стенокардии, инфаркта миокарда в анамнезе, а также положительный результат ЭКГ-пробы с нагрузкой), по генеалогическому анамнезу определяли наличие преждевременной ИБС у родственников I-й степени родства (у женщин до 50, мужчин до 55 лет). В зависимости от клинических и инструментальных проявлений ИБС, исследуемые СГХС были рандомизированы на 2 группы: I-я группа -48 лиц СГХС без клинических признаков ИБС, средний возраст 34,6 \pm 2,4 лет; II-я группа - 54 лиц СГХС, страдающих различными формами ИБС, со средним возрастом 38,4 \pm 2,8 лет. В основном выявлено стабильная стенокардия напряжения с ФК II. Давность ИБС у пациентов семейной гиперхолестеринемией составлял в среднем 3,6 \pm 0,7 лет.

Результаты и их обсуждение: У пациентов СГХС отмечаются нарушения липидного спектра, особенно увеличения уровня ЛПНП по отношению к контролю на 70,5 %, а ЛПВП понижены на 12,2 %, что свидетельствует о резком снижении антиатерогенных возможностей.

В группе больных СГХС без ИБС уровень МДА увеличена на 86,0%, а в группе пациентов СГХС с клиническими вариантами ИБС этот показатель выше на 108,0% по отношению к контрольной группе, что говорит о выраженной интенсификации процессов ПОЛ, способствующему раннему развитию и усугублению окислительного стресса и резкому уменьшению антиоксидантной защиты.

В группе больных с СГХС уровень высокочувствительного С-реактивного белка выше чем в контрольной группе на 65,0% и 90,0% соответственно, свидетельствующий об скрытом течении иммунно-воспалительного процесса у пациентов с СГХС.

Уровень IL-1, IL-6 и альфа-ФНО в группе больных с СГХС без ИБС выше на 31,5%, 46,2%, 21,0% соответственно чем в контрольной группе, а в группе СГХС с ИБС этот показатель более выражен и выше чем показатели контроля на 46,2%, 69,2%, 34,4% соответственно.

Вывод: Выявлена взаимосвязь между нарушениями процессов ПОЛ и уровнем провоспалительных цитокинов, что приводит к отрицательным воздействиям, раннему развитию и прогрессированию атеросклеротического процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Джураева З.А., Кенжемуратова К.С., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Хакимов Э.А.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Лечение ожоговой болезни на фоне СД, до настоящего времени представляет определенные трудности (Карабаев Х.К. с соавт., 2015, Фаязов А.Д., 2016).

Цель исследования. Изучить особенности течения и лечения ожоговой болезни на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы. Нами изучены течение и лечение 59 больных СД, в возрасте от 18 до 90 лет. Площадь глубокого ожога составила от 15 до 55% поверхности тела.

У всех больных проводились общеклинические обследования: сердечно-сосудистой, респираторной, функции печени, почек и желудочно-кишечного тракта, для выявления ПОН. Проводили клинические анализы крови и мочи. Учитывая особенности данного вида травмы на фоне СД, особое значение придавали тщательному контролю содержания глюкозы в крови, моче и его динамики в течении суток.

Результаты. Методика комплексного интенсивного лечения больных с ожоговой болезнью на фоне СД было направлено на коррекцию: объема циркулирующей крови, адекватной анестезии, углеводного обмена, реологических свойств системы свертывания крови, гипо и диспротеинемии, водно-электролитного баланса, нормализацию нарушенных показателей иммунной системы, инотропная поддержка, антибактериальная терапия, нутритивная поддержка, выбор консервативного, местного и хирургического лечения.

У всех 59 больных, кроме СД были сопутствующие заболевания: у 58 (98,3%) – различные виды поражения сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь, постинфарктный коронаро- и кардиосклероз), у 47 (79,6%) были заболевания органов дыхания, у 41 (69,5%) были различные поражения ЦНС, у 39 (66,1%) – отмечены заболевания печени, почек, поджелудочной железы и др. У 45 (72,3%) было одновременно несколько сопутствующих заболеваний. Это касалось преимущественно людей пожилого возраста (38 были старше 70 лет), часто с обширными ожогами, а причиной смерти была некомпенсированная форма СД и сопутствующие заболевания. С стадии ожогового шока умерло 2 человека, токсемии – 17, а септикотоксемии – 13 обожженных с СД, что составляет 54,2%. Оперировано из 59 больных 41 человек (69,5%). Общая летальность составила – 57,6%.

Выводы. Тяжелая ожоговая травма на фоне сахарного диабета и преморбидное состояние неблагоприятно влияет на течение и исход ожоговой болезни, особенно в пожилом и старческом возрасте.

THE TREATMENT OF NEURODERMATITIS BY ROLINOZ

Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.
Andijan state medical institute

Introduction. The group itching dermatoses, or neurodermatoses, includes disease accompanied by intense itching and neurotic disorders. Expressed neurotic disorders (irritability, emotional lability, associated with itching, prolonged negative emotions, insomnia) are "stressors", increased requirements to the functions of the adrenal cortex, which under conditions of prolonged and severe inflammatory process leads to a sharp decrease, and sometimes to the exhaustion of their functions. This to some extent, apparently, can be explained by exacerbation of the skin process in patients with atopic dermatitis after psychicaltrauma, prolonged negative emotions.

Objective: to study the possible use of the drug "Molinos" in patients with atopic dermatitis and its effectiveness. Rolins (cetirizine) is an antihistamine of the second generation, which has some sedative action, relieves tension and improves sleep.

Materials and methods: under our supervision there were 28 patients with atopic dermatitis aged from 25 to 65 years. Patients were divided into 2 groups. The first group (16)- in the treatment of which they used the drug "Molinos together with vitamins, desensibilisation drugs and local treatment. The second group (12), consisted of patients with atopic dermatitis who received traditional treatment.

Results. Against the background of the treatment in the first group of patients on day 3-4 regression of the disease was marked: decreased pruritus, normalized sleep and reduced cutaneous manifestations of the disease. On the 10-14th day there was complete clinical recovery in contrast to the patients of the second group, where the itching has decreased on 7-10 day, and complete remission occurred after 3-week treatment.

Conclusion. Thus, the drug "Relines" is an effective drug and can be used in complex treatment of patients with atopic dermatitis.

THE EFFECT OF MOKSIKUM IN THE TREATMENT OF BOILS

Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.

Andijan state medical institute

Introduction. Pyoderma is the most common skin disease among all dermatoses. They occur as primary and secondary as complications of other, often pruritic dermatoses. Furunculosis is one of the common diseases among pyococcal infections. Typically, patients are treated by doctors dermatologists and surgeons. In both cases, the use of antibiotics is mandatory. Despite the fact that in the Arsenal of doctors there are many other new broad spectrum antibiotics actions (polimik, azithromycin, megaset, roxobel etc.), to select the most effective in the treatment of pyoderma.

Objective: to study the possible use of the drug "Maximum" and its effectiveness in the treatment of patients with furunculosis.

Materials and methods: under observation there were 9 patients at the age from 18 to 25 years to whom drug "moksikum" (moxifloxacin) was prescribed. The lesions localized on the upper and lower extremities, torso. All patients were repeatedly treated by a dermatologist and surgeons. Moksikum was administered on the background of local treatment: 1 tablet 2 times a day for 7-10 days. During treatment, infiltration has decreased to 3-4 a day, ulcers formed after the opening of the boil, cleared in 5-6 days. Relapse was not observed. All patients well tolerated the treatment with this medicine.

Conclusions: Considering the abovementioned information, it is possible to recommend the drug "Moksikum" for the treatment of patients with furunculosis as primary antibiotic therapy.

THE TREATMENT BY THE DRUG MAXIMUM IN PATIENTS PINK RINGWORM

Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.

Andijan state medical institute

Introduction. Pityriasis rosea is characterized by a spotted rash, a common erythematous-squamous dermatoses of presumably infectious, allergic and viral origin that develops after an infectious febrile diseases, intestinal disorders, vaccination. The course of dermatosis is seasonal (more often in spring and winter or autumn and winter), cyclic, 4-6 weeks long, at least 8 weeks with the development of pigmentation and long-lasting immunity. Antibiotics, matter of calcium, vitamins and antihistamines are shown in the treatment of patients.

The work purpose: study of the effect of this drug "Maximum" in the treatment of patients with pink deprive taking into consideration the infectious nature of this disease.

Materials and methods: the treatment of 12 patients with pink deprive aged 17 to 46 years with the drug "Maximum" within 10 days. All patients were assigned to calcium supplements, vitamins and antihistamines. Oil and water shake the mixtures were applied externally.

Results: after treatment in all patients(12) in the lesions: redness decreased, and infiltration of plaques resolved, clinical recovery occurred within 3 weeks.

Conclusions: Thus, the drug "Maximum" has been effective and can be used in the treatment of patients with pink deprive.

THE RESULTS AFTER THE USE DRUG ELFUNAT IN THE TREATMENT OF PSORIASIS

Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.

Andijan state medical institute

Introduction. Psoriasis is a chronic inflammatory disease, which is based on the enhanced proliferation and impaired differentiation of epidermal cells. The disease lasts for years and is accompanied by an alternation of relapses and remissions. Currently, the most recognized theories of scaly lichen are hereditary, immune, neurogenic, endocrine and metabolic disorders theory. Psoriasis ordinary (vulgar) forms starts from different patients differently.

Objective: the use of the drug Elfont in the treatment of patients with psoriasis.

Materials and methods: under our supervision there were 14 patients with psoriasis of ordinary (vulgar) forms between 18 and 35 years who were prescribed the drug Alfanet. There were males and females-5 among 14 patients. Lesions are often localized on the lower extremities, torso, and arms. Calcium, vitamins and antihistamines were prescribed to all patients. The patients received Alfanet at 2 ml/m 1 time per day together with complex treatment for 10 days. Ointment and cream mixture were applied externally.

Results: After treatment, all patients had clinical recovery. Alfanet provides antioxidant, antihypoxic, membrane-protective, hypolipidemic action, increases the body's resistance to stress and the effects of various damaging factors.

Conclusions: Thus, the drug Elfont in the treatment of psoriasis of ordinary (vulgar) forms proved to be effective and can be applied for treatment of such patients.

THE EFFECT OF USING THE DRUG, PYRAZIN-RG IN THE TREATMENT OF VITILIGO

Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.

Andijan state medical institute

Introduction. One of the important problems in dermatology are a violation of skin pigmentation (dyschromia), which accounted for about 10 of all cosmetic ailments. In practical terms, the most significant disease from dyschromia group is considered to be vitiligo. The increasing interest of researchers to the problem of dyschromia in recent years is caused by the increase in the number of these patients in all countries of the world, including Uzbekistan. Taking into consideration the diversity of pathogenic factors in patients with vitiligo different methods have been used in the treatment of this disease: drug therapy, physiotherapy, psycho-vegetative correction, external funds. However, most of them were proved ineffective.

Objective: to study the efficacy of using the drug pyrazin-RG in the treatment of vitiligo.

Materials and methods: For the treatment of vitiligo a new drug, Pyrazin-RG, which strengthens the immune system and increases the regenerative capacity of the body, has been applied by us. Pyrazin – RG was included in the complex therapy of patients with vitiligo(21). Age of patients ranged from 27 to 45 years. The lesions in 7 patients were given limited (2-3 foci), 8 - multiple (5-7 foci), in the remaining patients(6) skin the process was common. Patients took Pyrazin-RG 1ml in\m, daily, for a course of 20 injections. After a month break the course was repeated, overall 2-3 courses were held. At the same time psoralen solution or melonokol ointment was applied with subsequent UV-irradiation.

Results. After treatment in patients with limited lesions (all 5 patients) there was complete clinical recovery, and the condition of patients with multiple lesions and widespread form has improved significantly.

Conclusion. Thus, Pyrazin-RG can be recommended in complex therapy of vitiligo patients with limited lesions.

COMBINED THERAPY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH INFILTRATIVE-SUPPURATIVE FORM OF TRICHOPHYTOSIS BY ESZOL

Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.
Andijan state medical institute

Introduction. Trichophytosis is a fungal disease that affects skin, hair, and sometimes nails. The problem of treatment of this pathology of the skin has always been important

Objective: to study the efficacy of the drug "Assol" in patients with infiltrative-suppurative form of trichophytosis.

Materials and methods: we have studied the medical history of 18 patients aged 6 to 42 years (11 male patients, 7 female) treated at the Department of fungal skin and venereal dispensary of Andijan region about infiltrative - suppurative trichophytosis. The process was localized on the smooth skin in the pubic region with 10 patients, on the smooth skin and scalp with 8 patients. All patients were examined on the presence of the mycelium of the fungus. Treatment was done with the drug "Assol" inside of 200 mg 2 times per day on the background of traditional therapy of trichophytosis. Treatment with Eszol continued for another 6 days until two consecutive negative mycological results.

Results: During treatment, the suppuration ceased at the average on the 7th day, the peeling disappeared on the 10th day, the infiltrate resolved on 13th day of treatment, leaving a brownish pigmentation of the skin. A negative mycological result was obtained on the average on the 16th day of treatment.

Conclusion: Thus, Eszol is an effective antimycotic drug that shortens the duration of treatment of patients with infiltrative-suppurative trichophytosis for 2-3 days.

THE RESULTS OF USING OF FLYUKOREM TO PREVENT CANDIDIASIS IN PATIENTS WITH PEMPHIGUS TRUE.

Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.
Andijan state medical institute

Introduction. In the development of candidiasis, in addition to prolonged use of antibiotics, especially broad-spectrum ones, taking immunosuppressively acting drugs, particularly corticosteroid hormones, is also important. Immunosuppressants contribute to weakening the immune defenses and thereby lead to the development of candidiasis. In patients with true pemphigus, especially when there are lesions of the mucous membrane of the mouth, oral lesion is frequently observed. That affects the course of the pathological process in the mucous membrane and erosions are kept longer, and epithelialization is delayed.

To prevent the development of candidiasis in patients with true pemphigus, while receiving high doses of corticosteroids, tecnosol, itracon etc are often used.

Objective: the use of the drug Flucoral for the prevention of candidiasis in patients with genuine pemphigus.

Materials and methods: in 14 patients with genuine pemphigus while receiving corticosteroids in the loading doses, with the goal of preventing candidiasis antimycotic drug Lucorum was applied. For comparison 8 patients who did not take prophylactic treatment against candidiasis were taken. Drug Flucoral was prescribed at 50 mg once a day for 7 to 28 days, depending on the severity of the underlying disease and the applied dose of corticosteroid hormones.

Results. During treatment, all 14 patients who took Flucoral, candidiasis lesions of the mucous membranes of the oral cavity were not observed, erosion of the mucous membranes of the oral cavity was epithelized 4-5 days earlier than in patients who did not take preventive treatment against the background of corticosteroid therapy. In 6 of the 8 who did not receive antimycotic drugs candidiasis of the oral mucosa developed.

Conclusion. The drug Lucorum can be used in the treatment of patients with true pemphigus for prophylaxis of candidiasis

THE USING OF DIBAZOL IN COMBINED THERAPY OF HERPES ZOSTER

Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.
Andijan state medical institute

Introduction. Shingles causes a neurotropic virus filtering Strongiloplasma zonae, which is similar to the chickenpox virus, or identical to it according to antigenic structure and the ability to develop on the embryonic human tissues. Case of diseases of children chicken pox after exposure shingles confirm the affinity of these strains. After an incubation period (7-9 days) dermatosis rash manifested by group bubbles, located on the hyperemic background on the skin, respectively, one or several neural segments. The rash is preceded by prodromal phenomena: paroxysmal pain, irradiating along the nerve trunks, burning, redness of the affected places, general weakness, fever, headache.

Objective: the use of the drug Dibazol in the treatment of patients with shingles. The drug Dibazol, in addition to an antispasmodic effect, stimulates the nonspecific components of immunity.

The materials and methods. Under our supervision there were 12 patients with shingles. Patients were divided into 2 groups of 6 people each. The first group received traditional treatment, the second group of patients, in addition to the traditional treatment was prescribed the drug Dibazol in pill form. The second group consisted of patients whose blood pressure was normal or moderately elevated.

Results: After taking Dibazol neuralgic pain in the lesion focus was decreased in all 6 patients on 2-4th day of treatment and in the remaining patients on 6-7th day. The recovery in the second group came 4 days earlier than in the first.

Conclusion: Thus, Dibazol is effective in the treatment of patients with shingles

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Жалилов А.О. Кучкаров А.М. Эргашев А.А. Абдуллаев А.Х.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель. Оценить прогноз пациентов с ОКС в зависимости от объема поражения коронарного русла по данным КАГ

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов коронароангиографии 93 пациентов с ОКС. В зависимости от результатов КАГ выделялись следующие группы: пациенты с поражением ствола ЛКА или гемодинамически значимым трехсосудистым поражением (1 группа, n = 40), пациенты с гемодинамически значимым поражением одной или двух коронарных артерий (2 группа, n = 38), а также пациенты с гемодинамически незначимым поражением или отсутствием патологии коронарных артерий (3 группа, n = 15).

Результаты. Пациенты с незначимым поражением коронарного русла (3 группа) были моложе, имели меньше сопутствующих заболеваний, у них достоверно реже регистрировалась артериальная гипертензия, сахарный диабет и дислипидемия, но при этом они более часто указывали на анамнез стенокардии по сравнению с пациентами 1 и 2 группы. Длительность пребывания в отделении реанимации была наибольшей у пациентов 1 группы и составляла $3,8 \pm 1,7$ дней, в то время как у остальных пациентов данные показатели не различались ($2,8 \pm 1,6$ дней и $2,4 \pm 1,9$ дней для 2 и 3 группы соответственно). В период госпитализации при наличии поражения ствола ЛКА или трехсосудистого поражения прогноз был наиболее неблагоприятным: госпитальная летальность составила 2,15%, в то время как у пациентов 2 группы данный показатель был менее 1,07% ($p < 0,01$), а при отсутствии гемодинамически значимого поражения коронарного русла летальных исходов не зафиксировано. В течение 6 месяцев после выписки из стационара итоговая выживаемость пациентов без развития нефатального инсульта или инфаркта миокарда составила 87,5% в 1 группе, 94,8% во 2 группе и 100% у пациентов с нормальными результатами КАГ.

Выводы. Таким образом, при комплексной оценке прогноза у пациентов с ОКС наличие гемодинамически значимых стенозов трех коронарных артерий по данным КАГ, а также поражение ствола ЛКА, являлось предиктором развития больших сердечно-сосудистых событий (кардиальной смерти, нефатального инсульта и инфаркта миокарда). В то же время прогноз пациентов с нормальными результатами КАГ был сопоставим с результатами больных, имевших одно- или двухсосудистое гемодинамически значимое поражение.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН Г. АНДИЖАНА

Журабаев Б.Н., Каландаров Д.М., Юлдашева Г.Б., Раубжонов Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы – изучение распространенности основных хронических неинфекционных заболеваний (ОХНЗ) у женщин г.Андижана в зависимости от возраста. Обследованы 912 женщины 15-49 лет, использованы стандартные методы выявления ОХНЗ, рекомендуемые ВОЗом (1990).

ОХНЗ чаще выявлялись в старших возрастных группах у женщин. Так, наиболее интенсивный рост заболеваемости отмечается в возрасте 20-29 лет (в 1,7 раза, $P < 0,05$), 30-39 лет (в 2,5 раза, $P < 0,01$) и 40-49 лет (в 1,6 раза, $P < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем младшей возрастной группы 15-19 лет (10,1 %).

Отмечается тенденция к росту ОХНЗ в сочетании с тремя неинфекционными патологиями (ХНЗ) с пиком в возрастных группах 30-39 (71,5 %) и 40-49 лет (72,4 %). В целом, констатируется увеличение ОХНЗ в сочетании с более тремя ХНЗ от 5,9 % (в группе женщин 15-49 лет) до 14,3 % (в 20-29 лет) или в 2,4 раза ($P < 0,001$), 18,5 % (в 30-39 лет) или в 3,1 раза ($P < 0,001$) и 58,2 % (в группе женщин 40-49 лет) или в 9,9 раза ($P < 0,001$).

Таким образом, в период эпидисследования наиболее высокие показатели заболеваемости ОХНЗ зарегистрированы в младших и молодых возрастных группах, где следует учесть организацию профилактических программ в отношении этих патологий.

ПРЕВЕНТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Журабаев Б.Н., Каландаров Д.М., Каландаров М.К., Раубжонов Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Обобщены и оценены результаты двух популяционных исследований, проведенных в Ферганской долине (среди организованного и неорганизованного взрослого населения) и в г. Ташкенте (организованная популяция подростков и юношей). Следует отметить, что популяция подростков и юношей была представительной для всех

регионов Узбекистана и следовательно полученные результаты позволили сделать обобщающие выводы, применительно к населению страны.

Актуальность превентивного подхода к изучению основных хронических неинфекционных заболеваний (ОХНЗ) в условиях Узбекистана определены со следующими неудачами и недостатками в прикладных и фундаментальных науках: 1) идеальная эффективность вмешательства при ОХНЗ в них доказана менее убедительно или они не вполне надежны, 2) этиология ОХНЗ до сих пор остается неизвестной и этиотропной терапии этого профиля нет; 3) продолжается рост распространенности ОХНЗ, 4) только превентивная наука позволяет раскрыть и объяснить причину происходящих изменений в тенденциях развития ОХНЗ; 5) до сих пор идея рассмотрения ОХНЗ в качестве массовой остается чуждой для подавляющего большинства клиницистов, 6) менее целенаправленной стала организационно-методическая и научная деятельность НИИ/вузов страны в выполнении превентивных программ ОХНЗ.

Полученные нами данные свидетельствуют, что в Узбекистане с точки зрения практической медицины необходимо наладить и внедрить ряд технологий превентивной науки, а именно: а) правильно отлаженную эпидемиологическую службу и профилактирования, б) четко сформированную схему популяционного обследования в различных климатогеографических регионах страны, в) постоянный мониторинг за эпидемиологическими, экологическими, климатометеорологическими и другими факторами риска, г) динамическое наблюдение за континуумом от ОХНЗ.

Такие подходы предполагают прежде всего применение эпидемиологических методов для решения задач практической медицины, то есть безопасного и эффективного применения популяционной тактики и стратегии высокого риска среди населения.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕОСЛОЖНЁННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Зияева И.Д., Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А., Бахромов С.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

В алгоритм ведения пациентов включают жалобы и анамнеза, физикальный осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация) и лабораторное обследование. Основные симптомы для диагностики острого пиелонефрита включают в себя следующие: температура тела 38°C и выше, боль в поясничной области, чаще с одной стороны, нередко наблюдается озноб, возможна тошнота. Следует учесть, что пиелонефрит может протекать без дизурии

В начале заболевания преобладают местные симптомы острого пиелонефрита, далее присоединяются общие симптомы инфекционного процесса, сопровождающиеся повышением температуры тела, головной болью, ломотой в теле, тошнотой, иногда рвотой, с последующим обильным потоотделением и слабостью, боли поясничной области обычно локализуются в области пораженной почки, с иррадиацией болей в верхнюю часть живота, иногда боль определяется по ходу мочеточника. При пальпации на пораженной стороне отмечаются болезненность, напряжение мышц живота.

Для диагностики рекомендуется проведение анализа мочи с определением количества лейкоцитов, эритроцитов и солей, следует исключить сопутствующие заболевания (сахарный диабет и иммуносупрессивные состояния). На основании анамнеза, клинических симптомов и результатов бак .- посева мочи, (бактериурии

$\geq 10^4$ КОЕ уропатогена/мл в средней порции мочи), можно предположить диагноз острый неосложненный пиелонефрит. Рекомендуется консультация уролога для обследования в районной многопрофильной поликлинике. Для исключения обструкции мочевых путей, мочекаменной болезни следует провести УЗИ, или экскреторную урографию. Согласно результатам исследований, УЗИ - менее точный метод выявления пиелонефрита по сравнению с компьютерной томографией. Если у пациента на фоне лечения температура сохраняется более 72 часов. У женщин с симптомами: боль в поясничной области, озноб, лихорадка рекомендуется бактериологический посев мочи На

основании клинических симптомов: боль в поясничной области, лихорадка, озноб и бактериурия $\geq 10^4$ КОЕ уропатогена/мл в средней порции мочи, можно предположить диагноз острый неосложненный пиелонефрит. Женщинам с острым неосложненным пиелонефритом, при легкой степени выраженности симптомов и доступности хорошего наблюдения, возможно проведение амбулаторного лечения соответствующими антибиотиками. При остром неосложненном пиелонефрите легкой степени рекомендуется пероральная терапия: Фторхинолонового ряда - Ципрофлоксацин 500–750 мг 2 раза в день в течение 7 дней; Левофлоксацин 250–500 мг 1 раз в течение 7 дней, альтернативные препараты Цефалоспорины - Цефподоксим 200 мг 2 раза в день 10 дней. Препараты назначают после подтверждения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. В случае, если симптомы заболевания сохраняются свыше 24 часов на фоне антибиотикотерапии рекомендуется стационарное лечение и курс терапии другим антибиотиком с учетом данных чувствительности. Острый неосложненный пиелонефрит тяжелой степени (высокая температура до 39–40 °С, озноб, боль в пояснице, тошнота и рвота) .

Пиелонефрит может сопровождаться симптомами сепсиса угрожающим жизни состоянием. При тяжелом течении пиелонефрита пациента следует госпитализировать в ЦРБ и проводить парентеральное лечение – фторхинолоны или цефалоспорины 2-3 поколения (цефотаксим, цефтриаксон). Начальная парентеральная терапия при тяжелой степени: Ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в день, Левофлоксацин 250–500 мг 1 раз в день, Цефтриаксон 1–2гр 1 раз в день, или Ко-амоксиклав 1,5гр 4 раза в день. При улучшении состояния лечение пациента может осуществляться антибиотиками внутрь одним из выше перечисленных антибиотиков .

В случае амбулаторного лечения, если симптомы заболевания сохраняются свыше трёх дней на фоне адекватной антибиотикотерапии, или если наблюдается рецидив инфекции в течение двух недель после окончания терапии, необходимо направить пациента на консультацию к урологу в районную многопрофильную поликлинику

для проведения бактериологического исследования мочи и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам, а также УЗИ. С учетом данных чувствительности, необходим повторный двухнедельный курс терапии другим антибиотиком. В случае, если рецидив был вызван тем же штаммом возбудителя, что и первичная инфекция, то необходим более длительный, 6-недельный курс антибиотикотерапии.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОТИВ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА В УСЛОВИЯХ СП

**Зияева И.Д., Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А., Бахромов С.Т.
Андижанский государственный медицинский институт**

Энтерит может развиваться после перенесенной и особенно недолеченной острой кишечной инфекции, например, сальмонеллеза или дизентерии. К его возникновению нередко приводят глисты и простейшие, в том числе лямблии. Причина хронического энтерита кроется в нерегулярном, нерациональном питании, когда в рационе недостаточно витаминов, белков и наоборот, чрезмерно много сладостей, мучных, жирных изделий, острых блюд, приправ. Часто алкоголь раздражает слизистую оболочку желудка и тонкой кишки и способствует снижению защитных сил организма, расстройству кровообращения, в том числе и в кишечнике. А это, в свою очередь благоприятствует развитию воспаления слизистой оболочки тонкой кишки. Иногда хронический энтерит становится следствием без контрольного приёма некоторых лекарств, прежде всего антибиотиков, вызывающих раздражение тонкой кишки и угнетающих кишечную микрофлору.

При хроническом энтерите нарушаются главные функции тонкой кишки - переваривание пищи и всасывание пищевых веществ. После сбоя процессов переваривания в остром периоде возникает понос, реже запор. У некоторых больных понос сменяется запором, появляются метеоризм (вздутие живота), урчание, боль в области пупка, а иногда и по всему животу, а также чувство распирания в животе после еды. Из-за нарушения всасывания пищевых веществ человек худеет, снижается его работоспособность, появляется повышенная утомляемость, ухудшается аппетит, может развиваться малокровие. Основным методом лечения хронического энтерита - диета.

Когда беспокоят боль в животе, вздутие кишечника, понос, нужно полностью исключить из рациона ржаной и свежий белый хлеб, изделия из сдобного теста, все сырые овощи, фрукты и ягоды, в первую очередь вызывающие метеоризм виноград, инжир, а также содержащие грубую клетчатку белокочанную капусту, репу, редьку, редис, зеленый лук, чеснок, бобовые. В острый период больным с хроническим энтеритом не следует принимать чернослив, орехи, мороженное, консервы, копчености, молочно- кислые продукты, жирные блюда, крепкие бульоны, пить газированную воду, квас и молоко. Больной должен есть часто- 5 – 6 раз в день. Рекомендуемый рацион следующий: в немного мясного или куриного бульонах протертые каши на воде или на молоке, разведенном наполовину водой, пюре картофельное, морковное, кабачковое или тыквенное; паровые мясные котлеты, фрикадели, суфле, кнели, домашний творог, черствый белый хлеб или сухари из него, кисель из черники, черной смородины, крепкий чай без сахара. Постепенно, по мере улучшения самочувствия диету можно расширить, но только с разрешения врача. В спокойный период, когда у вас нет обострения, физическую и спортивную нагрузку можете не ограничивать.

FREQUENCY OF OCCURRENCE DIARRHEA-ASSOCIATED HEMOLYTIC UREMIC SYNDROME

**Zokirov N.K., Sharipov A.M., Mamatkulov B.B.
Tashkent Pediatric Medical Institute**

Relevance. Hemolytic-uremic syndrome (HUS) is a clinical syndrome characterized by microangiopathic hemolytic anemia, impaired renal function and excessive platelet consumption leading to thrombocytopenia . HUS is considered to be the most common cause of acute kidney injury (AKI) not only in Europe, this approach is increasing year by year in Central Asia too, which mainly affecting pre-school-aged children. In the long term, HUS is associated with complications such as hypertension and end-stage renal disease with a death rate of approximately 3–5% .

Aim of the study was to determine the annual incidence of D+HUS among children <12 years of age diagnosed in Tashkent during 6 months, through a review of medical records and to describe annual incidence and etiology of all types of HUS in the same age group and for the same time period.

Materials and methods. We conducted a study of the clinical profile, the spectrum of functional disorders, prognostic factors and outcomes in 40 children with acute intestinal infection (AII) complicated by hemolytic-uremic syndrome who were on treatment at Republican Research Center of Emergency Medicine during 6 months period in 2017.

Results. The greatest number of cases (25 of 40 patients) HUS was observed in children under the age of three years, which is consistent with the literature data . 1.3 times more often the disease developed in girls, this ratio is not found everywhere, for example, in Nigeria boys are sick 3 times more often than girls. In the first three days of the AII beginning, the HUS developed in 21 patients, which was 52.5% of patients, up to 5 days in 12 (30%) patients and from 6 to 8 days in 9 (22.5%) children. Thus, the acute onset of HUS was observed only in half, and in the remaining patients there was some time from the onset of diarrhea, the disease manifested by the gastroenterocolitis clinic, so the therapy continued on the site and was inadequate severity. At the same time, sorbents were used for a long time, antibacterial preparations were not prescribed, or furazolidone was used without effect, and the therapy did not change until the clinical symptoms of HUS appeared. The results of bacteriological studies of stool were positive only in 13 patients. Thus, in the period of diarrhea in 5 patients in coproculture, the shigella of Flexner was observed; 3 - Salmonella typhi murium; 2 have E. coli O26; in 3 - E. coli O157. The complexity of verification of E. coli O157 releasing Stx2 is due to the unique fermentation property of the bacteria of this serotype on media containing sorbitol. An expanded clinical picture at the onset of the disease included fever, vomiting, abdominal pain, dyspnoea, with 100% of all patients having colitis and only 8 patients with hemocoelitis. Urinary syndrome in the form of macrohematuria in the acute phase of the disease occurred in 4 children. The disorders of the central nervous

system (CNS) was diagnosed in 14 children (stunning, sopor, convulsions, coma), which was regarded by us as a manifestation of toxicosis, hyperhydration, metabolic changes (acidosis), electrolyte disorders - hypercalcemia, hypokalemia (hyperkalaemia was rare), hyponatremia, plasma osmolality violation. Hyponatremia was associated with both the loss of this electrolyte with the intestine and kidneys. Against the background of oliguria, the excretion of sodium is enhanced by inhibition of reabsorption in the tubules. Initial signs of the CNS lesion - increased excitability, anxiety, then progressing lethargy, then the patients fell into a coma. The violation of consciousness was manifested mainly in children of the first years of life. Hematocrit is normally 35-40%, less than 20% is a critical level that requires immediate correction. Hemoglobin in most of our patients was 65-75 g / l, the level of erythrocytes is $1.6-2.0 \times 10^{12} / l$. In the blood smear, fragmented erythrocytes (schizocytes), erythrocytes of stellate form and in the form of a crescent were detected. The values of serum levels of urea and creatinine in the acute period of the disease were significantly higher than the control age indices (on average 1.5-2 times or more). The severity of HUS causes the depth of kidney damage, respectively, the patient's condition and outcome depend on the decrease in renal function. As you know, the duration of anuria predetermines the prognosis - the longer it lasts, the more likely the restoration of renal function is and the more frequent transition to chronic renal failure. With the preservation of the water-discharge function of the kidneys (the so-called neoliguric ARF), even with high urea figures, the prognosis is usually favorable. The oligoanuric stage of HUS is not characterized by swelling due to fluid loss with stool and perspiration. Proteinuria was found in 40% and microhematuria in 65% of patients. Plasma exchange is the first level of therapy, it was performed by all 40 patients in a volume of 1.5-2 volumes of circulating plasma. This correction of plasma factors was carried out in an acute period daily, later on as needed. Acute period HUS in all children proceeded differently - usually within 2-5 days there were toxicosis, thrombocytopenic rashes, thromboses of catheters. Plasma exchange in combination with hemodialysis was performed by 17 (42.5%) patients. Hemodialysis is indicated for patients with a violation of the nitrogen and water excretory functions of the kidneys without symptoms of inflammation, reduces the level of azotemia, normalizes homeostasis in 3-4 hours, the flow of the dialysate through the filter is 500 ml / min. In our observation, oligo / anuria was absent in 5 patients, and hemolytic symptoms dominated in the acute period of the disease, in 3 patients the oligo / anuria persisted for up to three days, in 15 children for up to 8 days, for 6 people for up to 15 days and for 2 to 20 and more. Thus, in a patient with a duration of an oliguric stage of 28-day AKI, who underwent renal replacement therapy, renal function was completely restored. Another patient, after 42 days of renal replacement therapy, developed chronic renal failure. Thus, with modern and adequate treatment of HUS in children that occurred after the AII, the outcome in 32 (72%) cases was recovery, in one case (4%) transition to CRF.

Conclusion. HUS is the most important clinical effect of STEC infection in humans, and young children are more vulnerable than any other age group. It follows that surveillance of childhood HUS is a valuable tool for monitoring the effect of STEC in a population and provides early warning of change. The diagnosis of HUS is obvious and unambiguous, and changes in the incidence of the condition are readily detected and meaningful. Improving the management of diarrhea-associated HUS through an earlier diagnosis might allow clinicians to intervene earlier in the disease process, as demonstrated by reductions in hypertension and deaths.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСОВОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ибрагимова З.А., Мадаминова Н.Э., Расулов Ж.М.
Андижанский Государственный медицинский институт

Медицинское и социально-экономическое значение проблемы диагностики и лечения опухолей пояснично-крестцового отдела позвоночника чрезвычайно велико. В нашей республике и за рубежом обращаемость пациентов к врачам различных специальностей (невропатологам, ортопедам, нейрохирургам и др.) по поводу боли в пояснице или нижних конечностях достаточно высока.

Заболееваемость достаточно часто начинается с деструктивных изменений в одном изолированном теле, затем в процесс вовлекаются тела смежных позвонков, связочный аппарат и дугоотростчатые суставы. Опухоль позвоночника может быть диагностирована через 1-2 года после появления начальных симптомов заболевания.

Цель: Разработать магнитно-резонансную томографическую симптоматиологию патологических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника, вызывающих стеноз межпозвонковых каналов у больных с опухолями позвоночника.

Объектом для исследования послужили 60 больных (мужчин и женщин) с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Больные были разделены на 2 группы: 1 (основная группа) – 20 больных (33,3%) с новообразованиями пояснично-крестцового отдела позвоночника, 2 (контрольная группа) – 40 больных (66,7%) с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Клинические исследования выполнялись на магнитно-резонансном томографе напряженностью магнитного поля 0,5 Тесла. Использовалась квадратурная катушка QD-Spine. Использовались иммунные последовательности SE и FSE в сагиттальной проекции с целью получения изображений позвоночника на T₁ и T₂ ВU с одинаковым числом срезов (Q), одинаковой толщиной (5 мм).

Проведенное исследование по изучению МРТ – симптоматиологии опухолей пояснично-крестцового отдела позвоночника позволило сделать теоретические выводы, в частности, изменения, выглядели следующим образом: к наиболее часто встречающимся проявлениям относились люмбагия (боль в пояснице) (в 95% случаев), нейрогенная перемежающаяся хромота (91,6%), симптомы натяжения (Лассега, Вассермана и др.) (75%), нарушение чувствительности в ногах (65%), парезы в ногах (58,3%), ишиалгия (боль в ноге) (53,3%), гипотрофия мышц нижних конечностей – 43,3%, нарушения чувствительности в аногенитальной зоне (21,6%), крампи икроножных мышц (20%), нарушение функции тазовых органов (в 13,3% случаев).

Все больные прооперированы в нашей клинике. Результаты зависели от характера патологии. Так, в группе с

доброкачественными опухолями (9 наблюдений) рецидивов не было, опорная функция позвоночника восстановлено, полного регресса неврологической симптоматики удалось добиться у 7 больных. В группе больных с злокачественными опухолями (5) и их рецидивами (1) результаты хуже смотря на то, что больных дополнительно проводилась комплексная химио-лучевая терапия. А в группе остеохондрозом восстановление опорной функции позвоночника наблюдалось у 24 больных.

Таким образом, мы считаем, что оперативное лечение, направленное на радикального удалению опухолей, декомпрессию содержимого позвоночного канала и стабильную фиксацию позвоночника показано во всех случаях опухолей пояснично-крестцового отдела позвоночника и по показаниям должно сочетаться с химио-лучевой терапией.

РАННЯЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Ибрагимов З.А., Расулов Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Приобретенные пороки сердца имеют большую распространенность, поражают людей разного возраста, что ведет к стойкой потере трудоспособности, представляет собой социальную проблему, которая, несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении пороков сердца, сохраняет актуальность и в наши дни.

Сохраняется проблема ранней диагностики поражения клапанного аппарата сердца в связи с формированием пороков у больных с поздно установленным диагнозом. Кроме того, вследствие необходимости разработки тактики ведения и лечения, диспансерного наблюдения пациентов, не менее важной является оценка состояния малого круга кровообращения, центральной гемодинамики, что в целом осуществляется с использованием ультразвукового метода исследования, являющимся приоритетным в диагностике пороков сердца.

Цель работы: Изучить особенности приобретенных пороков сердца у больных на основании комплексного ультразвукового исследования для усовершенствования диагностики и оптимизации диспансерного наблюдения.

Объектом для исследования послужили 40 больных (мужчин и женщин) с приобретёнными пороками сердца.

Результаты: Проведенное исследование по изучению форм приобретенных пороков сердца, позволило сделать теоретические выводы, в частности, что у 70% больных были выявлены признаки приобретенного порока сердца вследствие ревматического поражения сердца, среди 30% больных приобретенные пороки сердца встречались вследствие инфекционного эндокардита.

Структура приобретенных пороков сердца выглядела следующим образом: у мужчин наибольший процент наблюдался стеноз митрального и аортального клапана, соответственно в 36,3% и 24,7% случаев, недостаточность митрального, аортального и трикуспидального клапана в этой группе наблюдался в 13,3%, 21,4% и 34,8% случаев.

У женщин наименьший процент наблюдался стеноз митрального и аортального клапана, соответственно в 26,4% и 14,8% случаев, недостаточность митрального, аортального и трикуспидального клапана в этой группе наблюдался в 18,3%, 24,7% и 24,5% случаев.

Данные нашего исследования, показывает, что частота выявления эхо изменений, при приобретенных пороках сердца выглядела так: стеноз митрального клапана – 35%; недостаточность митрального клапана - 57,5%; стеноз аортального клапана - 37,5%; недостаточность аортального клапана - 27,5%; стеноз трикуспидального клапана – 10%; недостаточность трикуспидального клапана – 70%; расширение полостей сердца – 80%; снижение сердечного выброса – 85%; вегетация – 70%; фиброз (умеренный, выраженный) – 85%; кальциноз – в 77,5% случаев.

На основании теоретических выводов вытекает практическое значение проведенного исследования: УЗИ у больных с приобретенными пороками сердца, сформированными вследствие инфекционного эндокардита и ревматического кардита, показано: в начале заболевания (при постановке диагноза), в процессе лечения в стационаре не менее 1 раза в 2 недели, через 3, 6, 12 месяцев после выписки и в дальнейшем не менее 1 раза в год под контролем кардиолога. По клиническим показаниям УЗИ сердца должно проводиться вне зависимости от сроков лечения.

При УЗИ у больных с приобретенными пороками сердца необходима комплексная оценка морфометрических показателей, состояния малого круга кровообращения и центральной гемодинамики, степени клапанного стеноза и клапанной недостаточности.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Ибрагимов З.А., Каландаров Д.М., Каландаров М., Содикова Д.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Выявление реальной частоты и особенностей профилактики артериальной гипотензии (АрГ) у неорганизованного населения Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы: В ходе одномоментного эпидемиологического исследования обследовано 603 человек в возрасте ≥ 40 -70 лет (89,5% женщины и 76,9% и 76,9% мужчины), применялись опросные, инструментальные, клинические, биохимические и функциональные методы диагностики АрГ.

Результаты: По полученным данным 11,4% населения страдают АрГ. АрГ отмечена у 9,6% мужчин и у 13,0% женщин ($P < 0,05$). Отдельные виды АрГ зарегистрированы со следующей частотой: первичная АрГ – 7% (у 5,3% мужчин и у 8,5% женщин, $P < 0,05$), вторичная АрГ – 4,5% (у 3,2% мужчин и у 5,7% женщин, $P < 0,05$), физиологическая АрГ – 1,8% (у 0,7% мужчин и у 2,5% женщин, $P < 0,001$), патологическая АрГ – 9,8% (у 7,5% мужчин и у 11,7% женщин, $P < 0,05$), острая АрГ – 4% (у 2,8% мужчин и у 5% женщин, $P < 0,05$), хроническая АрГ – 7,5% (у 4,6% мужчин и у 9,9% женщин, $P < 0,05$), нейрокардиальная АрГ – 6,6% (у 3,6% мужчин и у 9% женщин, $P < 0,01$), постпрандиальная АрГ – 5,3% (у 6,4% мужчин и у 4,3% женщин, $P > 0,05$), ортостатическая АрГ – 3,5% (у

2,5% мужчин и у 4,3% женщин, $P < 0,05$), кардиоаритмическая АрГ – 7,6% (у 4,3% мужчин и у 10,5% женщин, $P < 0,01$) и медикаментозная АрГ – 2,3% (у 1,8% мужчин и у 3% женщин, $P < 0,05$)

Выводы: АрГ широко распространены среди населения Ферганской долины Узбекистана. На основании полученных результатов мы считаем целесообразным широкое внедрение в терапевтическую и кардиологическую практику скрининговых способов профилактики АрГ с использованием стандартизованных и унифицированных методов популяционной тактики и стратегии высокого риска.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСНОВНЫХ ЛИПИДНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Ибрагимова З.А., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т., Худоярова Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Отметим, что имеющиеся популяционные исследования в основном коснулись ко взрослых и особенно остро стал вопрос эпидемиологического изучения факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний у подростков и юношей. Безусловно, такие научные результаты, получаемые при эпидемиологических исследованиях, в отличие от статистических материалов, фундаментальны и безотносительны, имеют научно-практическое значение для оптимизации службы практического здравоохранения и повышения качества лечебно-медицинской помощи подросткам и юношам, прежде всего в плане профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования – изучения эпидемиологии основных липидных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у подростков и юношей из различных регионов Узбекистана.

Проводилось комплексное обследование подростков (15-17 лет) и юношей (18-22 лет), в ходе которого использовались эпидемиологические, биохимические, инструментальные, клинические, функциональные и статистические методы исследования. Обследование репрезентативной выборки подростков и юношей (920 чел.) из различных регионов Узбекистана проводилось в три этапа. Первым этапом исследования являлся первичный скрининг, в ходе которого проводился опрос, измерение артериального давления, регистрация ЭКГ, физическое обследование, антропометрические измерения, общеклинические и биохимические исследования. На втором этапе исследования, среди подростков и юношей с ФР или кардиальными патологиями, проводились углубленные клинико-инструментальные исследования (УЗИ внутренних органов, ЭхоКГ, пневмотахометрия) с учетом влияния биохимических липидных и эпидемиологических факторов риска. На третьем этапе проводились функциональные и специальные исследования, изучались влияние факторов на риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, разрабатывалась математическая модель первичной профилактики ФР и программа укрепления здоровья юношей.

Результаты исследования. Мы полагаем, что определенный вклад в формировании эпидемиологических условий вносит нарушение липидного обмена (ДЛП) у популяции юношей. Поэтому нами проводилось исследование и сравнительное сопоставление липидных факторов риска среди популяции 15-22 лет. По результатам наших исследований частота гиперхолестеринемии (ГХС) среди обследованной популяции 15-22 лет составила – 4,8 %. Сравнительно чаще (на 1,2 % больше) выявляется данный фактор риска у юношей 18-22 лет (4,9 %), чем у подростков 15-17 лет (3,7 %), $P < 0,05$. Нами установлено, что среди юношей 15-22 лет гипертриглицеридемия (ГТГ) наблюдается с частотой 3,1 %; распространенность ГТГ достоверно выше среди юношей 18-22 лет (3,3 %), чем у подростков 15-17 лет (1,2 %), $P < 0,001$.

Проведенный эпидемиологический анализ показал довольно высокую распространенности желательных уровней холестерина липопротеидов высокой плотности (ХЛЛПВП) – 96,0 % у популяции юношей 15-22 лет, 97,5% - среди обследованных 15-17 лет и 95,9 % - в возрастной группе 18-22 лет ($P > 0,05$). Патологические уровни ХСЛПВП отмечена у подростков с частотой 1,2 %, у юношей – 2,5 % ($P < 0,05$) и среди общей популяции обследованных – 2,4 %.

В целом, установлено, что в зависимости от возраста обследованных частота ДЛП выявляется с разницей на 4,6 % ($P < 0,05$). Сравнительно меньше ДЛП наблюдается у подростков 15-17 лет (6,2 %), чем у юношей 18-22 лет (10,8 %).

Такое различие сохраняется и при анализе выявляемости по регионам Узбекистана, кроме Андижана, Ташкента, Сурхандарьи и Каракалпакстана, где среди обследованных подростков выявляется сравнительно высокие показатели распространенности ДЛП.

Среди юношей и подростков различных регионов Узбекистана распространенности ДЛП составило: в Андижане 10,0 % - у подростков и 4,9% - у юношей ($P < 0,01$), в Бухаре – 0,0 и 8,5 % ($P < 0,001$), в Намангане – 0,0 и 10,0 % ($P < 0,001$), в Фергане – 0,0 и 7,5 % ($P < 0,001$), в Навои – 0,0 и 15,4 % ($P < 0,001$), в Сирдарье – 0,0 и 15,2 % ($P < 0,001$), в Ташкенте – 8,3 и 6,7 % ($P > 0,05$), в Джизаке – ($P < 0,001$), в Кашкадарье – 0,0 и 19,6 % ($P < 0,05$), в Самарканде – 0,0 и 9,4 % ($P < 0,001$) и в Каракалпакии – 50,0 и 29,4 % ($P < 0,05$).

Заключение. Липидные факторы риска являются одними из наиболее широко распространенных риск-факторов среди обследованных юношей и безусловно требуют пристального внимания в плане разработки «прицельных» оздоровительно-профилактических мероприятий на уровне первичного звена здравоохранения в масштабе Республики.

ГЕМОКОЛИТ БИЛАН КЕЧАДИГАН БАКТЕРИАЛ ЭТИОЛОГИЯЛИ ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШНИ МУВОФИҚЛАШТИРИШ

Имамова И.А., Максудова З.С., Султонова Г.Ю., Назиров Ш.А., Ибрагимова Н.У.

Тошкент тиббиёт академияси

Гемоколит (ГЎИИ) билан кечадиган ЎИИни этиотроп даволашда патоген микроорганизмларга нисбатан юкори фаоллиги ва бактерицид таъсирини хисобга олган холда олиб борилади.Препаратни кўпроқ оғиз орқали

қабул қилиш мушак орасига ёки томир ичига юборилишига қараганда рухий жароҳат ривожланишига тўсқинлик қилади. Шунинг учун **ишимизнинг асосий мақсади** шундай дори воситасини излаш ҳисобланади. Бу антимикроб воситалари қўшимча хусусиятларга яъни қонда ва ўт суюқлигида юқори миқдорда бўлиши керакдир. Шундай воститалардан бири цефалоспоринларни III авлодига қирадиган Цефикс (цефиксим) препаратидир.

Материал ва текширув усуллари. 2016-2017йй ЭМЮКИТИда ичак инфекциялари бўлимида 70та ГЎИИ билан ҳасталанган беморлар текширувдан ўтказилди. Беморларни ўрта ёши 32,5±0,8 йил ташкил этди. Бактериаль текширув асосида 20,0% беморларда *Salmonella spp.*, 67% беморларда - *Shigella spp.* ажратиб олинди, қолган беморларда эса қўзғатувчи аниқланмади. Текширувдаги беморлар икки гуруҳга ажратилди: 50% беморларда ЎИИ этиологик даволашда Цефикс препаратидан фойдаланилган. Цефикс капсуласини 400 мгдан кунига 2 марта ҳар 12 соатда 5 кун давомида буюрилган. 50,0% назоратдаги беморлар гуруҳига цефтриаксон парентераль тарзда м/о кунига 1,0гдан буюрилган.

Текширув натижалари. Текширув натижаларига кўра ГЎИИ билан ҳасталанган 74,3% беморларда Цефикс қабул қилган асосий гуруҳда юқори натижа, 25,7% беморларда давони ўртача натижаси аниқланган. Назорат гуруҳидаги 82,9% цефтриаксон қабул қилган беморларда юқори натижа, 17,1% беморларда давони ўртача натижаси аниқланган. Бунда статистик маълумотларда аниқ фарқ кузатилмади (<0,05). Цефикснинг оғиз орқали ва Цефтриаксонни парентераль қабул қилганда касалликни клиник белгиларини ўртача давомийлиги 4,2±0,4 ва 4,0±0,7 кунни, ўртача ётоқ кунини давомийлиги эса 7,2±0,6 ва 6,6±0,8 кунни ташкил этди. Бунда ҳам статистик маълумотларда аниқ фарқ кузатилмади (<0,05). Иккала гуруҳда ҳам касалликнинг 5чи кунига келиб қориндаги оғриқларнинг йўқолиши ва қамайиши аниқланган. Асосий гуруҳдаги 31,4% беморларда ва назорат гуруҳидаги 40,0% беморларда касалликнинг 3 кунига келиб нажаснинг зичлигини меъёрлаши кузатилган. Асосий гуруҳдаги 51,4% беморларда ва 57,1% назорат гуруҳидаги беморларда даволанишнинг 3 кунига келиб диарея сони кунига 1-2 марта, қолган беморларни иккала гуруҳида диарея сони кунига 5 марта келиши кузатилган. Иккала гуруҳдаги беморларда медикаментоз даволашнинг 5-6 кунига нажаснинг миқдори ва меъёрлашиши аниқланган.

Бир марталик бактериологик текширув натижасидан 100% беморлар патоген қўзғатувчилардан ҳолос бўлганликлари аниқланди. Иккала гуруҳдаги ичак микрофлорасининг сифатий ва миқдорий кўрсаткичлари: аэробли микробиоценоз (*E.coli*) ва деярли ўзгармаган анаэроб (лакто ва бифидобактериялар).

Хулоса: Ўткир ичак инфекцияларни альтернатив антибактериаль даволашда оғиз орқали Цефикс препаратини қўлаш мақсадга мувофиқдир. Препаратларни оғиз орқали юборилганда асорталар ва постинъекцион инфекциялар сони (флебит, қон кетиш, травматик неврит), даражаси (абсцесслар, вирусли гепатитлар, ОИВ-инфекция), рухий эмоциональ зўриқишлар, назокомиаль инфекцияларни ривожланиш хавфини қамайтиради ва даволашни қулай усули бўлиб ҳисобланади.

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Иргашев Ш.Б., Шайхова У.Р., Шакирова Н.Ш., Шамуродова Н.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

ЦП№2 МСО МЗРУз, РСЦК МЗРУз

Валеологические подходы -это прежде всего принципы оздоровления населения, они основаны на ответственном отношении к своему здоровью как на индивидуальном уровне, так и населения в целом. Вместе с тем первичная профилактика многих заболеваний непосредственно взаимосвязана с принципами валеологии и являются составляющей ее частью. Известно, что развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) тесно связано с особенностями образа жизни и первую очередь с факторами риска (ФР), которые взаимодействуя с генетическими особенностями, способны ускорять развитие болезни.

Последние годы заболеваемость по многим нозологиям не уменьшается, напротив, в частности по сердечно-сосудистыми болезням увеличивается и сегодня в Республике составляет более 60%, повышается также уровень инвалидности. Узбекистан занимает шестое место среди стран СНГ по ситуации смертности от ССЗ. Повсеместный рост заболеваемости и инвалидности от ССЗ обусловлен, в том числе объективными причинами: старением населения, нездоровым образом жизни, социально-экономическими факторами, психосоциальными нагрузками и главным образом низким уровнем профилактических знаний и в целом безразличного отношения к своему здоровью, нежелание менять свой образ жизни. Многими исследованиями показано, что развитие ССЗ тесно связано с особенностями образа жизни и связанных с ним факторами риска, которые взаимодействуя с генетическими особенностями организма могут ускорить развитие заболевания. Известно, что сбалансированный организм человека не должен болеть, его компенсаторные возможности изначально работают как саморегулирующая, самовосстанавливающая и самосохраняющая системы, нарушая этот баланс и прежде всего неправильным образом жизни, безответственным отношением к своему здоровью мы нарушаем гомеостаз, адаптационные возможности организма, конечным результатом которого является болезнь. Поэтому, профилактические мероприятия кардиоваскулярной профилактики должны быть направлены на эффективную научно-обоснованную стратегию основанную на валеологических принципах (валеогенезе). Это и есть четкое взаимодействие между профилактикой заболеваний и валеологией- предметом изучающий здоровье человека его механизмы укрепления и сохранения, конечным результатом которого является управление здоровьем человека.

Валеологический принцип оздоровления населения, лежит в понятии **донозологическая диагностика** в основе которой предусматривается после выявления состояния пациента, анализа его анамнестических данных, включая факторы риска и в целом образа жизни, определение прогноза его жизни и представление рекомендации по формированию позитивного образа жизни.

Основана, на определении возможностей регуляторных систем организма, степени его адаптации к окружающей среде и соответственно вычисление уровня (индекса) здоровья человека. Отсюда, возможность

прогнозирования состояния здоровья, с учетом влияния использованных индивидуальных оздоровительных программ.

Каковы современные подходы воздействия на население? Они могут быть разделены на **индивидуальный уровень, групповой, и популяционный** (общее население). Каждый из этих уровней имеет свои особенности воздействия, так на индивидуальном уровне используются: персональные карты здоровья, определение индекса (уровня, резервов) здоровья, составления рекомендаций по индивидуальной оздоровительной программ, основанной на рациональном питании, физическом здоровье, психоэмоциональном, репродуктивном (сексуальном) здоровье.

На групповом и популяционном уровнях в условиях поликлиники, необходимо организация валео-кабинетов, врачи работают с **целевыми группами**: молодая семья, беременная женщина, грудной ребенок, детство и подросток, молодежь, зрелый (средний) возраст, пожилой (старый) возраст. При этом применяются 4 аспекта воздействия: **духовный, психологический, физический и медицинский**. К каждой целевой группе и аспекту воздействия используются **стандарты (показатели)** и соответственно применяются **алгоритмы** - механизмы действия (раскрытия) данных стандартов. Такой подход на групповом (популяционном) уровнях позволит эффективно доводить информацию до населения с целью оздоровления. основополагающим стандартом во всей этой технологии воздействия лежит стандарт: **«ответственное отношение к своему здоровью»**.

Оценка общего (суммарного) кардиоваскулярного риска имеет ключевое значение для выбора профилактической стратегии и валеологических подходов пациентам, которые имеют сочетание нескольких факторов риска. Первичная профилактика, основанная на формировании навыков здорового образа жизни, препятствующие появлению факторов риска, является самым надежным и наименее затратным способом решения проблемы, имеющее эффективное значение для снижения сердечно-сосудистого риска. Учитывая, что в основе борьбы с факторами риска лежит поведение человека и население в целом, важным является позитивное изменение поведения.

Решение проблемы сохранения здоровья здорового человека возможно только при условии подготовки и интеграции в общество специалистов -валеологов, которые в тесном взаимодействии с ВОП, семейными врачами и другими специалистами в значительной степени смогут улучшить ситуацию с заболеваниями и смертностью. В связи с этим актуальность Валеологии как -предмета заключается в том, что сегодня необходимо больше учить население качеству жизни (образу жизни) и здоровью. Внедрение валеологических принципов в кардиоваскулярную профилактику должна стать частью практической деятельности медицинских работников. Программы по кардиоваскулярной профилактике основанные на валеологических принципах по борьбе с факторами риска должны быть интегрированы в обязанности учреждений медицинского сектора здравоохранения. При этом необходимо развитие стимулов на государственном уровне способствующих таким изменениям.

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОБЛЕМЫ ПУТИ РЕШЕНИЯ

**Иргашев Ш.Б., Агзамова О.М., Маматова Н.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

Современное развитие и проблемы здравоохранения диктуют нам новые подходы для эффективного системного обновления отрасли, достижения той цели, которые поставлены руководством страны по реформированию здравоохранения нашей Республики. Несмотря на определенные достигнутые успехи, по ряду направлений в здравоохранении показатели заболеваемости и инвалидности не снижаются и имеют нарастающий характер (кардиоваскулярные, онкологические заболевания, эндокринологические и ряд других).

Сегодня, к сожалению, приоритет лечебной медицины все в большей степени становится подавляющим, а профилактическая, а тем более оздоровительная не только практически мало используются, но и имеющийся определенный потенциал сокращается. Нет ни требований, и ни каких стимулов в том числе экономических в заинтересованности врачей изучать и внедрять данные направления в здравоохранении.

Вместе с тем, ситуация создавшаяся в отрасли предопределяет развитие валеологических принципов в здравоохранении республики. Реформирование системы здравоохранения, ежегодные государственные программы, посвященные различным вопросам и, в первую очередь здоровью населения и его благосостоянию нацеливает медицинских работников на создание стройной системной программы оздоровления населения.

Последние годы, положено начало системному научному, методически обоснованному подходу развития и внедрения валеологических принципов в медицине. Подготовлены и внедрены унифицированные учебные программы по усовершенствованию врачей различных отраслей медицины, включая и специализацию по валеологии. Изданы учебное руководство для врачей - «Медицинская валеология» и учебник на государственном языке - «Валеология».

Валеология как предмет официально вошел в государственный медицинский реестр, утверждена специальность врач-валеолог вошедшая в номенклатуру лечебно-профилактических структур здравоохранения республики. Подготовлена квалификационная характеристика на врача-валеолога и рекомендации по эффективной деятельности как врачей-валеологов, так и специалистов различных других медицинских направлений прошедших обучение по валеологии.

Недавно, был издан приказ №691 от 13 ноября Минздрава Республики «Узбекистон Республикаси согликини саклаш тизимига валеология тамойилларни киритиш хамда келгусида тиббий патронаж хизматини янада такомиллаштириш, ахолии орасида тиббий маданият ва соғлом хает тарзини шакллантириш буйича чора-тадбирлар хакида», который предопределяет дальнейшее развитие и широкое внедрении валеологии как предмета здоровья населения.

Валеологические подходы на индивидуальном уровне основаны: на персональных картах здоровья, куда вносятся все основные клиничко- лабораторные данные и имеющиеся факторы риска пациента, а затем эти показатели переводятся в разработанные математиками компьютерные программы, которые определяют индивидуальный уровень здоровья исследуемого. На основании полученных результатов выявляется *индекс здоровья* пациента, который может быть, к примеру: высоким, средним или низким. Используя данный индекс, составляются *индивидуальные оздоровительные программы* основанные на: рациональном питании, физическом здоровье, психологическом состоянии и сексуальном (репродуктивном) здоровье, т.е. в конечном смысле рекомендуется обоснованный позитивный образ жизни пациента.

Проведенные исследования указывают, что внедрение научно обоснованных методов исследования уровня здоровья позволяет всецело внедрить донозологическую диагностику, позволяющую превентивно влиять на те или иные заболевания, которые возможно могут проявиться, с учетом наследственной отягощенности, образа жизни и факторов риска.

Валеологические подходы на *групповом и популяционном* (общее население) уровнях воздействия ставят перед собой основную задачу создание эффективного механизма воздействия на население, т.е. влияние идет не через вопрос что делать? (сан-просвет работа), а как делать? – алгоритм действия. Поэтому, используются *целевые группы, аспекты воздействия, стандарты и алгоритмы* к ним. Такой подход позволяет целенаправленно, системно и эффективно воздействовать на образ жизни населения, конечным стандартом (показателем) которого является *«ответственное отношение к своему здоровью»*.

В основе деятельности структур, ответственных за формирование здорового образа жизни населения, должна быть заложена и экономическая заинтересованность позитивного отношения к своему здоровью. Назрела необходимость пересмотреть учебные программы мед.Вузов страны, с учетом приоритета на оздоровительную медицину, а также обучение (переобучение) врачей всех специальностей, современным подходам оздоровления населения. При этом необходимо создать единую в Республике унифицированную учебную программу по предмету на всех уровнях обучения.

Таким образом, кроме общепринятой модели нозологической диагностики разрабатывается новая диагностическая модель: оценка уровня здоровья индивида – донозологическая, и поэтому кроме двух основных направлений – лечения и профилактики заболеваний представляется третье направление здравоохранения- мониторинг и укрепление здоровья индивида, а также населения в целом.

Итак, в Республике может быть сформирована новая стратегия здравоохранения, с акцентом на сохранение и укрепление механизмов здоровья. Эта стратегия способна **избавить медицину еще от одного парадокса**, когда наличие достаточной структуры здравоохранения, включая экономику, число медицинского персонала не вполне эффективно влияет на популяционные показатели здоровья.

EPIDIMIOLOGICAL FEATURES OF STROKE IN ACUTE PERIOD IN ARID ZONES OF UZBEKISTAN AND PREVENTING MEASURES

Iskandarova D.E., Iskandarov E.R., Mamatova G.Q.

Town Termez, Surkhandarya branch of the Republican Scientifically Center of Emergency Medicine.

Stroke is a medical emergency that commonly causes death and disability all over the world. According to the World Health Organization, 15 million people suffer stroke worldwide each year. Of these, 5 million die and another 5 million are permanently disabled. High blood pressure contributes to more than 12,7 million strokes worldwide. Depending the latest WHO data published in May 2014 stroke deaths in Uzbekistan reached 29,176 or 17,4% of total deaths.

The purpose of research is to study the epidemiological peculiarities and to analyze dynamic statistical status of stroke in the acute period in arid zone of Uzbekistan (Surkhandarya region) invite preventing measures.

Material and methods. The study was based on survey data 360 patient' disease histories in 2014-2016 years at the hospital of Surkhandarya branch of Republican Scientifically Center of Emergency Medical Care by the approximately selection method (120 patients' disease histories for each year). The patients had been examined and treated according to standards for emergency neurology.

Results. The ratio of men and women 64 (53%): 56 (47%) for the 2014 –year, 62 (52%): 58 (48%) for the 2015-year and 65(54%): 55(46%) for the 2016- year. According to E. Erickson' "Theory of psychosocial development" patients were separated by ages in to following groups:1) young ages (from19 to 35 years old), 2) adulthood (from 36 to 60 years old), 3) old age (from 61 years old). There are results in percent appropriately to years:1) young people 2 (1,7%) un 2014, 1 (0,8%) in 2015,3 (2,5%) in 2016 year; 2) adulthoods 63 (52,5%) in 2014, 56 (46,7%) in 2015, 67 (55,8%) in 2016 year; 3) old patients 55 (45,8%) in 2014, 63 (52,5%) in 2015, 50 (41,7 %) in 2016 year. Patients were divided by the territorial features in 2 groups: villages 26 (22%)/towns 94 (32%)for the 2014-year, villages 42 (35%)/towns 78(65%) for the 2015-year, villages 44 (37%)/ towns 76 (63%) for the 2016-year. Patients were carried by ambulance to the hospital 45% in 2014 year, 55% in 2015 year, 73% in 2016 year. In 15,3% (55 patients) of all patients who received the test were identified hemorrhage stroke and 84,7 % (305 patients) ischemic stroke (4,7 % of them were transient ischemic attacks). Hypertension was recorded as a background of stroke in 90 % of the surveyed patients.

Conclusion. Taking into account above mentioned data, over the years, the quality of emergency medical care has improved dramatically. Besides, early detection and treatment of hypertension among urban population about 35-60 ages in arid zones is the pledge of apparently decrease of preventing stroke.

САРТАНЛАРНИНГ НОЗИК ҚИРРАЛАРИ

Исмоилова Ф.И., Худайбердиев Ж.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Юрак қон-томир тизими касалликларида Валсартаннинг антипролифератив таъсир кўриниши кардиопротектив самара, асосан миокард гипертрофияси ва гиперплазияси регрессияси, қон томирлар деворлари ҳамда қон томир эндотелийси функциясини яхшиланиши ҳисобига намоён бўлади. Валсартаннинг гипертрофия жараёнларига ва миокарднинг ремодуляциясига ижобий таъсири терапевтик аҳамият касб этади ва бу хусусият ишемияни, кардиосклерозни ҳамда гипертензив кардиомиопатияни даволашда муҳим роль ўйнайди. Сартанларнинг нозик қирраларидан яна бирилари нефропротектив самара ва эректил дисфункцияга таъсиридир. Валсартан буйрак тўқимаси АТ 1 рецепторларига блокловчи таъсири эвазига кўпчилик ҳолатларда лозартанга нисбатан афзалроқ бўлиб, эфферент артериолалар тонусини пасайтиради ва буйрак қон айланишини яхшилайтиди, буйрак етишмовчилиги ривожини олдини олади. Шунинг эътирофи эити керакки, валсартан нефросклероз ривожини тормозлайди ва натижада буйрак етишмовчилигини кучайишига олиб келадиган муҳим омилга қарши курашади. Нортиван нейротрансмиссия жараёнини сусайтиради, бу жараён периферик симпатик активликни пасайтириши натижасида юзага чиқади. Нортиван вазопрессин ажралишини камайтиради ва бунинг ҳисобига беморда чанқоқ ҳисси камаяди. Нортиваннинг яна бир яхши сифати эректил дисфункцияни камайтиради гипертоник эркаклар ҳаёт сифатини яхшилайтиди. Бу жуда муҳим ҳисобланади, чунки гипотензив препаратларни қўллаш натижасида юзага келадиган сексуал ноҳуш ўзгаришлар баъзан 86,4%гача кузатилади. Ноҳуш таъсирлар: Ҳаммага маълумки дориларнинг ноҳўя таъсири беморларнинг даволанишга мойиллигини чегаралайтиди. Шунинг учун ноҳўя таъсирларининг учраши даволаш жароёнида муҳим аҳамият касб этади. Препаратнинг ноҳўя таъсирларидан бош оғриғи, бош айланиши, юқори нафас йўллари инфекцияси, миалгиялар, анемия кузатилиши мумкин. Куруқ йўтал, ангионевротик шиш, буйрак тўпчалари филтрациясининг камайиши, зардобда креатининнинг ортиши, гиперкалийемиа норвиганда лазартанга нисбатан камроқ кузатилади. Нортиван нейтрал метаболик бўлиб, липидлар, углеводлар метаболизмига таъсир этмайди, дастлабки дозадаги ноҳуш самара 1%дан кам бўлади. Ҳомиладорликда, кўкрак билан эмизиш даврида, гиперкалийемиа, сувсизланиш ҳолатларида, артериал гипотензияда қўлланилмайди, шунингдек препаратга сезгирлик ҳолатлари аниқланганда ҳамда ёш болаларга тавсия этилмайди. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар билан бирга қўллаш яхши самара бермайди. Хулоса қилиб айтганда нортиванни тавсия этиш препаратнинг ноёб таъсирларидан плейотроп, органопротектив ҳамда ноҳўя таъсирларнинг камлиги, патогенетик асосланган антигипертензив таъсири натижасида бўлиб, АГ ва сурункали юрак етишмовчилиги бор турли ёшдаги беморларни, ҳаттоки йўлдош ҳасталиги бор бўлган беморларни ҳам муваффақиятли даволаш имкони мавжуд.

FARG'ONA VODIYSINING IQLIMIY SHAROITIDA HOMILADORLARDA REVMAATIZMNING ENDEMIK XATAR OMILLARI

Kalandarov D.M., Mamasoliev N.S., Sobirova N.M., Sodikova D.T.

Андижон давлат тиббиёт институти

Дунё таърибаси тасдиқлашчи, муайян жo'g'рофий мintoqalarda ва турли популяцияларда har bir kasallikning o'ziga xos epidemiologik kelib chiqish yo'li bo'ladi. Bunda endemik xatar omillarni (EXO) alohida ahamiyatlari kuzatiladi.

Shu nuqtai nazardan mazkur tadqiqotning maqsadlaridan biri – Farg'ona vodiysi iqlimiy sharoitida homiladorlarda revmatizmning endemik xatar omillarini aniqlash va baholashdan iborat bo'ldi.

Tadqiqot materiallari va usullari. Dizayni bo'yicha mazkur tadqiqot quyidagicha tavsiflanadi: noeksperimental, epidemiologik, chizgili, analitik epidemiologik-jo'g'rofiy, tibbiy-ekologik, klinik, bioiqlimiy, klinikometeorologik va prospektiv tekshiruv. Tadqiqot ob'ekti sifatida 1ta iqlimiy-jo'g'rofiy mintoqa, asosiy epidemiologik xatarli omillar, 1ta prospektiv chizgili epidemiologik tekshiruv, 1ta uch yillik klinikometeorologik tekshiruv, 7ta "yetakchi" meteorologik omillar, homilador-revmatizm bilan xastalangan ayollarning 5ta yosh guruxlari va 3ta ish og'irligi bo'yicha tavofutlanadigan kasbiy guruxlar ajratildi. Maxsus epidemiologik va klinikometeorologik tekshiruvga jami 368ta revmatizm bilan xastalangan homilador ayollar tekshirildi. Tekshirilganlarning sal kam xar ikkinchisi 20-24 yoshga, 1/4 qismidan oshiqrog'i 25-29 yoshga, 1/6 qismi 15-19 va 30-34 yoshlilarga to'g'ri keldi. Epidemiologik, klinik, klinik-instrumental va laborator-klinik tekshiruv usullaridan foydalanildi.

Homiladorlarni kompleks tekshiruv-shikoyatlarini o'rganish, kasallik va hayot anamneziga oid ma'lumotlarni to'plash, antropometrik ko'rsatkichlarni aniqlash, qon bosimi va pulsni o'lchash, akusher-ginekologik tekshiruvlarni amalga oshirish, revmatolog buyurgan klinik-tekshiruvlarni bajarish, instrumental tekshiruvlarni (EKG, UZI) amalga oshirish, qon va siydik umumiy analizi hamda bioximik tekshiruvlarga material olish kabilardan iborat bo'ldi.

Olingan natijalar va ularni mushohidasi. Revmatizm aksariyat 1 homilador bo'lgan ayollarda (34,9%), unga nisbatan salkam ikki barobar kam ikkinchi homiladorlikni boshidan o'tkazayotganlarda (19,5%), 1,5 barobarga past bo'lib 3 homilador bo'lganlarda (22,8%), 2,5 martaga borib kam 4 homiladorlikni o'tkazayotganlarda (14,8%) va 4,3 barobar past daraja bilan (8,1%) 5-tadan ziyod homilador bo'lgan ayollarda aniqlanadi. Homiladorlik paritetiga bog'liq xolda revmatizmning tarqalish darajasi 26,8% ga yoki 4,3 barobarga farqlanib aniqlanadi ($r=+0,97$; $P<0,001$).

Faol revmatizm homiladorlik paritetiga bog'liq xolda quyidagicha tarqalish bilan ifodalanadi: 1-ta homilador bo'lganlarda – 30,0%, 2-ta homiladorlikda – 10,0%, 3-ta homiladorlikda – 40,0%, 4ta homiladorlikda – 20,0% va 5-ta homiladorlikda – 0,0%. Demak, homiladorlik paritetiga bog'liq bo'lib faol revmatizmni tarqalishi 40,0% gacha tavofutlanadi va uning eng yuqori ko'rsatkichlari 1ta va 3ta homiladorlikni o'tkazgan ayollarda qayd qilindi ($r=+0,90$; $P<0,001$). Nofaol revmatizm eng ko'p birinchi homilador bo'lganlarda aniqlandi (35,3%), undan 1,8 barobar kam 2-ta homiladorlik o'tkazganlarda (20,1%), 1,6 marta kam 3ta homiladorlikni o'tkazganlarda (21,6%), 2,5 barobarga yetib kam 4ta homiladorlikni boshdan kechirgan ayollarda (14,4%) va 8,6% yoki 26,7% tafovut bilan, ya'ni 4,1 barobarga kamayib 5-ta homiladorlikni o'tkazganlarda qayd qilindi ($r=+0,94$; $P<0,001$).

Aniqlandiki, ishchi kasbiga ega bo'lgan homiladorlarda revmatizm eng kam (1,3%), nisbatan ko'proq, ya'ni 12,1% farq bilan oshib xizmatchilarda (13,4%) va to 85,2% gacha ko'payib uy bekalarda kuzatiladi. Kasbiga bog'liq xolda homiladorlarda revmatizm (XR) 83,9% farq bilan aniqlanadi ($r=+0,95$; $P<0,001$).

Isbotlandiki, XR darajasi yashash sharoitlariga ham bog'liq bo'ladi. XR eng ko'p shaxarliklarda (79,7%), undan 5,7 barobarga yetib kam (14,1%) tuman markazidan bo'lgan homiladorlarda va to 13,3 barobargacha past darajalar bilan (6,0%) qishloqliklarda kuzatiladi ($r=+0,99$; $P<0,001$). Bundan tashqari kuzatildiki, XR asosan jismoniy mehnat bilan shug'ullangan homilador ayollarda (86,6%) ko'p qayd qilinadi, aqliy mehnat bilan mashg'ullarda – 12,1% va og'ir mehnat qilganlarda 1,3% dan oshmasdan kuzatiladi. Mehnat turiga bog'liq xolda XR 81,3% ga farqlanib tarqalish bilan ifodalanadi ($r=+0,97$; $P<0,001$).

XR «yomon sharoitda» yashovchilarda – 10,1% «qoniqarli» yashash sharoitiga ega bo'lganlarda – 48,3% va «yaxshi» sharoitdagilarda – 41,6% dan qayd etiladi. Turli yashash sharoitlarida yashovchi homilador ayollar populyatsiyasida revmatizm 38,2% tafovut bilan yoki 4,8 barobarga farqlanib aniqlanadi ($r=+0,99$; $P<0,001$).

Umuman, olingan natijalar ko'rsatdiki, Farg'ona vodiysining iqlimiy sharoitida ijtimoiy omillar XR ni kelib chiqishida muxim rol o'ynaydilar. Ularni xisobga olish ilmiy-amaliy ahamiyat kasb etadi va akusherlik amaliyotini samarali takomillashtiradi.

Bundan tashqari, isbotlandiki, vodi y iqlimiy sharoitida XR asosiy meteoomillarning tebranishlari va salbiy ta'sirotlariga bevosita bog'liq xolda rivoj olish, klinik kechish va asoratlanib avjlanish bilan ifodalanadi. Ularga bog'liq bo'lib uni homiladorlarda aniqlanish darajasi 2,5 barobarga yetib ortadi, asosiy simptomlari 50,0% gacha, umumiy ifodalanishlari 38,5% gacha va maxsus alomatlari 50,0% gacha o'zgarib shiddatlashadilar.

МОНИТОРИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Каландаров Д.М., Журабоев Б.Н., Юлдашева Г.Б., Содикова Д.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

В проблеме тяжелых терапевтических состояний по сей день остается немало «белых пятен» - как в выявлении причин (факторов риска) их возникновения, так и в определении эффективных способов профилактики. Прежде всего, следует отметить, что факторы риска, которыми обусловлено возникновение и осложнение этих состояний до сих пор идентифицированы не точно.

Цель работы – разработать и апробировать методические подходы эпидемиологического выявления факторов риска тяжелых терапевтических заболеваний и их способов первичной профилактики у популяции женщин Ферганской долины.

Для исследования было выбрано неорганизованное женское население 15-49 лет Андижана и Намангана (в данное сообщение включен анализ результатов исследования 1598 женщин), сформированное из списков избирателей по таблицам случайных чисел (10 %-ная репрезентативная выборка). Специфика исследования: • фиксирование флюктуации ФР только на определенный момент (1996-1999гг.); • обладает достаточно высокой надежностью и низкой стоимостью; • требовала меньше персонала; • в ходе работы оценивалась лишь часть совокупности, по которой в дальнейшем вырисовывались популяционная «конструкция» тяжелых терапевтических состояний в целом у женщин молодого возраста. Уровень стандартизованности и доказательности исследования: • обследование популяции проводилось по стандартизованной программе, применялись стандартизованные эпидемиологические методы и полученные данные строго оценивались по критериям ВОЗ; • объекты исследования находились в равных социально-экономических условиях; • обследуемые имели равные возможности получения медицинской помощи; • выявление и лечение больных тяжелых терапевтических состояний по общим диагностическим и клиническим подходам; • использована специально созданная для женской популяции и стандартизованная система анкетирования, предназначенная для выявления экономических, социальных и «главных» эпидемиологических факторов риска тяжелых терапевтических состояний;

Основные выводы и результаты исследования: • оптимальным методом изучения распространенности и особенностей флюктуации факторов риска (липидных и нелипидных, физиологических, изменяемых и неизменяемых, «новых» эндемических и общих) тяжелых терапевтических состояний является комплексное эпидемиологическое исследование, предусматривающее выявление женщин как с изменяемыми так и с неизменяемыми риск-факторами; • многие факторы риска тяжелых терапевтических состояний у женщин молодого возраста носят «изменяемый» характер; • распространенность физиологических факторов среди женского населения достаточно высока и увеличиваются с возрастом; • у популяции женщин молодого возраста имеются определенные закономерности в эпидемиологических характеристиках некоторых коагулологических факторов риска.

В целом, следует отметить, что современная концепция факторов риска тяжелых терапевтических состояний или эпидемиология терапевтического континуума исходит из гипотезы общности для этих патологий многих факторов риска. Дальнейшего исследования в данном направлении представляются весьма перспективными.

ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ СВЯЗЬ С ПРЕУЛЬЦЕРОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Каландаров М., Юлдашева Г.Б., Содикова Д.Т., Каландаров Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Из последних избирательных списков г.Андижана Ферганской долины Узбекистана была сформирована репрезентативная 10%-ная выборка неорганизованного взрослого населения 40-70 лет в количестве 613 человек. Все прошли обследование по специальной программе с применением стандартных опросных, инструментальных,

биохимических, функциональных и специальных методов для выявления факторов риска преульцерозных состояний (ПРУС) и оценки степени их связи с этой патологией.

Установлены высокая степень связи ($P < 0,001$) распространенности признаков ПРУС с психогенным фактором, употреблением НАСА, избыточной массой тела, геликобактерной инфекцией, «ночным питанием», злоупотреблением жирной пищей, крепкого чая и кофе и абсолютной неадекватной терапией. Средняя степень связи ($P < 0,01$) распространенности ПРУС выявлена с меньшим потреблением овощей и фруктов, употреблением алкоголя, курением, коагулологическими факторами, полипатией, перееданием, злоупотреблением острых пищевых, дефектами жевательного аппарата, отклонением от лечебных стандартов, неадекватной 10-дневной фармакотерапией и недостаточностью 7-дневной противоязвенной терапии.

Сравнительно низкая степень ($P < 0,05$) среди преваленса ПРУС отмечалась социальными и жилищными факторами, низким образовательным статусом, гиперхолестеринемией, гипертриглице-идемией, артериальной гипертонией, медикаментозными факторами, нерегулярным питанием, монотонным питанием и недостаточно адекватной гипотензивной терапией.

Ранняя диагностика, первичная, вторичная и третичная профилактика ПРУС с учетом отмеченных результатов являются залогом предупреждения континуума от этих патологий и главным условием сохранения здоровья населения / пациентов в условиях Ферганской долины Узбекистана.

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С САУТОИММУННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ СИНДРОМОМ

**Камилов Ф.Х., Мамаризаев Э.Х., Ахмадалиева У.К.
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Институт Вирусологии МЗ РУз**

Актуальность. Особенностью патогенеза HCV-инфекции является внепеченочная репликация вируса, что в свою очередь приводит к развитию т.н. внепеченочных проявлений заболевания. Наиболее часто встречающиеся аутоиммунные заболевания при HCV-инфекции – это тиреоидит, синдром Шегрена, гемолитическая анемия, идиопатическая тромбоцитопения, гломерулонефрит и красный плоский лишай. Присоединение аутоиммунного перекрестного синдрома (АПС) при HCV-инфекции может привести к ухудшению течения болезни и, при этом, принципиально важным становится вопрос терапии больных – что лечить? чем лечить?

Цель работы: рассмотреть диагностические возможности ХГС в сочетании АПС.

Материалы и методы. Приведем клиническое наблюдение. Больная Ф.К., 42 г., обратилась 10.01.17г. с жалобами на слабость, утомляемость, боли в суставах, плохой аппетит, тяжесть в правом подреберье. Используются следующие методы диагностики: клинические, биохимические, серологические, молекулярно-генетические (ПЦР), иммунологические и инструментальные (УЗИ и Фиброскан фирмы Эхосенс, Франция).

Результаты. При объективном осмотре: желтушности кожи и склер нет, печень увеличена на 1,5-2,0 см, умеренной плотности, селезенка не увеличена. В биохимии крови: билирубин 22,0 мкмоль/л, АсТ- 70 ммоль/л, АлТ- 110 ммоль/л, альбумин- 37 г/л, сахар- 5 ммоль/л, холестерин- 4,7 ммоль, гормоны щитовидной железы в норме. Маркеры HCV: анти-HCV-положительные, HCV-РНК-ПЦР (качественный и количественный анализ) - отрицательные, HCV-генотип – не выявлен. HBsAg и анти-дельта также были отрицательными. На фиброскане F2-F3, что соответствует умеренному фиброзу. Уровень железа, ферритина, церулоплазмينا в пределах нормальных величин. После отрицательных результатов ПЦР на HCV-РНК вопрос о противовирусной терапии отпал, но возник другой вопрос, что же все-таки повреждает печень? Больная была направлена в Центр иммунологии для определения аутоантител и иммунограммы. В иммунограмме выявлено повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, как мелких (более 40), так и крупных (более 80). Кроме того, обнаружено повышение антинуклеарных (ANA) и антимитохондриальных аутоантител (AMA-M2), что, вероятно, связано с аутоиммунизацией. Было решено провести курс глюкокортикостероидной терапии (преднизолон 30 мг/сутки по убывающей схеме) с панангином. Контрольный осмотр и лабораторное обследование через 14 дней показали резкое улучшение общего самочувствия больной, а также нормализацию биохимических показателей, что подтверждает наличие аутоиммунного компонента у больной с HCV-РНК отрицательным ХГС. В настоящее время больная находится на поддерживающей терапии ГКС.

РОДИТЕЛИ И НАРКОМАНИИ.

**Каримов А.Х., Усманова М.Б., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В подростковом возрасте особенно актуальными являются не сформировавшаяся наркомания, а злоупотребление наркотиками, когда зависимость от них ещё отсутствует. В последние годы это получило название аддиктивного поведения, которое отражает черту подросткового поведения. Суть этой черты состоит в том, что многие подростки склонны попробовать на себе действие самых различных средств: от алкоголя до курения гашиша и приёма галлюциногенов.

Наиболее располагающим к развитию токсико-наркологических аддикций является период пубертатного кризиса.

Целью исследования явилось изучение распространенности наркотизации среди подростков г. Андижана. Для решения этой задачи нами было проведено анонимное анкетирование учащихся старших классов (9-11) нескольких школ г. Андижана.

Всего было обследовано 624 учащихся. Анонимное анкетирование показало, что о наркотиках знали все респонденты. Наиболее частым источником информации является телевидение. Так, 462 (74, 0%) подростков впервые узнали о наркотиках узнали через телевидение и видео, 75 (12,0%) – от родителей, 34 (5,4%) – от друзей, 28

(4,5%) – от учителей, 13 (2,1%) – из прессы, 12 (1,9%) человек – от других источников. Следует отметить, что только в 12% случаев о наркотиках подростки узнавали от родителей, что указывает на то, что родители должны более тесно общаться со своими детьми и проводить профилактику наркомании уже в семье.

Важную роль играет эмоциональный контакт ребенка и родителей. Ведь в семье, где ребенок получает правильное воспитание, где он может говорить с родителями на любые темы, где родители раскрывают сущность наркомании, говорят о её пагубности, не развивается пристрастие к наркотикам.

Выводы: Данные нашего исследования показывают, что уже в подростковом возрасте проблема наркомании является чрезвычайно актуальной и в решении этой проблемы большую роль должна играть семья.

СЕЗОННАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ГО ТИПА.

**Каримова Н.А. Каримова З.Ш., Ибатова Ш.М.
Самаркандский государственный медицинский институт**

Актуальность. Наиболее тяжелым осложнением сахарного диабета 1 го типа является нефропатия. Обострение нефропатий имеет определенную сезонность. В связи с этим выявление сезонности обострения и профилактики является актуальным.

Цель исследования. Определение влияния жаркого климата на течение нефропатий у больных сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования: было проведено обследование в разные сезоны года у 47 здоровых детей в возрасте от 5 до 14 лет и 32 больных сахарным диабетом 1го типа с нефропатией. Определялась клубочковая фильтрация. Для определения состояния перекисного окисления липидов проводилось обследование на содержание малонового диальдегида.

Результаты исследования. Установлены отчетливые изменения в функционировании почек. В условиях летней жары клубочковая фильтрация на 25-40% ниже по сравнению с нормативами умеренного климата. Минутный диурез у здоровых летом 0,42 мл/мин, зимой 0,74 мл/мин; сахарным диабетом - 0,42мл/мин. зимой 0,35мл/мин. У здоровых детей уровень малонового диальдегида летом в стадии обострения 7,93 ±0,59 нмоль/мг/липидов, зимой 5,75 ±0,2нмоль/мг липидов (p<0,01). Убольных сахарным диабетом с нефропатией летом 13,5±0,88 и зимой 8,6±2,06нмоль/мг/липидов (p<0,01) при достижении клинко-лабораторной ремиссии летом уровень малонового диальдегида оставался выше (5,2±0,3) чем зимой 4,75±0,35нмоль/мг/липидов(p<0,01). Нами был использован антиоксидант 10 дней инъекционно в возрастной дозировке, затем в течении последующих 20 дней перорально через 1 месяц нормализовалась активности ПОЛ, уровень был в пределах 4,75-5,34 нмоль/мг/липидов.

Таким образом, экстремальный фактор жаркого климата повышает активность перекисного окисления липидов, что приводит к дестабилизации мембран и обострению нефропатий наиболее эффективным и безопасным методом профилактики может быть использование антиоксиданта актовегина.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

**Каримова Н.А. Каримова З.Ш., Исламова Д.С.
Самаркандский государственный медицинский институт**

Актуальность. Проблема сахарного диабета 2 го типа, осложняющегося кардиопатией, нефропатией, нейропатией, энцефалопатией приводящей к инвалидизации и ранней смертности является актуальной.

Цель: изучение эффективности реабилитации антиоксидантной терапией в лечении осложнений у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. Обследовано 86 пацентов больных сахарным диабетом 2 го типа инсулинопотребным. Все пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от осложнения сахарного диабета на момент обследования. Первую группу составили 18 пациентов с кардиопатией, которые получали актовегин в дозе: 250 мл 20% р-ра в/в, ежедневно курс лечения 10 инъекций. Во вторую группу были включено 20 больных с диабетической стопой которые получали актовегина 500мл 20% р-ра 3 раза в неделю. В третью группу включены 28 больных нейропатиями 400мг х 3 раза, В четвертую группу включены 20 больных цереброваскулярными осложнениями 400мгх3 раза, 200 – 400 мг 2 раза в сутки внутрь– 1-2 месяца. Курс повторялся 3 – 4 раза в год либо без перерыва в зависимости от динамики процесса. При наличии язвенного процесса у больных с диабетической стопой применялась мазь актовегина в сочетании с инъекциями.

Результаты исследования. У больных с диабетической полинейропатией наблюдалось после лечения увеличение скорости проведения возбуждения по нервам, оживление сухожильных рефлексов, улучшение болевой, вибрационной и тактильной чувствительности, уменьшение болевого синдрома увеличение прогулочного расстояния, улучшение самочувствия. У больных с диабетической энцефалопатией наблюдался, ноотропный эффект, актовегин улучшал когнитивные функции у пациентов У больных с диабетической стопой восстановление и заживление язв.

Таким образом, благодаря комплексному антиоксидантному воздействию актовегина возможна реабилитация тяжелых осложнений у больных инсулинопотребным сахарным диабетом 2 го типа и включение его в комплексную терапию.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ - ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ГО ТИПА.

**Каримова З.Ш., Каримова Н., Маматкулова Ф.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан.**

Актуальность. Число больных сахарным диабетом детей в течение 5 лет увеличилось наряду с этим течением диабета в 23% осложняется нефропатией.

Цель работы. Изучение клинико-генеалогических и биохимических особенностей у детей больных сахарным диабетом I го типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 детей сахарным диабетом I го типа в возрасте 1-14 лет, из них 23 мальчика (38,3%), 37 девочек (61,7%). Всем больным составлены родословные. Мочевую кислоту (МК) в крови и моче определяли методом Мюллер-Зейфертта в описании О.В Травиной (1955), ксантинооксидазу по методу Э.А Юрьевой с соавт. (1991). Критерием гиперурикемии (ГУ) считали уровень концентрации в крови $МК > 0,300$ ммоль/л гиперурикозурии (ГУУ) экскрецию с мочой $> 5,2$ ммоль/с (или $> 0,30$ ммоль/с /кг).

Результаты. Установлено, что генеалогия детей с ГУ и урикозурической нефропатией отчетливо отягощена спектром патологий, обычно ассоциированных метаболическим синдромом (МС). Так были собраны сведения о 1376 родственниках. В общей выборке общая заболеваемость составляет 34,7%. Выявлена высокая частота в структуре заболеваний патологии сердечно-сосудистой системы (46,7%), в том числе гипертоническая болезнь (66,7%), гипотония (18,7%), заболевания гепатобилиарной системы (19,7%), ОМС (20,5%), заболевания с отложением солей, (19,7%), нервно-психические заболевания (12,7%), аллергические заболевания (19,2%), ожирение, сахарный диабет (17,1%). Оказалось, коэффициент наследуемости предрасположенности к нефропатиям среди родственников I и II степени родства составляет $69,8 + 15,4\%$ и $57,3 + 8,1\%$ т.е. значимость наследственного компонента в возникновении нефропатии высокий в семьях пробандов с урикемической нефропатией. Роль наследственной предрасположенности к заболеваниям ассоциирующим с МС значителен: с патологией ССС $64,2\% \pm 11,0$, мочекаменной болезни $-51,2 \pm 8,4$, аллергическим заболеваниям $-54,6 + 3,0\%$, СОС-70,0 + 18,6%, т.е. в возникновении этих заболеваний преобладает удельный вес наследственных компонентов ($> 50\%$), но значителен и удельный вес внешне средовых факторов, выявления которых позволяет провести первичную профилактику указанных заболеваний. В качестве ведущего биохимического критерия состояния обмена пуринов исследовали уровень урикемии, урикозурии и ксантинооксидазы (КО). Уровень МК в крови и моче у детей в возрасте с 1-3 лет: $0,242 \pm 0,01$ ммоль/л и $4,13 + 0,24$ ммоль/л соответственно; у детей 4-7 лет $0,227 \pm 0,003$ и $3,39 + 0,19$ ммоль/л, у детей 8-14 лет $0,225 + 0,006$ и $3,89 \pm 0,35$ ммоль/л соответственно. Уровень урикемии и урикозурии у больных детей первой группы $-0,352 \pm 0,01$, второй $-0,330 + 0,01$ и треть $0,335 + 0,009$ ($P < 0,001$). Показатель эндогенного образования МК был выше у детей с урикозурической нефропатией на 45% по сравнению со здоровыми (соответственно $14,8 + 0,1$ и $8,7 \pm 0,04\%$ $P < 0,001$). У пробандов с урикозурической нефропатией ГУ сопровождается дислипидемией, выявлен «атерогенный» тип соотношения липидов: гиперхолестеринемия обнаружено у 44,8% пробандов, сочетание гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии ($> 1,3$ ммоль/л), у 27,9% пробандов. У сибсов уже на стадии нарушений на фоне ГУ до манифестации нефропатии выявлено увеличение уровня общего холестерина до $8,39 \pm 0,35$ ммоль/л при норме $4,39 + 0,47$ ммоль/л ($P < 0,001$). Следовательно, ГУ является важным компонентом высокого риска его формирования. Ранее выявление и коррекция ГУ является важным элементом превентивной профилактики урикозурических нефропатий и формирования МС и ассоциированных с ним заболеваний.

Выводы. Таким образом, сахарный диабет у детей характеризуется высокой частотой в генеалогии ряда заболеваний ассоциированных МС, установлен высокий коэффициент наследственной предрасположенности к ним. ГУ при урикозурической нефропатией сопряжен дислипидемией - гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией - важными компонентами МС. Своевременная диетомедикаментозная коррекция ГУ может явиться важным терапевтическим ключом в первичной профилактике: заболеваний ассоциированных МС.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА В РЕГИОНЕ ЙОДДЕФИЦИТА

Каримова З.Ш., Исламова Д.С.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Гестационный период в регионе йоддефицита осложняется патологией плода аномалией развития, невынашиванием беременности, бесплодием. Проблема йоддефицита социально значима, так как приводит к инвалидизации и смертности.

Цель исследования. Изучить причины патологии гестационного периода.

Материалы и методы исследования. Обследовано 107 беременных в возрасте 23-35 лет. Из анамнеза установлено, что до беременности была патология репродуктивной системы, дисменорея у 70 девочек, гипоменструальный синдром у 27 и аменорея у 10. Патология репродуктивной системы у девочек наблюдалась на фоне отставания в физическом развитии 72, гиперандрогения у 18%. Гормональный фон у девочек оценивался по содержанию гормонов щитовидной железы ТТГ, Т3, Т4, гормонов гипофиза ФСГ, ЛГ и эстрогена.

Результаты. В результате исследования установлено снижение уровня трийодтиронина с $1,8 \pm 1,6$ нмоль/г. Уровень эстрогенов определялось по менструальному циклу на 7-й день $192 \pm 25,5$ нмоль/л, на 10-й день $304,2 \pm 34,5$ нмоль/л. Содержание эстрогенных гормонов в 1,5 раза ниже контрольной группы. Коррекция проводилась л-тироксином в дозе 100 мг на весь гестационный период и после рождения.

Выводы. Ведущей причиной патологии физического и полового развития является гипофункция щитовидной железы. Своевременная диагностика нарушений функций щитовидной железы и гормональная коррекция предотвратит развитие патологию гестационного периода.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Каримова З.Ш., Каримова Н.А, Наимов С.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ среди детей пубертатного возраста метаболический синдром прогрессирует (13%) Однако в регионе йоддефицита метаболический синдром сопровождается патологией связанную с гипопункцией щитовидной железы и нефритом.

Цель работы. Изучение клинической эффективности комплексного лечения нефрита у больных гипотиреозом с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 46 детей больных гипотиреозом в возрасте от 2 до 14 лет с метаболическим синдромом, осложненным дисметаболическим интерстициальным нефритом. Критериями для включения больных детей и контрольную группы были особенности семейного анамнеза (отягощенность урикопатиями), уровень урикемии >0,3 ммоль/л, урикозурии >3,5 ммоль/л, уратурии >1 мг мочи. Для оценки эффективности наряду с общеклиническими исследованиями (антропометрию, индекс массы тела, липидограмма, нагрузочные пробы), определяли диурез, клиренс креатинина формулой Schwartz, мочевую кислоту (МК) по Мюллер-Зейферту, уратов по Гопкинсу, оксалатов по Н.В Дмитриевой. Все дети получали однотипную базисную терапию л-тироксина в возрастной дозировке, малопуриновую диету. В основной группе (26 детей) наряду с базисной терапией, с первого дня лечения дети получали Канефрона® Н в возрастных дозах в течении 2 месяцев, II группа получала только базисную диетомедикаментозную терапию.

Результаты. Установлено, что сниженный диурез у детей с развившимся ИН на фоне метаболического синдрома, уже через 10 дней лечения достоверно увеличивается в основной группе на 28,3%, в контрольной 16%. А через двухмесячное лечение, соответственно на 42 и 26%. Наряду с этим, возрастная суточная экскреция МК на фоне увеличения диуреза не снижается. Этому соответствует снижение гиперурикемии от 0,335 ммоль/л до 0,227 ±0,01 ммоль/л, клиренс МК от 13,45±1,09 до 8,75±0,07 мл/мин, показателя эндогенного образования МК от 12,75±0,09 до 7,43%. На фоне канефрона нормализовались коэффициенты оксалатов, уратов и кальция креатинину. Этому соответствовала ранняя нормализация мочевого осадка и функциональных показателей почек.

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о целесообразности, высокой эффективности использования Канефрона® Н при лечении дисметаболического ИН у детей.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Каримова Н.А., Каримова З.Ш., Исламова Д.С.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности течения сахарного диабета 1го типа у детей, осложненного метаболическим синдромом, обусловленного экзогенной недостаточностью поджелудочной железы.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе эндокринологического отделения за период с 2015 по 2017 год. Обследовано 94 больных в возрасте от 13 до 16 лет. Из них 53 девочки и 41 мальчика.

Результаты. Установлено, что средний уровень гликемии у обследуемых больных составил натощак 7,1±0,01 ммоль/л, постглангулярная 9,8±1,47 ммоль/л. Гликированный гемоглобин HAI исследовался иммуноферментным методом на аппарате IMX фирмы «ABBOT LABORATORIES» составил 9,6±0,36 %. Клинические проявления экзокринной недостаточности у детей больных сахарным диабетом 1го типа клинически проявлялась болями в животе, тошнотой, рвотой, метеоризмом, запорами, чередующиеся диареей. Экзокринная недостаточность была обусловлена нарушением диеты и обуславливала декомпенсацию сахарного диабета в 14 случаях приведшая к кетоацидотической коме. При исследовании липидного обмена содержание холестерина составило 6,4±1,07 ммоль/л, уровень амилазы сыворотки крови составил 56±1,86 ед/л (пр норме 23-32 ед/л). По данным ультразвукового обследования у детей с декомпенсацией экзокринной функции поджелудочной железы в 78% выявлялось отек и уплотнение поджелудочной железы. В комплексную терапию был включен препарат креон 10000 ед, содержащий 300 мг панкреатина, липазы 1800 ед амилазы 9000 МЕ, протеазы 450 МЕ. Преимущество данного препарата в наличии энтеросолюбильной оболочки, устойчивой к действию соляной кислоты желудка и быстро растворяющейся в 12-ти перстной кишке. Препарат назначался по 1 кап x 2 раза в сутки в течение месяца. На фоне лечения к 12 дню исчезли клинические симптомы экзокринной недостаточности. Нормализация амилазы до уровня 28±1,8 ед/л и холестерина до уровня 5,2±1,04 ммоль/л происходила на 28-30 день.

Выводы. Необходимо контролировать экзокринную функцию поджелудочно железы путем определения амилазы крови, т.к. возмещение энергетической потребности у детей больных сахарным диабетом происходит за счет жиров, что вызывает дефицит синтеза липазы. Включение креона в комплексную терапию больных сахарным диабетом детей восстанавливает метаболические нарушения обмена жиров и углеводов.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Касимова Н.К., Юлдашева Х.К., Абдуллаева Г.А., Рузи-Ахунова Н.К., Авазбеков Л.А., Махмудов А.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Частота сахарного диабета (СД) во всем мире неуклонно растет. У половины больных СД остается не диагностированным, вплоть до появления осложнений. Проблема ещё более ухудшается в лечении сахарного диабета типа 2 (СД-2), в основе которого лежит инсулин резистентность. СД-2, в свою очередь, является предиктором сердечной недостаточности (СН), приводящий к ремоделированию левого желудочка (ЛЖ). Из всех клинических исследований, посвященных этой проблеме, лишь в немногих изучали СН у больных с СД. Как известно, выделяют систолическую СН, проявляющейся уменьшением фракции выброса левого желудочка и диастолическую - нарушением релаксации миокарда.

Основными причинами хронической СН (ХСН) являются артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца (АГ и ИБС). Имеют значение также другие факторы – курение, избыточная масса тела, гиподинамия, СД-2, а также гликемический контроль диабета.

Целью исследования явилось изучение вклада СД 2 типа на ЭХОКГ показатели при ХСН и ОСН.

Материал и методы исследования:

В отделении экстренной кардиологии Андиганского филиала РНЦЭМП проведён анализ 122 больных с сердечной недостаточностью. Обследованные были разделены на две группы – больные с острой и хронической недостаточностью, а по сочетанию с СД-2 – на 4 подгруппы.

I	ХСН с СД-2	(28 больных);
II	ХСН без СД-2	(26 больных);
III	ОСН с СД-2	(32 больных)
IV	ОСН без СД-2	(36 больных).

Обследование проводилось при поступлении в приёмное отделение на аппарате для ультразвукового исследования Sonoscare 5500, производства Китай. Фиксировались ЭхоКГ показатели работы левого желудочка, фракция выброса (ФВ), замеры толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), определялись типы ремоделирования ЛЖ (концентрическая и эксцентрическая), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Диагноз СД-2 устанавливали на основании анамнеза, клинических проявлений, подкреплённых лабораторными данными.

Результаты:

Систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) в первой подгруппе была выраженная и проявлялась достоверно низкими значениями фракции выброса (ФВ) ЛЖ по сравнению со второй подгруппой ($41,8 \pm 2,2$ и $31,7 \pm 1,6\%$ соответственно $P < 0,01$).

Выявлена относительная гипертрофия стенок ЛЖ во второй подгруппе (толщина МЖП и ЗСЛЖ была $12,8 \pm 0,8$ мм и $12,3 \pm 3,7$ мм) в то время, как у больных первой подгруппы она истончена ($10,5 \pm 0,3$ $P < 0,05$ и $10,6 \pm 0,3$; $P > 0,05$). Аналогичная картина наблюдалась у пациентов третьей и четвертой подгрупп.

Все типы ремоделирования ЛЖ (концентрическая и эксцентрическая) у лиц первой и третьей подгрупп были выше. В третьей подгруппе эксцентрическая ГЛЖ была у $71,7\%$; $P < 0,05$), тогда как в четвертой подгруппе она намного ниже (10%). Концентрическая ГЛЖ в третьей подгруппе была у $30,3\%$ больных, тогда как в четвертой она была также намного ниже.

Такие же изменения наблюдали в первой и во второй подгруппах. Во всех подгруппах функциональные нарушения сердца были обусловлены систоло - диастолическими нарушениями и встречались они чаще в третьей подгруппе ($70,8\%$).

Выводы:

У больных ХСН с СД-2 имеет место явление взаимного отягощения, что приводит к значительному ухудшению тяжести обеих нозологий.

Низкие значения ФВ ЛЖ, истончение стенок МЖП и ЗСЛЖ, концентрический и эксцентрический тип ремоделирования ЛЖ при хронической и острой СН встречается намного чаще при сочетании с СД-2.

Строгий контроль и стабилизация СД-2 являются положительным фактором в лечении ХСН и ОСН.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАРВЕДИЛОЛА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ.

Касимова Н.К., Юлдашева Х.К., Абдуллаева Г.А., Рузи-Ахунова Н.К., Махмудов А.А., Авазбеков Л.А.

РНЦЭМП Андиганский филиал

Цель исследования: Оценить эффективность препарата карведилол у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: Обследованы 60 больных с ОКС, которые поступили на лечение в экстренном порядке в кардиологическое отделение Андиганского филиала РНЦЭМП. Все больные были разделены на две группы в зависимости от регулярности приема лекарственных препаратов.

Первая группа – основная, 38 больных, вторая – контрольная, 22 больных. Обеим группам проводилась базисная терапия с подключением карведилола. Комбинация карведилола с базисной терапией нам показалась привлекательной в зависимости от воздействия на частоту сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД) и улучшения клинического состояния. Эффективность зависела от дозировки и темпоральности приема карведилола.

Контрольная, вторая группа отличалась тем, что больные неграмотно, пренебрежительно относились к лечению и нарушали регулярность лечения. Даже длительное наблюдение за ними указывало на беспорядочный прием препаратов.

Результаты: После проведенной терапии у пациентов имела место положительная динамика со стороны гемодинамических показателей, которые характеризовались достоверным снижением ЧСС, систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД). Число эпизодов депрессии сегмента ST снижалось уже в первые трое суток. Через 6 месяцев регулярного приёма отмечали снижение ЧСС на $23,4\%$. Анализируя данные ЭхоКГ, следует отметить, что наблюдалась тенденция к улучшению конечно-диастолического размера (КДР) и конечно-диастолического объёма (КДО). Признаки вероятности повторного ОКС уменьшились на 72% .

Во второй группе со стороны гемодинамических показателей снижение САД и ДАД было у 14 больных (64%). Депрессии сегмента ST держались даже на четвертые сутки. А через 6 месяцев лечения снижение ЧСС отмечались не у всех больных и это происходило на фоне с незначительными изменениями на ЭКГ и ЭхоКГ, что возможно связано с небольшим сроком, нерегулярным приёмом карведилола. Возможно, что больные нарушали не только приём карведилола, но и поддерживали установленный режим базисной терапии.

Выводы: Таким образом, на фоне базисной терапии у лиц, перенесших ОКС, регулярный приём карведилола приводит к положительным изменениям гемодинамики с улучшением ЭКГ и ЭхоКГ признаков. Регулярный приём карведилола в течении первого года ОКС в адекватных дозах оказывает антиишемический эффект.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

**Касымова С.А., Далимова К.М., Абдуллаева Л.И.
Андижанский государственный медицинский институт**

Судорожный синдром определяется как патологическое состояние, проявляющееся произвольными сокращениями поперечно-полосатой мускулатуры. В основе патогенеза судорожных состояний лежат инфекционные, токсические или водно-электролитные нарушения, преимущественно в головном мозге. Бесспорным фактором патогенеза также являются ишемия или гипоксия головного мозга.

Условно судорожные синдромы делятся на истинные (эпилептические), к которым относятся эпилепсия, эпилептический статус и неспецифические, вторичные или симптоматические (неэпилептические). К этой группе синдромов можно отнести фебрильные судороги, тетанию, спазмофилию, эклампсию. Терапия судорожных синдромов проводится от типа судорожных состояний и в комплексе, который включает антиконвульсантную, седативную, антиоксидантную терапию. При судорожных состояниях неэпилептического генеза не рекомендуют назначение антиконвульсантов, но применение антиоксидантной терапии является непременным условием терапии.

Одним из современных антиоксидантных препаратов является Нейрокс, обладающим антигипоксическим, стрессопротекторным, ноотропным, противосудорожным и ангиолитическим действием. Механизм действия обусловлен антиоксидантными и мембранопротекторными свойствами. Подавляет перекисное окисление липидов, повышает активность супероксидоксидазы, повышает соотношение липид-белок, улучшает структуру и функцию мембраны клеток.

Методы исследования: под нашим наблюдением находились 40 детей в возрасте от 3 до 10 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Первой группе в составе комплексного лечения был назначен препарат Нейрокс по 2.0 мл внутримышечно. Курс инъекций составлял 10-15 инъекций.

Результаты исследования показали, что у группы пациентов, получавших препарат Нейрокс урежение приступов с последующим купированием отмечалось уже к 6-7 дню от начала лечения. Когда как у группы пациентов, не получавших исследуемый препарат, купирование приступов наблюдалось намного позже, после подключения препарата Нейрокс.

Вывод: наши исследования показали, что препарат Нейрокс, усиливая действие антиконвульсантов, оказывает противосудорожное действие, что приводит к урежению приступов и позволяет повысить контролируемость припадков.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ, ОСЛОЖНЁННОМ СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

**Касымова С.А., Насирдинова Н.А. Кучкарова О.Б.
Андижанский государственный медицинский институт**

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это прогрессирующие неврологические расстройства, возникающие в результате повреждения нервной системы на разных этапах развития. Клиническая картина ДЦП определяется не только характером двигательных, когнитивных и психических расстройств, но и другими неврологическими нарушениями, которые значительно влияют на развитие ребёнка. Одним из таких осложнений является судорожный синдром

Одним из ведущих синдромов ДЦП, являются двигательные и когнитивные расстройства, которые ведут к трудностям социальной адаптации. В лечении когнитивных и двигательных расстройств патогенетическим звеном является терапия ноотропами и нейропротекторами. Но наличие судорожных состояний является прямым противопоказанием в назначении данных групп, которые обладают активирующим действием на головной мозг, что в свою очередь провоцирует пароксизмы.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с диагнозом Детский церебральный паралич. Судорожный синдром. Возраст детей составлял от 2 до 5 лет.. Судорожный синдром был подтверждён ЭЭГ. Все больные получали противосудорожную терапию. Все дети были разделены на 2 группы. Первой (контрольной) группе на фоне базисной терапии, в зависимости от формы ДЦП, был назначен кортексин 5мг 3.0 в/м в течении 20 дней. Вторая группа получала базисную терапию без нейропротекции. Результаты оценивались на 25 день от начала терапии.

Результаты исследований показали: в группе больных, получавших кортексин, отмечался прогресс в познавательных функциях: улучшилась речь, внимание, двигательные функции(стали удерживать игрушки в руках,улучшилась ходьба), отмечалось приобретение новых навыков. Во время терапии кортексином приступы судорог не наблюдались., отмечалась незначительная, но положительная динамика на ЭЭГ. Когда во второй группе такого прогресса не наблюдалось.

Выводы: В лечении когнитивных расстройств назначение ноотропов и нейропротекторов являются обязательным условием, но судорожные состояния ограничивают терапию данными препаратами. Длительная терапия антиконвульсантами замедляет дальнейшее развитие головного мозга. ,это ведёт к замедлению познавательных способностей. Кортексин, обладая ноотропным и нейропротекторным действием, активизирует пептиды нейронов и нейротрофические факторы головного мозга, оптимизирует баланс метаболизма возбуждающих и тормозных аминокислот, дофамина, серотонина, оказывает ГАМК эргическое воздействие, снижает уровень пароксизмальной судорожной активности мозга, способствует улучшению его биоэлектрической активности.

ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАШХИСИДА НАФАС АНАЛИЗИНИНГ АХАМИЯТИ

Кодирова Г.И., Таджибоева М.И., Таштемирова И.М., Холикова Д.С.

Андижон давлат тиббиёт институти

Юрак ишемик касалликларини аниқлашда тиббий диагностика ноинвазив технологияларни жорий қилишга кўпроқ эътиборни қаратмоқда. Электрокардиография усуллари янги рақамли технологиялар асосида узлуксиз кузатиш имконини берса, магнит резонансли томографлар воситасида юқори сифатли ангиографик тасвирлар олинмоқда ва улар васкуляр тадқиқотларда катта самара бермоқда. Бироқ, атеросклероз ва юрак тўқималари ишемияси организмдаги моддалар алмашувининг бузилишининг оқибати бўлгани учун, бундай касалликларни барвақт аниқлашда, айниқса, лаборатория усулларининг ахамияти каттадир. Бу соҳада сунги 20 йил ичида нафас анализига, истиқболли усул сифатида кўпроқ эътибор берилмоқда. Газ анализи соҳасида кейинги йилларда қўлга киритилган ютуқлар нафас таркибидаги жуда оз миқдордаги турли органик моддаларни аниқлаш имконини берди.

Ишнинг мақсади: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) билан хасталанган одамларда чиқарилган нафасида учувчан аминларни аниқлаш. Юракни ишемик касалликларини аниқлашда тиббий диагностика ноинвазив технологияларни жорий қилишга кўпроқ эътиборни қаратмоқда.

Материаллар ва методлар: «Нафас» диагностик курилмаси. Курилма куйидаги вазифаларни бажариш имконини беради: нафас чиқаргандаги хавони тўплаш ва унинг таркибидаги аминларни ушлаб қолиш; тўпланган хавони датчикка йуналтириш ва газ окимининг тезлиги, температураси ва босимини узлуксиз кузатиш; тўпланган газ таркибидаги аминларни миқдорини қайд қилиш.

Натижалар: ЮИК хусусан стенокардия, миокард инфаркти ва постинфаркт кардиосклерози даврида марказий нерв системасининг экстракардиал таъсир механизмини билиш бу касалликларни даволашда ахамиятга эгадир. Нафас таркибидаги аминларни аниқлаш асосида стенокардия ва постинфаркт кардиосклероз касалликларини дифференциация қилиш мумкинлиги кўрсатилган. Соғлом одамларда олиб борилган кузатишлар, уларнинг нафаси таркибида аминлар йуқлигини кўрсатди. Нафас олгандаги хаво таркибида мавжуд аминлар $(74 \pm 2) \cdot 10^{-9}$ г/с бўлиб, нафас чиқаргандаги хаво таркибида аниқланган аминлар миқдори 95% дан кам бўлмаган ишончилилик билан ($t > 2$, $p < 0.05$) юқоридаги қийматдан фарқ қилмайди. Постинфаркт кардиосклерози кузатилган одамларнинг нафаси таркибида $(178 \pm 22) \cdot 10^{-9}$ г/л миқдорида иккиламчи аминлар бўлиши мумкинлиги кузатилди. Стенокардия касалигини стабил тури II-III функционал синфга мансуб 25 та беморда эса нафаси таркибида $(85 \pm 6) \cdot 10^{-9}$ г/л миқдорида иккиламчи аминлар.

Хулосалар: Шундай қилиб моделга биноан ўткир инфаркт миокарднинг ривожланишида ахамиятга эга бўлган иккита параметр: соғлом миокарднинг бирлик юзаси сиртида спонтан хосил булган локал ишемик зоналар сони ва уларнинг юзаси учун характерли қийматни ҳисоблаб топиш мумкин. Иккиламчи аминларнинг чегарада интенсив хосил булишини тахмин қилсак, у ҳолда беморлар нафаси таркибидаги аминлар миқдорига ҳос юқорида келтирилган «узун думли» тақсимотни тушуниш мумкин. Назарий ва клиник тадқиқотларимизга асосланиб, куйидаги хулосани қиламиз. Иккиламчи аминлар ЮИКни ташхисида ахамиятга эга бўлиб, уларни аниқлашда сирт ионизациясига асосланган ута сезгир ва селектив аминлар газанализаторидан фойдаланиш имкониятлари мавжуд. Иккиламчи аминлар соғлом ва ишемияга учраган тўқималар чегарасида хосил бўлиб, унинг хосил булиши критик жараёнлар назарияси асосида таҳлил қилиниши мумкин.

РОЛЬ АНАЛИЗА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Таджибоева М.И., Вахабов Б.М., Насирдинов Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Теоретические исследования обмена биогенных аминов в условиях гипоксии выявили механизмы образования летучих метаболитов биогенных аминов. Метод анализа выдыхаемого воздуха (ВВ) основан на использовании современных методов эмиссионной электроники и газового анализа. Поверхностно-ионизационный датчик с высокой чувствительностью и селективностью к аминам применяется для газовой хроматографии. На основе данной техники проведены разработки по созданию нового прибора диагностики ИБС на основе анализа летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ.

Целью данной работы явилось исследование летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ у больных инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных мужского пола в возрасте от 31 до 68 лет страдающих ишемической болезнью сердца.

45 больных были рандомизированы на 2 группы с учетом поставленного диагноза. У 25-х больных был выставлен диагноз ИБС QMI (в возрасте от 31 до 68 лет); у 20-ти мужчин выставлен диагноз ИБС NQMI (от 35 до 60 лет).

Контрольную группу составили 20 больных в возрасте от 30 до 55 лет.

Пробы ВВ для анализа у больных с инфарктом миокарда брались на первые сутки поступления больного в стационар, на 7-8-е сутки и на 12-14-е сутки заболевания. При выборе больных для анализа ВВ исключалась патология органов дыхания.

Результаты исследований. При обследовании больных QMI в первые дни поступления в стационар отмечалось повышенное содержание летучих аминов в ВВ. И если у больных NQMI на 1-ые сутки повышался уровень метаболитов биогенных аминов на 412,1%, то у больных QMI повышена в 11,8 раз по сравнению со здоровыми. На 7-8-е сутки содержание аминов в ВВ у больных QMI понижалось до $582 \pm 27,29 \times 10^{-9}$ г/л, что в 7,8 раз превышал показатель здоровых. На 12-14 сутки отмечалось значительное снижение содержания аминов в ВВ у больных QMI до $301 \pm 17,91 \times 10^{-9}$ г/л, что в 4 раз выше контрольной группы.

Обследование больных NQMI проводилось при поступлении, далее на 7-8 сутки пребывания и на 12-14 сутки. На первые сутки отмечалось значительное повышение до $379 \pm 41 \times 10^{-9}$ г/л летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ, что в 5,1 раза превышает показатель контроля ($P < 0,001$). На 7-8 сутки заболевания прослеживается незначительное снижение метаболитов биогенных аминов до $301 \pm 49 \times 10^{-9}$ г/л, что в 4 раз выше показателя группы здоровых ($P < 0,001$). А на 12-14 сутки уровень диэтиламина спускается до $207 \pm 47 \times 10^{-9}$ г/л, что в 2,7 раза превышает уровень контроля ($P < 0,001$).

Обсуждение результатов. В ходе нашей работы были получены интересные и важные данные, открывающие определенные перспективы дальнейших исследований. Газоаналитическим методом были обнаружены летучие метаболиты биогенных аминов в выдыхаемом у больных ИБС и клинически здоровых людей.

Нами впервые был проведен анализ ВВ с выявлением диэтиламина колориметрическим методом у больных с инфарктом миокарда. В наших работах было показано повышенное содержание диэтиламина в ВВ в острый период инфаркта миокарда, в подострый период и в период рубцевания прослеживается снижение содержания вторичных аминов, но до уровня здоровых не доходит.

Прослеживаемое в нашей работе различие в выведении аминов в ВВ может стать надежным маркером для ранней диагностики предынфарктного состояния. Простые в использовании и дешевые методы анализа ВВ помогут обнаружить заболевания на самых ранних стадиях ИБС.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 244 больных женщин 20-49 летнего возраста ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Эпидемиологический мониторинг хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) и их факторов риска осуществлялся с применением общепринятых и стандартизованных методов, рекомендованных ВОЗом (1996): опросных, инструментальных и биохимических.

Выявлено, что распространенность ХОБЛ, определенных по степени тяжести, была следующей: ХОБЛ I-ой стадии – 1,1%, ХОБЛ II-ой стадии – 6,8%, ХОБЛ III-ей стадии – 13,3% и ХОБЛ IV-ой стадии – 9,9%.

Необходимо учитывать и то, что среди обследованных в основном наблюдаются тяжелые (16,4%) и крайне тяжелые формы (11,2%) ХОБЛ. ХОБЛ с легким течением выявлено лишь в 1,1% случаев, а в 6,8% случаев отмечено ХОБЛ со среднетяжелым течением.

Очевидно, что ХОБЛ IV стадии и III стадии по сравнению с легкой степени заболевания у них выявлены с увеличением на 24,9% или в 9 раз ($P < 0,001$) и на 12,2% или в 12,1 раз ($P < 0,001$) – соответственно.

В целом, наше исследование показывает, что ВИЧ-инфицированные лица женщин репродуктивного возраста представляют собой группу повышенного риска в отношении наличия тяжелых форм ХОБЛ.

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт.**

В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 244 больных женщин репродуктивного возраста ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

При формировании выборки, проведении эпидемиологического мониторинга, выявлении факторов риска (ФР) и диагностике хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ), а также ВИЧ-инфекции применялись стандартизованные и унифицированные методы.

Отмечено, что среди обследованных женщин отмечается высокие показатели распространенности (кроме низких уровней курения, потребление наркотических веществ (ПНВ), избыточное употребление алкоголя (ИПА), избыточная масса тела (ИМТ) и артериальная гипертензия (АГ)) модифицируемых факторов риска (МФР).

Так, установлено следующие уровни распространенности МФР в популяции ВИЧ-инфицированных женщин 20-49 летнего возраста – соответственно: курение – 3,4% ($P < 0,001$), ПНВ – 2,3% ($P < 0,001$), ОФА – 85,6% ($P > 0,05$), нерациональное питание – 61,5% ($P < 0,05$), ИМТ – 3,4% ($P > 0,05$) и АГ – 15,2% ($P < 0,05$).

Приведенные данные указывают на необходимость постоянного клинического мониторинга этих МФР у больных ХОБЛ с ВИЧ-инфекцией и целесообразность назначения соответствующих препаратов.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 244 больных женщин ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Эпидемиологический мониторинг хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) и их факторов риска осуществлялся с применением общепринятых и стандартизованных методов, рекомендованных ВОЗом (1996): опросных, инструментальных и биохимических.

Встречаемость клинических симптомов и синдромов у женщин и мужчин существенно различаться, сравнительно тяжелое течение и высокая частота выявляемости признаков ХОБЛ отмечается среди ВИЧ-инфицированных мужчин.

Так, частота отдельных симптомов и синдромов ХОБЛ у женщин репродуктивного возраста ВИЧ-инфицированных 20-69 лет установлены следующим образом соответственно: хроническая кашель – 31,3% ($P < 0,05$), хроническая продукция мокроты – 43,4% ($P > 0,05$), одышка – 32,3% ($P > 0,05$), выраженный цианоз – 41,4% ($P < 0,05$), дыхательная недостаточность – 15,2% ($P > 0,05$), легочное сердце – 41,4% ($P < 0,05$), сочетание ХОБЛ с БА – 0,5% и снижение ОФВ₁/ЖЕЛ – 33,4% ($P < 0,05$).

У женщин репродуктивного возраста, другие основные симптомы и синдромы ХОБЛ также наблюдались с разницей в показателях выявляемости. Индекс курящего ≥ 10 пачка-лет отмечено у 2,0% больных женщин с ХОБЛ ($P < 0,001$), эмфизематозная форма ХОБЛ – 2,5% ($P < 0,01$), бронхитическая форма ХОБЛ – 39,8% ($P < 0,05$), снижение массы тела – 29,1% ($P < 0,05$), головная боль по утрам – 2,5% ($P < 0,05$) и нарушение сна – 3,5% ($P < 0,05$).

У женщин репродуктивного возраста ВИЧ-инфицированных ХОБЛ проявилась частыми эпизодами в течение года ОРВИ – 3,0% ($P > 0,05$), хроническим субфебрилитетом – 15,7% случаев ($P < 0,05$), стоматитами – 9,6% случаев ($P < 0,05$), дерматитами – 9,1% ($P < 0,05$), аллергическими болезнями – 2,5% ($P > 0,05$), опоясывающим лишаем – 4,0% ($P > 0,05$), гепатитами В и С – 8,1%, гломерулонефритом – 8,1% ($P > 0,05$) и неврологическими расстройствами – 24,2% случаев ($P < 0,05$).

Лабораторные показатели характеризовались более выраженными патологическими сдвигами у 29,8% женщин ВИЧ-инфицированных с ХОБЛ ($P < 0,05$).

Таким образом, у больных женщин ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции отмечаются значительное изменение течения заболевания и высокая встречаемость легочных (41,4% женщин) и внелегочных симптомов (35,4% женщин). Должно привлечь внимание практикующих врачей и отмеченный научный факт о том, что более чем в 2/3 случаев ХОБЛ у ВИЧ-инфицированных протекает или утяжеляется на фоне инфекционного синдрома (у 28,3% женщин, $P < 0,05$), аллергического синдрома (у 15,7% женщин, $P < 0,05$) и аутоиммунного синдрома (у 36,9% женщин, $P < 0,05$).

Приведенные данные указывают на необходимость постоянного клинического мониторинга этих клинических симптомов и синдромов у больных ХОБЛ с ВИЧ-инфекцией и целесообразность назначения соответствующих препаратов.

ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ С БИОХИМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Кодиров Д.А., Салахитдинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт.**

В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 244 больных женщин ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

При формировании выборки, проведении эпидемиологического мониторинга, выявлении факторов риска (ФР) и диагностике хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ), а также ВИЧ-инфекции применялись стандартизованные и унифицированные методы.

При наличии биохимических факторов риска у обследованных ХОБЛ отмечено со следующими показателями: при гиперхолестеринемии (ГХС) – 58,5% ($P < 0,05$), при гипертриглицеридемии (ГТГ) – 54,8% ($P < 0,05$), при гипергликемии (ГГЛ) – 48,7% ($P > 0,05$), при гиперурикемии (ГУ) – 32,9% ($P < 0,05$), при гипокалиодизии (ГКДЗ) – 67,0% ($P < 0,05$), при гипонатриодизии (ГНДЗ) – 85,3% ($P > 0,05$) и при гипокальциодизии (ГСаДЗ) – 57,8% ($P > 0,05$).

Наоборот, при отсутствии биохимических факторов риска отмечались существенно низкие показатели ХОБЛ: в группе лиц без ГХС со снижением частоты ХОБЛ на 17,1% ($P < 0,01$), в группе без ГТГ – на 25,5% ($P < 0,01$), в группе без ГГЛ – на 21,9% ($P < 0,05$), в группе популяции без ГУ – на 7,3% ($P < 0,001$), в группе без ГКДЗ – на 34,1% ($P < 0,05$), среди лиц без ГНДЗ – на 70,7% ($P > 0,05$) и в группе лиц без ГСаДЗ – снижением выявляемости ХОБЛ на 29,2% ($P < 0,05$) с ВИЧ-инфекцией.

Эти данные подтверждают наличие прямой коррелятивной связи ХОБЛ с биохимическими факторами риска у ВИЧ-инфицированной популяции. Наличие отмеченных факторов риска на фоне ВИЧ-инфекции ассоциируются с ухудшением эпидемиологических условий в отношении ХОБЛ, что требует проведения активной первичной, вторичной и третичной профилактики ХОБЛ среди данного контингента населения.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Косимова Н.Д., Юлдашев Р.Н., Юнусова З.В.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Актуальными направлениями в изучении этой проблемы являются исследования механизмов кардиопатогенного действия депрессии, особенности клиники и дифференциальной диагностики соматизированных депрессий в кардиологической практике, вопросы лечения депрессивных расстройств у больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Депрессия инициирует конкретные патофизиологические механизмы, которые кардинальным образом влияют на состояние сердечно – сосудистой системы.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической специфичности депрессивных расстройств у больных с ИБС. При обследовании и оценке факторов риска ИБС учитывали возраст, пол, длительность ИБС, профессиональные и поведенческие факторы риска, вредные привычки (курение, алкоголь), наследственную отягощенность ССЗ.

Материал и методы исследования: Для решения поставленных задач было проведено обследование 48 больных (м-28, 58,3%; ж-20, 41,7%), которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиники АГМИ.

Результаты исследования. Критерии включения в исследование: больные мужчины и женщины старше 18 лет с ИБС и депрессивными расстройствами. Критерии исключения из исследования: тяжелые сопутствующие заболевания (нарушения функции печени и почек ит.д.). Длительность анамнеза ИБС – до 34 лет; у ряда больных она выявлена впервые. У большинства больных ИБС диагностирована в возрасте 45 – 60 лет. У 10 больных в анамнезе был ишемический инсульт.

Клинико - катamnестические исследования больных с ИБС и депрессивными расстройствами позволили выделить их как соматогенные, эндогенные и психогенные расстройства.

Все больные были обследованы кардиологами с применением шкалы HADS. Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) использовали в целях скринингового выявления депрессии и тревоги. Для верификации скрининга и оценки тяжести симптомов депрессии применяли шкалу Гамильтона (HADS)

После назначения антидепрессантов состояние у 38 (62,5%) больных улучшилось. В связи с этим целесообразно назначение антидепрессантов в терапевтической практике.

Вывод: Результаты настоящего исследования подтверждают рациональность комплексного подхода в лечении больных с ИБС, который позволяет оптимизировать лечебно – диагностический процесс, способствует тактике реабилитации, улучшению качества жизни таких больных.

TUG‘ISH YOSHIDAGI AYOLLARDA SURUNKALI NOSPETSIFIK O‘PKA KASALLIKLARINING ENDEMIK XUSUSIYATLARI

**Kutlikova G.M., Kalandarov D.M., Kalandarov M., Sodikova D.T.
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Barcha o‘rganilgan xavf omillar ayollar populyasiyasida quyidagicha ifodalanib qayd etiladi: eng ko‘p darajada bioximik faktorlar - 27,1 foiz, ikkinchi darajali ahamiyat kasb etib ijtimoiy faktorlar - 26,6 foiz va nisbatan olganda kamroq bo‘lib epidemiologik faktorlar - 15,6 foiz va umumiy faktorlar - 17,4 foiz.

Bundan xulosa shuki, SNO‘K tug‘ish yoshidagi ayollarda "ko‘p omilli epidemiologik yo‘l" orqali shakllanib rivojlanadi, populyasiya strategiyasi integral tusli bo‘lishi darkor va uning profilaktikasiga oid dasturlar amaliyotda faqatgina tibbiyot xodimlarini ishtirok etishi maqsadga muvofiq bo‘lmaydi. Tibbiyotchilar 42,7 foiz hollarda faktorlarga ta‘sir qila olishliklari mumkin xolos; 44,0 foizdan ortiq hollarda davlat va jamoat tashkilotlari bevosita ishtiroki ta‘minlangandagina SNO‘K profilaktikasi maqsadlarini amalga oshirish imkoniyati tug‘iladi.

Demaq Farg‘ona vodiysi sharoitida surunkali nospetsifik o‘pka kasalliklarining xavfli omillarini tarqalishi fertil yoshida bo‘lgan ayollarda endemik xususiyatlarga ega bo‘ladilar, xususan: xavfli omillar eng ko‘p darajada 20-29 va 30-39 yoshli ayollar guruhlarida ifodalanib aniqlanadi; xavfli omillar epidemiologik panoramasida umumiy omillar ko‘lami jihatidan salmoqli o‘rin tutadilar va ular 11,5 foizdan to 39,4 foizgacha etib qayd qilinadilar; tug‘ish yoshidagi ayollar populyasiyasida, Farg‘ona vodiysi sharoitida, SNO‘Kga aloqador ijtimoiy xavfli omillarning panoramasi - ko‘pbolalilik (57,7 foiz), yashash sharoitlarini nomaqbulligi (86,8 foiz) va noto‘liq ma‘lumotli bo‘lish (90,3 foiz) kabilarni salmoqli urin egallashi bilan xarakterlanadi; SNO‘Kga aloqador bioximik faktorlar panoramasida dizionik buzilishlar etakchilik qilib aniqlanadilar va boshqa shu qatordagi omillar - 10,0 foiz (pestitsidemiya), 13,2 foiz (GXS), GTG va giperurikemiyalar qayd qilinadilar; epidemiologik xavfli omillar tug‘ish yoshidagi ayollarda nisbatan kam - 1,9-10,6 darajalarida aniqlanadi; tug‘ish yoshidagi ayollar populyasiyasida "epidemiologik piramida"ning bosh qismlarida bioximik faktorlar (27,1 foiz) va ijtimoiy omillar (26,6 foiz), quyi qismlarida esa umumiy faktorlar (17,4 foiz) va epidfaktorlar (15,6 foiz) joy olib qayd qilinadilar; epidemiologik faktorlar orasida tekshirilganlar guruhida zararli intoksikatsiyalarni roli va salbiy ta‘siroti yo‘q (0 foiz), aksincha AG salmog‘i katta (20,5 foiz), semizlik esa nisbatan kam salmoqli darajada (6,1 foiz) qayd etiladi.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Мадаминава Н.Э., Ибрагимова З.А., Расулов Ж.М., Сабилов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

По данным ВОЗ ежегодно в разных странах около 300 тыс. человек заболевают вирусным гепатитом В. Во всем мире насчитывается более 350 млн. носителей НВУ, 5 млн. из которых по статистике погибают от цирроза печени (ЦП). Еще более серьезную опасность представляет вирусный гепатит С. В Узбекистане частота встречаемости инфекции HCV составляет около 4,5%.

Ко второй наиболее значимой проблеме современной гепатологии можно внести алкогольную болезнь печени. До 20-35% людей, регулярно употребляющих алкогольные напитки, страдают алкогольным гепатитом, у 10-20% развивается алкогольный ЦП.

Ранняя диагностика этих заболеваний чрезвычайно важна. Одним из важнейших диагностических методов современной гепатологии является ультразвуковое исследование с применением методик ультразвуковой доплерографии (УЗ-доплерографии). Несмотря на большое количество публикаций, посвященных доплерографии при диффузных заболеваниях печени и патологии печеночных сосудов, данная проблема остается изученной недостаточно.

Цель работы: Определить возможностей ультразвуковой доплерографии печени в диагностике синдрома портальной гипертензии, у больных с заболеваниями печени.

Объектом для исследования послужили 30 больных (мужчин и женщин) в возрасте от 21 до 45 лет, с заболеваниями печени, сопровождаемые синдромом ПГ. Средний возраст составил $27,0 \pm 0,6$ года.

Результаты: У 53,3% больных были выявлены признаки хронического вирусного гепатита (ХВГ), среди больных частота ЦП составила в 33,3% случаев. Лишь у 13,4% больных выявлены симптомы алкогольного гепатита.

Структура заболеваний печени выглядела следующим образом: у больных в возрасте до 25 лет наибольший процент заболеваний печени, сопровождающиеся синдромом ПГ наблюдался при ХВГ и ЦП, соответственно в 66,7% и 33,3% случаев, алкогольный гепатит в этом возрасте не наблюдался.

У больных в возрасте 26-35 лет наибольший процент заболеваний печени, сопровождающиеся синдромом ПГ наблюдался при ХВГ и ЦП, соответственно в 50% и 40% случаев, алкогольный гепатит в этом возрасте наблюдался лишь в 10% случаев.

У больных в возрасте 36-55 лет наибольший процент заболеваний печени, сопровождающиеся синдромом ПГ наблюдался при ХВГ и ЦП, соответственно в 35,7% и 42,8% случаев, алкогольный гепатит в этом возрасте наблюдался лишь в 21,4% случаев.

Данные нашего исследования, показывает, что частота УЗ-синдромов, при заболеваниях печени, сопровождающиеся ПГ, выглядела так: синдром бугристости и сглаженности краев печени – в 6,7% случаев; синдром изменения размера печени - в 33,3%; синдром нарушения структуры паренхимы печени - в 63,3%; синдром нарушения функции печени - в 56,6%; синдром нарушения внутривенечной гемодинамики – в 43,3%; синдром нарушения внепеченочной гемодинамики – в 26,6%; синдром нарушений в билиарном тракте – в 56,6%; синдром спленомегалии - в 26,6%; синдром наличия свободной жидкости в брюшной полости – в 33,3% случаев.

Таким образом, врачам ультразвукового исследования при обследовании больных с заболеваниями печени, обращать внимание на состояние сосудов печени; при наличии ПГ обязательно консультирование в комплексной терапии соматической патологии, совместно с гепатологом.

ПРАВИЛЬНАЯ ОЦЕНКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОВЕДЕНИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ С ПУЛЬМОНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Мадаминова Н.Э., Ибрагимова З.А., Расулов Ж.М., Сабиров А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди системных внепеченочных проявлений цирроза печени легочной синдром наблюдается у 10-15% больных и выражается нарушением внутривенечной гемодинамики и артериальной гипоксемией, приводящие к дыхательной недостаточности. В патогенезе дыхательной недостаточности у больных циррозом печени с легочным синдромом имеет значение морфологические изменения в паренхиме легких, межвещной ткани и в сосудах малого круга кровообращения.

Известно, что основные энергетические и пластические процессы в печени протекают с участием кислорода. Гипоксия усиливает гликолиз и уменьшает запасы гликогена, что приводит к избыточному накоплению жира в гепатоцитах, дисфункцию печеночных клеточных мембран, накоплению в гепатоцитах токсических продуктов обмена, снижает синтез белков и способность печеночных клеток к регенерации. Образуется своего рода порочный круг: возникающие вследствие заболевания печени нарушения внешнего дыхания и артериальная гипоксемия усугубляет поражение печени, что влечет за собой прогрессирование нарушений внутривенечной гемодинамики и диффузно-вентиляционной способности легких и вследствие этого дальнейшее усиление артериальной гипоксемии. Перечисленные патологические процессы в легких у больных циррозом печени приводят к нарушению всех звеньев внешнего дыхания: снижение жизненной ёмкости легких, максимальной вентиляции, коэффициента использования кислорода, увеличение частоты, глубины и минутного объема дыхания, т.е. возникновению и прогрессированию дыхательной недостаточности.

Цель исследования: Изучить особенности проявления артериальной гипоксемии больных циррозом печени с легочным синдромом.

Материалы и методы исследования: Материалами исследования послужили 25 больных циррозом печени алкогольной этиологии. Возраст больных составил от 35 до 55 лет. Давность заболевания от 5 до 8 лет. Пациентам были проведены следующие методы исследования: лабораторное исследование крови (общий и биохимический анализ), ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы, электрокардиографическое исследование, оксиметрия, определение функции внешнего дыхания, рентгеноскопия грудной клетки.

Результаты исследования: Гепато-легочный синдром клинически проявлялся болью груди, одышкой, кашлем с трудно отделяемой мокротой, цианозом, крепитацией в нижних отделах легких. При рентгеноскопии грудной клетки у 15 больных выявлен правосторонний транссудат, у 3 левосторонний транссудат, у 7 - картина фибризирующего альвеолита. Анализ состава плевральной жидкости подтвердил наличие транссудата. Следует отметить, что удаление асцитической жидкости из брюшной полости и комплексная терапия цирроза печени способствовала, уменьшению и исчезновению симптомов артериальной гипоксемии.

Выводы: При циррозе печени может развиваться артериальная гипоксемия с дыхательной недостаточностью. Дыхательная недостаточность является как бы третичным осложнением цирроза печени. Это обстоятельство требует

правильной оценки в дифференциальной диагностике и проведении патогенетической терапии основного заболевания - цирроза печени.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕГИОНАХ: В ФОКУСЕ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ЦЕЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Мадаханов А.С., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы – создание научно-профилактических основ оздоровления населения природными средствами.

Материалы и методы. Производилась регистрация отдельных параметров условий и образа жизни населения Ферганского региона (регион Джалалабада Кыргызстана, Кюргантепинский район Андижанской области Узбекистана): а) фактически употребляемый населением фрукт и плодоовощных фруктов, выращиваемых в Узбекистане и ввозимых из других стран; б) использования природных целебных региональных источников и средств, населением расположенные поблизости к месту проживания, работы и на территории других районов и областей республики.

Первые результаты и выводы. Крайне актуальным и необходимым аспектом профилактической медицины на уровне регионов и семьи является разработка научных основ, включающих в себе демографических, социально-экономических, медико-географических, клинико-психологических и организационных аспектов, необходимых для создания Национальной Программы оздоровления населения природными целебными средствами.

Есть большие резервы и возможности Ферганской долины Кыргызстана и Узбекистана для разработки и внедрения в практику, наиболее эффективных способов, состава (композиций) и свойств природных целебных источников и средств, служащих экономически выгодной и безопасной материальной основой при проведении первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний среди населения.

Нами уже создано серия природных средств «Живое питание». Они успешно применяются как у больных с неинфекционными заболеваниями, так и у здоровых людей (им посвящены наши отдельные сообщения в рамках настоящей конференции). Кроме того, нами организуется и проводится специальные выездные конференции и семинары для медицинских работников по актуальным проблемам использования природных целебных источников и средств в оздоровлении населения. Составляется методические указания/рекомендации и практические руководство для врачей.

ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛ ТАЪСИРИДА ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Мадумарова З.Ш., Бойқўзиёва М.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммо долзарблиги: Ҳозирги кунда бутун дунёда долзарб муаммолардан бири бу жигарнинг алкоголь таъсирида зарарланиши ва жигар циррозидир. Ривожланган мамлакатларда жигарнинг алкоголь таъсирида зарарланишида 35-60 ёшлилар ўртасидаги ўлим сабаби жигар циррозига тўғри келади. Бутун дунёда ҳар йили 40 млн. одам жигар циррозидан вафот этади.

Мақсад: Аҳоли орасида алкогольли гепатитни эрта аниқлаш, ҳамда жигар циррози натижасида ривожланадиган ногиронлик ва ўлимни камайтириш.

Вазифалар: 1. Беморларнинг карталарига асосланиб, ретроспектив баҳолаш. 2. Беморларнинг объектив текшириш натижасида клиник баҳолаш; 3. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар ҳолатини аралашувдан кейин проспектив баҳолаш; 4. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда даволаниш мобайнида олинган натижаларга суяниб клиник самарадорликни аниқлаш.

Натижа: Назоратдаги худудимизда, назоратга олинган 40 нафар бемордан 20 таси мукамал даволанишга розилик берди. 11 таси иқтисодий жиҳатдан тўлиқ даволана олмаслигини таъкидлади, 9 та бемор спиртли ичимлик ичмасдан юришга ваъда берди. 40 нафар бемордан 20 таси асосий ва 20 та назорат гуруҳига ажратиб олинди. Асосий гуруҳдагиларда даво муолажаси бошланди, 10 та беморда яхшиланиш тез бўлди. Назорат гуруҳидан 20 та бемордан даволанмасдан, 11 таси спиртли ичимликлар истеъмол қилмасдан парҳезда бўлди ва аҳоли яхшиланиб клиник белгилари йўқолганлиги кузатилди. 9 та бемор иродасизлиги туфайли спиртли ичимликлар ичишни давом эттирди ва улардан 1 таси жигар циррози, 5 таси сурункали алкаголли гепатит билан оғриб «Д» хисобга олинди. Энг аввало аҳоли ўртасида буклетлар ёрдамида тарғибот ва ташвиқот қилиниб, спиртли ичимлик истеъмол қилиш камайишига эришилди, бу билан биргаликда «Алкоғоллик гепатит» ва «Жигар циррози» мавзуларида маърузалар ташкил қилинди.

Спиртли ичимлик ичувчилар ўртасида жигарнинг инсон организмидаги ролини буклетлар ва тарғибот ишлари билан тушунтириш катта аҳамият касб этди, бу билан биргаликда жигар циррози билан ногиронликка чиқиш ва ўлим 2012 йилга нисбатан 2012-2013 йилларда камайтиришга эришилди. УТТ натижалари бўйича: 20 та бемордан даволанишдан сўнг, 19 тасида катталашган жигар размери кичрайишига эришилди. Кўриниб турибдики, даволанишдан сўнг асосий гуруҳдагиларда клиник белгилари йўқолиб лаборатория кўрсаткичлари яхшиланди.

Хулоса: Жигарни алкогольли зарарланиши ва жигар циррози олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар ўз натижасини берди. Назорат гуруҳига нисбатан асосий гуруҳдаги беморларни ҳаёт сифати яхшиланди, шахсий ҳаёти йўлга қўйилди, ишлаш қобилияти тикланди, ишдаги самарадорлиги ва мавқеи ошди. Асосий гуруҳдаги беморларда алкогольли гепатит ва жигар циррози касалликлари олди олинди, шу билан биргаликда жигар циррозидан ногиронликка чиқиш ҳамда ўлим сони камайди. Энг асосийси даволанган беморларни оиласида барқарор муҳит тикланиб бир неча беморларни аёллари келиб ўз миннатдорчилигини билдирдилар, бу беморларнинг ҳаёт сифати меъерий оқимга тушганлигини билдиради. Назорат гуруҳдаги 20 нафар бемордан 8 таси сурункали гепатит, 2 таси

жигар циррози касаллиги билан касалланганлиги қайд қилинди ҳамда жигар етишмовчилиги билан ногиронликка ўтказилди.

Тавсиялар: 1.Алкоғолли гепатит ва жигар циррози кейинчалик қандай оқибатларга олиб келишинг беморларга кенг кўламда тушунтириш. 2. Беморларга рухий таъсир этиб, спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслигига эришиш. 3. Режали даволашни кенг йўлга қўйиш. 4.Жигар хужайраси мембраналарини тикловчи доридармонлардан,яъни Эссенциал фосфолипидларнинг янги авлодларидан кенг кўламда фойдаланиш.

ДЕЛЬТА АГЕНТЛИ СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ В БИЛАН БЕМОРЛАРДА НУКЛЕОЗИД АНАЛОГЛАРИ ВА ПЕГИЛИРЛАНГАН ИНТЕРФЕРОННИНГ ВИРУС ЮКЛАМАСИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

Мамаризаев Э.Х., Камиллов Ф.Х., Ахмадалиева У.К., Юльчибаев М.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги. Охириги йилларда Ўрта Осиёда, шунингдек Ўзбекистонда ҳам В+Д этиологияли сурункали гепатит ва унинг асоратларидан ўлим сони меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида айниқса кўп учрамоқда. Касалликнинг кўпинча яширин кечиб, асоратланган пайтда манифестация бериши даволаш самарадорлигини пасайтирувчи омиллардан бири бўлиб хизмат қилади.

Текширув мақсади. В+Д этиологияли сурункали гепатит билан беморларда этиотроп давони вирус юкламасига таъсирини баҳолаш.

Текшириш усуллари ва материаллари Текширувда сурункали В+Д гепатит ташхиси билан 26 та (12 аёл,14 эркак) бемор ўрганилди. Ташхис умумий қон таҳлили, биохимик таҳлиллар (АЛТ, АСТ), қондаги альбумин миқдори, ИФА (иммунофермент анализи), ПЗР (полимераза занжир реакцияси) ва жигар УТТ (ультратовуш текшируви) хулосаларига асосланиб қўйилди. Этиотроп даво воситаси сифатида нуклеозид аналоглари (Тенофовир ва Энтекавир) ва Пегилирланган интерферон тавсия қилинган схема бўйича қўлланилди.

Олинган натижалар. Беморларнинг миқдорий ПЗР таҳлили ўрганилганда 11 нафар (3 аёл ва 8 эркак) беморда HBV DNA ва HDV RNA бир вақтни ўзида фаол эканлиги, 15 нафар беморларда (9 аёл ва 6 эркак) HBV DNA манфий, HDV RNA эса 1,0+04 МЕ дан 1.0+06 МЕ HDV/Мл гача аниқланди.

Сурункали гепатит В ва Дельта вирус юкламаси бир вақтни ўзида юқори бўлган 11 та бемордан 8 нафарига 6 ой давомида Энтекавир 1 мг+ Тенофовир 300 мг тавсия қилинди, қолган 3 нафар беморга Энтекавир 1 мг+ Тенофовир 300 мг ҳар куни ва Пегилирланган интерферон 180 мкг тери остига ҳафтада 1 марта буюрилди. 15 нафар HBV DNA манфий, HDV RNA эса 1,0+04 МЕ дан 1.0+06 МЕ HDV/Мл гача беморга фақат бир маҳал Тенофовир 300 мг/суткада берилди.

Беморларда даво бошлангандан сўнг 3- ва 6-ойларда вирус юкламаси динамикаси кузатилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, биринчи гуруҳ 8 нафар беморларда (Энтекавир 1 мг + Тенофовир 300 мг ҳар куни) даволанишни учинчи ойида қонда HBV DNA 1 log бирликка камайганлиги, 6 ойдан сўнг эса ПЗР текширувида HBV DNA манфий, HDV RNA эса 2 log бирликка камайганлигини аниқланди. Сурункали гепатит В ва Дельта вирус юкламаси бир вақтни ўзида юқори бўлган 11 та бемордан қолган 3 нафарига (Энтекавир 1 мг + Тенофовир 300 мг ҳар куни ва Пегилирланган интерферон 180 мкг тери остига ҳафтада 1 марта) 6-ой охирига келиб ПЗР текширувида HBV DNA манфий, HDV RNA эса 2 нафар эркакда манфий, 1 нафар аёлда 2 log бирликка камайгани кузатилди. Монотерапия (Тенофовир 300 мг/сут) буюрилган 15 нафар беморлардан 6-ойга келиб 3 нафарига ПЗР текширувида HDV RNA 2 log бирликка камайганлиги, қолган 12 нафар беморларда вирус юкламаси камайганлиги аниқланди.

Хулоса. Дельта агентли сурункали В гепатитда уч ва икки компонентли даво схемаси нуклеозид аналогларини монотерапия шаклида қўллашдан бир неча баробар самарадор эканлиги кузатилди.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 1. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Салахидинов А.С., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Настоящая работа выполнена в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института и является фрагментом НИР «Разработать и внедрить эффективные методы и средства профилактики и лечения основных заболеваний сердечно-сосудистой системы».

Одной из основных задач нашей работы было исследовать динамику уровней и распространенности АГ за последние 10 лет и определить основные тенденции их развития в мужской популяции 20-59 лет для выявления возможности на этой основе оценки общепопуляционных мероприятий по профилактике АГ и более целенаправленного планирования и осуществления этих мероприятий.

Анализа такого характера в отношении АГ в ранее изученных популяциях г. Андижана нет и АГ в них изучалась только как фактор риска ИБС.

За рассматриваемый 10-летний период в мужской популяции 20-59 лет частота АГ существенно увеличилась. Среди неорганизованного населения 20-54 лет распространенность АГ выявлена у 10% обследованных, ПАГ-11%. В мужской популяции 40-54 лет г. Андижана в 1982-1984 гг. распространенность АГ составила 19%; ПАГ-19,7%. Средние величины САД составили 130,7±1,0 мм рт.ст., ДАД-83,0±0,6 мм рт.ст.

Артериальная гипертензия по результатам исследования мужчин в возрасте 20-59 лет в неорганизованной популяции г. Андижана встречается в 24,2% случаев; с возрастом наблюдается статистически достоверное увеличение частоты АГ в 9,5 раз. Наши данные близки к данным исследований мужских популяций в г. Москве, г. Минске и г. Нальчике.

В целом, распространенность АГ на сегодняшний день высока как в бывшем Советском Союзе, так и в развитых странах мира.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 2. СОПОСТАВИМОСТЬ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С МИРОВЫМИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Салахидинов А.С., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Изолированная САГ выявлена нами у 13,1%, изолированная ДАГ-у 21,2% обследованных. Эти данные говорят о том, что ДАД является более постоянным гемодинамическим показателем, чем САД и в массовых исследованиях ориентир на показатели ДАГ более предпочтителен, чем на САГ.

Пограничная артериальная гипертензия выявлена у 22,3% обследованных. Эти данные близки к данным других исследователей.

Таким образом, АГ выявлена у каждого 4-го обследованного мужчины 20-59 лет, частота с возрастом увеличивается почти в 10 раз.

Данные изучения средних величин АД в зависимости от возраста выявили их достоверный рост с возрастом от 117,9/75 мм рт. ст. в возрасте 20-29 лет до 123,7 мм рт. ст. в возрасте 50-59 лет в группе с нормальным АД и от 165,0/102,2 мм рт. ст. до 170,7 мм рт. ст. соответственно возрастным группам у больных АГ ($p < 0,05$). Эти данные были полностью подтверждены при изучении процентильного распределения уровней АД.

Нами также были изучены в сравнительном аспекте уровни АД у коренного и некоренного населения, при этом достоверной разницы в уровнях АД и распространенности АГ установить не удалось.

Наши данные отличаются от данных других исследователей которые выявили различия в уровне распространенности АГ среди лиц казахской и уйгурской национальностей Алма-Атынской популяции.

Изучая уровни АД у лиц коренного и не коренного (представителей европейской расы) населения установили, что для первых характерны более высокие показатели АД, более выраженные среди школьников 7-17 летнего возраста кыргызской национальности, чем среди школьников европейской национальности.

По-видимому, отсутствие различий в показателях АД в обследованной нами популяции в зависимости от этнических признаков можно объяснить тем, что узбеки составили 90,3% от общего числа обследованных, представители различных других национальностей – всего 9,7%.

Таким образом, практическая гомогенность популяции не позволила изучить этнические особенности эпидемиологии АГ среди мужчин 20-59 лет г. Андижана.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 3. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНА?

Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Салахидинов А.С., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Больные АГ I-стадии составили 81,5%; АГ II-стадии 13,0%; тяжелая АГ III-стадии выявлена у 5,5% больных со стойкой артериальной гипертензией.

Пограничная артериальная гипертензия определена у 22,3% обследованных. Эти данные не противоречат результатам эпидемиологических исследований, посвященных изучению распространенности АГ.

Изучение факторов риска АГ проводилось в различных возрастных группах и в зависимости от степени повышения АД. При этом получены разнонаправленные данные. Так, например, нам удалось выявить, что распространенность АГ примерно одинакова у лиц умственного и физического труда. По литературным данным, позиции исследователей в отношении этого вопроса остаются во многом неясными. Так, если одни исследователи отмечают повышение АД при физической нагрузке, то другие отмечают понижение АД при тяжелом физическом труде. Анализируя свои данные, мы отмечаем, что в условиях г. Андижана, где доминирует частный сектор и каждый имеет подсобное хозяйство, четкое разделение популяции на людей умственного и физического труда достаточно условное, чем, отчасти, и можно объяснить отсутствие различий в распространенности АГ.

Низкая физическая активность не имела прямой связи с уровнем АД ни в одной из изучаемых нами возрастных группах.

Одним из известных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и, в частности, АГ, является избыточная масса тела.

В наших исследованиях ИМТ выявлена у 50,4% больных АГ. У лиц без этого фактора АГ выявляется в три раза меньше, чем с ИМТ (50,4% против 18,5% соответственно, $p < 0,05$). Наши данные показывают, что во всех возрастных группах наличие ИМТ обуславливает статистически достоверно более высокие показатели АД, чем у лиц без данного фактора риска. ИМТ достоверно увеличивается с возрастом.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 5. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Салахидинов А.С., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.

**Андижанский филиал РНЦЭМП
Андижанский государственный медицинский институт**

Нами также изучалось наличие или отсутствие психогенных факторов. Наличие данного фактора выявлено у 61,7% лиц с нормальным АД, у 36,3% лиц этот фактор отсутствовал ($p < 0,05$); у лиц с ПАГ-60% против 40% ($p < 0,05$); у больных АГ-64,4% против 35,6%, соответственно. Наличие психогенных факторов у больных АГ и лиц с нормальным уровнем АД увеличивалось с возрастом. Отсутствие четкой взаимосвязи между этим фактором и уровнем распространенности АГ в нашем исследовании мы склонны объяснить отсутствием адекватных методов его изучения.

О роли производственного фактора на возможное развитие АГ отмечают многие авторы. Так, например, шум некоторые авторы считают одним из серьезных факторов риска АГ. Другие исследователи у работающих в условиях вибрации выявили стойкое повышение АД. Считают действие вибрации неблагоприятным на центральную и вегетативную нервную системы и способствующим повышенному выбросу адреналина и развитию АГ.

Отдельные исследователи относят к факторам риска АГ высокую температуру и повышенную влажность, хотя другие авторы имеют противоположную точку зрения.

Мы в своем исследовании на выявили достоверных различий между повышенным уровнем АД и такими факторами, как производственный шум, тепловое излучение, пыль, повышенная влажность, наличие сквозняков, работа на открытом воздухе, пар, химические неблагоприятные вещества, газы, сварочный аэрозоль, в то время как существует обратная связь между АГ и такими факторами, как вибрация и перепады температуры на рабочем месте, что мы склонны объяснить естественным отбором контингента работающих на этих производствах.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И
ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 6. ПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ
ГИПЕРТЕНЗИЯ**

**Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП
Андижанский государственный медицинский институт**

Нами изучены некоторые особенности и характер питания обследованных. О возможном влиянии чрезмерного поступления в организм поваренной соли и ее влияния на АГ указывают многие авторы. Так, например, А.Ж.Рысмендиев, обследовав свыше 5000 жителей уйгурского района Алма-Атинской области, выявил, что важную роль в формировании уровня распространенности АГ играет поваренная соль. Так, лица уйгурской национальности, употребляющие традиционный национальный напиток «Еткен-чай», представляющий собой 1-2% раствор поваренной соли, принимали в сутки до 25-30 г хлорида натрия; распространенность АГ при этом почти в два раза превышает аналогичный показатель у казахов, находящихся на обычном солевом режиме. По данным казахских исследователей, лица уйгурской национальности, употребляя соленый чай, имеют извращенный порок вкусовой чувствительности к поваренной соли. Например, среди уйгуров лица с высоким порогом вкусовой чувствительности встречались в два раза чаще, чем в контрольной группе.

Исследователями при изучении распространенности АГ в условиях среднегорья Кыргызстана установлено, что у горцев с повышенным АД минимальный порог вкусовой чувствительности к поваренной соли сдвигается в сторону более высокой концентрации хлорида натрия, у горцев с нормальным АД ощущение «очень соленый» наблюдается у 59,4% обследованных, а у горцев с повышенным АД-у 37%.

В нашем исследовании мы определяли косвенно солевую чувствительность путем опроса на привычку – подсолить пищу. При этом было выявлено, что избыточно подсоливали пищу 23,3% больных, отрицали этот факт 76,7% больных АГ ($p < 0,05$). Эти же показатели у больных ПАГ составили 19,7% и 80,3%; а у лиц с нормальным уровнем АД – 27,1% и 72,9% соответственно ($p < 0,05$). Таким образом, каждый четвертый обследованный мужчина, независимо от уровня АД, подсолит пищу перед употреблением, даже не зная уровня солености. Отсутствие прямой связи данного фактора с распространенностью АГ указывает на необходимость дальнейшего изучения этой проблемы.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И
ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 7. АЛИМЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ И АРТЕРИАЛЬНАЯ
ГИПЕРТЕНЗИЯ**

**Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП
Андижанский государственный медицинский институт**

Нами было выявлено, что преимущественно белковый тип питания выявлен у 25,9%, жировой тип у 21,6% обследованных, достоверной связи этих факторов с распространенностью АГ выявить не удалось.

Анализируя эти данные, следует указать, что основная масса исследований посвящена изучению питания в связи с распространенностью дислипидемий и ИБС. Изучив характер питания суточной диеты выявлено, что большая распространенность АГ и ИБС может быть связана с характером питания обследованных. При сравнительном изучении питания горожан г. Алма-Аты и сельских жителей Алма-Атинской области казахской национальности было выявлено, что у горожан резко возрастает наряду с общей калорийностью доля жира в рационе до 41,1%, общей калорийности белка до 17,8% в то время как доля углеводов снижается до 40,8%, в основном за счет уменьшения потребления сложных углеводов, резко возрастает потребление пищевого ХС.

Изучение фактора «употребление крепкого кофе» показало, что 35% обследованных жителей отмечали данный фактор независимо от уровня АД и возраста.

Многочисленными эпидемиологическими исследованиями было выявлено наличие тесной взаимосвязи между АГ и дислиппротеидемией, к которой отнесены ГХС, ГТГ, гипо-а-холестеринемия.

Нарушения липидного обмена достоверно чаще выявлялись у лиц с повышенным АД.

Нами было выявлено, что у обследованных мужчин 20-59 лет г. Андижана наряду с увеличением возраста и частоты АГ отмечается параллельный рост показателя содержания в крови ХС от 5,24±0,13 ммоль/л в возрасте 20-29 лет до 5,8±0,2 ммоль/л в 50-59 лет ($p<0,05$), наибольшее значение ХС отмечено в возрасте 30-39 лет – 6,1±0,1 ммоль/л ($p<0,01$).

Аналогичная картина выявлена и при изучения в-липопротеидов (с 49,1±0,2 усл.ед в 20-29 лет до 54,4±2,3 усл.ед. в 50-59 лет; $p<0,05$).

Содержание ТГ возрастало от 1,5±0,1 ммоль/л в возрасте 20-29 лет до 2,7±0,02 ммоль/л в 50-59 лет ($p<0,05$).

Эти данные ориентируют на «прицельную» профилактику АГ в различных климато-географических регионах.

ГИПЕРТОНИЯ КРИЗИНИНГ МЕДИКАМЕНТОЗЛИ ПРОФИЛАКТИКАСИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРУВЛАР)

Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – гипертония кризиди (ГК) медикаментозли терапиядан фойдаланиш кўламининг фармакоэпидемиологик тавсифини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Репрезентатив танловга (603 нафар) асосланиб ажратилган 15-70 ёшли аҳолида ГКни фармакоэпидемиологияси (ФЭ) ўрганилди. Бунинг учун скринингли ва ФЭ усуллардан фойдаланилди.

Натижалар, хулосалар ва таклифлар. ГКнинг медикаментозли профилактикасини эпидемиологик асослари тасдиқланди: 1) гипертония касаллигини мувофиқ даволаш стандартидан чиқиш 34,7%га етиб учрайди; 2) стандартлардан четлашиш асосан шифохона шароитида (31,4%) қайд этилади; 3) номувофиқ антигипертоник терапия стационаргача босқичда жуда кам (3,3%) қайд қилинади; $p<0,001$; 3) ГК билан комбинирланиб ташхисланган касалликларда 38,4% беморларга фаол терапия буюрилиб полипрагмазия хавфи чакирилади (стационар босқичида–26,0% ва стационаргача босқичида – 12,4%; $p<0,01$); 4) медикаментозли илк профилактик амалиёт етарлича ўтказилмаганлиги сабаб бўлиб ГК ривожланади; 5) антигипертензив терапияни аксарият сабаби тиббий муассасаларга вақтида мурожаат қилмаслик ва беморларни даволанишга бепарволиги ҳамда нотўлиқ гипертензияга қарши амалий даво хисобланади.

Тасдиқланди-ки, агарда ҳар бир даволаш муассасасида йилда бир марта фармакоэпидемиологик, фармакоэкономик ва фармаконадзорат текшируви ўтказилиб борилса ГКнинг медикаментозли профилактикасини муваффақияти энг камида 50,0%гача ортади.

Бизнинг натижаларимиз бўйича ушбу фаолиятнинг «фармакоэпидемиологик илдиш»лари қуйидагилардан таркиб топади: аксарият замонавий бўлмаган базисли препаратлар қўлланилади (дибазол то 34,6% гача етиб, магний сульфат – 16,3%-гача етиб, эуфиллин ва фуросемид –3,2% ва 11,8% гача етиб), кўпинча ГКни тўхтатиш учун таблетка шаклидаги препаратлар ишлатилади (шифохонада–37,1% ва тез ёрдамда–13,7%; $p<0,001$), спазмолитик препаратлар кенг қўлланилганлиги номувофиқлик сифатида диққатни жалб қилади (26,0% ва 31,5% дан шифохонагача ва шифохона босқичларида; $p<0,05$) ва нитратлар ҳам ГКни тўхтатишда, айниқса стационарда (19,9%), ҳар 5-чи беморда қўлланилади.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 4. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Нами изучен и такой фактор риска, как употребление алкоголя. При этом было выявлено, что 56,4% больных АГ отмечали употребление алкоголя, не употребляли алкоголь соответственно 43,6%. Среди лиц с нормальным уровнем АД эти показатели составили 72,4% против 22,0% соответственно: т.е. употребление алкоголя отмечали 2/3 лиц с нормальным АД и более половины выявленных больных АГ.

Обсуждая эти данные, уместно привести результаты Фремингемского многолетнего наблюдения 5000 лиц среднего возраста, где было показано, что частота АГ в 2 раза выше у злоупотребляющих алкоголем. Интересно, что при этом уровень АД у лиц, редко употребляющих алкоголь, был ниже, чем у лиц, не употребляющих алкоголь. В то же время, обследовав городскую и сельскую популяции Японии выявили, что даже умеренное потребление алкоголя существенно повышает АД. Все же большинство исследований отмечает положительную связь между потреблением алкоголя и АД. Относительно более редкое выявление употребления алкоголя среди больных АГ по нашей популяции мы объясняем двумя положениями: 1) не исключено, что больные АГ из-за самоограничения в связи с развитием АГ сознательно не употребляют алкоголь; 2) возможно скрытие больным наличия данного ФР при обследовании. Выяснение этого вопроса требует специального, углубленного исследования.

Курение отмечали 60,8% обследованных мужчин 20-59 лет, различий по возрастным группам выявить не удалось. Курение у больных АГ определено в 39,2% случаях наблюдения, не курили 60,8% больных АГ. Связи между курением и уровнем АД установить не удалось.

В литературе существуют противоположные точки зрения в отношении взаимосвязи курения и АГ. Так, положительные коррелятивные взаимосвязи АГ и курения отмечают одни авторы. В других исследованиях самый низкий уровень АД определен у курящих обследованных.

Низкий процент курящих среди больных АГ в нашем исследовании мы объясняем самоограничением больных.

Таким образом, у больных АГ курение встречается в 1,5 раза реже, чем у лиц с нормальным уровнем АД.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 10. ЛИПАЗЕМИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Ибрагимова С.Р.,

Сайитжонов Л.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Сравнительное изучение содержания липазы и уровня АД показало, что в целом с ростом АД выявляется достоверное увеличение содержания липазы в крови. Наибольшее значение липазы выявлено в возрасте 30-39 лет и 50-59 лет у больных с повышенным АД. Гиперлипаземия определена у 46 чел., что составило 8,9% обследованных.

Корреляционный анализ между показателями липидного обмена и содержанием в крови обследованных липазы выявил, что положительная связь существует между содержанием липазы и концентрацией ТГ: она четко выражена в возрасте 30-39 лет ($r=+0,23$) и в возрасте 50-59 лет ($r=+0,166$), в то время как в этих же возрастных группах выявлена отрицательная связь между липазой и ОХС ($r=-0,2$), а также в-ЛП ($r=-0,3$).

Таким образом, можно предположить, что повышение содержания ОХС и в-ЛП в крови обследованных в возрасте 30-39 и 50-59 лет происходит на фоне снижения содержания в крови липазы, и наоборот, более низким концентрациям ХС в возрасте 20-29 и 50-59 лет соответствует более высокая инкреция в кровь и лимфу фермента липазы.

Таким образом, на основе полученных нами данных при популяционном обследовании мужчин 20-59 лет г. Андижана, можно предположить существование обратной связи между содержанием ХС и в-ЛП и липазы в крови. Наши данные позволяют выдвинуть гипотезу о наличии тесной взаимосвязи между гомеостазом ферментов, в частности, липазы, и дислипотеидемиями, являющимися одними из самых важных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и, в первую очередь, АГ.

НОБАРҚАРОР ИҚЛИМИЙ ШАРОИТДА ПРОФИЛАКТИК МОХИЯТЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ. 1-ЧИ АХБОРОТ: УСТУВОР ХУДУДИЙ ЕЧИМЛАР

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Ибрагимова С.Р., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – касб касалликларини келиб чиқиши ва уларнинг профилактикасини ўрганиш ҳамда такомиллаштиришдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Нобарқарор иқлимий шароитда ишловчи фермер-аҳоли гуруҳида эпидемиологик мониторинг ташкил этилди ва амалга оширилди. Комплекс тиббий текширувда стандартизацияланган усуллар ва Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти (2000) тавсиялардан фойдаланилди. Текширув маркази ташкил қилиниб (регистратура→муолажа кабинети →ЭКГ кабинет→Шифокор кабинети→ лаборатория→ умумклиник тахлил хонаси→комплекс қон тахлили) махсус анкета бўйича текширилди, қон босими ўлчанди ва баҳоланди, антропометрия қўрсаткичлари ва зарарли одатлар ўрганилди. Жами 124 та фермер-ишчи ходимлар тадқиқотга жалб қилинди ва уларда 2 йил узлуксиз скрининг, профилактик дастурлар ва даволаш тадбирлари олиб борилди. Олинган натижалар вариацион статистиканинг стандарт усуллари ёрдамида Excel-2000 дастурида баҳоланди.

Натижалар ва хулосалар. Қишлоқ хўжалиги билан алоқадор ишлаб чиқаришда, меҳнат унумдорлигини оширишда ишловчиларнинг соғлиғини сақлаш, касб касалликларини олдини олиш, нафақагача охириги 10-йилликда уларнинг иш қобилиятини ошириш-мавжуд илмий манбалар ва бизнинг шахсий кузатувларимиз натижалари бўйича ўта долзарб масала бўлиб хисобланади. Шу билан бирга, маълум бўлади-ки, турли иқлимий-жўғрофий минтақаларда, хар-хил популяция ва касбий гуруҳларда сурункали ноинфекцион касбий касалликларни нотекис тарқалиб аниқланиши эътиборни тортади ёки фаол скринингли-профилактик ёндашувларга бўлган эҳтиёжни орттиради. Шу нуқтаи назардан, ушбу хасталикларни қишлоқда яшовчиларда аниқлаш ва, чунончи, фермерчилик фаолияти билан алоқадор аҳоли орасида эпидемиологик мониторингини мунтазам йўлга қўйиш ва профилактик тиббиётни уларнинг керакли касбий амалиётларига олиб кириш актуал муаммага айланган. Ваҳоланг-ки, Ўзбекистоннинг иқлими охириги 40 йилда салбий томонга ўзгара бошлаган-у, аммо лекин бу жараёни ҳамда тобора “зўриқиб” бораётган экологик “бўҳрон”ларни фермерлик фаолиятига боғлиқ бўлиб ақсарият келиб чиқадиган ноинфекцион-касбий сурункали касалликларга боғлиқ режалаштирилган инновацион тусли лойиҳа-эксперимент фермерларда ўтказилмаган. Дунё тажрибасига кўра, бундай амалиётларни фаол ўтказиш тиббий ва ижтимоий-иктисодий талофатларни камайтиради, юқори малакали ишловчиларнинг иш қобилиятини оширади.

Фермерлик фаолияти билан боғлиқ келиб чиқадиган касбий-сурункали ноинфекцион касалликларни структураси ва уларга бевосита алоқадор хатар омиллар фермерлар ва фермер хўжалиги ишловчиларида аниқлаб

берилди. Бу ишловчилар соғлиғини сақлаш ва уларнинг иш шароитига тубдан “антипатоген” тус киритувчи махсус профилактик тиббий ёрдамни кучайтиради, даволаш-профилактика-реабилитация фаолиятларини мақсадлаштириб ишловчиларда иш қобилиятини оширади, иш унумдорлигини орттиради, иш хакини кўпайтиришга асос солади, пенсия миқдорини оширади ва касалланиш суръатини кескин камайтиради.

Икки йиллик эпидмониторинг ўтказилган популяцияда кўкис ўлим 100%га батарафланди ва демак, узок йиллик бундай фаолиятлар улкан тиббий-иқтисодий ва миллат аҳамиятга молик натижалар бериш мумкинлиги аён бўлади.

**НОБАРҚАРОР ИҚЛИМИЙ ШАРОИТДА ПРОФИЛАКТИК МОХИЯТЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИК
МОНИТОРИНГНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ. 2-ЧИ АХБОРОТ: ТЕКШИРУВ ХУДУДИДА
ЭПИДЕМИОЛОГИК ВАЗИЯТЛАР ВА ПРОФИЛАКТИК ТИББИЁТГА АМАЛИЙ ЙЎНАЛИШЛАР**

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Ибрагимова С.Р., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Бизнинг салкам охириги 40 йиллар давомида Республика шароитида олиб борган илмий кузатувларимиз кўрсатадики, сурункали ноинфекцион касалликларни сабаблари халигача тўлиқ аниқланмаган ва шунинг учун уларни даволаш учун катта сарф-харажатлар керак бўлмоқда. Бунинг устига, аксарият препаратлар кенг тарқалган сурункали касалликлар оқибатини яхшилашга қодир эмас ёки беморлар умрини узайтира олмайди. Тадқиқотларимиз 40 мингдан зиёд аҳолини ўрганиш ва текшириш натижалари бўйича хозирда касалланиш ҳамда ўлим суръатларини аҳоли орасида кўпайиб боришига сабаб бўлаётган қуйидаги долзарб муаммоларни нобарқарор иқлимий шароитда қайд этишган:

1. Аҳоли орасида кенг тарқалган сурункали ноинфекцион касалликларни, юрак-қон томир хасталикларини ва экстрагенитал касалликларни олдини олиш тизими ҳамда илмий концепциясиз эга эмасмиз.

2. Сурункали ноинфекцион хасталиклар ва экстрагенитал касалликларнинг хатар омилларини барвақт аниқлаш ва бартарафлашга қаратилган фаолият амалиётда етарлича эмас ёки бу тизим тубдан такомиллаштиришга мухтож.

3. Аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикасига оид стратегия яратилмаган ва оммавий тарзда мунтазам ўтказилмайди.

4. Барча аҳоли гуруҳлари орасида (болалар, ўсмирлар, ўспиринлар, туғиш ёшидаги аёллар ва ҳомиладорлар ва қариялар) сурункали ноинфекцион касалликлар ва экстрагенитал хасталикларни барвақт ташхисоти усуллари (касаллик олди ҳолати босқичида) ва уларни интеграл профилактикасига оид технологиялар етарлича ишлаб чиқилмаган ва амалиётга мунтазам киритилмаган.

Шу боис, хозирги пайтда Республика қўламида тобора кўпайиб бораётган касалланиш ва ўлим суръатини тўхтатиш учун профилактик тиббиётга ҳамда популяция даражасида, жумладан, фермер хўжалигида ишловчиларда чин натижалар берувчи профилактик мохиятли илмий тадқиқотларга устуворлик берилиши даркор. Бунинг учун кишлок-фермер аҳолисида профилактик тиббиёт илмий асосларини яратиш ва амалиётлаб боришини таъминловчи махсус профилактик илмий-амалий тадқиқот маркази ташкил этилса мақсадга мувофиқ бўлади.

Хозирги шароитда водий шароитидаги изланишларимиз шуни кўрсатмоқдаки, соғлом турмуш тарзини шакллантиришга асосланган профилактик – амалий тиббиёт, фермер хўжалигида ишловчиларга ва кишлок аҳолисига янада яқинлаштириш ҳисоб-китобларга кўра, уларнинг фойдали иш коэффицентларини 90% га етиб ортдиради ёки аҳоли мураккаб муолажаларсиз соғломлашади.

**НОБАРҚАРОР ИҚЛИМИЙ ШАРОИТДА ПРОФИЛАКТИК МОХИЯТЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИК
МОНИТОРИНГНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ. 3-ЧИ АХБОРОТ: ФЕРМЕРЛИК БИЛАН
МАШҒУЛ АҲОЛИ ГУРУҲИДА КАСАЛЛИКЛАРНИ СТРУКТУРАСИ ВА ПРЕВАЛЕНСИ**

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Фермер хўжалигида ишловчиларда юрак-қон томир касалликлари (ЮҚТК) 46,2% тарқалиш билан аниқланади ва бу кўрсаткич 1-чи фермер хўжалиги (ФХ) ишловчиларида 1,7 баробарга етиб кўпроқ (56,4%) 2 ф/х ишловчиларига қиёсан (33,2%) қайд этилади ($p < 0,05$).

Асосий ЮҚТК қуйидагича тарқалиш билан ифодаланади: Гипертония касаллиги -21,0%, бошдан ўтказилган миокард инфаркти-2,8%, сурункали юрак ишемик касаллиги -9,6% ва НЦД -12,6%.

1-чи ва 2-чи ф/х ишловчиларида гипертония касалиги тафовут билан -27,0% ва 15,0% дан ($p < 0,05$), ўтказилган миокард инфаркти 2,8% ва 0,0% дан ($p < 0,01$), сурункали юрак ишемик касаллиги (СЮИК) 12,6% ва 9,6% дан ($p > 0,05$), НЦД -15,0% ва 11,6% дан ($p > 0,05$) аниқланди.

Хулоса қилиш мумкин-ки, 1-чи фермер хўжалигида ЮҚТК га нисбатан эпидемиологик шароитлар қиёсан жиддийроқ ифодаланган.

Иеботли кўринадики хар 5-чи ишловчиларда (20,8%) ўпканинг сурункали обструктив касалликлари ва 2,8% даражада бронхиал астма тарқалиш билан аниқланади ($p < 0,0001$). Жами сурункали респиратор хасталиклар 19,2% тарқалиш билан қайд қилинади ва икки баробарга роппа роса етиб ишончли кўпроқ (12,6%) 2-чи ф/хда кузатилади ($p < 0,01$).

Тахлиллар шохидлик бердики, сийдик йўллари касалликлари ф/х ишловчиларида 11,6% даража билан қайд этилади. Асосан икки турли хасталиклар-пиелонефрит ва сийдик тош касаллиги текширувчиларда учрайди. Умуман олганда энг кўп (7,2%) пиелонефрит ва 4,4% дан ошмасдан сийдик-тош касаллиги учрайди ($p < 0,05$).

Текширувчиларда сурункали буйрак касаллиги 1,4% ва 1,6% даражалар билан 1-чи ва 2-чи гуруҳ ишловчиларда аниқланади ($p > 0,005$).

Айнан шундай кўрсаткичларда (1,4% ва 1,6% дан) қандли диабет қайд этилди, аммо лекин камқонликни то 25,5% ва 63,3% га етиб аниқланиши алоҳида эътиборини тортади.

1-чи ф/х ишловчиларида гастронтерологик касалликлар-56,3% ва 2-чи ф/х -40,0% ($p < 0,05$) данга етиб тарқалиш билан ифодаланади. Жами текширишганларда ушбу касалликни тарқалиш суръати 48,9%-ни ташкил этади.

1-чи ва 2-чи ф/х ишчиларида эзофагитлар 1,4% ва 1,4% ни ташкил этиб, гастроэзофагаль рефлюкс касаллиги (ГЭРБ) -7,0% ва 6,6% дан ($p > 0,05$), сурункали гастрит -14,0% ва 8,3% дан ($p < 0,05$), ошқозон яра касаллиги-11,2% ва 6,6% дан ($p < 0,05$), 12-бармоқли ичак яра касаллиги -14,0% ва 6,6% дан ($p < 0,01$), энтероколитлар -16,9% ва 6,6% дан ($p < 0,01$) қайд қилинди.

Фермер-аҳоли гуруҳларида энг кўп энтероколитлар (16,0%), сурункали гастрит (11,5%). Яра касаллиги (8,3% ва 10,8%), уларга қиёсан 2-3 баробарга етиб кам даражада ГЭРБ (5,3%) ва энг кам тарқалиш частотаси билан (1,5%) эзофагит ифодаланиб учрайди.

Олинган ушбу маълумотлар бошқа аҳоли гуруҳларида олинган натижалардан кескин тафовутланади ва сўзсиз, индивидуал профилактик дастурлар зарурлигига ишорат беради.

НОБАРҚАРОР ИҚЛИМИЙ ШАРОИТДА ПРОФИЛАКТИК МОХИЯТЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ. 4-ЧИ АХБОРОТ: ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУЎУЛЛАНУВЧИ ҚИШЛОҚ ПОПУЛЯЦИЯСИДА КАСАЛЛИКЛАРГА ТААЛУҚЛИ ХАТАР ОМИЛЛАРИ

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.

РШТЎИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Андижоннинг нобарқарор иқлимий шароитида иккита фермер хўжалиги ходимлари эпидемиологик тадқиқотга жалб қилинди ва улар учун таалуқли бўлган хатар омиллари ажратилди.

Тахлиллардан келиб чиқади-ки, хатар омиллари фермерлик фаолияти билан боғлиқ ишловчи-популяцияда кенг тарқалган, алоҳида хусусиятлар касб этишида ва қуйидагича тарқалиш билан 1-чи ва 2-чи фермер хўжаликлари ишловчиларида мувофиқ холда аниқланади: артериал гипертензия-26,7% ва 15,0 дан ($p < 0,05$), стресс-88,7% ва 68,3 дан ($p < 0,05$), гиподинамия-28,2% ва 23,3% дан ($p > 0,05$), нотўлиқ профилактика-91,5% ва 8,6% дан ($p < 0,05$), иқтисодий-ижтимоий-оилавий омиллар-54,0% ва 36,0% дан ($p < 0,05$), ёнилғи тутунларини иш жойида тўпланиши -47,8% ва 5,0% дан ($p > 0,05$), шўр, ёғли ва ёғларга бой таомларни суъистемол қилиш-48,0% ва 43,3% дан ($p > 0,05$), мева ва сабзавотларни кам истеъмол қилиш (қунига<400 г)-67,6% ва 70,0% дан ($p > 0,05$), камқонлик-29,5% ва 83,0% дан ($p > 0,01$), семизлик -24,2% ва 18,3% дан ($p > 0,05$), гемоглобинни қандли диабет -1,4% ва 1,6% дан ва иқлимий-метеорологик омилларнинг номақбул тебраниб туришлар-27,3% ва 18,3% дан ($p > 0,05$).

Тасдиқланиб кўрсатилдики, фермерлик билан шуғилланувчи, қишлоқ шароитида ва иқлимий-экологик таъсирларга нисбатан кўп берилиб яшовчи ишловчиларда юқори частоталар билан “нотўлиқ профилактика омилли” (91,2); “рухий омиллар-стресс” (78,5%), “мева ва сабзавотларни кам истеъмол қилиш” (68,8%), камқонлик (56,2%) ва гемоглобинни камлиги (52,3%) кабилар кузатилади; юқори частоталар билан эса –“ёнилғи тутунларини иш жойида тўпланиши” омилли (48,9%), “иқтисодий-ижтимоий-оилавий омиллар” (42,0%) қайд қилинади. Ўртача даражада ифодаланиш билан аниқланувчи хатар омиллари бўлиб алкогольни суъистемол қилиш (27,5%), “дори воситаларини тартибсиз истеъмол қилиш” (27,5%), “гиподинамия” (25,7%), артериал гипертензия (25,3%), номақбул иқлимий-метеорологик омиллар (22,8%) ва семизлик (21,2%) хисобланади. Энг кам учрайдиган хатар омилли (1,5%) қандли диабет хисобланади.

НОБАРҚАРОР ИҚЛИМИЙ ШАРОИТДА ПРОФИЛАКТИК МОХИЯТЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ. 5-ЧИ АХБОРОТ: ПРОСПЕКТИВ КУЗАТУВ НАТИЖАЛАРИНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА МИНТАҚАВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.

РШТЎИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Фермерлар популяциясида 2 йиллик проспектив эпидемиологик текширув ўтказилди ва улар орасида хатар омилларини асосий сурункали ноинфекцион касалликлар (АСНК) шаклланишига алоқадорлиги баҳоланди. Тахлиллар қуйидагиларни кўрсатди. Фермер хўжаликлари ишловчиларида, текширувларимиз натижалари асосида прогнозлаш амалиётини қўллашдан чиқарилган хулосалар бўйича, сурункали кашандалик чекмовларга солиштирганда асосий касб касаликларини келиб чиқиши ва асоратланишлари хавфини 2,6 мартага оширади, АГ – 2 баробарга, дислипидемия – 3 каррага, семизлик – 1,6 баробарга, рухий зўриқиш – 2,4 мартага, қанд микдорини қонда меъёрдан юқори бўлиши – 1,9 мартага ва бошқа омилларни 0,8 дан то 1,3 баробарга етиб кўпайтиради.

Демак, хулоса қилиндики, асосий касб касалликларининг хатар омиллари фермерлик хўжаликлари ишловчиларида 3та мезон билан баҳоланиб ва коррекция қилиниб турилиши ёки назоратланиб борилишигина тиббий, иқтисодий-ижтимоий йўқотишларни/таллофатларни камайтиради: юқори тарқалиши даражаси, уларнинг касб касалликларининг келиб чиқишига бевосита қўшадиган хиссаси ва ушбу омилларни назорат қилиш туфайли касб касалликларини келиб чиқиш хавфини камайтириш бўйича асослар топилади.

Ушбу маълумотлар тасдиқлайдики, ишловчи фермерларда аксарият холларда юз бериши мумкин бўлган фалокатли тиббий ходисалари (ўлим, ногиронлик) ва касб касалликларини олдини олиб қолиш имконияти бўлади,

яъни малакали фермер-ишчиларнинг фаол ишчанликларини ошириш имконияти 100,0 фоизга етади. Бунинг асоси – тиббий скринингли профилактикани улар орасида узвий ва мунтазам олиб боришдир, аниқроғи лойихада қўланилган/яратилган профилактика модели бу борада энг арзон, содда, қулай ва унумли усул бўлиб ҳисобланади.

Исботий тасдиқланди-ки, ишчиларни саломатлигининг тикланиши, иқтисодий юксалишга самарали механизм ишлай бошлайди, тиббий-иқтисодий-ижтимоий фойда келтириш фермер хўжаликларида кескин ортади. Бу келгуси ахборотимизда ўз аксини топган.

**НОБАРҚАРОР ИҚЛИМИЙ ШАРОИТДА ПРОФИЛАКТИК МОХИЯТЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИК
МОНИТОРИНГНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ. 6-ЧИ АХБОРОТ: ФЕРМЕРЛАР
ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАНИ НАТИЖАЛАРИ**

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

2 йиллик кузатув ва фермер хўжалиги ишловчиларида тиббий назоратни мунтазам ҳамда узлуксиз олиб борилиши эвазига касбий сурункали ноинфекцион касалликлар суръати ва частотаси кескин камайган ва демак, ишчилар саломатлиги тикланган. Чунончи, артериал гипертензия частотаси 1-чи ва 2-чи фермер хўжаликлари ишловчиларида мувофиқ ҳолда, 27% дан 14,0% га (яъни 13% га, $p < 0,05$) ва 15,0% то 6,6% га (ёки салкам уч баробарига етиб $p < 0,01$) камайган. Миокард инфаркти 2,8% ва 0,0% частотадан ошмаган ($p < 0,05$), стабил стенокардия-12,6% дан 8,4% ва 6,6% дан 6,6% гача етиб частоталарда ифодаланган ($p > 0,05$), ўпканинг сурункали обструктив касаллиги 9,8%дан 5,6% гача ва 6,6% дан 3,3 гача камайган ($p < 0,05$), бронхиал астма 2,8% даражада сақланиб қолиб ўсмаган, асосий гастроэнтерологик касалликлар деярли ўсишдан тўхтаб камайган, таянч-харакат аъзолари, қон ва буйрак касалликлари сезиларли даражада пасайган.

Худди шундай тенденция хавф омилларида ҳам ҳамоҳанглиқда кузатилган ва демак, касбий касалликларни эволюцияси, сўзсиз, ҳатар омиллари ўзгаришларига монанд, ижобий тенденцияланади ва бу тадқиқот тадбирларини тизимининг ишловчанлиги туфайли содир бўлган.

Профилактик назорат мақсадлари тўлиқ бажарилди ва вазибалари, олдинги ҳисоботларда кўрсатилганидек, ижобий натижалари (фермерлик хўжаликлари ишчиларига бепул ва деярли муаммосиз топиладиган даволаш воситаларини иш жойида ташкил этиш, уларнинг оила аъзоларини доимий тиббий мониторингга олиш, тўлиқ текширув бўйича даволаш – профилактикани индивидуал ташкил қилиш ва амалга ошириш, ўлим ва ногиронлик ҳамда вақтинчалик ишга лаёқатини йўқотиш ва касалхонага тушишни деярли йўқотишни таъминлаш) билан 100,0 фоиз тўлиқликда адо этилди.

Тиббий профилактикани бевосита амалийлаштириш ва ишловчиларни соғломлаштириб иш қобилиятларини 100,0 фоизга деярли етказиб оширишга эришилди. Бунда касб касалликларига оид асосий скринингли профилактика стратегиялари энг охириги тавсиялар ва халқаро тажрибалардан келиб чиқиб такомиллаштирилиб борилди. 6 ойлик скринингли-кузатув ва узлуксиз профилактик назорат (бевосита иш жойига бориб, мобил телефон орқали режали тарзда ҳафтада бир марта ёки ўткир ҳолатларда тезкорлик билан ҳар куни алоқага чиқиш билан, индивидуал оилавий ва жамоавий – мажбурий умумий соғломлаштириш тадбирларини бажариш) назоратдаги ишловчилардан фақат биттасида ўткир ҳолат келиб чиқди ва яқунда даволаниш дастурига жалб этилиб тўла иш фаолияти тикланди.

**НОБАРҚАРОР ИҚЛИМИЙ ШАРОИТДА ПРОФИЛАКТИК МОХИЯТЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИК
МОНИТОРИНГНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ. 7-ЧИ АХБОРОТ: ФЕРМЕРЛИК
ФАОЛИЯТИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ ТИББИЙ ИЛДИЗЛАРИ (ЭКСПЕРИМЕНТ-ЛОЙИХА)**

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Мамлакатда озиқ-овқат хавсизлигини таъминлаш, аҳолини озиқ-овқат ва кишлоқ хўжалигини бошқа маҳсулотларига бўлган эҳтиёжини қондиришда фермер хўжаликлари ишловчилари, оила аъзоларини соғлигини сақлаш, иш қобилиятларини ошириш соҳасида “Фермер хўжалиги ишловчиларида касб касалликларини олдини олиш, соғлигини тиклаш ҳамда иш қобилиятини оширишининг янги тиббиёт профилактикаси технологиясини жорий қилиш” инновацион лойихаси кишлоқ хўжалигини модернизациялашда муҳим аҳамиятга эга бўлган лойиха эканлиги тадқиқотимизда исботини топган.

Эксперимент олиб борилаётган “Оқ сув” ва “Бахт, имкон, ривож” илмий экспериментал кўп тармоқли фермер хўжаликларида ишловчиларни категориялари бўйича ўтказилган (механизаторлар, сувчилар, чорвадорлар) текширувларда атмосфера босимидаги ўзгаришлар ва бошқа омиллар таъсирида замонавий фаннинг устивор вазифаси бўлиб ҳисобланган профилактик йуналишли эпидемиологик мониторингни йўлга қўйиш ва такомиллаштиришни тақозо этиши амалда исботланди. Профилактик тиббиётни аҳоли орасига ва ишлаб чиқариш марказига етказиш заруратини кўрсатди.

Фермерлар популяциясида касбий касалликларга бағишланган бир вақтда тиббиёт профилактикаси, климатопатология ва экология ёндашувлари ўзаро боғлиқлиги ўтказилган махсус теширувлар “Оқ сув” ва “Бахт, имкон, ривож” илмий экспериментал кўп тармоқли фермер хўжаликларида ўтказилгунча деярли ўтказилган. Биринчи мартаба ушбу долзарб масала 45 ёшдан ошган аёллар, 50 ёшдан ошган эркак ишловчи фермер ишчилар популяциясида тадқиқ қилинди ва тиббий-иқтисодий-ижтимоий аҳамият касб этувчи бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси тизимини яратиш ва такомиллаштиришга асос солинмоқда ва кишлоқ хўжалиги амалиётига узвийлаштириб жорий қилиш имконига эга бўлинмоқда.

Иклимий ва экологик ноқулай шароитда ишловчи нафақагача охириги 10 йилликда фермер ишчилар популяциясида асосий касб касалликлари иш қобилиятини оширишга оид профилактик тизимда касалликларнинг барвақт аниқлаш ва самарали даволаш профилактика моделини кишлоқ хўжалигига узвийлаштириб ишлаб чиқиш ҳамда амалий фаолият учун жорий этишга киришилди.

Нафақанинг охириги ўн йилликни бир беш йиллик меҳнат фаолиятдан ҳисобланиши, уларни иш қобилиятини ошириш қатта моддий-иқтисодий ва ижтимоий аҳамият касб этади. Чунки охириги ўн йилликда ишловчиларда меҳнатга бўлган муносабат, оширилган тажриба, эришиладиган натижа, иқтисодий, амалий билимнинг бозор иқтисодиёти, жаҳон молиявий иқтисодий инкироз, нобарқарор иқлим шароитида ишлаб чиқаришда меҳнат унумдорлигини ошириш, замонавий технологиялар, фан ютуқлари, илмий ишланмаларни жорий этишда бевосита иштирок этишни 100 фоиз тиклаб ва муҳофаза қилиб бориш ҳамда иш қобилиятини ошириш имкониятини туғдирувчи бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасини такомиллашган моделини ишлаб чиқиш учун текширувлар натижасида имкон яратилди ва бевосита кишлоқ хўжалик амалиётида қўллаш мумкинлиги аниқланди.

Бундай фаолият йилига фермер-ишчилар орасида тиббий талофатларни энг қамада касб касалликларидан 80 фоизга, кўпи билан 100 фоизга етиб бартарафлашга эришиш ва улардан фойда келтириш коэффициентини 1,5-2 баробарга етиб кўтаришга олиб келади.

ПРОФИЛАКТИК ТИББИЁТНИ ФЕРМЕР-ИШЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДАГИ ИСТИҚБОЛЛАРИ

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – фермер-ишчилар популяциясида профилактик тиббиётнинг истиқболларини аниқлаш ва бу йўналишда таклифлар киритишдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқот объекти сифатида Андижоннинг Қўрғонтепа туманидаги “Оқ сув” ва Олтинқўл туманидаги “Бахт, имкон, ривож” фермер хўжаликларининг жамии (124 га) ходим-ишчилари олинди: бошқарув аппаратида – 20 та, ишчи ходимлардан – 40 та, ички хўжалик ходимларидан – 25 та, қайта ишлаш цехидан – 8 та, чорвадорлардан – 36 та, мавсумий ишчилардан – 95 та, боқарлардан – 13 та, сотувчилардан – 10 та, тракторчилардан – 26 та, ва сувчилардан – 20 та. Эпидемиологик, клиник, инструментал ва лаборатор текширув усуллари қўлланилди. Текширув минтақаси ўзгарувчан ва кучли континентал иқлим билан тавсифланади, унинг ёзи курук ва иссиқ, баҳори ва кузи илиқ, қиши эса нотурғун метеошароитлар билан ифодаланади (ёнғинли, туманли, кучли шамолларни бўлиб туриши).

Натижалар, ҳулосалар ва таклифлар. Фермер хўжаликларида ишловчилар учун санитария-гигиена қондалари асосида шароит яратишга эришиш. Дала шийпонлари қуриш учун ер ажратиш, имтиёзли кредит билан таъминлаш масаласида туман ҳокими, туман фермерлар кенгашига таклиф киритиш мақсадга мувофиқ бўлади:

- Нобарқарор кескин Континентал иқлимий-экологик вазиятда ишловчи фермер-ишчилар шароитини комплекс ўрганиш, баҳолаш ва ишловчиларни тўлиқ илмий-экологик бухронлардан муҳофазаловчи тиббий метофилактика тизимига жалб қилиш ва кишлоқ хўжалик амалиётига жорий этиш имконидан фойдаланиш.
- Нафақагача ўн йилликдаги ишчиларни касбий-тажрибавий ва ижодий-амалий потенциали юқори фермер-ишчилар популяциясида иқлимий-экологик ноқулай вазият вужудга келган шароитда, асосий касб касалликларини тарқалиши, ишчиларни иш қобилиятларини ошириш даражаларини ўрганиш ва баҳолаш ҳамда олинган натижалардан келиб чиқиб кишлоқ хўжалик амалиётига профилактика йўналишидаги ва касб касалликларини барвақт-донозологик босқичда аниқлаб бериш имкониятини берувчи эпидемиологик мониторинг тизимини жорий этишга киришиш зарурлигини кўрсатди ва уни кенг тарғиб қилиш даркор.

Фермер хўжаликлари ишловчиларини тиббий кўриқдан ўтказишни ташкил этишни мунтазам фаолиятга айлантириш унумни оширади. Ишловчиларни иш қобилиятларини оширишда профилактик тизим текширувига КВПлар назоратини йўлга қўйишда вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси, туман соғлиқни сақлаш бирлашмалари томонидан чуқур таҳлил қилишни ташкил этиш муҳим масала ҳисобланади. Фермер - ишчилар шароитини комплекс ўрганишни баҳолаш ва ишловчиларни тўлиқ илмий - экологик бухронлардан муҳофазаловчи тиббий метофилактика тизими асосида кўриқ ташкил этиш ҳам устивор йўналиш ҳисобланади. Фермерлар саломатлигини мониторинг қилиб боришда энг қулай, арзон ва самарали йул бўлиб мунтазам ташкил этиладиган эпидемиологик - иқлимий - экологик кузатувлар ҳисобланади. Бундай ёндашув фермерларда барвақт касалликларни аниқлаш ва бартарафлаш имкониятини 85%га оширади. Фермерлар касби асосий ноинфекцион хасталикларни кўпайиши ва қамайиши хусусияларини белгилайди. Индивидуал профилактикани мунтазам олиб бориш касалликларни беҳавф ва самарали даволаш имкониятларини кенгайтиради. Фермерлар учун КВП ёки поликлиника қошида махсус тиббий укув машғулотлари (хафтасига 2 мартадан кам бўлмаган ҳолда) ташкил этилса ва уларнинг иши мунтазамлаштирилса мақсадга мувофиқ бўлади. Хар бир фермер - ходимга “Саломатлик паспорти” яратилиши ва ундан келиб чиқиб “мўлжалли” даволаш - профилактика дастурлари олиб борилса, бизнинг прогнозимиз бўйича, улар ва уларнинг оила аъзоларининг касалланиши ёки касаллигини кучайиши 80%га етиб муқобиллашади (бартарафланади ёки тўлиқ назоратга олинади).

ХАТАР ОМИЛЛАРИ ВА ГИПЕРТОНИК БЎХРОНЛАР (ДОНОЗОЛОГИК ПРОФИЛАКТИКАСИ АСОСЛАРИ)

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – Андижон иклимий шароитида гипертоник бўҳронларни (ГБ) хатар омилларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Эпидемиологик натижаларга (603 та эркак ва аёллар популяциясида ва ≥ 15 -70 ёшли гуруҳларда ўтказилган скринингда олинган) баҳо беришда анъанавий тахлиллардан ташқари СУБД «Pradox 5.0» ва «Statistica for Windows 5.0» статистика пакетларидан ҳам фойдаланилди. Хатар омилларини ГКга алоқадорлиги даражаларини баҳолашда χ^2 , Краскала-Уолмас мезонлари ҳам қўлланилди.

Натижалар ва хулосалар. ГК бевосита ва билвосита 24 та омил асосида келиб чиқади. Улар орасида энг кучли таъсиротга эга бўлганлари (20,8% холларда улар кўринадилар) диастолик артериал гипертония, систолик артериал гипертония, стресс, артериал гипертония II босқичи ва ўтирок ахоли бўлиб ҳисобланади.

Бизнинг тахлилларимиз бўйича 29,2%га етиб ГБ ёшга боғлиқ холда, кашандалик, дислипидемия, полипатия ва АГ III даражасига боғлиқ бўлиб келиб чиқади.

Бундан ташқари, ГБ яна 50,0%га етиб аёлларда маълумот даражасини пастлиги, ақлий зўриқиш, жисмоний зўриқиш, номақбул ижтимоий ҳолат, ортиқча тана вазни, алкоголь истеъмол қилиш, тахикардия, тиббий назоратни номукамаллиги ва артериал гипертония I-чи даражасига алоқадор холда ривожланади.

«I-даражали хатар омиллари»нинг ГБга кучли алоқадорлиги қуйидагича ифодаланиб тасдиқланади: $\chi^2 = 70,7$; $df=82,7$; $p<0,001$.

Юқорида кўрсатилган «II-даражали хатар омиллари» ўртача кучли ифодаланган коррелятив боғланишлик билан ГБга нисбатан ифодаланади ва бу қуйидагича исботланади: $\chi^2=62,0$; $df=71,1$; $p<0,01$.

«III-даражали ГБга алоқадор хатар омилларининг хисса қўшиш даражаси ҳам деярли шундай тасдиқланади.

Хулоса қилиб таъкидлаб ўтиш керак-ки, кўрсатилган омилларни доимий назоратда ушлаб туриш, оғохлантириб бориш ёки даволаб-бартарафлаб фаоллик кўрсатиш ГБ билан боғлиқ континуумни камайтиради ёки асосийси, артериал гипертензия 90,0%га етиб меъёрий турғунлаштиради.

Бунинг негизида эса тиббиётнинг барча бўғинларида скрининг натижаларга эга бўлиб бориш ётади.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 8. НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А., Сайитжонов Л.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Отмечается равномерное увеличение концентрации ТГ в крови обследованных с возрастом. С ростом уровней АД у лиц с нормальным АД показатели артериального давления остаются примерно на одном уровне. Рост показателей ХС достоверно отличается, начиная с 30-39 лет при ПАГ; с 30 лет и старше присоединяется увеличение содержания в крови ТГ и ХС пропорционально росту АГ. В целом ГХС выявлена у 1/5 обследованных, ГТГ у 30,9% обследованных.

Таким образом, с возрастом и увеличением АД достоверно чаще выявляются такие нарушения липидного обмена как ГТГ и ГХС. Эти данные не противоречат результатам большинства эпидемиологических исследований, проведенных ранее. Так, по данным многих исследователей, уровень АД увеличивается соответственно увеличению концентрации ХС и ТГ в крови обследованных.

По данным ВОЗ, более 25% населения развитых стран имеют атерогенные нарушения липидного обмена.

Как видно из наших данных, дислипотеидемия составила: ГХС со значениями ОХС выше 6,74 ммоль/л (260 мг%) выявлена у 21,5% обследованных, в том числе в возрасте 20-29 лет у 13,4%; в возрасте 30-39 лет у 34,2%; в возрасте 40-49 лет 12,7%; в возрасте 50-59 лет – 28,8%, т.е. наиболее высокие значения выявлены в возрасте 30-39 лет и 50-59 лет.

Средние значения ХС составили 5,6 ммоль/л, наибольшее значение выявлено так же в 30-39 лет (6,1 \pm 0,02 ммоль/л) и 50-59 лет (5,8 \pm 0,04 ммоль/л). В целом выявлено достоверное повышение содержания ОХС с возрастом и уровнем АД.

Таким образом, ГХ выявлена у каждого пятого обследованного мужчины, с возрастом и увеличением АД отмечается достоверный рост концентрации в крови обследованных содержания ОХС.

ГТГ выявлена у 30,9% обследованных лиц, в том числе в возрасте 20-29 лет у 20,4%; в 30-39 лет – 18,9%; в 40-49 лет у 33,1%; в 50-59 лет у 53,4%. Изучение среднего значения содержания ТГ показало, что с возрастом отмечается статистически достоверный рост данного показателя, достигая максимального значения в 50-59 лет (2,7 ммоль/л; $p<0,001$). Аналогичный рост содержания ТГ выявляется и при изучении связи с уровнем АД. Максимальное значение при этом выявлено у лиц с АГ III ст. (3,4 ммоль/л).

Таким образом, ГТГ выявлена у каждого третьего обследованного мужчины, значение ТГ, как и ГТГ увеличивается с возрастом и повышением уровня АД.

Аналогичные изменения выявлены и при изучении в-липопротеидов: пропорциональный рост показателей соответственно увеличению АД и возрасту.

Таким образом, по результатам нашим исследований выявлено, что АГ сопровождается повышенным уровнем и ростом содержания ОХС, в-ЛП и ТГ.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ: ЕЁ ПРОШЛОЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ОРИЕНТАЦИИ НА БУДУЩЕЕ. СООБЩЕНИЕ 9. ФЕРМЕНТАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А., Сайитжонов Л.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП
Андижанский государственный медицинский институт

Корреляционный анализ показал, что между уровнем АД существует прямая, сильная положительная связь с ТГ ($r=+0,4$) и содержанием ОХС ($r=+0,6$). Наши данные еще раз подтверждают результаты клинических и эпидемиологических исследований, указывающих на тесные этиопатогенетические взаимосвязи АГ и дислипопропротеидемий. Нарушение липидного обмена является одним из основных факторов риска АГ.

С учетом этого нами были изучены возможности влияния на нарушения липидного обмена с целью планирования на этой основе в перспективе успешных профилактических мер, для чего проведено на популяционном уровне исследование содержания в крови обследованных фермента – липазы.

Липаза является липолитическим ферментом, обеспечивающим не только гидролиз липидов в желудочно-кишечном тракте, но и участвующим в метаболизме липидов, предотвращающим холестерина стенки артериальных сосудов. Исследователи убедительно показали наличие обратной связи между активностью липазы и содержанием в крови ТГ и ХС.

Липидный обмен представляет собой очень сложный процесс, включающий поступление, утилизацию и выведение из организма липопротеидов. Липопротеинлипаза, являясь распространенным ферментом, обнаруживается в крови, в скелетных мышцах, жировой ткани, печени и кишечнике, принимает активное участие во всех стадиях липидного обмена.

Нами было проанализировано содержание фермента липазы в крови всех обследованных (803 чел.) на состояние липидного обмена мужчин 20-59 лет. При этом было выявлено, что наибольшее значение содержания липазы определено в молодом возрасте (20-29 лет) и старшем (50-59 лет) возрасте.

В целом, на репрезентативной выборке населения Андижана утверждено, что гиперлипаземия является фактором риска артериальной гипертензии. Определена взаимосвязь между высокими уровнями липазы и АГ, а также её факторами риска: гипертрилицеридемией ($r=+0,21$), избыточной массой тела, употреблением алкоголя и курением.

ҚОН БОСИМИ ВА ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР: ЯНГИ ФИКР ХАМДА ТАЛҚИНЛАР

Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – қон босими кўтарилишининг (ҚБК) юқумли инфекция негизида ифодаланишини баҳолаш ва талқинлашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Ноэкспериментал ва баёнли–аналитик ҳамда бир муддатли эпидемиологик тадқиқот ташкил қилиниб 341 та ОИВ-инфицирланган (ВИЧи) популяция текширилди. БЖССТ (1997) мезонлари қўлланилиб ҚБК баҳоланди ва аниқланди.

Натижалар. ВИЧ-негатив аҳолига қиёслаб олинган натижалар муҳокама қилинганда ҚБКнинг мутлақо янги жихатлари намоён бўлди. Энг аввало у шунда билиндикки, аксарият ОИВ-аҳоли ҚБК ҳақида жуда кам маълумотга эга бўлишади (53,7%).

«ҚБК нима билан чақирилади» деган савол қўйилганда айнан шундай хулосага келинди. Семизлик ҚБКни асосий хатар омилли эканлигини ҳар иккинчи ВИЧи-аҳоли (50,7%) қайд этади холос. Қонда холестеринни ортиши билан ҚБКни ўзаро чамбарчаслиги ҳақидаги маълумотчанлик ёки хабардорлик даражаси бўлса ўта пастлиги (29,3%) эътиборни тортади. Умуман хабардорлик даражаси бошқа хатар омилларга нисбатан ҳам худди шундай қонуният билан қуйидагича тасдиқланади (демак, асосий касаллик-ВИЧи-инфекция «беморни гўёки ўраб олади» ва бошқа омиллар-касалликлар эсдан чиққандай бўлади): гиподинамия бўйича–53,1%, кашандалик бўйича–57,7%, алкоголь истеъмоли бўйича–62,2%, рухий зўриқишлар бўйича–33,4% ва нотўғри овқатланиш бўйича–51,3%.

Хулосалар. Ушбу маълумотларни эътиборга олиш ОИВ-аҳоли орасида ҚБК хавфини камайтиради. Унга нисбатан бирламчи ва иккиламчи профилактика тизимини кескин самаралаштиради ва такомиллаштиради. Амалий тиббиётни ҚБКга қарши ёки мувофиқ ташкил қилиш атрофида кетаётган «ислохлар» учун пойдевор манба бўлиб олинган маълумотлар хизмат қилади.

ВИЧ-ИНФИЦИРЛАНГАН АХОЛИНИНГ САЛОМАТЛИГИНИ САҚЛАШ ВА ТИКЛАШНИНГ

ТЕРАПЕВТИК АСОСЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – артериал гипертензияга (АГ) ОИВ-инфицирланган (ВИЧи) аҳолининг муносабати мисолида ушбу популяцияда саломатликни сақлаш ва тиклашнинг терапевтик қирраларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. ОИВ-аҳоли орасида (341 та) комплекс текширув усуллари қўлланилиб, эпидемиологик тадқиқот бажарилди. Олинган натижалар махсус статистик пакет-дастур бўйича таҳлил қилиниб ўрганилди.

Натижалар. Сўровномада қўйилган саволга жавоблар таҳлили кўрсатади-ки, ОИВ-аҳоли саломатлиги атига 10,7% холдагина нисбатан меъёрда деб баҳоланади (4,6% - «Аъло даражадаги саломатлик» ва 6,1% - «Яхши даражадаги саломатлик», $p>0,05$). ОИВ-аҳолининг саломатлигини «Ёмон ҳолатда» деб баҳолаганиши–48,7% ва «Қоникарли ҳолатда» деб муносабат билдирилиши–40,6% кўрсаткичларда қайд этилади ($p<0,05$).

Ёш ортиши билан «Яхши сихат»дагилар–17,5%га фарк билан, «Қониқарли сихатлилар»–70,0%га ($p<0,01$), «Ёмон сихатдаги гуруҳдагилар»–60,0%га тафовут ($p<0,01$) билан ва «Аъло сихатлилар»–15,0% га фарқланиб ($p<0,05$) аниқланади.

Яна ўз исботини топган натижа шу бўлдики, ОИВ-аҳолида тиббий хизматга мурожаат қилиш даражаси ёки тиббий ёрдамдан фойдаланиш кўрсаткичлари номувофиқ пастлик билан кузатилади. Чунончи, бизнинг таҳлилларимиз бўйича ОИВ-аҳолининг 47,5% «Ҳеч қачон профилактик тадбирларда қатнашмаган». Уларнинг фақат 12,3%-гина АГ профилактикасини фойдали деб ижобий фикр билдиради, 35,3%-уни фойдасиз деб бундай тадбирларни салбий баҳолашади.

Хулосалар. ОИВ-аҳолида, иммунтанқислиги ҳолатида, охириги нукталар хавфини асосий хасталик эмас, балки модифицирланувчи хатар омиллари оширади ва демак, улар фаол терапевтик кузатувга эҳтиёж сезадилар. Ва лекин, уларнинг 88,7%-га буни инкор этишади ёки тан олишмайди, яъни профилактик тадбирларда қатнашмайди. ОИВ-беморларнинг фақат хар бешинчисидагина «дуруст тиббий ҳолат», яъни фақат бирламчи профилактикага эҳтиёж ҳолатида бўлади. Қолган 80%-тида «охириги эпидемиологик нукталарга» муҳофазоловчи таъсир этувчи фаол иккиламчи ва учламчи профилактикага зарурият бўлади. «Дори воситаси-ОИВ-бемор-шифокор» омилида, иккинчи ва учинчисини кучайтириш ҳамда тафаккурни тубдан ўзгартириш даркор бўлади.

ЮҚОРИ МЕЪЁРДАГИ АРТЕРИАЛ БОСИМНИНГ АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ЖИҲАТЛАРИ ВА ТУРЛАНИШЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – ОИВ-фонида юқори меъёрдаги артериал босимнинг (ЮМАБ) аёллар популяциясида эпидемиологик хусусиятларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. ВИЧ-позитив (ВИЧпоз) аёллар популяциясида (191 нафар) эпидемиологик тадқиқот ўтказилди. ЮМАБ умумқабул қилинган ташхисий мезонлар бўйича ташхисланди.

Натижалар. Олинган маълумотларга кўра, ОИВ аҳоли гуруҳида ЮМАБ қиёсан ўзига хослиги билан ажралиб туради. Энг аввало бу жиҳат шу билан ифодаланади-ки, ЮМАБ 4,2% частота билан аниқланади ва ОИВпоз аборигенлар, ВИЧпоз ноабориген аёлларда деярли 5,0% тафовут билан (11,3% ва 6,1% дан, $p<0,01$) аниқланади.

Чуқурроқ статистик таҳлил қилинганда яна бир эпидтенденция маълум бўлади: ЮМАБ ёшга боғлиқ холда, тарқалиши бўйича, турлича частота билан кузатилади.

ЮМАБнинг пайдо бўлиши 40 ёшдан кейин ОИВпоз аёлларда 5 баробардан зиёдга етиб жадаллашади. Ўсмир ОИВпоз популяцияда у 0,0% бўлса, 29 ёшгача бўлган диапазонда 1,1%, 30-34 да – 1,4% ($p>0,05$), 35-39 да – 1,8% ($p>0,05$), 40-44 да – 5,1% ($p<0,01$), 45-49 да – 8,0% ($p<0,01$) ва 50 дан кейин – 5,0% ($p<0,01$).

Абориген ОИВпоз аҳолида ЮМАБ қиёсан ўта юқори частоталар билан аниқланади. Хусусан, то 40 ёшгача бўлганларда ўртача 80%дан ортиқроқ тарқалиш билан қайд этилади, ундан кейин эса – то 34% гача етиб кўпайиш билан тасдиқланади ($p<0,001$).

Ноабориген ОИВпоз аҳолида бўлса, аксинча ушбу кўрсаткичларнинг паст бўлиши эътиборни жалб қилади. ЮМАБ 40 ёшгача бўлган ноаборигенлардан ўртача 5,0 % частота билан, ундан кейин эса 8,0% гача кўпайиб кузатилади ($p<0,05$). Демак, ОИВпоз аёллар популяциясида ЮМАБ ўзига хослик касб этиб шаклланиб, турланиб боради. Улардан келиб чиқиб даволаш жиҳатлари ва унинг олдини олиб бориш тадбирлари кўриб борилса, мақсадга мувофиқ бўлади. Эслатма тарзида, солиштириш учун манбаларда бундай маълумотлар мавжуд эмас.

ОИВ-ФОНИДА ИЖТИМОЙ ҲОЛАТНИ ҚОН БОСИМИ ЎЗГАРИШЛАРИГА ТАЪСИРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади– ОИВ-инфицирланган аҳолида (ОИВ-фон) артериал гипертензия олди ҳолати (АГОХ) шаклланиб боришига ижтимоий омилларнинг аҳамиятини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Умумқабул қилинган тавсиялардан фойдаланиб, махсус эпидемиологик текширув шакллантирилди ва унда ОИВ-инфицирланган 341 аҳоли комплекс тиббий текширувдан ўтказилди. АГОХ халқаро тавсиялар бўйича ташхисланди.

Натижалар. Бошқа тадқиқотчилар олган натижалар бўйича, бизнинг кузатувимиздан фаркли ўларок, ўқимишли ва касбий статус қон босими даражасига таъсир этади, унинг кўтарилиши ёки пасайиши маълум даражада ушбу ижтимоий омилларга боғлиқ бўлади. ОИВ-фонли аҳолида ушбу жараён ўзига хос ифодаланиши биз томондан кузатилди. Чунончи, олий маълумотли ВИЧи-аҳолида АГОХ 2,3% ва ўрта маълумотларда бўлса салкам 3 баробарга етиб (6,7%) ошиқ аниқланди. Ёшга боғлиқ бўлиб саводхонлик «паст» ёки «олий» 1,5% ва 2,3% частотада тарқалиш билан аниқланади ($p<0,05$). АГОХ аниқланиш даражаси энг кўп ВИЧи-ишчиларда (7,3%) ва аксинча қиёсан паст бўлиб ишсизларда (1,2%) қайд қилинади ($p<0,001$). Касб қандай бўлишдан қатъий назар АГОХ хавфи ва ортиши 40 ёшдан кейин кузатилади (то 16,0% га етиб аниқланади, $p<0,001$).

Бундай фарқ иш жараёнидаги стресс ҳолати ёки зўриқиш билан ёхуд аклий фаолият зўриқиши билан изоҳланиши мумкин. Шу билан бирга ОИВ-фонини ятроген таъсири сабаб бўлиб (ятроген АГОХ) ушбу ҳолатнинг хавфи ортишини эътиборга олиш керак бўлади.

Хулосалар. Артериал босимнинг ўзгариб туришига, асосан ортишига, сўзсиз, ОИВ-фони негатив таъсир кўрсатади. Шунинг учун ОИВли-аҳолида унинг назорат дастурларига алоҳида индивидуаллик зарурияти туғилади.

Бундан ташқари, маълумотлилик ва касбий ҳолатлар бўйича ҳам антигипертензив фаол фаолият «мўлжаллаштирилса» мақсадга мувофиқ бўлади.

ОИВ-ФОНИДА ГИПЕРТЕНЗИЯ ОЛДИ ҲОЛАТИ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ АСОСЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – гипертензия олди ҳолатининг (ГОХ) эпидемиологик тавсифини ВИЧ-инфицирланган (ОИВ-фон) аҳолида ўрганишдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Репрезентатив ОИВ-аҳоли (341 нафар ОИВ-аёллар ва эркаклар) сўровномали, биохимик, клиник ва инструментал ҳамда статистик усуллар қўлланилиб, эпидемиологик тадқиқотга жалб қилинди. ГОХ тавсифи ўрганилди.

Натижалар. Жами бўлиб ОИВ-фонда ГОХ 10,9% частота билан аниқланади ва гендерлик ривож олиш аҳолида хусусиятларини намоён этади. Хусусан, эркак (19,3%) ва аёлларда (4,2%) 15,1% га тафовут билан қайд қилинади ($p < 0,001$).

ОИВ-фонининг салбий таъсири ёшга боғлиқликда кучайиб боради, энг кўп ушбу ҳолат 40-44 (25,6%) ва 45-49 ёшлиларда (32,0%) тасдиқланади. Бошқа ёш диапазонларида бўлса – 2,5% (ўсмирларда), 3,4% (ўспиринларда), 8,2% (30-34 ёшлиларда), 9,1% (35-39 да) ва 20,0% (50 ёшдан ошганларда) даражаларда қайд қилинади. Маълум бўлди-ки, артериал гипертензияга хос бўлган эпидемик кўпайиш қонуниятига, яъни эркакларда аёлларга қиёсан ишончли ортиб бориш тенденцияси сақланиб қолади. Жумладан, ОИВ-фонда, ГОХ тарқалиш частотаси турли ёш гуруҳларида куйидагича аниқланади: ўсмир ёшидагиларда-2,0%, 25-29 да – 2,2%, 30-34 да – 6,8%, 35-39 да – 7,3%, 40-44 да – 20,5%, 45-49 да – 24%, ва 50 ёшдан ошганларда – 15,0%. ОИВ-аёлларда эса ушбу кўрсаткичларни то 4 баробардан ошиб кам бўлиши эътиборни тортади: 1,1% (25-29 да), 1,4% (30-34 да), 1,8% (35-39 да), 5,1% (40-44 да), 8,0% (45-49 да) ва 5,0% (50 ёшдан ошганларда).

Хулосалар. Фаол профилактика ОИВ-фонининг ГОХ шаклланишини тўлиқ тўхтатиши мумкин. Бунинг учун скринингли тадқиқот ва унинг натижалари даволаш дастурларини ажралмас қисми бўлиб хизмат қилиши даркор бўлади.

НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ТАБИИЙ ВОСИТАЛАРНИ ҚўЛЛАШ

ТАЖРИБАСИ. 1-МАЪЛУМОТ: ФАОЛИЯТНИНГ АСОСИЙ ЙўНАЛИШЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Мадаханов А.С., Мамасолиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – маҳаллий табиий воситаларни излаб топиш ва улардан аҳолини сурункали ноинфекцион касалликлардан (СНК) соғломлаштириш бўйича даволаш-профилактика дастурларида фойдаланиш (бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикада) фаолиятини амалий тиббиётга кенг жорий этишдан иборат бўлди.

Тадқиқот материаллари, усуллари ва йўналишлари. Андижон давлат тиббиёт институтида олиб борилаётган профилактик йўналишдаги кенг камровли ишларда жамоамизнинг 38 йиллик ҳиссаси бўлган ва ана шу тадқиқотларнинг барча усуллари (сўровномали, биохимик, инструментал, статистик, экологик, гелио-метеорологик, фармакоэпидемиологик, клиник, регистрацион) аҳолининг мазкур текширувида ва кузатувида қўлланилди.

Хонобод (Ўзбекистон), Джалолобод (Қирғизистон) ва Арслонбоб (Қирғизистон) ҳудудлари аҳолиси текширувга жалб қилинди, уларнинг соғлигини шакллантириш, сақлаш ва мустаҳкамлаш борасида ижтимоий-иқтисодий ва табиий шароитлар ўрганилди ҳамда даволаш-профилактика ишлари учун жорий қилинди ёки фаол жорий қилина бошланди.

Натижа ва хулосалар. Табиатнинг шифобахш неъматлари, яшаш шароити ва турмуш тарзини индивидуал, оила ва популяция даражасида комплекс ва динамик равишда мониторинг қилишнинг методологияси яратилди ҳамда жорий қилинди.

СНК профилактикасида табиий шифобахш воситалардан фойдаланишнинг тиббий-географик, ижтимоий-иқтисодий, клиничко-психологик ва ташкилий томонларини ўзида тўлақонли акс этдирадиган минтақавий (Қирғизистон ва Ўзбекистон таркибида бўлган Фарғона водийси кўламида) МИЛЛИЙ ДАСТУР яратиш учун илмий замин яратиш ишлари фаол бажарилди ёки бунинг учун замин яратилди. Бундан ташқари, табиий шифобахш неъматларнинг янги турлари ва манбалари топилди ва улардан аҳолини соғломлаштиришда кенг фойдаланиш жорий этилди (улар ҳақидаги маълумотларга кейинги ишларимизда тўхталамиз)

НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ТАБИИЙ ВОСИТАЛАРНИ ҚўЛЛАШ

ТАЖРИБАСИ. 2-МАЪЛУМОТ: АСАЛАРИ ЕЛИМИ (ПРОПОЛИС) ТАВСИФИ ВА ШИФОБАХШ

ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Мадаханов А.С., Мамасолиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотимизнинг қайд этилган мақсадларидан келиб чиқиб асалари елими (прополис) куйидаги таркибда табиий махсулотдан яратилди ва аҳоли орасида кенг қўлланилди. Унинг таркиби: хушбўй смола – 50-60%, бальзамин 6%, эфирли мой 5% дан то 15%-гача, асалари муми – 30% ва гул чанги – 5%.

Унинг шифобахш хусусиятлари, бизнинг кузатувимиз бўйича ва мавжуд илмий манбалар маълумотларига асосан, 5 та йўналишда намоён бўлади. Биринчиси, таркибида бўлган хитозан воситаси ила-қалқонсимон без фаолиятини тиклашиши, тери ва шиллик қаватлардаги жароҳатларни битиши тезлашади. Иккинчиси, унинг фаол элемент воситаси меланин-организмдан токсик моддалар, радионуклеидлар ва металлларнинг тузларини чиқарилишини таъминлайди. Учунчи-си, гепарин моддаси ҳам унинг фаол таркиби бўлиб, у туфайли хужайра ва тўқималарда яллиғланиш даражаси сусаяди. Тўртинчидан, ушбу дори воситасини таркибига кирувчи асалари захари-яллиғланишга қарши таъсир этади ва бешинчидан, озукавий толалари эса овқат хазм қилиш тизимининг секретор ва моторик фаолиятини яхшилади ҳам сорбент хусусиятига ҳам эга.

Прополиснинг яна бир катта имконияти, унинг таркибида микро-ва макроэлементларни бой бўлишидир. Бизнинг олган маълумотларимиз бўйича водий аҳолисида айнан микро-макроэлементозлар ноинфекцион касалликларни келиб чиқишида ва кечишида етакчи рол ўйнашади. Дунё микёсида эса, масалан, магний тутувчи озукаларни истеъмол қилиш замонадошларимизда 3 баробарга етиб камайганлиги қайд этилади. Шу нуқта назардан, ушбу препаратнинг таркибида бўлган-алюминий, ванадий, селен, темир, кальций, кремний, марганец, кобальт, молибден, мис, рух ва бошқа микроэлементлар, витаминлар, аминорганик моддалар, кўплаб тўйинмаган ёғ кислоталари (бетакаротин, витаминлар – А, Д, В₁, В₂, Е, К, С, Р ва б.к.) физиологик ва иммунобиологик жараёнларни мўтадиллаштиради ҳамда юқори даражада бактерицид таъсирга эга бўлади, вируслар фаолиятини сусайтиради, айрисимон без, буйрак усти безлари, ошқозон ости беши ва жинсий безларнинг фаолиятига босим ўтказиши, тез қаришнинг олдини олиш хусусиятларини кўрсатади.

НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ТАБИИЙ ВОСИТАЛАРНИ ҚўЛЛАШ ТАЖРИБАСИ. 3-ЧИ МАЪЛУМОТ: АСАЛАРИ ТАНАСИДАН ОЛИНГАН ЭКСТРАКТНИ КЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИК ТАВСИФИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Мадаханов А.А., Мамасолиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Аҳолини соғломлаштиришда ва СНК профилактикаси ҳамда даволаш дастурларида фойдаланишга жорий қилинган/тавсия этилган иккинчи препаратимиз «Асаларилар танасидан экстракт»дир (АТЕ). Махаллий имкониятлардан келиб чиқиб тайёрланган мазкур препаратда 8 туркум кимёвий элементлар мавжуд: гармонлар ва гармонсимон моддалар, гепарин ва гепаринсимонлар, анитоксин ва асалари ёғи, озукавий толалар, микро ва макроэлементлар: кальций, магний, темир, мис, марганец, рух, фосфор, натрий, калий ва витаминлар А, Е, Д ҳамда В гуруҳи жами витаминлар, аминокислоталар, ферментлар.

Улардан озукавий восита сифатида ҳамда табиатдан олинган махаллий номедикаментозли дори-препарати сифатида «Соғломлар хатар омилларисиз», «Соғломлар хатар омиллари билан» ва «Беморлар хатар омиллари билан» ҳамда «Касаллик асоратлари хатар омиллари билан» аҳоли гуруҳларида фойдаланилади. Базавий препаратлар каторида уларни ишлатиш самарадорлик натижаларини оширади.

АТЕ қуйидаги патологик ҳолатларни бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасида буюрилади (ичишга): кўриш, эшитиш ва хотира ёмонлашуви, камқонлик, атеросклероз касаллиги, стенокардия, миокард инфаркти, гипертония касаллиги, варикоз касаллиги, тромбофлебит, бавосил, эндоартерит, бош мия кон томирларининг касалликлари, меъда-ичак яра касалликлари ва яллиғланиш хасталиклари, пародонтоз, суяклар ва бўғимларнинг касалликлари, сийдик йўллари касалликлари (буйрак тош касаллиги, гломеруляр касалликлари, аденома, простатит), панариций, фурункулёз, эпилепсия, астеник синдром, вегетатив дисфункциялар, қалқонсимон без касалликлари, ошқозон ости беши ва жинсий безларнинг хасталиклари, иммунотаксил ҳолатлар ва ўсма касалликлари.

НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ТАБИИЙ ВОСИТАЛАРНИ ҚўЛЛАШ ТАЖРИБАСИ. 4-ЧИ МАЪЛУМОТ: АСАЛАРИЛАР ТРУТЕНТЛАРИ ЛИЧИНКАЛАРИДАН ОЛИНГАН ГОМОГЕНАТНИНГ КИМЁВИЙ ВА КЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Мадаханов А.С., Мамасолиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Кафедра илмий-амалий ишлаб чиқариш марказида, мазкур тадқиқотимизнинг вазифаларидан келиб чиқиб, «Асаларилар трутенлари личинкаларидан олинган гомогенат» (АТЛоГом) препарати олинди ва клиничко-профилактик мақсад билан қўлланила бошланди. Кимёвий таркиби бой ва 7 гуруҳ табиий элементлар ёки кимёвий таркибдан иборат: оксиллар – 10 – 20%, углеводлар – 5,0% гача, ёғлар – 5,0 – 6,3%, аминокислоталар–11,4%, сульфидрил ферментлари, гормонлар (тестестероидлар, прогестерон, эстрадиол), витаминлар (А, В₁, В₂, В₃, В₅, В₆, Д, Е), микро – ва макроэлементлар (кальций, магний, темир, мис, марганец, рух, фосфор, натрий, калий).

Махаллий хом ашё маҳсулотидан тайёрланган ушбу препарат АТЛоГом ижобий хусусиятларга эга: у кўшимча озук майдони бўлиб профилактик салоҳият касб этади, иммунитет тизимини мустаҳкамлайди ва ҳатто тиклайди, организмни жисмонан, жинсий ва ақлий ривожланишга ижобий таъсир этади, мушакларнинг жисмоний зўриқишларга чидамлилигини оширади, юз терисиде модда алмашинувини мўтадиллаштиради, препаратни прополис билан аралашмаси хужайра мембраналарини тозалайди, хужайраларда нафас олиш жараёнини яхшилади, патологик хужайраларнинг кўпайишига салбий таъсир кўрсатади, ошқозон ости беши фаолиятини сусайтиради ва рақ хужайраларининг ўсишига салбий таъсир кўрсатади.

Худди шундай таъсирларга АТЛоГомга яқин бўлган препарат «Она асалари сутчаси» ҳисобланади: тўқималар трофикасини яхшилади, суяклар синганда битишини таъминлайди, бадандаги эркин радикалларни

нейтраллайди, ички секреция безлари функцияларини тиклайди, қонда қанд миқдорини камайтиради, бепуштлиқда фойда беради, оналарда қўқрак сути ажратилишини яхшилади ва болалар гипотрофиясида самараси катта.

Демак, ушбу махалий воситалардан арзон, қулай, унумли ва самарали фойдаланиб оммавий тарзда ШНҚга нисбатан профилактик, клиник ва терапевтик натижаларга бемалол эришиш мумкин.

НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА ТАБИИЙ ВОСИТАЛАРНИ ҚЎЛЛАШ ТАЖРИБАСИ. 5-МАЪЛУМОТ: МАХАЛЛИЙ ХОМ АШЁДАН ОЛИНГАН ИНСУЛИННИ ПРОФИЛАКТИК ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАШ

Мамасолиев Н.С., Мадаханов А.С., Мадаханов А.А., Утанов З.М., Ибрагимова С.Р.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Махаллий хом ашёлардан (тапинамбур) инсулин моддаси олинди (бошқалардан фарқи-олиш йўли осон, қулай, бехавф ва ўта арзон). Препарат асосан қандли диабетда ёки диабет олди ҳолатларида буюрилади, унинг таркибида диабет учун зарарсизланган фруктоза (95%), глюкоза (5%) ва кам миқдорда сахароза бор.

Инсулин, халқаро тажрибаларга қўра, ичакларда бифидобактерияларни кўпайтиради ва бизнинг кузатувларимизда ҳам бу тасдиқланади ёки ичаклар учун инсулинни фойдали хизмат қилиши яққол кўзга ташланади: у овқат хазм бўлиш жараёнини тезлаштиради, ичаклар моторикасини яхшилади, холестеринни камайтиради, кальций ва мағний элементларининг сўрилишини яхшилади, модда алмашинувини фаоллаштиради, қанд ва инсулин миқдорини қонда камайтиради. Шулардан келиб чиқиб, қуйидагиларни профилактика қилиш ва даволашда кенг қўллаш мумкин бўлади: қандли диабетда, семизликда, жигар хасталикларида (айниқса кексаларда), ўт-тош касаллигида, камқонликларда, В ва С гепатитларида, артериал гипертонияда, остеопорозда, ошқозон яра касалликларида, дори препаратларининг нохуш таъсирларини олдини олишда, дисбактериозда – дисбиотик восита сифатида.

Хулосалар. Биз томондан берилган маълумотларда кўрсатилган ва келтирилган қисман препаратлар (улар сони янада кенгайиб боради) АДТИ ВМО ва ҚТФ терапия, кардиология, гастроэнтерология ва тез тиббий ёрдам кафедраси хузурида ташкил этилган «ФИЗИУССАН» м.ч.ж. аҳолини табиий воситалар билан соғломлаштириш илмий тадқиқот, ўқув ва ишлаб чиқариш марказида тайёрланади ва захираланади. Уларни қўллаш технологиялари ва препарат билан таъминлаш амалиётлари бўйича қўшимча кўрсатмалар ва маълумотлар марказ орқали амалга оширилади.

ҚОН БОСИМИ ЎТКИР ПАСАЙИШИНING ТУРЛИ ОМИЛЛАРГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ҚИЁСИЙ ТАВСИФИ

Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У., Сайитжонов Л.С.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади – қон босимининг ўткир пасайишининг (ҚБЎП) хатар омилларига (ХО) боғлиқ ҳолда эпидемиологик тафсилотини қиёсий ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материаллари ва усуллари. Репрезентативлиги таъминланган 15-22 ёшли ўғил болалар (1465 та) популяциясида ҚБЎПга алоқадор хатар омилларининг эпидемиологик тафсилоти қиёсий баҳоланди. Умум қабул қилинган сўровномали, инструментал, функционал ва биохимик текширув усулларида фойдаланилди.

Натижалар ва хулосалар. ҚБЎПни ХОга қўшилиши ва қўшилмасдан келиб чиқиб қуйидагича частоталар билан ўсмир ўғил болаларда қайд этилади: стрессда – 66,7% ва 33,3% ($p<0,01$), сурункали чекишда – 55,2% ва 44,8% дан ($p<0,05$), алкохол сўистемолида – 70,4% ва 29,6% ($p<0,01$), социал омилларга боғланган ҳолда – 71,5% ва 28,5% дан ($p<0,02$), дислипиделияга алоқадор ҳолда – 60,0% ва 39,4% дан ($p<0,05$), ирсий мойиллик омилига боғлиқ ҳолда – 61,8% ва 38,8% дан ($p<0,05$), Кетле индекси $\geq 25 \text{ кг/м}^2$ бўлганда – 38,2% ва 61,8% дан ($p<0,05$), камфаолликда – 70,9% ва 29,1% да ($p<0,01$), мева ва сабзавот истеъмоли меъёрли бўлмаганда – 20,8% ва 5,0% дан ($p<0,001$), овқатланиш тарзи бузилганда – 17,1% ва 2,8% дан ($p<0,001$), «овқатга ўчлик»да – 15,2% ва 11,1% дан ($p<0,05$), коморбид фонда – 76,6% ва 23,4% дан ($p<0,01$) ва дори-дармонларга боғлиқ ҳолда – 54,5% ва 45,5% дан ($p<0,05$).

Ушбу натижалар минтақавий профилактик ва терапевтик ахамият касб этадилар.

ЎҒИЛ БОЛАЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ҚОН БОСИМИНИ МЕЪЁРДАН ПАСТ БЎЛИШINI ХУСУСИЯТЛАРИ (ПРОФИЛАКТИКАСИ УФҚЛАРИ)

Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Сайитжонов Л.С.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Қон босимини меъёрдан паст бўлиши (ҚБП) хусусиятларини ўғил болалар популяциясида очиш **ишнинг асосий мақсади бўлди.** Бунинг учун 15-22 ёшли ўғил болалар популяцияси (1465 та) тасодифий танлов усули билан ажратиб олинди ва уларда эпидемиологик комплекс текширув ўтказилди..

Натижалар ва хулосалар. ҚБП частотаси текширилган ўғил болалар популяциясида 18,6% частота билан аниқланади. Унинг 79,5%-ни бирламчи тури ва 20,5%-ни эса иккиламчи тури ташкил этади. Айнан мазкур турларни умумий популяция даражасида таҳлил қилинса ушбу частоталар 8,6% ва 2,2% кўрсаткичларда ифодаланиши маълум бўлади. Тасдиқланди-ки, ҚБП кўриниши энг аввало аксарият патологик характерга эга бўлади (популяция кўламида – 14,4% ва ҚБП таркибида – 77,3%). Физиологик тусда учраши 3 мартадан зиёдрок кам даража билан қайд қилинади.

Эпидемиологик скринингда исботли аниқланган тарқалиш даражалари – 77,3% (физиологик тусли КБП умумий КБП таркибида)-ни ташкил этади ($p < 0,01$).

Ўткир ифодаланган КБП ҳам қиёсан кам учрайди (7,2% популяция даражасида ва 38,8% КБП таркибида, $p < 0,001$), сурункали КБП эса-21,5% ва 61,2%дан тасдиқланади ($p < 0,001$).

Унинг келиб чиқишида руҳий зўриқиш (13,7%-популяция даражасида ва 73,6% КБП таркибида, $p < 0,01$), зўриқиб овқат қабул қилиш (9,8%-популяция даражасида ва 52,7% КБП таркибида, $p < 0,001$), гавда вазиятини кескин ўзгариши (4,2%), транзитор ишемик хуружлар (4,8%), каротид синус синдроми (2,9%), кардиоаритмиялар (3,1%), дори воситалари (1,2%) кабилар рол ўйнайдилар.

Ушбу омилларни текширилган популяцияда фаол назоратга олиниши, сўзсиз, профилактик чора-тадбирларнинг натижавийлиги ва самарадорлигини оширади.

ОИВ-ФОНИ ВА НОМАЪКУЛ ОДАТЛАР ХАМОХАНГЛИГИ – «ЗАНЖИРЛАНГАН ЭПИДЕМИОЛОГИК НОМУВОФИҚЛИК» СИФАТИДА (СКРИНИНГЛИ МОНИТОРИНГ НАТИЖАЛАРИ)

Мамасолиев Н.С., Сайтжонов Л.С., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – ОИВ-инфицирланган аҳолида (ОИВ-фон) номақбул одатлар ҳамоханглиги (НОХ) нинг эпидемиологик тафсилотини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Скринингли мониторинг давомида алкоголь истеъмоли (АИ) ва озуқаланиш одатлари (ОО) ОИВ-фонда, НОХ сифатида, 341 нафар аҳолида ўрганилди. Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан эпидемиологик тадқиқотларда хатар омилларни аниқлаш учун тавсия этилган усуллардан фойдаланилди.

Натижалар. НОХ кучли хатар омил сифатида ОИВи-фонда тасдиқланади. Ушбу омилни аниқланиши 80,7%-ни ташкил этади ва континуумни чақиришда етакчилик қилувчи «занжирланган эпидемиологик номувофиқлик» деб ном олишга асос солади. АИ ва ОО турли ёш диапозонида юқори кўрсаткичлар билан қайд этилади: 24 ёшгача ОИВи-аҳолида – 17,5% ва 55,0% дан ($p < 0,01$), 25-29 да – 11,2% ва 55,1% дан ($p < 0,01$), 30-34 да – 24,8% ва 52,0% дан ($p < 0,01$), 35-39 да – 43,6% ва 45,5% дан ($p > 0,05$), 40-44 да – 48,7% ва 43,6% дан ($p > 0,05$), 45-49 да – 40,0% ва 56,0% дан ($p < 0,05$), 50 ёшдан ўтганларда – 40,0% ва 45,0% дан ($p > 0,05$).

Умуман, ОИВ-фонда НОХ турли ёшларда тафовутланиб ва кўпайиб бориш билан ифодаланиб қайд қилинади: ўсмир ёшида бўлган ОИВи-аҳолида – 72,5%, 25-29 ёш диапозонида – 66,3% да – 76,8%, 35-39 да – 89,1%, 40-44 да – 92,3%, 45-49 да – 96,0% ва 50 ёшдан кейин – 85,0%.

Хулосалар. «Занжирланган эпидемиологик номувофиқлик» ОИВи-аҳоли учун ўзига хос, кардиоваскуляри хавфни оширишда етакчилик қилувчи, патологик омилдир. ОИВ-фонда бу омил юқори частоталар билан учрайди. Ёш билан боғлиқ ҳолда унинг частотаси 3,6 баробардан 8,9 мартагача кўпайиш билан (АИ) аниқланади. Унга таъсир этишининг ёки уни тўхтатишининг энг самарали йўли, бу, - фаол профилактик фаолиятдир.

РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЛОМЕРУЛЯРНЫХ ПАТОЛОГИЙ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Мамасолиев Н.С., Сайтжонов Л.С., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы – выявление и оценка на уровне популяции ранних предикторов гломерулярных патологий.

Материалы и методы. Осуществлялось одномоментное эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке мужчин и женщин в возрасте от 18 до 70 лет (603 чел.). Применялись стандартизованные и унифицированные методы выявления хронических болезней почек (ХБП).

Результаты. Ранние предикторы гломерулярных патологий (I-ая и II-ая стадия ХБП) выявлялись с частотой – 28,5% (I-ая стадия) и 14,6% (во II-й стадии ХБП), $p < 0,01$.

При сравнительном анализе выявляемости ранних предикторов гломерулярных патологий в виде I-ой и II-ой стадии ХБП среди мужчин 18-70 лет отмечено, что случаи I-ой и II-ой стадии ХБП среди них устанавливались с частотой 19,2% и 8,2% ($p < 0,01$). А вот у женщин этого же возрастного диапазона I стадия регистрировалась в уровнях – 36,2%, а II-ая – 20,1% ($p < 0,05$). У женщин ранние предикторы гломерулярных патологий обнаруживаются более высокими частотами, чем у мужчин ($p < 0,01$).

Среди обследованных выявляемость ранних предикторов гломерулярных патологий варьирует в разных возрастных группах. Так, у юношей регистрируется в уровнях 9,5% (I стадия ХБП) и 7,1% (II стадия ХБП), ($p > 0,05$), в 20-29 лет – по 20,4% и 7,2% ($p < 0,01$), в 30-39 – по 18,8% и 9,7% ($p < 0,01$), в 40-49 – 38,9% и 16,9% ($p < 0,01$), в 50-59 – 45,8% и в 31,3% ($p < 0,05$), в 60-69 – 33,3% и 20,8% ($p < 0,05$) и ≥ 70 лет – 43,8% и 18,7% ($p < 0,01$).

Аналогичная тенденция наблюдается среди мужского и женского населения.

Выводы. Ранние предикторы гломерулярных патологий встречаются довольно высокими частотами на уровне популяции. Следовательно, требуется активное профилактическое вмешательство с учётом результатов периодических эпидемиологических исследований.

ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: АНАЛИЗ «ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МАРШРУТА»

Мамасолиев Н.С., Сайтжонов Л.С., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы – эпидемиологический анализ выявляемости терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ТерСХБП) среди населения трудоспособного возраста.

Материалы и методы. На репрезентативной выборке мужского и женского населения 20-70 лет и старше (603 чел.) проводилось эпидемиологическое исследование с использованием анкетного опроса, клинических, инструментальных, биохимических и функциональных методов. ТерСХБП устанавливался с использованием формулы Кокрофта-Гаулта.

Результаты. Показано, что распространенность ТерСХБП по сравнению с его ранними стадиями встречается реже. Так, среди населения 20-70 лет наблюдается с частотой не более 4,4% (в IV стадии ХБП – 2,5% и в V стадии ХБП – 1,9%, $p > 0,05$).

Среди мужского населения распространенность ТерСХБП в целом наблюдается с частотой 2,6%. Среди женского населения наблюдались в более высоких уровнях – 5,2%, $p < 0,01$.

В общей популяции в зависимости от возрастной группы ТерСХБП регистрировались в следующих уровнях: у юношей – не выявлялась, в 20-29 лет – 0,0%, в 30-39 лет – 2,0%, в 40-49 лет – 5,0% ($p < 0,01$), в 50-59 – 3,6% ($p < 0,05$), в 60-69 лет – 8,3% ($p < 0,01$), в 70 лет и старше – 0,0%.

В зависимости от возрастного диапазона среди мужского населения ТерСХБП наблюдалась следующей распространенностью: в возрасте до 20 лет – 0,0%, в 20-29 лет – 1,4% ($p < 0,05$), в 30-39 лет – 1,5% ($p < 0,05$), в 40-49 лет – 3,6% ($p < 0,01$), в 50-59 лет – 4,8% ($p < 0,01$), в 60-69 лет – 5,3% ($p < 0,01$), в 70 лет и старше – 0,0%.

Случаи ТерСХБП выявились с достоверными различиями в различных возрастных группах у женщин следующими частотами в возрасте до 20 лет – 0,0%, 20-29 лет – 1,2%, 30-39 – 2,6% ($p < 0,05$), 40-49 – 6,4% ($p < 0,01$), 50-59 – 9,6% ($p < 0,01$), 60-69 – 10,3% ($p < 0,01$), 70 лет и старше – 11,1%.

Выводы. Отмеченные показатели приводят к выводу, что все - таки до сих пор в практике хронические болезни почек диагностируются с опозданием несвоевременно. По видимому это связано с недостаточностью исследований по изучению эпидемиологических аспектов хронических болезней почек.

ПУТИ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОФИЛАКТИРОВАНИЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА: ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

Мамасалиев Н.С., Сайитжонов Л.С., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы – помогать организаторам здравоохранения в организации и проведении эффективных профилактических исследований среди населения в отношении нефрологического континуума.

Материалы и методы. На репрезентативной выборке из 7250 человек (3640 мужчин и 3610 женщин) проводилось специальное эпидемиологическое изучение хронических заболеваний почек (ХБП) и их факторов риска. Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Результаты. Отмечено, что эффективным и оптимальным, а также приемлимым методом раннего выявления ХБП и нефрологического континуума от них (регоспитализация, заместительная почечная терапия, терминальная почечная недостаточность, смертность) являются популяционные исследования. Они позволяют выявлять ХБП и ранних предикторов нефрологического континуума ещё в донологической стадии. Установлено, что хронические почечные патологии (ранние предикторы нефрологического континуума) наблюдаются довольно высокой распространенностью среди взрослого населения и существует прямая связь нефрологического континуума с специфическими характеристиками Ферганской долины, особенно местными экзо-эндогенными и эпидемиологическими факторами риска кардиоваскулярных заболеваний. Ценность подобных исследований заключается ещё в том, что большинство людей, особенно коренное население, приходят лечебным учреждениям тогда, когда уже появляются начальные предикторы нефрологического континуума. У значительного числа ХБП, несмотря на современные методы диагностики и лечения, выздоровления не происходит, и часто процесс развивается до нефрологического континуума.

Выводы. Среди населения все чаще регистрируется «конечная стадия (континуум) болезней почек» - and stage renal disease. Следовательно, приоритетным направлением развития нефрологической науки и практики стало не только фундаментальное, но и раннее распознавание, эпидемиологическое изучение ХБП и стратификация региональных факторов риска нефрологического континуума либо ХБП для усовершенствования профилактики и фармакотерапии.

МАХАЛЛИЙ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА AND STAGE RENAL DISEASE ИЛК КЎРИНИШЛАРИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАФСИЛОТЛАРИ

Мамасалиев Н.С., Сайитжонов Л.С., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.

РШТЎИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг максоди – ўзбек популяциясида «нефрологик охириги нукта» - and stage renal disease (ASRD) эртаки аломатлари/боскичларини эпидемиологик тавсифини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Тасодифий танлов усули қўлланилиб ажратилган 238 нафар эркек ва 238 нафар аёллар популяцияси эпидемиологик тадқиқотга жалб қилинишди. Комплекс тиббий текширувдан ўтказилишиди, ASRD сифатида сурункали буйрак етишмовчилигининг I ва II-чи боскичлари қабул қилинди. Олинган натижалар SAS, SPSS ва Excel – 2000 тахлилид дастурларидан фойдаланиб компьютер ёрдамида баҳоланди.

Натижалар. Махалий (ўтирок) аҳоли орасида ASRD I-чи босқичи аломатлари – 30,2% ва II-чи босқичи аломатлари эса 17,6% частоталарда тарқалиш билан қайд этилади ($p < 0,05$).

Махаллий эркаклар популяциясида ASRD I ва II-чи босқичи клиник кўринишлари, бизнинг олган маълумотларимиз бўйича, – 17,6% ва 10,1% дан частоталарда топилади ($p < 0,05$). Ўтирок аёллар популяциясида эса ушбу кўрсаткичлар икки баробарданга етиб ёки ортиб қайд қилинади. Наинки, илк кўринишларни I босқичида ифодаланишлари аёлларда – 41,4% ва II-чи босқичда жамланиб аниқланиш частотаси эса – 21,3% ни ташкил қилади ($p < 0,05$).

Демак, «нефрологик охириги нуқта»ни анча олдин кўриш ёки башоратлаш мумкин бўлади. У 47,8% беморларда тўхтатиб қолиш мумкин бўлган аломатларни беради. Эркакларда ушбу намоёнланиш аломатлари нисбатан камров бўлса (27,7%), аёлларда икки баробардан кўпроққа етиб (62,7%) қайд қилинади ($p < 0,01$).

Ушбу маълумотлар муҳим илмий ва амалий салоҳият касб этади.

Хулосалар. Ўтирок аҳолида «нефрологик охириги нуқталарни» илк кўринишлари деярли ҳар иккинчи беморда бўлиб ўтади. Уларни вақтида бартарафлаш нефрологик беморларда соғломлаштириш кўрсаткичини салкам 50%-га етиб оширади.

«КОНЕЧНАЯ СТАДИЯ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК»: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАННИХ СТАДИЙ У ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы – изучение частоты распространенности и выявляемости клинических проявлений ранних стадий терминальной почечной недостаточности (КСБП) у пришлого населения Ферганской долины.

Материалы и методы. В основу данной работы положено одномоментное эпидемиологическое исследование пришлого населения (97 чел.), организованное на основе репрезентативной выборки из 3640 мужчин 20-70 лет. Руководствовались международным общепринятым понятием КСБП и исследования планировали соотносясь с понятием аналитической эпидемиологии.

Результаты. У пришлого населения (мужчин и женщин) существуют специфические особенности в эпидемиологических показателях распространенности и выявляемости клинических симптомов ранних (I и II) стадий КСБП. Однако, в целом, эти частотные данные статистически достоверно ниже чем у мужского и женского населения аборигенов. Так, I ая стадия КСБП регистрируется с частотой – 16,5%, а вот II ая стадия определяется в уровнях не более 7,2% ($p < 0,05$).

По нашим данным клиническая симптоматика I стадии КСБП у пришлого мужского населения наблюдается с частотой 23,8%, а II-ая стадия – в уровнях не более 9,5% ($p > 0,01$). Среди женщин-некоренных жителей симптомокомплекс I стадии КСБП отмечается с распространенностью 10,9%, II стадия выявляется с частотой 5,5% ($p < 0,01$).

Выводы. В целом, «Конечная стадия болезни почек» с обратимыми клиническими проявлениями встречается у 23,7% пришлого населения. У мужского и женского населения эти показатели составляли 33,3% и 16,4% соответственно ($p < 0,05$). Эти данные требуют активного продолжения усилий по внедрению для широкого использования в практике результатов эпидемиологических исследований и профилактическому воздействию на выявленных нами результатов.

АВТОХТОН ПОПУЛЯЦИЯДА БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ТЕРМИНАЛ БОСҚИЧИНИНГ ТАРҚАЛИШИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРУВЛАР)

Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – водийнинг автохтон популяциясида буйрак етишмовчилигининг терминал босқичининг (ТБЕ) эпидемиологик тавсифини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Эпидемиологик текширувга 476 та автохтон (абориген) аҳоли гуруҳи жалб қилинди. Стандартизацияланган текширув усуллари қўлланилиб тадқиқот объекти ўрганилди ва баҳоланди.

Натижалар. Автохтонларда ТБЕ учун хос эпидемиологик ва клиник тафсилот аниқланади. У шундан иборатки ТБЕ IV-чи босқичи ва унга хос бўлган симптомокомплекс ушбу аҳолида 3,8% частота билан аниқланади, V-чи босқичи эса 0,8% тарқалиш билан топилади ($p < 0,01$).

Эркак-автохтонларда IV босқич – 0,8% дан ошмасдан кузатилади, V-чи босқич бўлса – 0,4% даражада қайд қилинади холос ($p < 0,05$).

Шу гуруҳга кирувчи аёлларда, олинган маълумотлар бўйича, ТБЕ IV-чи босқичда ифодаланиб аниқланиши 5,6%-ни, V-чи босқичда эса – 1,1% дан ошмасдан кузатилади ($p < 0,001$).

Ушбу популяцияда ТБЕ қиёсан сезиларли даражада юқори кўрсаткичлар билан қайд қилиниши кўзга ташланади. Текширилганларда ТБЕ жами 4,8% частотада тарқалиш билан қайд этилади. Эркаклар популяциясида бу кўрсаткич 1,6%ни ташкил этади, аёлларда эса – то 6,7%-гача етиб юқори даражада аниқланади ($p < 0,001$).

Аниқланган маълумотлар нафақат тиббий, балки иктисодий-ижтимоий аҳамият касб этади, яъни ТБЕ дан қатта талофатлар мавжудлигидан ёки бундай хавфни автохтонларда сакланиб қолаётганлигидан далолат беради. Ўйлаймиз-ки, мазкур муаммони ечиш дастурлари энг аввало «биринчи чизик» бўғинида ихтисослашган ёрдамни муқобил ташкил қилиш масалаларини фундаментал ечилишига, буйрак касалликларини эпидемиологик таҳлил қилишга асосланган бўлиши лозим.

Хулосалар. ТБЕ автохтон популяцияда нисбатан кўп аниқланади ва уни бартарафлашнинг асосий йўли профилактик нефрологияни такомиллаштириш ҳамда амалий фаолиятга узчил киритиб боришдир.

ДИАЛИЗЛИ ЎРИНБОСИШ-ДАВОЛАШ МУОЛОЖАСИГА ЭХТИЁЖЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ КЕЛГИНДИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади – келгинди ахоли популяциясида диализли ўриндош-даволаш муолажасига (ДЎДМ) эҳтиёжли буйрак етишмовчилигини (СБЕ) тарқалиш даражасини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Эпидемиологик кузатувга 97 та келгинди ахоли гуруҳи жалб қилинди. Андижон иқлимий шароитида ўтказилган ушбу тадқиқотга ахоли танлови ЖССТ (2000) тавсиялари бўйича ўтказилди ва шакллантирилди. Текширув уч босқичда олиб борилди ва таҳлил қилинди. Босқичма-босқич сўровномали, умумклиник, биохимик, инструментал ва функционал текширув усуллари қўлланилди. Улар асосида СБЕ терминал босқичи ташхисланди.

Натижалар. Маълум-ки, СБЕни ДЎДМга зарурияти унинг IV ва V-чи босқичларида туғилади. Айнан шу босқичларни келгиндилар популяциясида қиёсан кам бўлса-да, ўзига хос эпидемиологик тавсифларга эга эканлиги аниқланди. Жумладан, ДЎДМ зарурияти бўлган СБЕнинг IV-чи босқичи мазкур ахоли гуруҳида 1,0% тарқалиш билан тасдиқланди, V-чи босқичи ҳам – 1,0%-дан ошмасдан кузатилди. Умуман, 2,0% СБЕ билан беморлар ДЎДМга эҳтиёж сезадилар.

Эркак келгинди популяцияда, статистик таҳлил шохидлик беришича, СБЕнинг ДЎДМга эҳтиёжи бўлган IV-босқичи – 5,6% тарқалиш частотаси билан учрайди, V-чи босқичи эса –1,1%га етиб аниқланади ($p<0,001$). Демак, эркакларда СБЕ билан беморларнинг диализли терапияга эҳтиёжи ёки боғланиб қолиши 6,7%ни ташкил қилади ёхуд айнан шу частота билан қайд қилинади.

Аёлларда бўлса СБЕнинг IV ва V-чи босқичи қайд этилмади.

Хулосалар. Келгинди ахоли популяциясида ҳам мунтазам эпидемиологик мониторингга ва уларнинг натижаларидан келиб чиқиб СБЮ га қарши фаол профилактик таъсир кўрсатиш тадбирларига зарурият ошган.

ЎТИРОҚ АХОЛИ ОРАСИДА БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИГА АЛОҚАДОР ЕТАКЧИ ХАТАР ОМИЛЛАРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади – абориген ахоли орасида сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) ривожига алоқадор етакчи хатар омилларини тарқалишини ўрганиш ва баҳолашдир.

Материаллар ва усуллар. Репрезентатив (476 та) абориген ахоли орасида эпидемиологик тадқиқот амалга оширилди. Текширувда халқаро қўламда тавсия қилинган усуллардан фойдаланиб СБЕ билан хаста ахолида етакчи эпидемиологик хатар омиллари (ХО) аниқланди ва таҳлилдан ўтказилди.

Натижалар. Маълум бўлдики, СБЕ фонида «бош» эпидемиологик хатар омиллар кескин ортадилар. Чунончи, бевосита овқатланиш тартибини бузилиши билан келиб чиқадиган хатар омиллари – 79,0% (мева-сабзавот маҳсулотларини меъёрдан кам истеъмол қилиш – 19,9% ва семизлик – 59,1%, $p<0,01$), дори-дармонларни нотўғри қабул қилиш омили – 9,4%, тиббий назоратга «бепарволик омили» - 72,8% ва саломатлик формуласига амал қилмай юриш ҳолати – 86,7% частотада тарқалиш билан аниқландилар. «Зарарли одатлар омили» ҳам юқори кўрсаткич билан СБЕ фонида кўзга ташланади ва 72,5% частота билан кузатилади (алкоголни суъистемол қилиш – 48,4% ва кашандалик – 24,1%, $p<0,01$). СБЕ билан хасталанган ахоли-аборигенлар популяциясида ижтимоий омиллар – 79,3% тарқалиш билан учрашади (қоникарсиз яшаш-майиш ҳолатлар – 10,4%, номақул ижтимоий стаус – 56,9%, маълумотлилик даражасини пастлиги – 2,0%).

Бундан ташқари дислипидемия – 43,5% ва артериал гипертензия ҳам хатар омил сифатида то 41,3% гача етиб частота билан аниқланади.

Хулоса. СБЕ фонида терапевтик континуум хавфи кескин ошади ва у жадал тус билан авжланиб борадиган номувофик эпидемиологик шароитни келиб чиқиши билан боғлиқ бўлади.

ВОДИЙ ИҚЛИМИЙ ШАРОИТИДА ИСТИКОМАТ ҚИЛУВЧИ НОАБОРИГЕН АХОЛИ ОРАСИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТ)

Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади – водийнинг иқлимий шароитида яшовчи келгинди ахоли (НоА) орасида сурункали буйрак етишмовчилигининг (СБЕ) хатар омилларини (ХО) аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Репрезентатив НоА орасида (97 та) комплекс тиббий текширув ўтказилди. Замонавий эпидемиологик, клиник-инструментал, функционал ва статистик таҳлил қилиш усуллари қўлланилиб ХО аниқланди ва баҳоланди.

Натижалар. Аввало тасдиқланди-ки, НоА СБЕ билан хасталанган аҳолида нисбатан (аборигенларга солиштирилганда) «мулойим» эпидемиологик шароит кузатилади. Жумладан, алиментар ХО – 41,3% (мева-сабзавот маҳсулотларини кам истеъмол қилиш – 17,2%, ва семизлик – 24,1%, $p < 0,05$), дори-дармонларни суъистемол қилиш омили – 6,9%, тиббий назоратни етарлича бўлмаслиги – 62,1% ва носоглом турмуш тарзида яшаш омили – 37,9% дан даражалар билан текширилган аборигенларда қайд этиладилар. «Одатий интоксикацияланиш» хатар омил сифатида – 21,0% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади (алкоголни суъистемол қилиш одати – 13,8 ва кашандалик одати – 7,2% дан, $p < 0,05$).

Абориген СБЕ билан бемор аҳоли учун яна бир специфик эпидемиологик хусусият шу бўлди-ки, уларда ижтимоий омиллар хатар омил сифатида – 58,5% частота билан аниқланади (қоникарсиз яшаш шароити – 6,8%, маълумотлиликни пастлиги – 0,0% ва номақбул ижтимоий статус – 51,7%; $p < 0,01$).

Етакчи эпидемиологик омиллар қаторида бўлган артериал гипертензия ва дислипидемия эса – 38,5% ва 37,9% ($p < 0,05$) частоталар билан кузатиладилар.

Хулоса. СБЕни абориген аҳоли орасида ортишига ёки асоратларини келиб чиқишига бевосита ёки билвосита алоқадор бўлган хатар омиллари ушбу хасталик фонида кўпайиб аниқланадилар. Ушбу омилларга таъсир қилиш имкониятлари деярли ҳар бир беморда мавжуд бўлади.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА КОМОРБИДЛИК: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГ НАТИЖАЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Ибрагимова С.Р.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – сурункали буйрак етишмовчилигида (СБЕ) коморбид фонининг эпидемиологик тавсифини ўрганиш ва таҳлил қилиб баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Водийнинг уюшмаган эркак ва аёллари популяциясида эпидемиологик тадқиқот ўтказилди. Жами 603 нафар 20-70 ёшда бўлган аҳоли комплекс текширувга жалб қилинди, СБЕ ва коморбид фонини аниқлаш ҳамда баҳолашда эпидемиологик, клиник, инструментал, функционал ва статистик усуллар қўлланилди.

Натижалар. Тасдиқланди-ки, СБЕ билан беморларда хатар омиллари билан бир вақтда ва уларга аксарият кўшилишиб қуйидаги ҳамроҳ касалликлар аниқланади: сурункали тонзиллит – 10,5% (аборигенларда – 7,1% ва ноаборигенларда – 3,4%, $p < 0,05$), сурункали инфекциялар – 80,9% (абориген аҳолида – 43,0% ва ноабориген аҳолида – 37,9%, $p > 0,05$), семизлик – 60,3% (аборигенларда – 73,0% ва ноаборигенларда – 48,3%, $p < 0,05$), қандли диабет – 23,7% (абориген аҳолида – 10,0% ва ноабориген аҳолида – 13,7%; $p > 0,05$), камқонлик – 52,8% (аборигенларда – 61,1% ва ноабориген аҳолида – 44,8%; $p < 0,05$), умуртка касалликлари – 30,5% (аборигенларда – 20,2% ва ноабориген аҳолида – 10,3%; $p < 0,01$), ўт йўллари касалликлари – 40,9% (абориген аҳолида – 23,7% ва ноабориген аҳолида – 17,2%; $p > 0,05$), ҳазм аъзолари касалликлари – 18,4% (абориген аҳолида – 11,5% ва ноабориген аҳолида – 6,9%; $p < 0,05$), цистит – 47,7% (абориген аҳолида – 51,0% ва ноабориген аҳолида – 44,8%; $p > 0,05$), йўғон ичак таъсирланиш синдроми – 43,1% (абориген аҳолида – 25,9% ва ноабориген аҳолида – 17,2%; $p < 0,05$), аллергия касалликлар – 16,2% (аборигенларда – 9,4% ва ноаборигенларда – 6,8%; $p > 0,05$).

Хулосалар. Олинган натижаларни ҳисобга олиш СБЕнинг даволаш – профилактика дастурларини самаралаштиради ва такомиллаштиради.

ҚОН БОСИМИНИ СУРУНКАЛИ ВА КАМТАСВИРЛИ ПАСАЙИШИНING УСТИВОР ХАТАР ОМИЛЛАРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРУВЛАР)

Мамасолиев Н.С., Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – ўсмирлар (15-22 ёш) популяциясида қон босимини сурункали ва кам тасвирли пасайишининг (ҚБСП) етакчи хатар омилларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материаллари ва усуллари. Водий шароитида бажарилган бир вақтли эпидемиологик текширувга 1465 та ўсмир ўғил болалар жалб қилинди. Стандартизацияланган ва унифицирланган текширув усуллари қўлланилиб ҚБСП ва унга алоқадор хатар омилларини аниқланиши частоталари аниқланди ҳамда таҳлил қилинди.

Натижалар ва хулосалар. Хатар омиллари популяция даражасида ва ҚБСПга қўшилмаган ҳолда аниқланди, етакчилари ажратилди. Маълум бўлди-ки, ўсмир ўғил болаларда «бош хатар омиллари» анча юқори даражаларга етиб шаклланиб улгурадилар ва қуйидаги частоталар билан аниқланадилар: руҳий омил – 13,4%, сигарет чекиш – 30,2%, алкоголь истеъмоли – 7,8%, ижтимоий-иқтисодий омиллар – 11,5%, гиперхолестеринемия – 4,8%, гипертриглицеридемия – 1,5%, онлавий мойиллик (ирсият) – 3,8%, семизлик – 4,6%, гиподинамия – 26,6%, мева ва сабзавотларни кам истеъмол қилиш – 72,1%, номунтазам овқатланиш – 93,4%, «овқатга ўчки» – 70,9%, мульмторбидлик синдроми – 8,7% ва ноўрин дори-дармонларни истеъмол қилиш – 2,3%.

Умуман тасдиқланди-ки, артериал босимни ўзгаришлари, хусусан, пасайишига сабабчи омиллар анча ёш даврда бошланадилар ва тўпланадилар. Улар ҚБЎП ёки бошқа ноинфекцион касалликларга алоқадор номувофиқ ва патоген эпидемиологик шароитни келтириб чиқарадилар. Демак-ки, айнан ўсмирларда фаол профилактика бошланиши ва мунтазам амалга оширилиши керак бўлади.

ОИВ-ФОНДА РУХИЯТ ЎЗГАРИШЛАРИНИ ХАТАР ОМИЛ СИФАТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАЛҚИНИ (СКРИНИНГЛИ ТЕКШИРУВЛАР)

Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У., Исаков К.К.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади – рухият ўзгаришларини (РЎ) ОИВ-фонда ўрганиш ва талқинлашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Минтакавий марказ билан ҳамкорликда эпидемиологик тадқиқот ташкил қилинди ва амалга оширилди. Унинг объекти қилиб 341 та ОИВ-инфицирланган аҳоли (ОИВ-фон, ОИВи-аҳоли) объект қилиб олинди. Умумқабул қилинган тавсиялар бўйича рухий ўзгаришлар баҳоланди.

Натижалар. РЎни салбий таъсироти фанга маълум, лекин уни ОИВ-фонда ўзгариши даражалари ва хусусиятлари деярли очилмай қолганлиги ҳамда солиштириб ўрганиш долзарблиги эътиборни тортади. Наин-ки, ОИВ-фон организмни, аъзоларни ва тўқимани маълум даражада «мувозанатдан» чиқаради. Бизнинг натижаларимиз кўрсатди-ки, рухий ўзгаришлар ОИВ-фонда хар 5-чи текширилганларда (20,5%) аниқланиши мумкин ёки бу хавф сақланиб ҳамда муъаян омилларга, чунончи, ёшга боғлиқ бўлиб кучайиб боришади.

Рухий ўзгаришларни муддатланиб аниқланиши айниқса 30-34 (23,6%) ва 40 ёшдан кейин кузатилади (20,5%). Лекин ОИВ-фон балоғат ёшидагиларда ҳам 12,5%-гача етиб РЎ келиб чиқиб улгуради.

РЎ 69,7% 40-50 ёш диапозонида қайд қилинади-ки, бу, - «терапевтик нишон»ларга урғу беради.

Ирсий мойилликни кўриниши ҳам РЎга ҳамоҳанг кўзга ташланиши тасдиқланади: то 35 ёшгача бўлганларда ушбу омил «яширинган мисол» сезилмайди-ю, кейин «ўзлигини» нимтик – 1,8% га етиб (35-39 да), 2,6% (40-44 да) ва ўртача – 20,0% (45-49 да) ҳамда кучли ифодалаб – 60,0% (50 ёшдан кейин) даражага етиб қайд этилади ($p < 0,01$).

Хулосалар. Ўрганилган муаммо ва хатар омиллари ОИВ-фонда долзарб масала бўлиб қолган. Проспектив эпидемиолого-профилактик тадқиқотларни бу йўналишда ёки объектда давом этдирилишини мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

ЮҚОРИ МЕЪЁРЛИ АРТЕРИАЛ БОСИМ, ОИВ-ФОНИ ВА ВИЧ-ПОЗИТИВ ПОПУЛЯЦИЯДА: КЛИНИК, ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ПРОФИЛАКТИК ҚОНУНИЯТЛАР ЎЗГАРАДИМИ? (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРУВЛАР)

Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Бутабоев М.Т.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади – ОИВ-инфицирланган аҳоли популяциясида (ОИВ-аҳоли, ОИВ-фони) юқори меъёрли артериал босимнинг (ЮМАБ) клинко-эпидемиологик ва профилактик хусусиятларини очиш ҳамда баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Комплекс текширув усуллари (сўровномали, физикал, биохимик ва инструментал) қўлланилиб, репрезентатив ОИВ-позитив (ОИВпоз) аҳолида ОИВ-фонда ЮМАБнинг айрим жиҳатлари таҳлил қилиб чиқилди.

Натижалар. Энг аввало «оилавий бутунлик» ОИВ-фонда баҳоланди ва бизнинг фикримизча, фаркланувчи клиник, эпидемиологик ва профилактик хусусиятлар топилди. Жумладан, «оилавий бутунлик» (никоҳда яшаш, оилавий тотувлик, оила қадриятларининг сақланиб қолиши) шароитида бўлган ОИВли-аҳолида ЮМАБ атига 1,7%-га етиб шаклланади ёки ОИВ-фони негатив таъсири деярли тўсиб турилади. Бунинг акси – «оилавий нобутунлик» фактори эса (ёлғиз яшаш, никоҳда бўлмаслик, туллик, оилавий қадриятларнинг бузилиши) ЮМАБ пайдо бўлишида патоген омил бўлиб кўзга ташланади. ОИВ-фонда ушбу омил сабаб бўлиб, ЮМАБнинг шаклланиши 4 баробар зиёдга етиб ортади (5,6% частотада аниқланади, $p < 0,01$).

Мана шундай тенденция ёки ўзгаришлар турли динга мансуб ОИВли-аҳолида ҳам таъсис этилади. Бизнинг олган маълумотларимизга кўра, ЮМАБга мойиллик ислом динига мансуб ОИВли-аҳолида 4 мартадан зиёдрокка етиб кўп кузатилади (9,2%, $p < 0,001$). Исломий бўлмаган ОИВли-аҳолида эса ЮМАБ частотаси 2,1% дан ошмайди ва асосан қатга ёшдагиларда (10,0% га етиб) кўпроқ қайд этилади ($p < 0,001$).

Хулосалар. ОИВли-аҳолида артериал босим ортишига мойиллик доимо бўлади ва айниқса, муайян ижтимоий фактор, айниқса «оилавий бутунлик» ва религиозли ҳолат ҳам бунда сезиларли салбий акс этади. Демак, ОИВ-фонда маълум эпидемиологик, клиник ва профилактик қонуниятлар хос ўзгаради-ки, уларни ҳисобга олиш керак бўлади.

НОИНФЕКЦИОН ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ НОЛИПИДЛИ ҚЎШМА ХАТАР ОМИЛЛАРИНИНГ ОИВ-ФОНИДА ТАРҚАЛИШИ

Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Минаваров Р.А.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади – ноинфекцион юрак-қон томир касалликлари (НоЮКК) нолипидли хатар омилларининг (НоЛХО) ОИВ-фонда тарқалиши хусусиятларини аниқлаш ва баҳоладан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Репрезентативлиги таъминланган ОИВ-позитив (ОИВ-фон) аҳоли орасида (341 та) НоЮКК га алоқадор НоЛХО эпидемиологияси ўрганилди. НоЛХО жаҳон миқёсида қабул қилинган мезонлар бўйича ташхисланди. НоЛХО сифатида артериал гипертензия (АГ) ва кашандалик қабул қилинди.

Натижалар. АГ ва кашандаликни кўшилиб учраши (НоЛХО) 33,2%-ни ташкил этади (АГ-5,6% ва кашандалик – 27,6%, $p < 0,001$). НоЛХО артериал гипертензия шаклида ва кашандалик билан мужассамлашган (кўшилган) ҳолатда ҳам ёшга ва ижтимоий ҳолатга боғлиқ ҳолда олиб боради, яъни аниқланиш частотаси ортади.

Турли ёш гуруҳларида НоЛХО куйидаги частоталарда тарқалиш билан қайд этилади: 20 ёшгача бўлганларда – 50,0%, 25-29 да 82,2%, 30-34 да – 76,4%, 35-39 да – 85,3%, 40-44 да 91,2%, 45-49 да 95,0%, 50 дан ошганларда – 96,2% ва ≥ 20 -50 ёшлиларда – 78,3%.

Ушбу кўшма хатар омиллини аниқланиши маълумотлилик даражасига боғлиқ ҳолда то 5 баробаргача ($p < 0,01$), ижтимоий омилларга боғлиқ ҳолда 9 баробаргача етиб ($p < 0,001$) кўпайиш билан кузатилади.

Хулосалар. Нолипидли хатар омиллари ОИВ-фонда кескин ортади ва у нисбатан ёш бўлган гуруҳларда ҳам аниқланади. Ушбу кўшма омилнинг ОИВ-аҳолида шиддатланиб кўп аниқланадиган ва НоЮОҚК хавфини кескин оширадиган етакчи («КИТ») омил деб қабул қилинса ҳамда шунга мувофиқ бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика диспансеризация ишлари ташкил этилса мақсадга мувофиқ бўлади.

ВИЧ-ФОНЛИ ПОПУЛЯЦИЯДА МЕТАБОЛИК БУЗИЛИШЛАРНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ **Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Солиев И.М.**

РШТЎИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – ОИВ-инфицирланган аҳолида метаболик бузилишларининг аниқланиш частоталарини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Эпидемиологик тадқиқот давомида 341 та ОИВ -аҳоли текширилди. Метаболик омиллар-дислипидемия (ДЛП), гиперурикемия (ГУ) и микро-макроэлементлар гомеостазини бузилиши (МТОЗ), тарқалиши ўрганилиди ва баҳоланди. Бунинг учун халқаро миқёсда қабул қилинган ташхисий мезонлар қўлланилди.

Натижалар. ОИВ -фонда дислипидемия-16,4%, гиперурикемия-10,6% ва МТОЗлар-20,8% даражада тарқалиш билан кузатилади. Жами текширувдан ўтганларнинг салкам ярмида (47,8%) метаболик бузилишларнинг у ёки бу кўриниши топилди.

ОИВ -фонда метаболик омилларни кўпайишига ёш кучи таъсир кўрсатади. Унинг ДЛП тарзида ифодаланиб намоён бўлиши айниқса сезиларли турли ёш гуруҳларида куйидагича аниқланади ва ортиб боради: 24 ёшгача ОИВ -аҳолида – 7,5%, 25-29 да – 17,7% ($p < 0,01$), 30-34 да – 12,0% ($p < 0,05$), 35-39 да – 12,7% ($p < 0,05$), 40-44 да – 20,5% ($p < 0,01$), 45-49 да – 16,0% ($p < 0,01$) ва 50 дан ошганларда бўлса – 45,0% гача ортиб тасдиқланади ($p < 0,001$).

Пурин алмашинувини бузилиши тарзидаги (ГУ) метаболик номувофиқликлар хатар омил сифатида куйидагича тарқалиш билан қайд этилади: 20 ёшгача бўлган ОИВ -аҳолида – 5,0%, 25-29 да – 5,6%, 30-34 да – 8,2%, 35-39 да – 10,9%, 40-44 да – 15,4%, 45-49 да – 20,0% ($p < 0,001$) ва 50 дан ошганларда 30,0% га етиб аниқланиш кўрсаткичи ортади.

Худди шундай ёшга боғлиқ бўлиб МТОЗларни аниқланиши ҳам кузатилади ёки турли ёшларда МТОЗлар ОИВ -фонда 12,5% дан 35,0% - гача салкам 3 баробарга кўпайиб аниқланади.

Хулосалар. Метаболик бузилишлар ОИВ-фонда кучли хатар омил сифатида тасдиқланади. Уларни эрта аниқлаш, бартарафлаш ва даволаш муҳим аҳамият касб этади ёки ОИВ -аҳолида «охирги нуқталар»ни камайишида шубҳасиз рол ўйнайди. Буни янада чуқурроқ тасдиқлаш учун проспектив текширувлар керак бўлади.

ТАНА ВАЗНИНИНГ ОИВ-ФОНДА ПАТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ **(ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТ)**

Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Тохтиев Ж.Б.

РШТЎИМ Андижон филиали
Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – ОИВ-инфицирланган аҳоли орасида (ОИВ-фон) тана вазни ўзгаришларини хатар омил сифатида ўрганиш ва баҳолаш.

Материаллар ва усуллар. 341 та репрезентатив танловга асосланган ОИВ-инфицирланган аҳоли халқаро кўламда қўллаш учун тавсия қилинган эпидемиологик текширув усуллари қўлланилиб тадқиқ қилинди. Тана вазни Кетле индекси бўйича баҳоланди.

Натижалар. ОИВ-фонда антропометрик кўрсаткичлар меъёрга қиёсан тана вазнини 5 кгдан то 9 кг гача етиб тақчиллиги билан аниқланади. Жумладан, турли ёшда бу жараён бўй (см) ва вазн (кг) кўрсаткичларининг ўртача даражаларини ўзгаришлари билан куйидагича ифодаланади: ўсмир ва ўспирин ёшда бўлганларда – 162,72±0,94 ва 57,68±1,47, 25-29 да – 166,66±0,81 ва 60,04±1,2 дан, 30-34 да – 167,78±0,89±59,8±0,89 дан, 35-39 да – 169,82±65,67, 40-44 да – 168,49±0,73 ва 65, 56±0,95, 45-49 да – 162,18±0,78 ва 62,76±0,97, 50 ёшдан кейин эса – 169,25±0,94 ва 60,25±0,59, ≥ 20 -50 ёшда бўлса – 169,19±0,97 см ва 61,72±1,28 смдан.

Тасдиқланди-ки, ОИВ-фонда текширилган аҳолида тана вазни ўртача 8 кгга етиб тақчиллик билан аниқланади.

Тадқиқотларда тана вазнини етишмовчилиги ҳам асосий юрак-қон томир касалликларининг келиб чиқишини ва «охирги нуқта»ларини оширувчи хатар омил сифатида тасдиқланган. Шундан келиб чиқиб мушоҳида қилинса ОИВ-фонда яшовчи аҳоли учун иккинчи бир тахдид солувчи омил – тана вазнини етишмовчилигининг кучайиб бориши кўшилади ва хавф солади. Хар бир ОИВ-беморда атропометрик кўрсаткичлар мунтазам ўрганилиб ва баҳоланиб ҳамда вақтида мувофиқлаштирилиб борилса (кеч қолмасдан!), шубҳасиз, даволаш тадбирларини самараси ошади.

Хулосалар. ОИВ-фонда хатар омилларни тўплалиб қолиши шиддатланади ва хусусан, вазн тақчиллиги хатар омил сифатида айниқса барвақт келиб чиқади ҳамда шиддатланиб кучаяди.

Уни эрта аниқлашда ва бартарафлашда эпидемиологик текширувлар, уларнинг усуллари ва жумладан, Кетле индексдан фойдаланиш кўл келади.

ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВЫХ И ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Маматхужаев З.С., Садикова Д.Т., Маматхужаев М.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Заключалась в выявлении структурно-функциональных особенностей левого и правого желудочков сердца у больных ИБС с мульти-фокальным поражением коронарного русла и инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе до и после КШ и оптимизации их медикаментозного лечения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач было обследовано 127 пациентов с установленным диагнозом ИБС, в возрасте от 41 до 69 лет, которые были распределены на 2 основные группы в зависимости от локализации перенесенного ИМ с зубцом Q. Соответственно, 1-ю группу составили больные ИБС с передним ИМ в анамнезе, а 2-ю - с нижним ИМ.

Результаты исследования: в динамике после КШ на фоне характерного для всех пациентов повышения уровня толерантности к физическим нагрузкам и улучшения качества жизни в группах больных ИБС отмечалось полное исчезновение приступов стенокардии или уменьшение ее ФК. У большинства пациентов стал преобладать I ФК ХСН.

Исходные значения ЧСС у больных ИБС 1А подгруппы составляли $82,3 \pm 6,45$ уд./мин. Через 1 мес. после КШ значения ЧСС достоверно снизились до $67,5 \pm 4,22$ уд./мин., а через 3 мес. - до $60,9 \pm 2,15$ уд./мин. ($p < 0,05$), что позволило нам констатировать достижение целевых значений ЧСС. В 1В подгруппе дооперационные значения ЧСС были равны $83,8 \pm 4,69$ уд./мин. В послеоперационном периоде так же, как и в 1А подгруппе отмечалась положительная направленность изменения данного показателя, величина которого составила через 1 мес. после КШ $71,3 \pm 5,08$ уд./мин., а через 3 мес. - $67,4 \pm 3,89$ уд./мин. ($p < 0,05$ по сравнению со значениями ЧСС до КШ). При этом следует подчеркнуть, что, несмотря на достоверную положительную динамику ЧСС в 1В подгруппе больных, только больные 1А подгруппы (получавшие в добавлении к оптимальной стандартной терапии ивабрадин) смогли достичь, в соответствии с клиническими рекомендациями, целевой ЧСС для больных ИБС.

Исходно, до кардиохирургического вмешательства, значения ЧСС у больных 2А подгруппы составляли $81,3 \pm 5,18$ уд./мин., но уже через 1 мес. после КШ на фоне оптимальной медикаментозной терапии, включавшей ивабрадин, они достоверно снизились до $66,5 \pm 4,43$ уд./мин., а через 3 мес. - до $58,2 \pm 4,11$ уд./мин. ($p < 0,05$ по сравнению со значениями ЧСС до КШ).

В подгруппе 2В до реваскуляризации миокарда ЧСС была также повышенной, составляя $84,8 \pm 6,12$ уд./мин. Динамика ЧСС после КШ проявлялось в ее снижении до $72,3 \pm 5,15$ уд./мин. через 1 мес. после операции и до $64,8 \pm 4,29$ уд./мин. - через 3 мес. ($p < 0,05$ по сравнению со значениями ЧСС до КШ).

Динамика структурно-функциональных показателей левых и правых отделов сердца у больных ИБС, перенесших передний ИМ, после коронарного шунтирования. Значения ультразвуковых структурных показателей ЛЖ и ПЖ в подгруппах больных ИБС, перенесших передний ИМ (1А и 1В), исходно, а также через 1 мес. и 3 мес. после КШ.

Вывод: исходно, до операции коронарного шунтирования, у больных ИБС с мультифокальным поражением коронарного русла и ИМ левого желудочка в анамнезе выявлялись изменения структуры и функции левого желудочка, которые нашли отражение в увеличении его систолических и диастолических размеров и объемов, снижении продольной систолической функции при относительно сохранной глобальной систолической функции, а также в диастолической дисфункции.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Маматхужаев З.С., Садикова Д.Т., Маматхужаев М.С.
Хамдамов Н.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с ишемической болезнью сердца и пороком Менкенберга помощью низкоинтенсивного лазерного излучения, путём коррекции гемодинамических нарушений, вегетативного статуса, качества жизни больных и липидного обмена.

Материалы и методы исследования: материалом для решения поставленных задач послужили результаты обследования 60 больных ишемической болезнью сердца: стабильной стенокардией напряжения ФК II, III-2 и больных с пороком Менкенберга (33 мужчины и 27 женщины, в возрасте от 38 до 81 года). Больные информированы о проведении исследовательской работы. Получено санкционированное согласие больных на проведение терапии.

Результаты исследования: в результате проведённого обследования установлены диагностически значимые клинические признаки заболевания:

- боли за грудиной;
- одышка при физической нагрузке;
- перебои в работе сердца;
- приступы учащённого сердцебиения на фоне имеющегося у всех больных коронарного атеросклероза.

С целью коррекции выявленных нарушений мы применяли лазеротерапию путём кожного воздействия инфракрасного лазера с $\lambda=0,89$ мкм, мощностью 5 Вт в импульсе, частотой 80 Гц, по полям и надвенозного лазерного облучения крови лазерным излучением красного спектра ($\lambda=0,63$ мкм, $W=10$ мВт) области кубитальных вен, учитывая его анальгезирующее, гиполипидемическое, иммунокорректирующее, противоотечное действие, а так же улучшающее микроциркуляцию в тканях действие.

При анализе клинических показателей, у больных ишемической болезнью сердца установлено, что быстрее нормализовались клинические признаки заболевания у больных 1-й группы, получавших лазеротерапию, по сравнению с больными 2-й группы, получавших только традиционную медикаментозную терапию: к окончанию курса лечения в 1 группе раньше, уменьшился болевой синдром у 38 больных - (86,9 %), учащенное сердцебиение у 30 больных - (69,8%), перебои в работе сердца у 23 больных - (52,6%), одышка у 29 больных (66%).

У больных с пороком Митрального клапана, получавших лазеротерапию купирование и уменьшение болевого синдрома наблюдалось раньше, чем у больных, получавших традиционную медикаментозную терапию у 15 больных (80,9%), учащенное сердцебиение у 13 больных (70,3%), перебои в работе сердца у 10 больных (57,8%), одышка у 14 больных (75%).

Выводы: доказано, что у больных ишемической болезнью сердца и изолированным аортальным клапаном выявлены гемодинамические нарушения (изменение толщины стенок ЛЖ, КДРЛЖ, скорости потока в выходном отделе ЛЖ, трансмембранного градиента, диаметра аорты на уровне клапана, раскрытия аортального клапана, признаки гипертрофии стенок левого желудочка, депрессия сегмента RS-T) и нарушения липидного профиля (повышение уровня холестерина, триглицеридов, общих липидов и б-липопротеидов в крови).

ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Маматхужаев З.С., Садикова Д.Т., Хамдамов Н.Х., Маматхужаев М.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить динамику структурно-функциональных изменений сосудов у женщин с такими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний как ожирение и нарушение липидного обмена в возрастном аспекте.

Материалы и методы исследования: в исследование вошло 44 женщины в возрасте от 20 до 71 года, не имеющих в анамнезе ССЗ и нарушений углеводного обмена, патологии щитовидной железы, некурящих, не принимающих заместительную гормональную терапию.

Результаты исследования: у женщин с ожирением возрастные изменения сосудов в виде утолщения КИМ ОСА, увеличения ППС КИМ ОСА и внутрипросветных диаметров сосудов, снижения скоростных показателей кровотока и ухудшения растяжимости ОСА выражены в большей степени и развиваются на десятилетие раньше, чем у женщин с нормальной массой тела. У пациенток с ожирением старше 45 лет эти изменения расцениваются как проявление нестенозирующей стадии атеросклероза.

При ожирении у женщин в возрасте 20-44 года значения ЭЗВД ПА соответствуют изменениям, возникающим у женщин старше 55 лет с нормальной массой тела. При этом у женщин с ожирением старше 45 лет ее значения становятся ниже 10%.

При проведении объемной компрессионной осциллометрии у женщин с ожирением отмечается увеличение диаметра ПА. С возрастом у женщин наблюдается ухудшение эластических свойств сосудов, нарастание жесткости сосудов, а также увеличение периферического сопротивления сосудов.

Выявленные достоверные корреляционные связи ТКИМ ОСА, ППС КИМ ОСА, диаметров ОСА и ПА, а также ЭЗВД с признаками ожирения и возрастом позволяют использовать эти показатели для диагностики сосудистых изменений.

Среди изучаемых факторов риска ССЗ у женщин наиболее значимый вклад в процесс структурно-функциональной перестройки сосудов оказывают возраст и показатели ожирения (наиболее информативен показатель ОТ). Нарушение липидного обмена, уровень глюкозы крови и уровень АД являются менее значимыми факторами для ремоделирования сосудов у женщин, не имеющих клинически значимых ССЗ.

Выводы: 1. Исследование сосудов при помощи методов дуплексного сканирования и объемной компрессионной осциллометрии необходимо рекомендовать всем женщинам с повышенной массой тела старше 45 лет даже при отсутствии клинических проявлений ССЗ.

2. При проведении ультразвукового дуплексного сканирования общих сонных артерий и плечевых артерий обязательным для пациенток с избыточной массой тела является определение следующих показателей: ТКИМ ОСА, ППС КИМ ОСА, диаметров сосудов и ЭЗВД ПА.

3. Для женщин с повышенной массой тела, вне зависимости от возраста, при обследовании наряду с измерением ИМТ обязательным является определение окружности талии и окружности бедер, выяснение давности прибавки массы тела.

4. Даже при отсутствии клинических проявлений ССЗ для женщин с абдоминальным типом ожирения необходимо рекомендовать мероприятия, направленные на снижение массы тела, а также регулярное посещение терапевта.

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Маматхужаев З.С., Садикова Д.Т., Хамдамов Н.Х., Маматхужаев М.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Определить факторы риска и иммунологические маркеры атеросклеротического поражения сосудов и связанных с ним осложнений у пациентов с СКВ и РА.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач мы обследовали 55 пациентов с диагнозом ревматоидного артрита и системной красной волчанки в г.Андижане.

Результаты исследования: впервые на большой группе больных СКВ и РА показана высокая частота атеросклеротического поражения сонных артерий (42,9% и 58,7%) и клинических (18,5% и 23,5%) проявлений АС, как в целом по группам, так и в зависимости от пола пациентов.

У пациентов с СКВ и РА определен комплекс ФР (традиционных и обусловленных болезнью), значимых для развития атеросклеротического поражения сосудов. Показана взаимосвязь между ФР и ССО, обусловленными АС.

У больных с аутоиммунной патологией определен диморфизм ФР развития АС и его осложнений, обусловленный полом.

Установленная ассоциация уровней вч-СРБ, pC040b, pФНО- а и неоптерина с атеросклеротическим изменением сосудов у больных СКВ и РА подтверждает их роль, как «предикторов» ССО.

Установлены различия в распространенности ССО (ИБС и ИМ), атеросклеротического поражения сосудов и ТФР у больных РА разного пола. ССО наблюдались в 4 раза, а атеросклеротическое поражение сонных артерий - в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин: 16% vs 4% и 52,2% vs 24,8%, соответственно, $p < 0,001$. Аналогичные результаты получены при сравнении встречаемости ТФР ССЗ: гипер-липидемия, курение и отягощенная наследственность по ССЗ преобладали у мужчин.

Два ФР и более имели 75,4% пациентов с РА. В зависимости от количества ФР больные РА были разделены на 2 группы: I - пациенты с 1 ФР ($n=138$), II - пациенты с 2 ФР и более ($n=425$). Пациенты II группы имели большее значение медианы КИМ (среднюю и максимальную) - 0,75 мм vs 0,66 мм и 0,9 мм vs 0,8 мм, соответственно, $p < 0,05$. Установлено нарастание частоты АТБ и утолщение КИМ+АТБ у пациентов с РА, имеющих 2 ФР и более, ОР развития АТБ составил 4,56 (95%ДИ 1,7-12,2, $p < 0,001$); утолщения КИМ+АТБ - 2,42 (95%ДИ 1,57-3,43, $p < 0,001$). Различий по ССО (ИМ, ИБС и инсульта) в зависимости от количества ТФР не отмечено. При исследовании корреляционных связей прослежена ассоциация между значениями СКР, SCORE и атеросклеротическим поражением сосудов средней толщиной КИМ ($r=0,56$ и $r=0,6$, соответственно, $p < 0,001$, где здесь r - коэффициент корреляции) и максимальной толщиной КИМ ($r=0,44$ и $r=0,52$, соответственно, $p=0,001$). ОР развития АТБ были значительно выше у пациентов РА с «высоким» кардиоваскулярным риском и составил по Фремингемской шкале 4,45 (95%ДИ 2,94-6,73), по шкале SCORE - 3,73 (95%ДИ 2,43-5,73) соответственно, $p < 0,001$.

У больных РА прогностическая многофакторная модель максимальной толщины КИМ включала значения SCORE и СКР, возраст, пол, уровни САД, ТГ и семейный анамнез ССЗ.

Выводы: частота клинических проявлений атеросклероза у больных СКВ выше, чем в контроле - 18,5% (ОР=9,16), у больных РА -23,5% (ОР=4,19); ИБС выявлена у 13,2% (ОР=6,54) и 20,4% (ОР=3,64), соответственно. Атеросклеротическое поражение сонных артерий встречались у 42,9% больных СКВ и у 58,7% больных РА, ОР развития атеросклеротических бляшек в сонных артериях - 5,2 и 2,7, соответственно ($p < 0,001$).

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Максудова Д.Ю., Рахимбаева Г.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Проблема ранней диагностики ХИМ является одной из наиболее социально значимых, учитывая прогрессирующий характер поражения мозговых структур, сопровождающийся нарушениями целого ряда мозговых функций. Даже легкие или умеренные нарушения в двигательной, эмоционально волевой и когнитивных сферах приводят к социальной и бытовой дезадаптации, значительно затрудняют те виды лечения, где требуется активное участие пациента. Таким образом, ранняя диагностика и лечение ХИМ тесно сопряжены с эффективным лечением коморбидной патологии, включая адекватную терапию СД 2 типа и его осложнений, от которой, в свою очередь, зависит успешная профилактика прогрессирования ХИМ. Хроническая ишемия мозга сопряжена с высоким риском инфаркта мозга и его более тяжелым течением.

Цель исследования: выявить наиболее значимые признаки развития когнитивных нарушений при сахарном диабете 2 типа.

Материалы и методы: нами обследовано 55 пациента с сахарным диабетом 2 типа, у 25 пациентов (13 мужчин и 12 женщины, средний возраст $64,9 \pm 4,6$ года) была диагностирована легкие когнитивные нарушения на фоне СД 2 типа, у 30 пациентов (25 мужчин и 10 женщин, средний возраст $70,75 \pm 3,5$ года) были выявлены умеренные когнитивные нарушения на фоне СД 2 типа.

Результаты: Нейропсихологические нарушения при умеренной деменции на фоне СД отличались от нарушений, выявленных при деменции легкой степени, не только количественно, но и качественно — чаще обнаруживались операционные расстройства в виде нарушений конструктивно-пространственной деятельности, проявляющиеся затруднениями при выполнении действий, движений, дезавтоматизацией двигательных навыков.

Выводы: Таким образом, прогрессирование деменции сопровождается не только количественным нарастанием когнитивных нарушений, но и качественной трансформацией нейропсихологического профиля, требующих построения программы действий и контроля за ее выполнением, нарушениями целенаправленной, программирования, контроля и регуляции сложных форм деятельности и операционными расстройствами.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД КОГНИТИВНЫМ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Максудова Д.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время проблема когнитивной дисфункции приобретает все большую актуальность в связи с все возрастающими требованиями к эффективной интеллектуальной деятельности в современном обществе. Одной из значимых причин когнитивных нарушений являются расстройства дисметаболической природы, такие как сахарный диабет. На сегодняшний день когнитивные расстройства связывают с сахарным диабетом (СД), рост заболеваемости которым в последние годы приобрел характер эпидемии. Сейчас в мире складывается ситуация, когда возрастает число лиц пожилого и старческого возраста и вместе с тем - число больных СД этого возраста, основную часть которых составляют больные СД 2-го типа. По статистике, от 5 до 25% лиц пожилого возраста имеют когнитивные нарушения различной степени выраженности. При этом смертность среди группы больных с когнитивными нарушениями в 2,4 раза выше, чем у лиц соответствующей возрастной группы без таких нарушений. Распространенность СД 2-го типа (СД2) продолжает катастрофически увеличиваться. В 2000 г. число больных СД в мире составило 171 млн человек (2,8%), в 2013 г. - 382 млн, к 2035 г. Эксперты Всемирной Диабетической Федерации (IDF) прогнозируют увеличение количества больных на планете на 55% - до 592 млн человек.

Цель исследования: Разработать комплексное лечение у пациентов с когнитивными нарушениями при СД 2 типа и оценить клиническую эффективность препаратов ингибитора холинэстеразы.

Материал и методы исследования: Обследованы 56 пациентов от 60 и старше лет с клинически и лабораторно доказанным СД 2 типа, длительностью не менее 1 года (35 женщины, 21 мужчин, средний возраст $61,9 \pm 5,9$ лет). Из них 34 человека наблюдались амбулаторно в центральной поликлинике и 22 человек находились на стационарном лечении в клинике АГМИ в эндокринологическом и неврологическом отделении. Для оценки когнитивного статуса использовались суммарные показатели основных скрининговых нейропсихологических тестов: краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС) (англ.: Mini Mental State Examination - MMSE) [Folstein M.F. et al., 1975], Монреальская шкала (англ. MoCa test). [Kaplan E.F. et al., 1978]. Проведённое нейропсихологическое исследование установило наличие когнитивных нарушений у 71,1% обследованных пациентов с СД, при этом у 20,0% они носили легкий характер, а у 51,1% соответствовали критериям умеренные когнитивные нарушения (УКН), что превышает распространенность УКН в целом в популяции (11-17%).

Вывод: Лечение препаратами ингибиторов холинэстеразы пациентов с КН оказывает положительное влияние на регуляторную, нейродинамическую, мнестическую составляющие когнитивной деятельности, в особенности у тех пациентов, у которых СД 2 типа сочетается с другими сосудистыми факторами.

MODERN VIEW TO TREATMENT OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS OF 2 TYPE

Maksudova D.Yu.

Andijan State Medical Institute

Millions of people around the globe are diagnosed with diabetes, and its incidence is estimated to double by 2030. The American Diabetes Association (ADA) estimates that 1.7 million Americans are diagnosed with diabetes every year, which means 4,660 adults newly diagnosed daily. There are two primary forms of diabetes, type 1 diabetes mellitus (T1DM) and type 2 diabetes mellitus (T2DM).

Of the 30 million people who currently have diabetes in the United States, 90% to 95% have T2DM. T2DM is a group of metabolic disorders resulting in insulin resistance leading to reduced insulin sensitivity and therefore relative insulin insufficiency. This chronic disease process is accompanied by complications in various vital organs and can be associated with a higher risk for cardiovascular events, neurologic changes, and kidney impairment.

Additionally, recent studies have shown a link between T2DM and mild cognitive impairment (CI), Alzheimer's disease, and vascular dementia (VaD). CI refers to changes in memory, mood swings, perception, reaction times, attention, and concentration.

Aim of inquiry: The aim inquiry is to elaborate complex treatment of patients with cognitive disorders in DM 2 type and to estimate clinical efficiency of Inhibitors of holinesterase preparations.

Material and methods of inquiry: 50 patients from 60 to 70 years with clinically and laboratory proved DM 2 type, the course of the disease was not less than a year (35 women, 15 men. The average age of them was $61,9 \pm 5,9$ years) have been observed. 32 patients have been followed up in out-patient department of Central Polyclinic. 18 patients have been followed up in in-patient department of Clinical Hospital of Andijan State Medical Institute in the Endocrinological and Neurologic departments. For estimating cognitive state summarized indexes of main screening neuropsychological tests have been used: Mini Mental State Examination – MMSE [Folstein M.F. et al., 1975], Frontal Assessment Battery - FAB [Dubois B. et al., 2000], test of clock drawing [Lezak M.D., 1983].

Results of inquiry and its discussion: Performed neuropsychological investigation established existence of cognitive impairments in 71,1% observed patients with DM, in 20,0% of patients it was mild in character, in 51,1% patients it corresponded to the criteria of moderate cognitive impairments (MCI), which increases the spread of MCI among population on the whole (11-17%).

Conclusion: Treatment of patients with cognitive impairments with the preparations Dialipon influences positively on regulatory, neurodynamic components of cognitive activity, especially on those patients whose DM 2 type is associated with other vascular factors.

ИНТЕГРИРОВАННАЯ СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА

Махмудова Л.Б.

Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева МЗ РУз

Цель работы. Совершенствование лечения гименолепидоза.

Материалы и методы исследования. Изучение эффективности лечения гименолепидоза фенасалом, альбендазолом и фенасал в комбинации с альбендазолом. Под наблюдением находилось 98 больных гименолепидозом. Изучена эффективность лечения гименолепидоза экдистеном. Под наблюдением находилось 22 больных. Были проведены гематологические исследования периферической крови, включавшие общий анализ крови, а также биохимические тесты – АлАТ, АсАТ, билирубин (общий, прямой, непрямо́й) и тимоловая проба. Все анализы проводились до и после лечения соответствующим препаратом.

Результаты. Больные леченые фенасалом, фенасалом в сочетании с альбендазолом и альбендазолом были распределены 3 группы: 1 группа – 35 человек получали фенасал, 2 группа - 31 человек получали фенасал в сочетании с альбендазолом, 3 группа – 32 человека получали альбендазол. Фенасал назначался в течение 6 дней в дозе, детям 2-7 лет - 2 г, 8 лет и старше – 2,5г, альбендазол – в два цикла по 5 дней с интервалом 4 дня в суточной дозе 15 мг/кг массы тела. При сочетанном лечении фенасалом и альбендазолом, последний давался один день после шестидневного приема фенасала.

Переносимость препаратов была хорошая, побочные явления не наблюдались. Эффективность комбинированного приема фенасала с альбендазолом составила $75,1 \pm 1,4\%$, фенасала – $68,2 \pm 1,3\%$, альбендазола – $61,4 \pm 1,5\%$.

Нами впервые была изучена эффективность лечения гименолепидоза экдистеном. Препарат разработан в Институте химии растительных веществ АН РУз и разрешен к клиническому применению. Препарат как общее укрепляющее средство, представляет собой таблетированную форму природного соединения стероидной структуры из корней и корневищ левзеи сафлоровидной.

Экдистен назначался в течении 14 дней в суточной дозе 5 мг/кг массы тела 3 раза в день. Переносимость экдистена была хорошая, побочных явлений не наблюдалось.

Выводы. Наиболее эффективным является интегрированная система лечения гименолепидоза. Эффективность лечения гименолепидоза фенасалом в сочетании с альбендазолом составила $75,0 \pm 1,4\%$, фенасалом – $68,2 \pm 1,3\%$, альбендазолом – $61,4 \pm 1,5\%$. Элиминация карликового цепня при лечении Экдистеном составила 36,4%. Альбендазол является специфическим и эффективным препаратом для гименолепидоза. Применение экдистена при гименолепидозе, на основе базисной терапии, значительно повысит эффективность лечения.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Немногочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют, что большой интерес представляет популяционный анализ распространенности социально-экономических факторов риска среди ВИЧ позитивного населения.

Эффективность таких подходов среди ВИЧ негативных подтверждена ВИЧ инфицированной популяции не доказана.

Цель исследования: определение возрастных особенностей выявляемости социально-экономических факторов риска среди ВИЧ инфицированной популяции.

Материалы и методы: Осуществлялось эпидемиологическое исследование в региональном центре по борьбе со СПИДом. Сформирована репрезентативная группа ВИЧ позитивного населения и каждый пациент обследовался по специально разработанной анкете ВОЗ (1990). Социально - экономические факторы риска выявлялись и оценивались с использованием эпидемиологических, клинических, инструментальных и специальных методов (ВНОК; 2008; WHO, 1997).

Результаты и выводы: При изучении и анализе распространенному социально-экономических факторов риска у ВИЧ инфицированной популяци зависимости от возраста выявлено, что распространенность всех изученных факторов риска статистически значимо различаются у ВИЧ- популяции зависимости от возраста. Среди популяции 20-69 лет частота распространенности низкого образовательного статуса составила 57,0 %. В других возрастных группах определяется с увеличением выявляемости на 12,6 % или 1,3 раз ($p < 0,05$), в 20-29 лет отмечено с частотой 52,8 %, в 30-39 лет 62,6 % ($p < 0,05$), в 40-49 лет - 50,8 %, в 50-59 лет - 50,0 % и в 60-69 лет - также 50,0%. Распространность неблагоприятного социального статуса в различных возрастных группах выявлено следующим образом: в 20-29 лет 89,3 %, 30-39 лет -89,7%, 40-49 лет 78,5%, 50-59 лет 100,0 % ($p < 0,05$), 60-69 лет ($p < 0,05$) и в 20-69 лет 88,6.

Стрессовые факторы сравнительно высокой частотой наблюдаются в 40-49 лет-53,8 % ($p < 0,01$) и 60-69 лет - 50,0 % ($p < 0,01$). Частота стрессовых факторов в факторов в возрасте 20-29 лет составила 24,9 %, 30-39 лет - 35,3%, 50-59лет-25,0%. При анализе распространенности неблагоприятного семейного фактора у популяции выяснилось, что частота данного фактора с возрастом увеличивается от 29,2 % (в 40-49 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), то есть на 20,8% или 1,7 раз ($P < 0,05$).

В возрастной группе 20-29 лет неблагоприятный семейный фактор наблюдалось с частотой - 46,7 %, в 30-39 лет - 40,8 % и в :59 лет- 37,5%. Среди обследованных распространенность плохих жилищно- бктовых условий также было высока и в различных возрастных группах - ставила: в 20-29 лет -39,6 %, в 30-39 лет - 64,3% ($p < 0,05$), 40- 49 лет - 56,9 < 0,05), 50-59 лет - 62,5 % , 60-69 лет - 0,0 % и в 20-69 лет - 53,6 %. Можно будет заключить, что

выявленные популяционные данные способствуют формированию «прицельных» профилактических действий в отношении медико-экономических факторов риска неинфекционных патологий у ВИЧ позитивного населения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ 20-69 ЛЕТ (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

**Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

В течение последнего десятилетия популяционные исследования хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) стали занимать одно из первых лидирующих мест среди прикладных и фундаментальных работ продолжает увеличиваться чувствительный разрыв между возможностями современной превентивной науки и ограниченными средствами борьбы клинической гастроэнтерологии.

Это, по утверждению исследователей, в значительной степени отражается в высоких уровнях распространенности ХГДЗ среди различных групп населения и континуума от них.

Цель исследования: изучение распространенности хронических гастродуоденальных заболеваний среди ВИЧ инфицированного населения (ВИЧ ХГДЗ) по данным анкетирования.

Материалы и методы: Для одномоментного эпидемиологического исследования было выбрано ВИЧ инфицированная популяция, которое было представительным по отношению ко всему населению региона. Применялись опросные, инструментальные биохимические методы (WHO, 1990).

Результаты и выводы: Изучение распространенности рассматриваемых ХГДЗ проводилось среди ВИЧ популяции, прошедших комплексный первичный скрининг. Оказалось, что ХГДЗ среди ВИЧ популяции наблюдаются с частотой 59,6%. С помощью анкетирования хронические гастриты выявлены у 6% обследованных, хронические дуодениты - у 9,8%, хронические гастродуодениты в целом - у 16,1%, язвенная болезнь желудка - у 19,5%, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки - у 24,3%, и язвенная болезнь в целом - у 43,8%. Согласно данным других исследователей распространенность язвенной болезни среди ВИЧ негативного населения, по данным анкетирования, отмечаются в уровнях 1,0% (у наркоманов) и не более 9,3 % (у юношей). В изучаемой популяции, как следует из полученных нами данных распространенность ХГДЗ существенно выше (более чем 43 раз - по отношению с наркоманами и в 4,7 раз - по сравнению с показателями язвенной болезни у юношей, ($p < 0,001$), чем в целом среди ВИЧ негативного населения. Особенно заметен в уровне заболеваемости вклад язвенной болезни: удельный вес язвенной болезни по сравнению с ХГДЗ больше в 2,7 раз ($p < 0,001$) и достиг 43,8%. В структуре хронических гастродуоденитов вклад хронических дуоденитов по сравнению с хроническими гастритами существенно выше - на 3,6% или в 1,6 раза ($p < 0,05$). Выявляется также увеличение доли язвенной болезни 12-ти перстной кишки по сравнению с язвенной болезнью желудка в структуре язвенной болезни - до 4,8 % или в 1,3 раза ($p < 0,05$).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

**Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Махсумова Д.К.,
Хамдамов Н.Х.**

Андижанский государственный медицинский институт

Изучение специальной литературы позволяет утверждать, что в настоящее время одной из острых категорий населения являются популяции ВИЧ инфицированных (ВИЧ популяция) или больные СПИДом. Прогнозируется, что в ближайшие десятилетия они будут «главными» объектами всех видов исследований и в том числе, эпидемиологических.

В то же время, просмотренные нами данные литературы свидетельствует, что до сих пор комплексные клиничко-эпидемиологические исследования, позволяющие выяснить эпидемиологические закономерности ХГДЗ и их факторов риска у ВИЧ популяции не проводились.

Цель исследования: изучение распространенности и структуры хронических гастродуоденальных заболеваний среди ВИЧ инфицированного женского населения (ВИЧ ХГДЗ).

Материалы и методы: Использован комплексный метод популяционного отбора, сочетающую случайную и сплошную выборку, сформирована репрезентативная группа ВИЧ лиц в возрасте 20-69 лет. Источником формирования выборки были списки ВИЧ населения, прикрепленные в региональный центр по профилактике и борьбе СПИДом. Исследование проводилось в скрининг центре и включало следующие методы - эпидемиологические, клинические и специальные методы диагностики ВИЧ инфекции.

Обследование каждого пациента включало заполнение специально разработанной анкеты на основе вопросника ВОЗ (1990) и НИИ гастроэнтерологии МЗ РФ (1990).

Результаты и выводы. Распространенность ХГДЗ среди ВИЧ инфицированной популяции составила 35,7%. Наибольшей частотой в структуре ХГДЗ встречалась язвенная болезнь 24,3% и сравнительно меньше отмечались (на 12,9% или 2 раза $p < 0,01$) хронические дуодениты. В структуре хронических гастродуоденитов преобладают хронические дуодениты (6,8%) по сравнению с хроническими гастритами (4,9 %) на ($p > 0,05$). Отмечено высокая выявляемость язвенной болезни 12-ти перстной кишки (16,3%), чем язвенная болезнь желудка (8,3%). В целом, среди ВИЧ популяции женщин в структуре язвенной болезни язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки наблюдалась в 2 раза чаще, чем язвы желудка ($p < 0,01$). Таким образом, из полученных нами данных очевидно, что перспективным направлением в настоящее время следует признать разработку системы популяционного наблюдения и профилактического вмешательства, направленный на ХГДЗ или

их факторов риска, эффективную и качественную профилактику в отношении таким пациентам - женщин на фоне ВИЧ инфекции.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХГДЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА CD4+ -T- КЛЕТОК В КРОВИ

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение выявляемости клинических проявлений ВИЧ инфекции у больных с хроническими гастродуоденальными заболеваниями (ХГДЗ) в зависимости от количества CD4+ - T- клеток в крови.

Материалы и методы: ВИЧ инфекция диагностировалась соответственно классификации ВОЗ (2006) с использованием специфических и неспецифических методов в ходе эпидемиологического исследования репрезентативной группы ВИЧ - инфицированного населения.

Реализована стратегия 3 с привлечением и непосредственным участием специалистов региональных центров по борьбе со СПИДом. Все методы выявления ВИЧ инфекции - специфические (ИФА, иммуноблот и метод полимеразной цепной реакции) и неспецифические (определения количества CD4- лимфоцитов, Т- хелперов) осуществлялись с соблюдением стратегии тестирования в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001).

Результаты и выводы: Оказалось, что у пациентов ВИЧ 20-69 лет с ХГДЗ в 19,6 % случаев наблюдается бессимптомная, (первичная) ВИЧ инфекция или персистирующая генерализованная лимфоаденопатия (клиническая категория А), в 43,2 % случаев отмечается ВИЧ инфекция, проявляющаяся симптомами, но не относящаяся к категориям А и С (клиническая категория С). Те или иные клинические категории ВИЧ инфекции отмечены у 85,4 % больных ВИЧ с ХГДЗ. У популяции ВИЧ- женщин и мужчин с ХГДЗ клинические категории ВИЧ инфекции выявлены с частотой - 85,1 % и 85,5 % (соответственно ($p > 0,05$)). Клинические категории А, В и С среди женщин и мужчин ВИЧ с ХГДЗ | отмечены в уровнях - 14,9% и 21,7 % ($p < 0,05$), 51,1% и 39,6% ($p < 0,05$) и по 19,1% и 24,2% ($p > 0,05$) соответственно.

Для большинства проявлений ВИЧ инфекции у больных ХГДЗ были характерными прогрессирующее снижение массы тела, затяжная лихорадка, диарея, изменение кожи и слизистых оболочек, и сопутствующие конкурирующие нозологии. Следовательно, можно будет заключить, что у ВИЧ позитивных пациентов с ХГДЗ вместе с вирусом победно шествует страх перед СПИДом, получившим название «Чума XX века».

Таким образом, ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции характеризуются неуклонно прогрессирующим и в подавляющем большинстве случаев атипичным клиническим течением. Причинами ускорения «конечных эпидемиологических точек» у больных бывают нарастание вирусемии с одновременным снижением количества CD4+ - T-лимфоцитов с дисфункцией иммунной системы и ассоциированные патологические состояния или оппортунистические инфекции.

СТРУКТУРА И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОСНОВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Махсумова Д.К., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Современные литературные данные свидетельствуют, что представляется перспективным учет данных популяционных исследований и вооружение стратегии скрининговой профилактики хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) у популяции ВИЧ инфицированных лиц (ВИЧ населения).

Реализация такого подхода способствует раннему выявлению факторов риска ХГДЗ среди ВИЧ инфицированных (ВИЧ ХГДЗ), приводит к улучшению качества жизни больных и обеспечит эффективную терапевтическую программу этих патологий на фоне ВИЧ инфекции.

Цель исследования - изучение выявляемости и структуры ХГДЗ среди ВИЧ инфицированного населения по данным комплексных (инструментальных) исследований.

Материалы и методы. Использована репрезентативная выборка ВИЧ населения для эпидемиологического исследования. Среди них с применением комплексных инструментальных (антропометрических, ФЭГДС и УЗИ), клинических, биохимических и специальных исследований изучена распространенность и структура ХГДЗ. В условиях региональных центров по борьбе с СПИДом ВИЧ инфекция диагностировалась с соблюдением стратегии тестирования в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001).

Результаты и выводы. Изучалась распространенность ХГДЗ по данным эндоскопических исследований среди ВИЧ населения в возрасте 20-69 лет. Проведенный анализ выявил различную частоту распространенности отдельных форм ХГДЗ, так и всего ХГДЗ в ВИЧ инфицированной популяции 20-69 летнего возраста: хронический поверхностный гастрит выявлялся у 4,9 % обследованных, хронический эрозивный гастрит у 2,6 %, хронический поверхностный дуоденит - у 5,9 %, хронический эрозивный дуоденит у 3,9 %, язвенная болезнь - у 43,4 % и в целом ХГДЗ - 59,6 %.

Из представленных данных видно, что на фоне ВИЧ инфекции высокой частотой выявляется язвенная болезнь, по сравнению с ней 9 раз ниже отмечается хронический поверхностный гастрит ($p < 0,001$), в 7,4 раза реже наблюдается хронический поверхностный дуоденит ($p < 0,001$) и в 11 раз меньше ($p < 0,001$) наблюдается хронический эрозивный дуоденит ($p < 0,0001$).

В целом изучение структуры ВИЧ ХГДЗ показало, что доля язвенной болезни выявляется с увеличением до 73,2% и отмечается уменьшением вклада в развитии ХГДЗ – хронического эрозивного гастрита (до 2,0%), хронического эрозивного дуоденита (до 6,6%), хронического поверхностного гастрита (до 8,3%) и хронического поверхностного дуоденита (10,0%).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА (ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К., Хамдамов Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение и оценка клинических проявлений хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) у ВИЧ-инфицированного населения.

Материалы и методы: ВИЧ-инфицированное население подвергались эпидемиологическому исследованию. Репрезентативной группе ВИЧ - диагноз ХГДЗ ставился на основании стандартных опросных данных, результатов биохимических и инструментальных исследований. Диагноз ХГДЗ (хронический гастрит, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит, ЯБЖ, ЯБДПК формулировался согласно критериям «Сиднейской системы» (1990).

Результаты и выводы. Оказалось, что большинство проявлений ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции неспецифичны. Для начала заболевания характерен болевой синдром (в 62,8% случаев) и диспептические симптомы (в 57,8% случаев). В дальнейшем в клинической картине ХГДЗ начинают превалировать симптомы поражения других органов или ассоциированных патологических состояний: симптомы поражения тонкой кишки-хронические профузные поносы в сочетании с болями в животе, рвотой, лихорадкой и потерей массы тела у 34,9%); симптомы поражения толстой кишки (у 18,9 %), клинические категории А, В и С; ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши (у 0,3%), явление себорейного дерматита в сочетании с классическими симптомами ХГДЗ, снижение аппетита, похудание, наличие крови в кале, наличие слизи в кале и дегтеобразный стул (у 16,6 % больных) и сочетание КС ХГДЗ с симптомами туберкулеза - у 18,6 % пациентов ХГДЗ с ВИЧ- инфекцией. Отмеченные симптомы у ВИЧ-женщин и мужчин выявлялись со следующей частотой соответственно: болевой синдром - по 61,7 % и 63,4 % ($p > 0,05$), диспептические симптомы - по 73,4 % и 50,7 % ($p < 0,05$), симптомы поражения тонкой кишки - по 27,6 % и 38,2 % ($p < 0,05$), симптомы поражения толстого кишечника - по 22,3 % и 17,4 % ($p > 0,05$), клинические категории А, В и С в сочетании с саркомой Капоши - по 10,6% и 0,0 % ($p < 0,01$), явление себорейного дерматита с КС ХГДЗ - по 32,9 % и 9,3 % ($p < 0,001$), кандидозный стоматит с КС ХГДЗ - по 29,8 % и 10,1% ($p < 0,01$) и сочетание КС ХГДЗ с симптомами туберкулеза - по 17,0 % и 19,3 % ($p > 0,05$).

Таким образом, выявленные особенности клинических проявлений у ВИЧ и женщин и мужчин, безусловно, имеют непосредственное научно- практическое значение для оптимизации лечебно- диагностических технологий у больных с ВИЧ ХГДЗ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Абдувалиева Г.Т., Ганиева И.У., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы в структуру факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний был включен такой фактор как потребление алкоголя. В связи с этим нами была изучена частота и эпидемиологическая характеристика распространенности потребления алкоголя у ВИЧ- инфицированной популяции.

Материалы и методы. На репрезентативной выборке ВИЧ- инфицированных лиц в возрасте от 20 до 69 лет в ходе эпидемиологического исследования анализирована и оценена частота распространенности потребления алкоголя с использованием рекомендаций ГНЦПМ РФ (2001). Так, при оценке потребления алкогольных напитков (в пересчете на чистый этанол) использовались общепринятые массовые (весовые) концентрации этанола: 1) для пива - 0,04г этанола/ мл, 2) для сухого вина (шампанского) - 0,0927 г этанола / мл напитка, 3) для крепкого вина - 0,1227 г этанола / мл напитка, 4) Для водки/ коньяк- 0,3227 г этанола / мл напитка. Критерием избыточного потребления алкоголя принималось потребление более 20 г чистого алкоголя в день. ВИЧ - инфекция диагностировалась в региональных центрах по борьбе СПИДом в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001).

Результаты и выводы. Употребление алкоголя отмечено у 31,7 % обследованных. Данный фактор в уровне 62,7% выявлялся у ВИЧ- инфицированных мужчин и в 23,2 раза реже - у женщин (2,7%); $p < 0,0001$. Изучена и оценена распространенность потребления алкоголя у ВИЧ- инфицированной популяции в зависимости от возраста.

По результатам нашего анализа в различных возрастных диапазонах употребление алкоголя выявлялось с различием в следующих уровнях: в 20-29 лет - 13,2% , 30-39 лет - 40,4 % , 40-49 лет-53,8 % , 50-59 лет - 50,0 % и в 60-69 лет не встречалось (0,0%).

С возрастом выявляемость данного фактора увеличивается в 4 раза ($p < 0,001$). Следует заметить, что среди ВИЧи - популяции употребляющих спиртных напитков, с частотой 64,9 % наблюдалось недолжное состояние жевательного аппарата (отсутствие 1-2 коренных зубов) у ВИЧ общей популяции 20-69 лет. В группе ВИЧ-женщин недолжное состояние жевательного аппарата отмечено у 46,7 %, а среди мужчин - в 84, 4 % случаев ($p < 0,05$).

Кроме того, среди ВИЧ - общей популяции распространенность низкой физической активности составила 88,5 % , у женщин - 85,6 % и у мужчин 91,8 % ($p > 0,05$).

Таким образом, в зависимости от возраста, отмечено возрастание случаев выявляемости низкой физической активности до 92,3 % и недолжное состояние жевательного аппарата до 54,6 % или 2,2 раза ($p < 0,01$).

ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАСА И КУРЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Кодиров Д.А., Ганиева И.У., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Курение является приоритетным фактором риска ХГДЗ в современной популяции и в связи с этим изучение данного фактора в эпидемиологических исследованиях является важным научным направлением. Кроме того, исследователями указываются зависимость высокого риска развития ХГДЗ и их факторов риска от потребления наса. Поэтому мы изучили распространенность потребления наса и курения у ВИЧ-инфицированной популяции с целью разработки в дальнейшем, как скрининговых профилактических мероприятий, так и стратегии профилактики высокого риска в отношении этих факторов риска среди ВИЧ-позитивного населения.

Материалы и методы: Для исследования было выбрано ВИЧ-инфицированная популяция г.Андижана, которое, по данным областного комитета по статистике и по специальным расчетам, было представительным по отношению ко всему населению города. Использован комплексный метод популяционного отбора, сочетающую случайную и сплошную выборку, сформирована репрезентативная группа из 507 ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 20-69 лет. Источником формирования выборки были списки ВИЧ-инфицированного населения, прикрепленных в региональный центр по профилактике и борьбе СПИДом.

Результаты и выводы. Из приведенных данных следует, что распространенность употребления наса и курение среди общей ВИЧ популяции 20-69 лет составили – 29,2%, 40,9% и 30,6% - соответственно. Сравнительно большей частотой, выявлялись эпидемиологические показатели потребления наса (в 1,4 раза, $P<0,05$) и курения (на 1,0%, $P>0,05$). Наблюдаются статистически значимые различия в частоте этих ФР у мужчин и женщин. Так, частота потребления наса составили у женщин и мужчин, у ВИЧ-инфицированных, соответственно – по 0,0% и 84,0% ($P<0,001$) и курение – по 3,4% и 59,8% ($P<0,001$).

Далее изучалась распространенность потребления наса и курения среди ВИЧ-инфицированного населения с учетом возраста обследованных. В различных возрастных группах обследованных частота потребления наса выявлялись следующим образом: в 20-29 лет – 31,5%, 30-39 лет – 38,7%, 40-49 лет – 70,8% ($P<0,001$), 50-59 лет – 50,0% ($P<0,05$) и 60-69 лет – 100,0% ($P<0,001$). Среди общей ВИЧ популяции курение выявлялось у 30,6%; наиболее высокие показатели ее распространенности были отмечены в возрастных группах – 50-59 лет (62,5%), 40-49 лет (43,3%) и 30-39 лет (37,9%). Среди обследованных лиц в возрасте 60-69 лет курение не отмечалось (0,0%), а в самой молодой возрастной группе 20-29 лет выявлялось с наименьшей частотой – 16,8% ($P<0,001$).

ЖЕЛЕЗАДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Мирзаахмедова И.З., Солиев К.К., Тожиддинов Х.С., Ахмедова Х.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ на земном шаре от анемии страдают около 2 человек где, на долю железодефицитной анемии (ЖДА) приходится от 600 до 700 миллионов, что составляет 24% от общего числа всех заболеваний. Так, по результатам медико-демографических исследований проведенных в республике Узбекистан в 1996 году, анемия была зарегистрировано у 60% женщин детородного возраста (15-49 лет) и у 61% детей первых 3-лет жизни.

Материалы и методы исследования. С целью выявления анемических состояний нами было обследовано дети подросткового возраста 52 юношей и 72 девочек в возрасте 12-17 лет. Результаты исследования: для явной анемии уровень гемоглобина (НВ) по данным (ВОЗ) должен быть ниже 120 г/л у девочек и 130 г/л юношей. Обследованных 52 юношей у 29 (55,8%) выявлены нормальные показатели гемоглобина. У 18 (34,6 %) юношей выявлены легкая степень анемии (НВ 119-91 г/л), у 5 (9,6%) содержание гемоглобина было ниже 90 г/л. Из обследованных 72 девочек, у 17 (23,6%) выявлены нормальные показатели гемоглобина, у 45 (62,5%) девочек легкая степень анемии и у 10 (13,9%) содержание гемоглобина была ниже 90 г/л. С достоверностью ($P<0,05$) получены результаты изменений СЭ. У юношей из 52 у 9 (17,3%) выявлены повышения СЭ, у 28 (53,8%) в пределах нормы и у 15 (28,9%) случаев СЭ ниже нормы. Из обследованных 72 девочек у 11 (15,3%) случаев выявлены повышение СЭ, у 29 (40,3%) в пределах нормы и у 13 (25,0%) выше 65, 2 сутки.

Выводы. Таким образом у обследованных подростков юношей у 18 (34,6%) случаев выявлена анемия легкой степени, у 5 (9,6%) выявлены анемия средней степени. Основными факторами риска ЖДА у большинства юношей и девушек явились возрастная гормональная перестройка с усиленной акселерацией, приводящий к повышенному расходу железа, у девушек наряду с выше указанным, также появлений «месячных» нередко обильных и длительных (свыше 5-6 дней).

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗО ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ В ЮНЕСЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мирзаахмедова И.З., Юлдашева Н.Э., Салиев К.К., Абдурахмонова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. По ВОЗу на земном шаре в настоящее время от анемии страдают около 3 человек где, на долю железодефицитной анемии (ЖДА) приходится от 700 до 800 миллионов, что составляет 24% от общего число всех заболеваний. Так, по результатам проведенных медико-демографических исследований в республике Узбекистан в 2010 году, анемия были зарегистрировано у 65% женщин дето родного возраста (15-49 лет) и у 68% детей первых 3-лет жизни.

Материалы и методы исследования. Чтобы выявить анемические состояния нами было обследованы дети подросткового возраста 52 юношей и 72 девочек в возрасте 12-17 лет. Результаты исследования: Для явной

анемии уровень гемоглобина (НВ) по данным (ВОЗ) должен быть ниже 120 г/л у девочек и 130 г/л юношей. Обследованных 52 юношей у 29 (55,8%) выявлены нормальные показатели гемоглобина. У 18 (34,6 %) юношей выявлены легкая степень анемии (НВ 119-91 г/л), у 5 (9,6%) содержание гемоглобина было ниже 90 г/л. Из обследованных 72 девочек, у 17 (23,6%) выявлены нормальные показатели гемоглобина, у 45 (62,5%) девочек легкая степень анемии и у 10 (13,9%) содержание гемоглобина была ниже 90 г/л. С достоверностью ($P < 0,05$) получены результаты изменений СЭ. У юношей из 52 у 9 (17,3%) выявлены повышения СЭ, у 28 (53,8%) в пределах нормы и у 15 (28,9%) случаев СЭ ниже нормы. Из обследованных 72 девочек у 11 (15,3%) случаев выявлены повышение СЭ, у 29 (40,3%) в пределах нормы и у 13 (25,0%) выше 65, 2 сутки.

Выводы. По проведённым исследованиям подростков юношей у 18 (34,6%) случаев выявлена анемия легкой степени, у 5 (9,6%) выявлены анемия средней степени. Это дало нам выявить, что основными факторами риска ЖДА у большинства юношей и девушек явились возрастная гормональная перестройка с усиленной акселерацией, приводящей к повышенному расходу железа, у девушек наряду с выше указанным, также появлений «месячных» нередко обильных и длительных (свыше 5-6 дней). В таких случаях необходимо применять препараты железа с целью профилактики ЖДА.

ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ БИОКЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ Г.АНДИЖАНА

**Мирзабоев О.Э., Каландаров Д.М., Умурзаков О.Т., Раубожонов Х.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель работы - изучить биоклиматические закономерности формирования и течение хронических нефрологических ситуаций с учетом влияний «главных» метеорологических факторов (атмосферного давления, относительной влажности воздуха, температуры воздуха).

Материалы и методы. Трехлетнему климата метеорологическому мониторингу привлекались 232 больных с хроническими нефрологическими ситуациями в возрасте 40-60 лет и старше. Все они подвергались глубокому обследованию в условиях АФ РНЦЭМП и в терапевтических отделениях клиники АндГосМИ МЗ РУз. Хронические нефрологические ситуации установили при помощи специальных тестов (проба Реберга-Тареева, пробы Зимницкого, Нечипоренко и Аддис-Каковского; определение суточной протеинурии, азот-мочевины и белковых фракций, а также холестерина в сыворотке крови) метеорологические условия представлялись метеорологической станцией Аэропорта и городской синоптической станцией.

Результаты исследования. Отмечено, что наибольшее число хронических нефрологических ситуаций наблюдается при высоких показателях солнечного сияния ($r^{++} = +0,822$ ($P < 0,01$); $+0,690$ ($P < 0,05$) и $+0,722$ ($P < 0,01$). Наибольшее число случаев развития ОНС отмечается при высоких показателях атмосферного давления (от 971 до 975 мб) и при ее колебаниях до 4 мб и более. Клиническое течение хронических нефрологических ситуаций усугубляется повышением уровня атмосферного давления и их перепадами в течение суток и месяцев года.

Кроме того, полученные нами результаты позволяют утверждать, что общая частота хронических нефрологических ситуаций и выявляемость характерных клинических проявлений в связи с повышением температуры и межсуточной изменчивостью ее прямолинейно нарастают до 19 раз ($P < 0,01$, $r^{++} = 0,635$). Все 3 года проспективного наблюдения наибольшее число ОНС в связи с колебаниями относительной влажности воздуха приходится на его уровни 46 %, 46-55 % и 56-64 %, а наименьшее число приходилось на относительную влажность воздуха от 92 % до 100 %. Выявляемость характерной клинической симптоматики ОНС в зависимости от уровня колебаний влажности воздуха (в сторону повышения) увеличивались до 3,3 раза и более ($P < 0,01$).

Выводы. В целом, мы пришли к однозначному заключению о том, что в зависимости от колебаний уровня изученных метеофакторов непременно нарастают случаи хронических нефрологических ситуаций среди больных и кроме того, существенно увеличивается частота выявляемости характерных клинических симптомов хронических нефрологических ситуаций у нефрологических пациентов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

**Мирзабоев О.Э., Каландаров Д.М., Ибрагимова З.А., Содикова Д.Т.
Андижанский государственный медицинский институт**

Ретроспективному эпидемиологическому анализу подвергались 232 пациента, прошедшие специальное обследование в терапевтических отделениях.

Диагноз хронических заболеваний почек (ХЗП) ставился при помощи специальных тестов (пробы Зимницкого, Нечипоренко и Аддис-Каковского), биохимических и общеклинических исследований.

По нашим данным видно, что в структуре ХЗП наиболее часто встречаются первичный пиелонефрит (16,7%), мочекаменная болезнь (25,7%), гломерулонефриты (8,3%) и вторичный пиелонефрит (2,3%).

В целом, частота ХЗП составила 14,0% и они в основном у населения 40-70 лет и старше проявляются общими и местными симптомами. В типичных случаях характерны для нее следующие симптомы: боли в области поясницы (16,5%), почечная колика (20,0%), дизурия (24,0%), лихорадка (8,3%), положительный симптом Пастернацкого (10,4%), отеки (37,5%), систолическая артериальная гипертензия (45,6%), диастолическая артериальная гипертензия (35,4%), общие симптомы интоксикации (28,6%), изменение пульса (20,0%) и эпизоды симптомов нефротического криза (33,0%).

Наибольшее число обострений ХЗП наблюдалось в дни с резкими изменениями климато-погодного режима – продолжительности солнечного сияния, атмосферного давления, температуры внешней среды, относительной

влажности воздуха, при прохождении воздушного «фронта» с «внутренней высотой» и неблагоприятных типах погод (III и IV).

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. ВОЗ выделяет следующие группы стран: с большой (более 8% населения страны), средней (2-8%) и низкой (менее 2%) распространенностью хронической инфекции. США является страной с малой распространенностью инфекции, где при населении 260 млн. ежегодно инфицируется 100000-130000 человек. Большая часть заболеваний приходится на подростков и взрослых, причем пик инфекции приходится как в США, так и в РФ на возрастную группу 15-29 лет, что связано с повышением частоты передачи возбудителя при внутривенном введении наркотиков.

Целью исследования являлось выявить особенности иммунореактивности при различных клинических формах гепатита В для уточнения патогенеза и прогноза заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 306 молодых лиц (188 мужчин и 118 женщин). Острое течение гепатита имело место у 105 человек, затяжное - 31, хроническое - 170. В работе использованы иммунологические тесты I и II уровней. Определение HLA-A,B,C,DR фенотипа произведено по методу Terasaki.

Результаты исследований позволили установить, что развитие острого гепатита В сопровождается транзиторными изменениями иммунного ответа, проявляющимися достоверным по сравнению со здоровым снижением уровня CD3+ лимфоцитов преимущественно за счет CD8+ клеток, увеличением CD21+ и 0-клеток. Обнаружено также угнетение функциональной активности Т-лимфоцитов, увеличение уровней IgM и IgG, умеренное снижение поглотительно-метаболической активности фагоцитов. Выявленные изменения прямо пропорциональны тяжести болезни. В периоде ранней реконвалесценции иммунологические сдвиги нормализуются. Отличительной чертой затяжного гепатита В является снижение пролиферативной активности Т-лимфоцитов, увеличение сенсibilизации к HBeAg, повышение комплементарной активности крови и уровней сывороточных IgM и IgG в динамике инфекционного процесса. Хронический гепатит В характеризуется стойким вторичным Т-иммунодефицитом. Прогностическими признаками хронизации являются поздняя сенсibilизация к HBeAg, снижение интерферонообразующей функции, позднее (на 4-й неделе заболевания) увеличение IgG в сыворотке крови.

Иммуногенетическими маркерами хронического гепатита В являются HLA-A3, B18, B22, B35, Cw5. Неадекватный иммунный ответ при поражении печени вирусом гепатита В регистрируется у носителей HLA-B8, B18, B22, B35, DR3. Обнаружена взаимосвязь между особенностями иммунореактивности и клинико-биохимическими проявлениями гепатита В (выраженностью гепатомегалии, спленомегалии, геморрагического синдрома, уровнем общего билирубина и активностью АлАТ).

У больных гепатитом В установлена прямая зависимость высоты иммунного ответа от их генетической предрасположенности, что лежит в основе клинического полиморфизма вирусного гепатита. По всей видимости, HLA-антигены через гены иммунного ответа кодируют соответствующие иммуно-глобулиновые детерминанты на поверхности клеточных мембран, что и определяет предрасположенность к развитию вирусного гепатита. Оптимальный иммунный ответ приводит к полной элиминации возбудителя и выздоровлению, чрезмерный (ассоциированный с HLA-B8, DR3) - к развитию острого некроза печени и фульминантной формы гепатита. Отсутствие иммунной реакции на внедрившийся вирус сопровождается хроническим вирусоносительством.

Вывод. Генетически детерминированные различия в силе иммунного ответа не меняются в течение жизни, поэтому иммуногенетические особенности организма определяют возможное начало, течение и исход вирусного гепатита. Проведенные исследования позволяют конкретизировать вирусно-патогенетическую концепцию патогенеза гепатита В.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИНИ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ

Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Гепатит С кўпроқ ёз ва куз ойларига кўп тарқалади. Ўғил болаларни суннат (хатна) қилганда, киз болалар, кулогини тешганда, баданнинг турли қисмларига игна ва туш бўёғи билан ҳар хил расмлар ва ёзувлар солганда, сартарошхонада соч тарошлаганда, сокол-мўйлов олдирганда, кош терганда, кўл ва оёқ тирноқларини пардозлаганда асбоблар яхши стерилланмаган бўлса, вирусли гепатит В ва С осонгина юқади. Демак, гепатит С ҳам кўпроқ тери ва шиллиқ қаватларнинг бузилиши билан кечадиган барча жараёнларда юқади.

Изланиш мақсади. Вирусли гепатит С касаллигини юқиш йўлларини ўрганиш ва уни олдини олиш чораларини кўришдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Олдимишга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон вилоят юқумли касалликлар шифохонасида 2015- 2017 йилларда ВГС билан шикоят қилиб келган беморлардан 75 нафарни текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилган беморларнинг асосий қисми амбулатор равишда кузатувга олинди.

Текшириш натижалари таҳлили. Текширувимиз давомида касалликни юқиш йўллари қуйидагича бўлишини кузатдик. Юқиш йўллари асосан парентерал (кон орқали), яна бошқа биологик суюқликларда-спермада, сўлакда, менструал қонда ҳам 96 соатгача сақланиши мумкин. Жинсий йўл билан юқиш фоизи кам-5% гача. Сўлак орқали юқиши исботланмаган, чунки сўлакда вирус жуда кам миқдорда бўлади. Шунинг учун адабиётларда бу йўл

билан юкмайди дейилган. Агар болалар бемор одамнинг тиш чёткасидан, тирнок олгичидан, бритвасидан, маникюр буюмларидан фойдаланса касалланиш хавфи бор. Гепатит С билан касалланган одамнинг қўлидаги қон юки соғлом боланинг шикастланган терисига тушса, бу ҳолатда зарарланиш бўлиши ҳам мумкин. Аммо ўша захоти терини ишқаламасдан ҳеч нарса сурмаган ҳолатда 5 дақиқача оқар сувга тутиб турилса, теридаги химоя қаватиغا шикаст етказилмаса, зарарланиш хавфи камаяди. Бунда боланинг неча ёшда эканлигини аҳамияти йўқ.

Бу касалликнинг инкубацион даври узок бўлгани учун кўпинча белгиларсиз ўтади. Ҳатто 10-15 йилгача зарарланган инсон ўзини касалланганидан беҳабар юриши мумкин. Чунки бошқа гепатитларга хос белгилар бу турида бекиткича, кам ифодаланган ҳолда ўтади. Шунинг учун эҳтиёт шарт текширтириш керак. Бу касалликни зарарлангандан кейин агар вирус қонга тушган бўлса тахминан 2 ҳафталаб ўтгач, қонда шу вирусга қарши антителолар пайдо бўлади. Шунинг учун ҳар эҳтимолга қарши болани шу пайтларда қонини ИФА методи билан текширтириш керак. Текширтирганда ҳам вирус нагрзукасини ҳам аниқлатиш зарур. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, натижа айрим факторлар таъсирида сохта мусбат ва сохта манфий ҳам чиқиши мумкин. Шунинг учун бу усул 100% ишончли ҳисобланмайди. Агар натижа мусбат чиқса ҳам бу ҳали инсон касалланди дегани эмас, бу фақат вирус организмга тушганлиги, зарарланиш содир бўлганини кўрсатади ҳолос. Вирус қонга тушгач, агар иммунитет кучли бўлса бир неча ой (тахминан 1 ойлар) орасида вирус элиминация бўлиб, организмни касаллантормасдан чиқиб кетиши ҳам мумкин. Бундай ҳоллар тахминан 20% ҳоллар бўлса ҳам учраб туради.

Хулосалар. Касалликни текширишда энг ишончли метод ПЦР (ПЗР) усули билан қонни текширтириш. У айнан қонга тушган вирусларни аниқлаб беради, унга қарши иммун таначалари-антителоларни эмас (ИФА дан фарқи). ИФАда антителолар топилади, аммо вирус аллақачон чиқиб кетган, йўқ бўлиши мумкин, ПЦР эса айни вирус ҳозирда борми ё йўқми кўрсатади.

Гепатит С касаллиги асосан яширин кечиб, сўнгра жигар циррози ва жигар саратони каби касалликлар билан асоратланиши хавфлидир.

Гепатит С касаллиги қон орқали, жинсий мулоқот йўли билан, стерилланмаган хирургик инструментларда қотиб қолган қон юки орқали бемордан соғлом одамга ўтади.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛГАНЛИГИ

Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Гепатит С ҳозирда кўп мамлакатлар аҳолиси орасида кенг тарқалиш тенденциясига эга бўлаётган касаллик ҳисобланади. У жигар хужайралари ичига жойлашиб (А ва В вируслардан фарқли равишда), уларни аста-секинлик билан емириб боради ва вақтида аниқланилмаса, сурункали тусга ўтиб, оғир асоратларга олиб келиши мумкин бўлган касалликдир.

Афсуски, ҳозирги кунда жигар, меъда ва ичакларнинг ўткир ва сурункали касалликлари тез- тез учраб турибди. Шулардан бири вирусли гепатит С хусусан кўп учрайдиган бўлиб қолди.

Изланиш мақсади. Вирусли гепатит С ни аҳоли орасида тарқалиш даражасини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Олдимизга қўйилган мақсад ва вазибаларга ечим топиш учун Андижон вилоят юкумли касалликлар шифохонасида 2015- 2017 йилларда ВГС билан шикоят қилиб келган беморлардан 75 нафарини текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилган беморларнинг асосий қисми амбулатор равишда кузатувга олинди.

Текшириш натижалари тахлили. Бутун дунё онкологик статистикаси маълумотларига кўра, ВГС га чалиниш кўрсаткичи 2016 йилни ўзида 232306 нафар беморларга биринчи марта ташхис қўйилган. Кўрсаткичларга кўра, касалланиш 100000 минг аҳолига 10 нафар эркаклар ва юз минг аҳолига 7 нафар аёллар чалинганлиги кузатилди.

ВГС касаллигига чалиниш текширувларимиз натижаларига кўра шаҳар ва қишлоқларда истиқомат қилиниши бўйича тақсимланиши қуйидагича кўрсаткичга эга бўлди: текширувга олинган жами 75 нафар беморлардан 32 нафари (43,0%) ни қишлоқ аҳолиси; 43 нафари (57,0%) ни шаҳарда истиқомат қилувчи беморлар ташкил қилди.

ВГС нинг замонавий эпидемиологик текширув ва олиб борган кузатувларимизга кўра, шу гуруҳга кирувчи беморларнинг оилавий яшаш шароитига қараб тақсимланиши ўрганиб чиқилди. Бундан маълум бўлдики, дунё статистикаси кўрсаткичлари ҳам, текширувларимиз натижаларига кўра ҳам оилавий яшаш шароити яхши бўлган оилалардаги беморларда кўпроқ кузатилар экан.

Хулосалар. Вирусли гепатитлар-одамда турли вируслар чакирадиган, турлича юкиш механизмига ва оқибатга эга булган юкумли касалликлар гуруҳи ҳисобланади. Улар циклик кечиб, касаллик чакирувчи вируслар гепатотроп ҳисобланади ва клиникасида марказий ўринни жигар зарарланиши эгаллайди.

Инфекция манбаи касалликнинг ўткир ва хроник формаларини ҳамда қайталаниш даврини бошидан кечираётган бемор кишидир. Бемор киши касаллик инкубацион даврининг охиридан бошлаб, бутун касаллик давомида атрофдагиларга инфекцияни юктириб бориши мумкин.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М., Хамдамов Н.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ заболевания, вызванные вирусами гепатита А, В, С, D и E, представляют серьезную проблему для общественного здравоохранения во всем мире. С 2008 года по инициативе Международного Альянса по борьбе с Гепатитами (World Hepatitis Alliance) Всемирный День борьбы с гепатитом

проводился 19 мая.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) присоединилась к этой инициативе и с 2011 года объявила 28 июля Всемирным Днем борьбы с гепатитом

Гепатиты А и Е передаются посредством фекально-орального механизма передачи, их, как правило, вызывают загрязненные вода или пищевые продукты, они протекают в острой форме заболевания.

Гепатиты В, С и D, так называемые парентеральные вирусные гепатиты (ПВГ), передаются в результате контактов с кровью инфицированного человека.

Целью исследования явилось изучение у больных вирусными гепатитами адаптационных механизмов при развитии синдрома интоксикации.

Материалом для исследования послужила сыворотка 335 больных острыми ВГ и 130 больных хроническими ВГ различной этиологии в динамике заболевания.

В результате установлено, что при ОВГ в разгаре заболевания ЭСА ЛПВП во всех группах больных резко повышена и полностью восстанавливается к периоду реконвалесценции. У больных ВГС крайне высокий уровень ЭСА ЛПВП сохраняется на всем протяжении наблюдения. Полученные нами результаты, скорее всего отражают функциональную готовность и большие резервные возможности ЛПВП по связыванию избытка эндотоксина, поступившего в кровотоки на высоте интоксикации. Было установлено, что уровень титров Re-антител в сыворотке крови больных ОВГ на высоте интоксикации отражает степень тяжести течения заболевания вне зависимости от этиологии.

Изучение функционального состояния антиэндотоксиновых систем у больных ХГ различной этиологии выявило, что у больных ХГВ во время обострения заболевания низкий уровень Re-антител класса IgG компенсируется крайне высоким уровнем ЭСА ЛПВП. В период клинической ремиссии титры Re-антител класса IgG несколько нарастают, и хотя этот рост незначителен, уровень данных антител достоверно не отличается от нормы. У больных ХГД во время обострения заболевания крайне низкий уровень Re-антител класса IgG сочетается с выраженным, высоким уровнем ЭСА ЛПВП в сопоставлении даже с больными ХГВ и ХГС; к периоду ремиссии Re-антитела класса IgG не достигают нормы, хотя есть тенденция к их росту, уровень ЭСА ЛПВП значительно достоверно падает. Следовательно, у больных ХГВ и ХГВ+С и ХГС на высоте интоксикации установлен дисбаланс эндотоксинсвязывающей функции крови, сочетается низкий уровень Re-антител с крайне высоким уровнем ЭСА ЛПВП без нормализации эндотоксинсвязывающей активности крови к периоду реконвалесценции.

Вывод. Таким образом, одним из ведущих факторов в развитии синдрома интоксикации у больных острыми и хроническими вирусными гепатитами является липополисахаридный комплекс грамотрицательных бактерий кишечника, в избытке поступающий в общий кровоток в связи с процессами цитолиза гепатоцитов.

ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ

Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М., Хамдамов Н.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Герпетический энцефалит (ГЭ) – наиболее частая (его удельный вес в структуре вирусных энцефалитов составляет около 20%) и тяжелая форма спорадического полисезонного вирусного (очагового) энцефалита у взрослых и детей старше 3 - 6 месяцев. Клиническое сходство ГЭ с рядом инфекционных и соматических расстройств нередко значительно затрудняет установление диагноза и, соответственно, своевременно начатое этиотропное лечение.

По материалам ВОЗ в структуре смертности от вирусных инфекций герпетическая инфекция занимает второе место (ГЭ распространен в большинстве стран мира). Смертность при нелеченном ГЭ составляет 70%. Даже при ранней диагностике и лечении летальный исход наступает у 30% больных (благодаря применению ацикловира и его производных летальность снизилась с 70 до 19 - 30%), а частота тяжелых остаточных неврологических дефицитов в виде деменции, психических нарушений, афатических и двигательных расстройств достигает 40%. ГЭ чаще заболевают лица в возрасте от 5 до 30 лет и старше 50 лет.

Целью работы являлась разработка алгоритма диагностики ГЭ у детей раннего возраста путем сопоставления клинико-неврологической картины и данных методов нейровизуализации.

Материалом для исследования послужил анализ течения и исходов ГЭ у 37 выживших больных: 23 новорожденных и 14 детей первых полутора лет жизни. Проводилось клинико-неврологическое наблюдение, тестирование психомоторного развития и мониторинг нейроимиджа методами НСГ, компьютерной и МР-томографии.

Результаты исследования. На основании типа течения инфекции и характера поражения головного мозга были выделены следующие варианты ГЭ. При диффузном поражении головного мозга (17 человек), чаще встречаемом у недоношенных новорожденных и детей раннего постнеонатального периода (4-18 мес), характерно острое начало с быстрым нарастанием отека мозга, нарушением сознания до комы и развитием генерализованных судорог. Общепаразитарные проявления и кожные высыпания встречаются в 23%. В исходе заболевания формируются грубые нарушения высших корковых функций, тетрапарезы, полиморфный судорожный синдром, с выходом в вегетативное состояние у 56%.

Применение НСГ, КТ и МРТ в остром периоде ГЭ уже на 3-5 сутки выявляет признаки диффузного отека головного мозга, с формированием в исходе грубой кистозно-атрофической деформации, выраженных глиозных изменений.

Очаговое поражение головного мозга (11 человек), более характерное для доношенных новорожденных, в остром периоде отличается постепенным нарастанием симптоматики, менее глубоким угнетением сознания,

развитием фокальных судорог и гемипарезов, а динамическое наблюдение показывает восстановление неврологических функций с полным выздоровлением у 57%.

Особенностью хронически-прогредиентного течения инфекции (9 человек) являются частые кожные высыпания, сопровождающиеся в 67% ухудшением в неврологическом статусе с выходом в декортикацию, а методами нейровизуализации выявляется чаще симметричное крупноочаговое поражение преимущественно лобных и височных долей с образованием крупных кист, множественных кальцификатов, атрофические изменения.

Вывод. Проведенные исследования позволили разработать алгоритм диагностики ГЭ у детей раннего возраста и обосновать тактику ведения больных как в остром периоде, так и на различных этапах реабилитации.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мулладжанова К.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Острые кишечные инфекции – это довольно большая группа заболеваний с единым, независимо от этиологии, энтеральным механизмом заражения и клинически проявляющихся различной степени выраженности неспецифическими симптомами интоксикации, нередко-токсикозом и диарейным синдромом. Причиной инфекционной диареи у детей раннего возраста являются стафилакокки, шигеллы, сальмонеллезы и эшерихии. В патогенезе любой диареи лежит нарушение всасывания воды и электролитов.

Цель исследования. Составить алгоритм лечения инфекционной диареи у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 150 детей до 3 –х лет инфекционной диареей. Сначала мы разделили на инвазивную и секреторную диарею. К инвазивным включали шигеллезы, которые составляли 12 детей, энтероколитической формы сальмонеллеза, оно составляло всего 25 детей, энтероинвазивные и энтерогеморрагические эшерихии, их было 11. К секреторным относились 51 детей стафилакокковой этиологии, гастроэнтеритическая форма сальмонеллезу 18 больных, энтероадгезивные и энтеропатогенные эшерихии которые были выделены у 8 больных, 25 больных были с вирусной этиологией.

Для назначения адекватной терапии необходимо как можно раньше поставить правильный диагноз. Дифференциальный диагноз проводился на основании тщательно собранного анамнеза и объективных данных. До получения лабораторных анализов лечение начали по типу диарей.

Результаты и обсуждение. 1. В виду потерь со стулом при диареях инфекционного генеза большого количества воды и электролитов, приводящих к обезвоживанию и метаболическим нарушениям, необходимым является проведение оральной регидратация. 2. При тяжелых состояниях рекомендуется парентеральная регидратация.

3. Антибактериальная терапия при инвазивных диареях.

4. При секреторной диарее использовали производные нитрофурана.

5. В комплексную терапию прибавили пробиотики.

6. При выявлении возбудителя в бактериологических исследованиях назначили бактериофаги.

7. Диета до 10 дней.

8. Наблюдение семейного врача после выписки из больницы один месяц (при положительном бактериологическом посеве может быть до 3 месяцев после повторного обследования).

Выводы. При соблюдении правил или составленный нами алгоритм лечения инфекционной диареи больные не занимают много койко-дней больницы, лечение обходится дешевле, из-за правильного подхода к больным уменьшаются осложнения, встречающиеся при инфекционных диареях, так как обезвоживание тяжелой степени, токсикоз-эксикозом, нейротоксикоз, инфекционно –токсик шок, серьезные менингиты.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭКОЦИНК ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мулладжанова К.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Изменения со стороны кишечника у детей-довольно частая патология, которая может возникать при различных инфекционных заболеваниях, передающихся воздушно-капельным и фекально - оральным путем. В последние годы доказано, что оценка состояния микрофлоры лишь по микробиологическим критериям с современных позиций не может считаться достаточно информативной, поскольку отражает лишь количественные ее изменения, но не дает представления о функциональной активности. Значение нормальной облигатной микрофлоры кишечника не ограничивается колонизационной резистентности и антагонистической активностью в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Цель исследования. Изучение действия препарата экоцинк при инфекционной диареи у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 50 детей с острыми кишечными инфекциями. В качестве патогенетической терапии добавили препарата экоцинк, так как это препарат в составе содержит 60 мг аскорбиновой кислоты, 66 мг цинк сульфат и вспомогательные вещества (сахароза, лимонная кислота, очищенная вода). Назначили для детей до одного года в виде сиропа по 2,5 мл 1 раз в день после еды, а для старшего возраста по 1 капсуле 1 раз в день после еды. Продолжительность курс лечения был продлено после выписки из стационара 7 дней.

Результаты и обсуждение. ВОЗ и ЮНИСЕФ с 2004 года для лечения острых диарей рекомендовали применение препаратов цинка. Ряд исследований доказало что суточный прием 5-10 мг препарата цинка в течение 10-14 дней облегчает не только тяжесть и но и уменьшает продолжительность заболевания и восстановления кишечной флоры. Цинк является бактериостатическим эффектом, концентрация препарата 0,5-1 ммоль/л уменьшает размножение энтеропатогенные эшерихии и адгезию кишечных эпителий на патогенных кишечных палочек. Дети которые применяли экокцинк выздоровление было более значительными короткими сроками, без осложнением. В организме когда потеряется жидкость и нарушается обмен электролитов и воды в кишечнике уменьшается количество цинка. Поэтому последние годы в период выздоровления рекомендуется цинкосодержащие препараты.

Выводы. В результате применения препарата экокцинк наблюдалось гладкое течение болезни. У 15 детей заболевание протекало без осложнений, у 18 детей сократилось койко-дни на 3-4 дня, а у остальных было раннее выздоровление чему не получавшие препарата. Цинк обеспечивает нормализацию обмена жиров, углеводов и аминокислот, восстанавливает секреторную функцию поджелудочной железы, улучшает выделение желчи, тормозит высвобождение гистамина. Повышает адаптационные возможности организма и противoinфекционную восприимчивость и иммунитета.

ВАХИМАЛИ- ФОБИК БУЗИЛИШЛАРДА ГИПНОТЕРАПИЯ

Мунинов Р.К., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Изланиш долзарблиги. Охирги йилларда бутун дунёда вахимали-фобик кўринишидаги психопатологик бузилишлар ортанлиги аниқланмоқда. Айниқса фобик кўринишлар яққол намоён бўлмоқда. Фобик бузилишлар-вазиятли вахималарни бир шаклини намоён қиладилар. Улар учун ўзини олиб қочиш реакцияси характерлидир. Вахимали-фобик ҳолатларни даволашда асосий ўринни одатий усуллар: антидепрессантлар (амитриптилин, феварин, мелипромин, транквилизаторлар (феназепан, нозепам, седуксен), анксиолитик (атаракс), нейролептиклар (трифтазин, эглонил).

Охирги вақтга келиб фобик бузилишларни даволашда психотерапияни қўллашга қизиқиш ортиб бормоқда.

Изланиш мақсади -невроз билан хасталанган вахимали – фобик бузилишли беморларда медикаментоз усул билан биргаликда психотерапия ўтказишни афзалликларини ва бемор шахс хусусиятига боғлиқлигини ўрганиш ва таққослаш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Қўйилган вазифани бажариш учун 87 нафар неврозга чалинган беморлар клинко-психопатологик текширув ўтказилди, бунда клиникада кўпроқ вахимали фобик бузилишлардир. Тематик беморларни ёши 21 дан 52 ёшга ичига олди (ўртача ёш $34,2 \pm 1,2$). Касаллик кечиши 3 ойдан 3 йилгача давом этган (ўртача $9,5 \pm 0,5$) Ўрганилган гуруҳ ичида эркаклар 38 та (43,6%) аёллар эса 49та (56,3%) бўлиб 2013-2015 йилларда АВПНД да ва АДТИ Психиатрия кафедраси профессори, асиссентлари томонидан амбулатор даволанган турли вахимали фобик бузилишли беморлардир.

Натижа ва муҳокама. Хамма текширилган беморлар 2 гуруҳга бўлинди: I чи гуруҳ (асосий) беморларга одатий медикаментоз даво билан бир қаторда психотерапия ўтказилди - 45 та бемор (51%). II- гуруҳ (назорат) беморлар фақат медикаментоз даво олганлар 42 та бемор (48,2%). Яъни психотерапия, айнан гипнотерапия даволаш усулининг асосийси бўлиб ҳисобланди.

Қабулга келган беморлар умумклиник, клинко -психологик, психопатологик текшириш ва патопсихологик, айнан Люшер тести, ММРІ тест, ваҳима шкаласи бўйича (Спилберг) ва депрессия шкаласи (Бек)бўйича текширилди, клинко текшириш натижасида беморларнинг рухий жароҳатли вазиятга нисбатан жавоб бериши ва бемор шахсининг преморбид хусусиятлари аниқланд. Клинко-психопатологик ва патопсихологик текшириш натижасида текширилаётган беморларда куйидаги шахс хусусиятлари аниқланди.

Психоастеник тип 29 нафар беморда (33,5%) аниқланди, бунда вахимали бадгумонлик характерлидир. Уларда харакатга нисбатан фикр чиқариш, рухий образлар ёки импульсивлик бўлади ва бу харакатлар мазмун жиҳатдан турличадир, лекин хамма вақт субъект учун нохушдир.

Истерик тип 26 нафар беморда (29,8%) аниқланди. Уларнинг характерли белгиси холатининг ўзгарувчанлиги ва турланишидир.

Астеник тип 19 нафар беморда (21,8%) аниқланди, уларда характернинг иродавий хусусиятининг пасайиши хосдир.

Гиперстеник тип 8 нафар беморда (9,1%) аниқланди. Булар характернинг ригидлиги хусусиятига эга бўлиб, юқори кўзгалувчанлик ва бир вақтнинг ўзида ориқликнинг ошиши кузатилади.

Аралаш тип 5 нафар беморда (5,7%) аниқланди. Бунга шизоид, депрессив, эксплозив характер турдаги шахслар кирди.

Хулоса: Ўтказилган текширувлар шуни кўрсатдики, фобик бузилишлари бор хар-хил типологик хусусиятга эга беморларда гипнотерапия ўтказиш самаралироқ саналади.

Вахимали-фобик бузилишли беморларни комплекс даволашда гипнотерапияни (суггестия) қўллаш неврозли беморларни даво самарадорлигини бир мунча оширади.

СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

Мунинов Р.К., Аграновский М.Л., Маликова А.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Судорожные синдромы являются одной из актуальнейших проблем психоневрологии, занимая большой процент встречаемости в детской популяции. Особенно актуально это в обществе, где приняты браки между близкими родственниками. По мнению большинства авторов, частота различного рода аномалий

развития, грубых психоневрологических расстройств, в том числе и судорог, а также ранняя детская смертность значительно выше в родственниках браках.

Цель обследования. Изучить частоту и особенности клинических проявлений судорожных синдромов у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки. Всем обследованным детям проведены клинико-параклинические исследования головного мозга: неврологический и психический статус электроэнцефалограмма (ЭЭГ); 47 детям проведена магнитно-резонансная томограмма (МРТ) головного мозга.

Основную группу обследованных составили 52 ребенка из семей от близкородственных браков с наследственной отягощенностью по судорожным расстройствам.

Группа контроля - 48 детей из семей, не состоящих между собой в родстве.

Группа была отобрана на основе 10 % репрезентативной выборки методом случайных чисел

Результаты и обсуждения. Эпилептический синдром наблюдался в обеих группах с разной частотой и клиническими проявлениями. Кроме пароксизмальных нарушений у части детей выявился различной степени выраженности неврологический дефицит в виде признаков органического поражения головного мозга, который, однако, не всегда верифицировался на МРТ-исследовании.

Судорожный синдром у детей основной группы проявлялся эпилептическими припадками чаще генерализованного характера – grand mal, подтвержденные ЭЭГ-паттернами в виде пик-волнового комплекса – у 29 детей и у 14 детей в виде т.н. судорожной готовности, а именно, волнами альфа-диапазона частотой 3-5 Гц, амплитудой 90-95 МкВ, дельта-активностью, частотой 3-3,5 кол/сек, амплитудой 4 МкВ. Неврологический дефицит в виде микросимптоматики без грубых очаговых изменений отмечался у 16 больных, причем на МРТ головного мозга лишь у 8 из них верифицировались изменения в виде диффузной субатрофии коры головного мозга, преимущественно в лобно-височных областях. Данные анамнеза не подтверждали перенесенных перинатальных поражений, в связи с чем нами эти изменения были расценены как вторичные постприпадочные повреждения коры головного мозга.

Кроме того, у 27 детей выявлен различной степени выраженности синдром интеллектуальной недостаточности (слабоумие), обусловленный детской эпилепсией.

У детей контрольной группы судороги отмечались у 12 детей, клинически протекали в виде припадков grand mal (4 чел.) и парциальными моторными приступами (8 чел.). На ЭЭГ у этих детей преобладали изменения общемозгового характера с преобладанием неспецифических, условно-эпилептических феноменов в виде острых волн, тета-ритма.

Выводы: Сочетание наследственной отягощенности и близкородственных браков значительно повышает риск развития детей с психическими расстройствами и эпилепсией, протекающих с большей прогрессивностью и, соответственно, худшим прогнозом.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСГАРМОНИЯХ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Установление факторов риска суицидального поведения при семейно-сексуальных дисгармониях.

Алкоголизм по-прежнему остается одной из важных медико-социальных проблем, так как является прогрессирующим заболеванием, характеризующимся нередко тяжелым прогнозом. Однако существуют варианты малопрогрессирующего течения болезни, характеризующиеся возникновением спонтанных и терапевтических ремиссий. Среди ряда нерешенных задач важное место занимает повышение эффективности лечения, выражающееся в предупреждении рецидивов заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 человек. У всех больных диагностирована «семейно-сексуальная дисгармония». Все обследуемые находились на стационарном лечении и принимали участие в исследовании на добровольной основе.

Результаты исследования. Факторами, предрасполагающими к суицидальному поведению, при семейно-сексуальных дисгармониях являются: социально-демографические факторы: пол (женский), возраст (суицидальные попытки характерны для молодого и среднего возраста - от 20 до 40 лет; суицидальные мысли и замыслы - для 20-30 лет); уровень образования (среднее специальное); семейный статус (не проживающие в официальном или гражданском браке) медицинские: тип половой конституции (слабый и средний тип половой конституции), сексуальные расстройства (нарушения влечения, эрекции, аноргазмия и диспареуния) личностно-ситуационные: дисгармоничные взаимоотношения, суицидальное поведение в анамнезе индивидуально личностные: психопатологическая симптоматика (депрессия, межличностная чувствительность, враждебность, психотизм - согласно опроснику 8СБ-90-11); личностные характеристики (тенденция к изоляции, эзотерические тенденции, шизоидия, невротизм, ригидность - согласно МЛТ)

Среди антисуицидальных факторов риска статистически достоверным является только фактор наличия детей в семье. Риск реализации суицидального поведения уменьшается соразмерно количеству детей и возрастающей роли семьи в жизненных ценностях. Неоднозначное влияние на суицидальное поведение оказывает фактор материального обеспечения. Лишь для мужчин II группы (с суицидальными мыслями и замыслами), возможно, выявить значимость данного фактора на возникновение мыслей и замыслов о самоубийстве.

Выводы: 1. Клинические проявления депрессивного состояния, межличностной чувствительности и враждебности приводят к усилению суицидальной активности, в том числе, к повторным суицидальным попыткам.

2. Суицидальная активность находится в прямой корреляции с депрессивными расстройствами (шкала депрессии Бека). Интегральное взаимодействие аффективной патологии, семейно-сексуальной дисгармонии является предрасполагающим фактором к совершению повторных суицидальных попыток.

ТУГАЛЛАНМАГАН СУИЦИДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРГА ПСИХОТЕРАПЕВТИК ЁРДАМ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Усманова М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Изданиш долзарблиги. Суицид ҳолатлар ҳозирги вақтда долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Бу муаммо ер юзининг ҳамма контингентида тарқалгандир. ВОЗ маълумотиға кўра 2000 йил 1 млн. одам ўз жонига қасд қилиб ўлган. Ўз жонига қасд қилмокчи булганлар 20 млн. ташкил қилади. Охириги 50 йил ичида дунё бўйича суицид сони 60% ташкил қилади.

Текширишнинг максоди: Ўзбекистон Республикасида суицид кўрсаткилири 1991-2001 йилларда ўсди. Ҳозирги пайтда ҳамма ўлим сабабларидан суицид 12-ўринни эгаллайди. Охириги 5 йил ичида Андижон вилоятида суикасд қилганларнинг сони бир канчага қупайди. 2002-2003 йилда тугалланмаган суикасд сони 97 та бўлса, 2004-2005 йилда 105 та суицид ҳолати аниқланди.

Текширув материали ва услублари. Жами 105та суицидентнинг психопатологик ҳолатлари текширилди. Биз текширган суицидентлар орасида рухий бузилишли, чегараланган асаб бузилишли беморлар учрамади. Суицидентларнинг 2 нафари суицид ҳолатини такрорлаган ҳолос. Ўз жонига қасд қилган шахсларда суицид ҳолатлари шошилишч вазиятда руй берган.

Текшириш натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Текширув йилларида утқазилган суицидентларнинг ёши ва жинси уртасидаги узаро боғлианиш урганилганда, ҳодисаларнинг энг қуп учраши эркак ва аёллар 15-29 ёшлилар гуруҳида қайд этилган. Суицидентлар орасида 15-29 ёшли 70 та – 66,6%; 31-40 ёшли 27та – 25,7%; 41-45 ёшли 3 та – 2,8%; 46-55 ёшли 4 та – 3,8%; 60-70 ёшли 1 та – 0,9% аниқланди.

Тематик беморлар шахсининг преморбид хусусиятига боғлиқлигини кўриб чиққанимизда, суицидентларнинг 19 таси 17,1% гипертим, 15 таси 13,5% аффектив лабил, 11таси 9,9% астеноневротик, 12 таси 10,8% психоастеник 10 таси 9,5% шизоид, 14 таси 12,6% бекарор, 23 таси 20,7% истерик, 1 таси 0,78% эпилептоид шахслардир.

Суицидентларнинг ижтимоий аҳволи таҳлил этилганда диккатга молик натижалар қайд этилди. Бинобарин, текширувларимизда тугалланмаган суицид ҳолатларида ҳеч қаерда расмий иш урнига эга булмаган шахслар ва уй бекалари жаъми суицидентларнинг 81 та – 77,1 % ни ташкил этган. Шу уринда суицидентларнинг маълумоти даражасини узаро такқослайдиган булсак, урта махсус 14 та – 13,4%, олий маълумотли 4 та – 3,8%, нотулик олий 3 та – 2,8%, нотулик урта маълумотли 3 та – 2,8% ни ташкил этган.

Шунингдек тугалланмаган суицид ҳолатлар қуйидаги йуллар билан амалга оширилган: седатив дорилар билан 73 та – 69,5%; уксус қислога билан 18 та – 17,1%; маргимуш билан 5 та – 4,7%, бошка медикаментлар билан 5 та – 4,7%; узини ёққан 2 та – 1,9%; бошка турлар 3 та – 2,8%. Тугалланмаган суициддан кейинги тематик беморларнинг психопатологик ҳолатларини текширганимизда 67 та – 63,8% - астеник ҳолат, 25 та – 22,5% - депрессив ҳолат, 13 та – 11,7% фобик ҳолат аниқланди.

Суицидентлар даволашиш давомидида қуйидаги даво турларини олган. 105 та – 100% бемор дезинтоксикацион, 55 та – 52,4% седатив дорилар – фенозепам, валиум, антидепрессантлар - амитриптилин, Золофт, Феварин, Иксел қабул қилган. 50 та – 47,6% суицидент психотерапия, асосан рационал, сугестия-гипнотерапия қабул қилган

Хулоса: 1. Суицид ҳолати бу кучли рухий жароҳатни бузилиши бўлиб, туганланмаган суициддан кейин психопатологик симптомли психогениялар ривожланади. Асосан астеник, депрессив, безовтали – фобик ҳолатлар кузатилади.

1. Бу ҳолатларни даволашда психотерапия, айниқса рационал психотерапиянинг турли вариантлари (оилавий психотерапия), гипнотерапия ва аутоген тренировка муҳим роль ўйнайди.

ЧАСТОТА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Козимжонова И.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема психических расстройств у детей, рожденных в близкородственных браках является наиболее актуальной. Особую опасность возникновения нервно-психических заболеваний таят в себе браки между близкими родственниками. По мнению большинства авторов, частота мертворождений, спонтанных аборт, врожденных уродств, ранней смертности среди детей значительно выше в родственных браках.

Цель исследования. Изучить частоту и особенности клинических заболеваний у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки.

I группу обследованных составили 52 ребенка из семей от близкородственных браков с наследственной отягощенностью.

II группа - 48 детей из семей от близкородственных браков без наследственной отягощенности.

Контрольная группа - 50 детей, родители которых не состояли в родстве и не имели наследственной отягощенности психическими заболеваниями. Группа была отобрана на основе 10 % репрезентативной выборки методом случайных чисел.

Результаты и обсуждения. Психические нарушения отмечались у всех детей в виде умственной отсталости, наличие судорожных припадков, аффективных расстройств, патологии поведения, признаков

органического поражения головного мозга, выражающихся в неврологическом дефиците различной степени выраженности.

При обследовании детей у тематических больных I группы при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие психические расстройства: наибольший процент занимает умственная отсталость различной степени выраженности – 52%, вторая по частоте встречаемости патология – это эпилепсия и неэпилептические припадки – 19%, нарушения поведения наблюдались в 15% случаев, дети с органическим поражением ЦНС составили 14% случаев.

Психические расстройства пациентов II группы отличались от первой группы превалированием судорожных синдромов и эпилепсии (46%), а также органическим поражением головного мозга (28%), на 3 и 4 местах соответственно – умственная отсталость (16%) и патология поведения (10%).

При обследовании детей контрольной группы выявились следующие психические расстройства: задержка психического развития (ЗПР)-40%, минимальная мозговая дисфункция (ММД)-36%, умственная отсталость-3%, судорожные синдромы и эпилепсия-9%, нарушение поведения-2%, органическое поражение ЦНС-10%.

Выводы. Сочетание наследственной отягощенности и близкородственных браков среди родителей значительно повышает риск развития психических расстройств у детей, они страдают психическими расстройствами большей тяжести, большей прогрессирующей течением и, соответственно, худшим прогнозом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Основной целью исследования является изучение распространенности, клинических проявлений, течения АП для разработки общих принципов дифференцированной терапии.

Материалы и методы исследования: работа выполнена на основе материалов статистических сведений и данных собственных клинических исследований. В основу работы положен ретроспективный анализ медицинской документации - статистические сведения о распространенности и заболеваемости алкоголизмом и АП за 2015-2017 гг. АОНД. Кроме того, проведен клинический анализ 211 наблюдений больных мужского и женского пола, проходивших стационарное лечение в период с 2010 по 2014 гг. в АОНД и АОПНД.

Результаты исследования: Изучение эпидемиологии алкоголизма и АП в АО за период 2010-2016 гг. выявило, что показатель распространенности алкоголизма и АП в АО был самым высоким в 2009 г. (1641,2 на 100 тыс. населения), самым низким - в 2006 г. (1446,7 на 100 тыс. населения). В 2016 г. данный показатель был ниже аналогичного показателя 2015 года на 8,8%.

В последние годы наметилась тенденция к снижению первичной заболеваемости АП в АО. Так, в 2014 г. этот показатель снизился на 2,7%, в 2015 г. - на 3,3%, в 2016 г. - на 11,2%, в 2017 г. - еще на 12,2% и составил 40,8 больных на 100 тыс. населения. Однако он по-прежнему значительно превышает АОовень 2010 г. - в 3,8 раза (10,6 на 100 тыс. населения).

Начиная с 2013 г. показатель первичной заболеваемости АП в АО также претерпевал несущественные колебания. Так, в 2013 г. он снизился на 8,8%, в 2014 г. - увеличился на 9,0%, в 2015 г. - снизился на 7,1%, в 2016 г. увеличился на 4,9%, в 2017 г. - вновь снизился на 11,6%. За последние два года показатели первичной заболеваемости АП в АО превысили аналогичные показатели в АО (на 1,7% и 3,9% соответственно). В 2017 г. показатель заболеваемости АП в АО составил 42,4 больных на 100 тыс. населения и значительно превышает АОовень 2010 г. - в 12,1 раза (3,5 на 100 тыс. населения).

Показатель первичной заболеваемости АП является чувствительным маркером алкогольной ситуации и используется для ее мониторинга. Вместе с тем, в связи с переходом специализированных учреждений, в т.ч. и наркологических, на федеральный АОовень, и связанное с этим закрытие наркологических кабинетов и отделений в муниципальных учреждениях (в ЦРБ и т.д.), возможно снижение доступности наркологической помощи, в первую очередь в сельских районах, и связанное с этим уменьшение числа обратившихся за этой помощью.

Вывод: Сравнительный анализ распространенности и первичной заболеваемости АП в АО за период 2010-2017 гг. свидетельствует, что по сравнению с 2010 г. в 2017 г. эти показатели существенно увеличились (в 1,5 и 1,6 раза соответственно) и значительно превысили аналогичные показатели 2009 г. (в 5,7 и 12,1 раза соответственно). Показатель распространенности АП в АО по сравнению с 2010 г. в 2017 г. увеличился на 7,2%, показатель заболеваемости АП - снизился на 20,3%.

АКТИВНОСТЬ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИБС.

Мусахайова Ш.М., Салохидинов З.С., Джумабаева С.Э., Вахобов Б.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Многочисленными эпидемиологическими и клиническими исследованиями доказано, что ведущей причиной смерти среди населения развитых стран является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Эффективность борьбы с ИБС зависит в первую очередь от профилактических мероприятий на ранних стадиях, от устранения или снижения известных факторов риска развития ИБС. Наиболее важным фактором риска раннего развития ИБС является гиперхолестеринемия. Однако как показывают данные клинических исследований, инфаркт миокарда и другие формы ИБС нередко возникают у лиц, у которых отсутствуют известные факторы риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, ожирение, сахарный диабет и др.), следовательно, в генезе ИБС играют роль и другие причины.

Как известно, в патогенезе ИБС определенное значение придается нарушениям нейрогуморальной регуляции кровообращения. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе широко обсуждается роль

состояния симпатико-адреналовой системы (САС), её активности, реактивности и резервных возможностей у больных женщин климактерического периода с ИБС. Нами было проведено комплексное исследование показателей САС в крови у 36 больных женщин климактерического периода с высоким общим кардиоваскулярным риском с использованием многопланового подхода. Оценку состояния САС мы проводили по суточной экскреции катехоламинов (КА): адреналина - А, норадреналина -НА, дофамина - ДА с мочой. При нормальной функции почек исследование экскреции катехоламинов с мочой является адекватным методом исследования активности САС.

Так, согласно данным результатов наших исследований, выявлено статистически достоверное повышение А: свободного А – $5,8 \pm 0,1$ мкг/сут, конъюгированного А - $5,0 \pm 0,1$ мкг/сут, суммарного А – $10,8 \pm 0,2$ мкг/сут, что соответственно на 28,9% (в 1,3 раза), на 31,6 % (в 1,3 раза), 30,1% (в 1,3 раза) выше показателей контроля ($p < 0,05$).

Выведение в суточной моче НА, также статистически достоверно повышено: свободного НА - до $11,4 \pm 0,1$ мкг/сут, конъюгированного НА - до $10,5 \pm 0,1$ мкг/сут, суммарного НА - до $21,9 \pm 1,1$ мкг/сут, что соответственно на 15,2% (в 1,2 раза), на 20,7% (в 1,2 раза), на 17,7 % (в 1,2 раза) выше показателей контрольного уровня ($p < 0,05$).

Отмечено статистически достоверное повышение суточной экскреции всех фракций ДА: свободного ДА - $169,6 \pm 4,5$ мкг/сут, конъюгированного ДА - $178,7 \pm 4,4$ мкг/сут, суммарного ДА - $348,3 \pm 6,0$ мкг/сут, что соответственно на 21,1% (в 1,2 раза), на 17,0% (в 1,2 раза), на 19,0% (в 1,2 раза) выше показателей контроля ($p < 0,05$).

Возможно, повышение активности САС при этом может расцениваться как компенсаторное, обеспечивающее мобилизацию защитных сил организма, повышение энергоснабжения миокарда. Дальнейший рост напряжения активности симпатико-адреналовой системы направлен на мобилизацию внутренних резервов организма. Однако на одной из стадий этого процесса начинает проявляться катаболическая направленность эффектов САС, а дальнейшее повышение активности которой, становится одной из основных элементов формирования ИБС и её осложнений. Определение функциональной активности симпатико-адреналовой системы у женщин климактерического периода может служить критерием раннего выявления нарушений метаболизма катехоламинов, риска развития ИБС.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.

Мусашайхов У.Х., Вахобов Б.М., Камолов Б.Б., Юлдашева Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает сегодня первое место среди основных причин смерти населения всего мира и выходит на одно из первых мест в структуре смертности и заболеваемости в развитых странах. В Европе ИБС остается одним из самых распространенных заболеваний среди лиц старше 40 лет и наиболее частой (до 50%) причиной смерти от кардиальной патологии. По прогнозам специалистов 2020 году эта болезнь выйдет на первое место по величине интегрированного индекса, отражающего общее отрицательное влияние ИБС на здоровье населения планеты и включающего показатели заболеваемости и смертности. Развитие ИБС обусловлено взаимодействием различных генетических факторов и условий окружающей среды. Ранее основное внимание при изучении факторов риска ИБС уделялось анализу особенностей питания и образа жизни больных.

Обнаружение положительной связи между уровнем мочевой кислоты (УМК) и сердечно-сосудистыми заболеваниями, значительное повышение уровня мочевой кислоты у лиц с доказанными коронарными заболеваниями по сравнению с группой контроля, одинаковой по возрасту и полу, послужило основанием для эпидемиологических исследований. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для более глубокого понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпатико-адреналовой системы (САС). Детальный обзор показывает, что по результатам связь между УМК и частотой коронарных заболеваний, смертностью от любых причин является спорной, и это остаётся основанием для дальнейшего изучения данной проблемы. Многочисленными эпидемиологическими и клиническими исследованиями доказано, что ведущей причиной смерти среди населения развитых стран является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Эффективность борьбы с ИБС зависит в первую очередь от профилактических мероприятий на ранних стадиях, от устранения или снижения известных факторов риска развития ИБС. Наиболее важным фактором риска раннего развития ИБС является гиперхолестеринемия. Однако как показывают данные клинических исследований, инфаркт миокарда и другие формы ИБС нередко возникают у лиц, у которых отсутствуют известные факторы риска (артериальная гипертония, дислипидемия, курение, ожирение, сахарный диабет и др.). Следовательно, в генезе ИБС играют роль и другие причины. Как известно, в патогенезе ИБС определенное значение придаётся нарушениям нейрогуморальной регуляции кровообращения. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе широко обсуждается роль состояния симпатико-адреналовой системы (САС), её активности, реактивности и резервных возможностей у больных женщин климактерического периода с ИБС.

Нами было проведено комплексное исследование показателей САС в крови у 52 женщин с нестабильной стенокардией - впервые возникшая стенокардия напряжения, средний возраст $49,7 \pm 2,6$ лет. Группу контроля составили 10 здоровых женщин в возрасте от 43 до 48 лет, средний возраст $45,2 \pm 1,2$ года. Оценку состояния САС мы проводили по суточной экскреции катехоламинов (КА): адреналина - А, норадреналина -НА, дофамина - ДА с мочой. При нормальной функции почек исследование экскреции катехоламинов с мочой является адекватным методом исследования активности САС.

Так, согласно данным результатов наших исследований, выявлено статистически достоверное повышение А: свободного А – $5,7 \pm 0,1$ мкг/сут, конъюгированного А – $4,9 \pm 0,1$ мкг/сут, суммарного А – $10,3 \pm 0,2$ мкг/сут, что соответственно на 27,5% (в 1,3 раза), на 30,4 % (в 1,3 раза), 29,8% (в 1,3 раза) выше показателей контроля ($p < 0,05$).

Выведение в суточной моче НА, также статистически достоверно повышено: свободного НА - до $10,8 \pm 0,1$ мкг/сут, конъюгированного НА - до $10,2 \pm 0,1$ мкг/сут, суммарного НА - до $20,7 \pm 1,1$ мкг/сут, что соответственно на 14,1% (в 1,2 раза), на 19,7% (в 1,2 раза), на 16,8 % (в 1,2 раза) выше показателей контрольного уровня ($p < 0,05$).

Отмечено статистически достоверное повышение суточной экскреции всех фракций ДА: свободного ДА - $163,2 \pm 4,1$ мкг/сут, конъюгированного ДА - $171,4 \pm 4,2$ мкг/сут, суммарного ДА - $341,4 \pm 5,6$ мкг/сут, что соответственно на 20,1% (в 1,2 раза), на 16,8% (в 1,2 раза), на 18,7% (в 1,2 раза) выше показателей контроля ($p < 0,05$).

Возможно, повышение активности САС при этом может расцениваться как компенсаторное, обеспечивающее мобилизацию защитных сил организма, повышение энергоснабжения миокарда. Дальнейший рост напряжения активности симпатико-адреналовой системы направлен на мобилизацию внутренних резервов организма. Однако на одной из стадий этого процесса начинает проявляться катаболическая направленность эффектов САС, а дальнейшее повышение активности которой, становится одной из основных элементов формирования ИБС и её осложнений. Определение функциональной активности симпатико-адреналовой системы у женщин климактерического периода может служить критерием раннего выявления нарушений метаболизма катехоламинов, риска развития ИБС.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

**Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.
СП ООО «ClinicPro», Ташкент**

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность применения неодикумарина и ривароксабана в аспекте профилактики тромбоэмболических осложнений у больных неклапанной формой фибрилляции предсердий. Материал и методы исследования. В исследование были включены 43 больных (25 мужчин и 18 женщин) в возрасте 42-75 лет (средний возраст $59,26 \pm 7,85$ лет) неклапанной формой фибрилляции предсердий, которым была впервые назначена хроническая антикоагулянтная терапия. Больные после полного обследования, включавшего электрокардиографию, эхокардиографию, оценку функционального состояния щитовидной железы, общий и биохимический анализ крови, были случайным образом распределены на 2 группы: группу Р составили 22 больных, которые в качестве антикоагулянтной терапии принимали ривароксабан в дозе 20 мг/сутки, группу Н – 21 больной, принимавших в качестве антикоагулянтной терапии неодикумарин, доза которого титровалась в зависимости от уровня международного нормализованного отношения (МНО, целевое значение от 2 до 3) и составила в среднем $3,67 \pm 0,64$ мг/сутки. Период наблюдения составил 18 месяцев. В качестве конечных точек учитывались частота геморрагических и тромбоэмболических осложнений. Также в группе Н оценивалось время неконтролируемого МНО (относительная доля измерений МНО, выходящих за рамки целевых значений). Статистическая обработка включала в себя расчет средних арифметических величин, их стандартного отклонения, достоверность межгруппового различия показателей проводился с использованием непарного критерия Стьюдента; расчет различия частоты встречаемости признака с помощью табличного критерия хи квадрат с оценкой его достоверности по таблицам с учетом степеней свободы.

Результаты исследования. Группы были рандомизированы по признакам этиологии фибрилляции предсердий и электро- и эхокардиографическим характеристикам. В целом причиной фибрилляции предсердий у 5 больных послужила патология щитовидной железы, у 26 больных – структурно-функционально-ремоделирование миокарда вследствие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности, у 8 больных – миокардит и постмиокардитический кардиосклероз. В 4 случаях этиологию фибрилляции предсердий установить не удалось. В течение периода наблюдения геморрагические осложнения отмечались у 3 больных в группе Р и у 9 больных в группе Н (хи квадрат=4,56, $p < 0,05$). Частота тромбоэмболических осложнений (5 и 6, соответственно) между группами не отличалась. Период неконтролируемого МНО в группе Н составил в среднем $29,65 \pm 3,77\%$ и коррелировал с частотой эпизодов геморрагических осложнений. Заключение. Ривароксабан и неодикумарин у больных неклапанной формой фибрилляции предсердий являются одинаково эффективными в аспекте профилактики тромбоэмболических осложнений, однако применение неодикумарина достоверно ассоциируется с увеличением риска геморрагических осложнений, что связано со сложностью контроля режима дозирования препарата.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРОТИВООПХОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.
СП ООО «ClinicPro», Ташкент**

Цель исследования – оценка частоты встречаемости кардиоваскулярных осложнений и эффективности диагностических методов у больных некардиоваскулярными опухолями, принимающих химио- и лучевую терапию.

Материал и методы. В исследование были включены 46 больных некардиоваскулярными злокачественными опухолями (22 больных – миелодиспластическими заболеваниями и 24 – солидными опухолями, средний возраст – $52,73 \pm 11,73$ лет). Всем больным до начала химиотерапии и лучевой терапии проводилось кардиологическое обследование, включающее электрокардиографию, эхокардиографию и определение концентрации N-концевого отрезка молекулы мозгового натрий-уретического пептида (N-proBNP). Повторное обследование проводилось в конце курса противоопухолевого лечения ($5,98 \pm 1,77$ мес). Определялась частота встречаемости кардиоваскулярных осложнений – хронической сердечной недостаточности, нарушений ритма, тромбоэмболических осложнений, артериальной гипертензии и прогностическая значимость используемых методов исследования группы

распределялись в зависимости от вида онкологии и исходного состояния сердечно-сосудистой системы. Статистическая обработка включала в себя расчет средних арифметических величин, их стандартного отклонения, достоверность межгруппового различия показателей проводилась с использованием непарного критерия Стьюдента; расчет различия частоты встречаемости признака с помощью табличного критерия хи квадрат с оценкой его достоверности по таблицам с учетом степеней свободы.

Результаты исследования. Среди больных, включенных в исследование, исходно признаки кардиоваскулярной патологии были обнаружены у 18 больных по данным инструментальных исследований и у 25 больных по данным концентрации N-proBNP ($p > 0,05$). После окончания противоопухолевой терапии контрольное обследование выявило сердечнососудистые осложнения (впервые выявленная патология и прогрессирование ранее существующей) у 28 больных, включенных в исследование. Прогностическая значимость в отношении кардиоваскулярной патологии была достоверной у показателя концентрации N-proBNP ($p < 0,05$), в то время как эхокардиография значимой прогностической ценности в отношении вновь выявленной сердечной недостаточности не имела. Электрокардиография, проведенная до противоопухолевого лечения, имела значение для прогноза аритмических осложнений (желудочковых нарушений ритма и фибрилляции предсердий).

Заключение. Настоящее исследование обнаружило, что прогностической ценностью в отношении сердечной недостаточности, развившейся на фоне противоопухолевой терапии, обладает показатель концентрации N-proBNP, а в отношении аритмических осложнений – электрокардиография, проведенные до начала химиотерапии и лучевой терапии. Эхокардиографическое исследование является основным диагностическим, но не прогностическим методом кардиологического ведения больных опухолевыми заболеваниями в аспекте структурно-функционального ремоделирования миокарда.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

**Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.
СП ООО «ClinicPro», Ташкент**

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность применения неодикумарина и ривароксабана в аспекте профилактики тромбоэмболических осложнений у больных неклапанной формой фибрилляции предсердий.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 43 больных (25 мужчин и 18 женщин) в возрасте 42-75 лет (средний возраст $59,26 \pm 7,85$ лет) неклапанной формой фибрилляции предсердий, которым была впервые назначена хроническая антикоагулянтная терапия. Больные после полного обследования, включавшего электрокардиографию, эхокардиографию, оценку функционального состояния щитовидной железы, общий и биохимический анализ крови, были случайным образом распределены на 2 группы: группу Р составили 22 больных, которые в качестве антикоагулянтной терапии принимали ривароксабан в дозе 20 мг/сутки, группу Н – 21 больной, принимавших в качестве антикоагулянтной терапии неодикумарин, доза которого титровалась в зависимости от уровня международного нормализованного отношения (МНО, целевое значение от 2 до 3) и составила в среднем $3,67 \pm 0,64$ мг/сутки. Период наблюдения составил 18 месяцев. В качестве конечных точек учитывались частота геморрагических и тромбоэмболических осложнений. Также в группе Н оценивалось время неконтролируемого МНО (относительная доля измерений МНО, выходящих за рамки целевых значений). Статистическая обработка включала в себя расчет средних арифметических величин, их стандартного отклонения, достоверность межгруппового различия показателей проводилась с использованием непарного критерия Стьюдента; расчет различия частоты встречаемости признака с помощью табличного критерия хи квадрат с оценкой его достоверности по таблицам с учетом степеней свободы.

Результаты исследования. Группы были рандомизированы по признакам этиологии фибрилляции предсердий и электро- и эхокардиографическим характеристикам. В целом причиной фибрилляции предсердий у 5 больных послужила патология щитовидной железы, у 26 больных – структурно-функционально-ремоделирование миокарда вследствие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности, у 8 больных – миокардит и постмиокардитический кардиосклероз. В 4 случаях этиологию фибрилляции предсердий установить не удалось. В течение периода наблюдения геморрагические осложнения отмечались у 3 больных в группе Р и у 9 больных в группе Н (хи квадрат=4,56, $p < 0,05$). Частота тромбоэмболических осложнений (5 и 6, соответственно) между группами не отличалась. Период неконтролируемого МНО в группе Н составил в среднем $29,65 \pm 3,77\%$ и коррелировал с частотой эпизодов геморрагических осложнений.

Заключение. Ривароксабан и неодикумарин у больных неклапанной формой фибрилляции предсердий являются одинаково эффективными в аспекте профилактики тромбоэмболических осложнений, однако применение неодикумарина достоверно ассоциируется с увеличением риска геморрагических осложнений, что связано со сложностью контроля режима дозирования препарата.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕКАРДИОВАКУЛЯРНЫМИ ОПУХОЛЯМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕНИИ

**Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.
СП ООО «ClinicPro», Ташкент**

Цель исследования – изучить возможности профилактики кардиоваскулярных осложнений противоопухолевой терапии у больных некардиоваскулярными опухолями.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 56 больных некардиоваскулярными опухолями (22 – миелопролиферативными, 34 – солидными опухолями) в возрасте 22-65 лет (средний возраст – $52,49 \pm 7,85$ лет) без признаков патологии сердечно-сосудистой системы. Всем больным исходно и через 6 месяцев после начала химиотерапии/лучевой терапии было проведено кардиологическое обследование с целью выявления кардиоваскулярной патологии. Развитие сердечно-сосудистых осложнений на фоне противоопухолевой терапии регистрировалось в случае увеличения концентрации N-proBNP на 15 и более % от исходного, снижение систолической функции левого желудочка (фракция выброса – ФВ ЛЖ), определяемое в процессе эхокардиографии, на 10% и более или снижение абсолютного значения ниже 45%. Аритмическими осложнениями считались возникновение фибрилляции предсердий или желудочковых аритмий (экстрасистолий III и выше классов по Lowy, пароксизмальных желудочковых тахикардий). Все больные были случайным образом распределены на 2 группы: больные основной группы (34 человека) принимали карведилол в индивидуально подобранных дозах, больные группы сравнения (22 человека) кардиоваскулярную терапию не принимали. Статистическая обработка включала в себя расчет средних арифметических величин, их стандартного отклонения, достоверность межгруппового различия показателей проводилась с использованием непарного критерия Стьюдента; расчет различия частоты встречаемости признака с помощью табличного критерия хи квадрат с оценкой его достоверности по таблицам с учетом степеней свободы.

Результаты исследования. В ходе исследования у 15 больных основной группы (44%) и 16 больных группы сравнения (73%, хи квадрат=4,53, $p < 0,05$) отмечались различные варианты поражения сердечно-сосудистой системы. Был проведен анализ частоты встречаемости различных вариантов поражения в зависимости от применяемой полихимиотерапии, лучевой терапии и применения карведилола.

Заключение. В настоящем исследовании выявлен положительный превентивный эффект карведилола в аспекте кардиоваскулярных осложнений противоопухолевой терапии у больных без фоновой кардиологической патологии, что позволяет рекомендовать его к профилактическому применению всем больным, планируемому на химиотерапевтическое/радиологическое лечение.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРОТИВООНКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.

СП ООО «ClinicPro», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – оценка частоты встречаемости кардиоваскулярных осложнений и эффективности диагностических методов у больных некардиоваскулярными опухолями, принимающих химио- и лучевую терапию.

Материал и методы. В исследование были включены 46 больных некардиоваскулярными злокачественными опухолями (22 больных – миелодиспластическими заболеваниями и 24 – солидными опухолями, средний возраст – $52,73 \pm 11,73$ лет). Всем больным до начала химиотерапии и лучевой терапии проводилось кардиологическое обследование, включающее электрокардиографию, эхокардиографию и определение концентрации N-концевого отрезка молекулы мозгового натрий-уретического пептида (N-proBNP). Повторное обследование проводилось в конце курса противоопухолевого лечения ($5,98 \pm 1,77$ мес). Определялась частота встречаемости кардиоваскулярных осложнений – хронической сердечной недостаточности, нарушений ритма, тромбоэмболических осложнений, артериальной гипертензии и прогностическая значимость используемых методов исследования. Группы распределялись в зависимости от вида онкологии и исходного состояния сердечно-сосудистой системы. Статистическая обработка включала в себя расчет средних арифметических величин, их стандартного отклонения, достоверность межгруппового различия показателей проводилась с использованием непарного критерия Стьюдента; расчет различия частоты встречаемости признака с помощью табличного критерия хи квадрат с оценкой его достоверности по таблицам с учетом степеней свободы.

Результаты исследования. Среди больных, включенных в исследование, исходно признаки кардиоваскулярной патологии были обнаружены у 18 больных по данным инструментальных исследований и у 25 больных по данным концентрации N-proBNP ($p > 0,05$). После окончания противоопухолевой терапии контрольное обследование выявило сердечнососудистые осложнения (впервые выявленная патология и прогрессирование ранее существующей) у 28 больных, включенных в исследование. Прогностическая значимость в отношении кардиоваскулярной патологии была достоверной у показателя концентрации N-proBNP ($p < 0,05$), в то время как эхокардиография значимой прогностической ценности в отношении вновь выявленной сердечной недостаточности не имела. Электрокардиография, проведенная до противоопухолечевого лечения, имела значение для прогноза аритмических осложнений (желудочковых нарушений ритма и фибрилляции предсердий).

Заключение. Настоящее исследование обнаружило, что прогностической ценностью в отношении сердечной недостаточности, развившейся на фоне противоопухолевой терапии, обладает показатель концентрации N-proBNP, а в отношении аритмических осложнений – электрокардиография, проведенные до начала химиотерапии и лучевой терапии. Эхокардиографическое исследование является основным диагностическим, но не прогностическим методом кардиологического ведения больных опухолевыми заболеваниями в аспекте структурно-функционального ремоделирования миокарда.

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ПОДРОСТКОВ: ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Назарова Г.Т., Кабилов Ш.М., Хожиматова М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении пароксизмальных состояний, до настоящего времени отсутствует единое понимание причин их развития, а значит, существуют и различные

подходы в реабилитации больных. В основе пароксизмальных состояний лежит дисрегуляция нейроиммунных и эндокринных взаимоотношений. Приводимые в литературе сведения о нарушениях иммунной, нейромедиаторной систем разрозненны и несут неоднозначный характер. Недостаточно изучены проблемы патогенеза, диагностики пароксизмальных состояний в подростковом возрасте и не разработаны методы реабилитации данной категории больных.

Цель исследования: На основании выявления особенностей клинического течения, нейропсихофизиологических и иммунологических характеристик пароксизмальных состояний у детей подросткового возраста выделить их клиничко-патогенетические варианты и разработать комплексные программы реабилитации данной категории больных.

Материал и методы исследования: Обследование и лечение больных с ПС проводилось в условиях клиники нервных болезней на базе клинике АГМИ. Под наблюдением находилось 63 больных с ПС в возрасте 10-20 лет. Из них 27 больных раннего подросткового возраста от 10 до 14 лет и 36 человек. позднего подросткового возраста от 15 до 20 лет.

Результаты исследования: Изучение анамнестических данных у больных подросткового возраста позволило выявить ряд факторов риска, явившихся общими для всех нозологических форм заболеваний с пароксизмальными состояниями (ПС). Среди таких факторов отмечены: патология перинатального периода развития (63,3%), инфекции (43%), наследственная предрасположенность (34,6%), травмы головного мозга (24,7%). Из провоцирующих факторов, способствующих развитию пароксизмальных состояний, отмечены такие как: острая стрессовая или хроническая психотравмирующая ситуация (56,2%), тяжелые физические нагрузки (37,5%), нарушения режима сна и питания (29,7%), резкая смена климатических условий в связи с переездами (18,3%), неблагоприятные гео- и метеофакторы (46,8%), сильный шум (41,3%), яркий свет (36,4%), переохлаждения (27,3%), обострение хронических заболеваний (31,5%).

Проведенное комплексное исследование позволило выявить ряд общих признаков характерных для всех больных ПС эпилептического и неэпилептического генеза. При клиничко-неврологическом обследовании отмечено наличие микросимптоматики у больных ЭП в 85,7% случаев, среди больных НЭП в 69% и у лиц с субклиническими пароксизмальными состояниями в 68,4% наблюдений.

Вывод: Выделение эпилептических пароксизмов основано на наличии в клинической картине типичных стереотипных припадков, эпилептиформной активности на ЭЭГ, психопатологических нарушений, главным образом, в форме торпидности психических процессов; неэпилептические пароксизмы характеризуются развитием полиморфных клинических феноменов, относящихся к различным органам и системам, регистрацией признаков пароксизмальной активности на ЭЭГ, изменением церебральной гемодинамики в виде повышения тонуса церебральных сосудов, повышенной эмоциональной лабильностью; при субклинических пароксизмальных состояниях клинические проявления наименее очерчены, диффузны, отличаются наличием повышенного уровня судорожной готовности на ЭЭГ и ускорением церебрального кровотока за счет вазодилатации.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НИВАЛИН ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Назарова Г.Т., Кабилов Ш.М., Хожиматова М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Полиневропатии – это системные заболевания периферических нервов, проявляющиеся как первичные нозологические формы, так и в рамках вторичных синдромов, имеющие разную этиологию и патогенез. Из числа аутоиммунных полиневропатий (синоним: полинейропатии) выделяют острые и хронические формы, различающиеся сроками развития патологического процесса. В соответствии с принятыми клиническими критериями Европейской федерации неврологических сообществ острые формы заболевания – это варианты болезни, формирующиеся в срок до 4-х недель (острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия - ОВДП)

и хронические формы – при более затяжном развитии болезни.

Цель исследования. Изучить влияние ингибитора холинэстеразы препарата Нивалин на клинические проявления и электрофизиологические параметры у больных полинейропатией.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 20 больных полинейропатией. Критериями включения были: мужчины и женщины в возрасте от 35 до 65 лет, верифицированный диагноз полинейропатии, согласно критериям EFNS/ PNS вне обострения. Критерии исключения: обострение ХВДП, полинейропатии другой этиологии, тяжелые сопутствующие соматические и неврологические заболевания.

Методы исследования включали клинический неврологический анализ с исследованием неврологического статуса по шкале Нейропатического дисфункционального счета Neuropathy.

Результаты исследования. Сумма значений шкалы NDS в обеих группах до лечения не имела больших различий: у 76% больных в группе, получающих препарат Нивалин, составила от 14 баллов до 21 балла, что относится к выраженной степени нейропатии, и у 24% больных от 7 до 12 баллов, что можно отнести к умеренно выраженной сенсорно-моторной нейропатии и в группе больных, не получавших препарат Нивалин (Софарма, Болгария), составила от 13 баллов до 19 баллов у 68% и от 6 баллов до 13 баллов у 32% больных. При втором визите через месяц группа больных, принимавших препарат Нивалин, со значением шкалы NDS от 14 баллов до 21 балла, составила 57%, пациенты с суммой баллов от 7 до 12 составили 21%. Через 1 месяц у больных, не получавших препарат Нивалин, сумма баллов шкалы NDS от 13 до 19 составила 70% и баллы от 6 до 13 - у 30% больных.

Таким образом, данное исследование свидетельствует о положительной клинической динамике в группе больных, получавших антихолинэстеразный препарат Нивалин.

Выводы. Ингибитор холинэстеразы Нивалин показал положительную клиническую и

нейрофизиологическую динамику в симптоматическом лечении полинейропатии.

ВЕДЕНИЕ ДОМАШНЕЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННЫХ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

**Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность: Общепринято, что все женщины должны стремиться к родовому наблюдению с самого начала беременности. Домашние записи матери, в дальнейшем, домашние карты беременной как эффективный способ снижения материнской, перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности широко и успешно используется во многих странах мира свыше 30 лет.

Цель. Вовлечение беременных женщин и членов их семей в процесс наблюдения за беременностью и в послеродовом периоде путем внедрения ведения домашней карты беременной в условиях сельской семейной поликлиники Андижанского района.

Задачи. 1. Ознакомление врачей общей практики и их медсестер с Глобальной Стратегией Всемирной организации здравоохранения по Безопасному Материнству. 2. Вовлечение беременной и членов её семьи в ведение домашней карты беременной. 3. Оптимизация частоты целевых посещений, повышение их эффективности. 4. Уменьшение числа беременных женщин с поздним обращением за экстренной медицинской помощью при возникновении осложнений. 5. Увеличение числа осведомленных женщин, членов семьи о критических ситуациях, требующих неотложной помощи и организации транспортировки в стационар.

Материалы и методы: Проведен опрос и **сбор информации** беременных женщин и их родственников с помощью разработанного **вопросника, разработка и подсчет стандартов и индикаторов.** Кроме того, были опрашены врачи общей практики и их медсестры опрошено и произведено наблюдение за их работой.

Результаты: Положительный результат отмечен у 17 женщин из 23 (73,9%). Но не во всех случаях беременные женщины перечисляют ситуации, когда необходимо обращаться за антенатальным уходом. Не знают приоритеты рационального питания. Не всегда выполняют рекомендации врача на дому из-за неинформированности. Не все члены семьи вовлечены в процесс антенатального ухода за беременной. Родственники недооценивают тяжесть состояния беременной в ситуациях, требующих немедленного обращения в медицинские учреждения. Кроме того, были опрашены и произведено наблюдение за работой 10 врачей общей практики и 20 их медсестер. По критериям, правильно ответили 7 врачей (70 %) и 10 медсестры (50%). Но имеются проблемные моменты. Персонал при общении не способствует тому, чтобы женщина задавала вопросы. При объяснении сути и правил ведения домашней карты беременной персонал не добивается ответной реакции беременной. Медицинские сестры не правильно выполняют технику измерения артериального давления и высоту дна матки, и неточно отмечают на гравидограмме

Заключение: Медицинские работники и активные махалли заметили пользу домашней карты беременной для сортировки и идентификации беременных женщин, которым возможно нужна неотложная медицинская помощь и транспортировка. Стало легче собрать информацию, и она стала систематичной. Это усилило систему наблюдения, также улучшило связи медицинских учреждений с населением и общественностью.

Рекомендации: 1. Часто организовывать семинарские занятия для врачей общей практики и их медсестер по повышению их знаний по безопасному материнству и ведению домашней карты беременной. 2. Разработать протокол (обоснованный на доказательной медицине) по ведению патологий беременности и состояний, требующих немедленного обращения в медучреждения. Действовать согласно протоколу, обеспечив их доступность. 3. Осуществлять ежеквартальный мониторинг (клинический аудит) по следованию стандартам антенатального ухода среди врачей, медсестер и ведению документации. 4. Вовлекать в процесс антенатального ухода членов семьи и общественности путём информирования и обучения. 5. Наладить систему контакта между сельскими семейными поликлиниками и родильными комплексами для осведомленности врачей общей практики и их медсестер о результатах обращения и полученных рекомендаций в учреждениях специализированной помощи.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ СРЕДИ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ СВП

**Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель. Несмотря на то, что тема грудного вскармливания знакома и понятна всем, к сожалению, есть некоторые моменты, которые требуют улучшения в этой области. Мы решили рассмотреть всю систему грудного вскармливания, которая действует у нас в сельском врачебном пункте (СВП) с целью выявить существующие в ней погрешности и соответственно улучшить все составные процессы этой системы. Для этого мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Определить и улучшить качество знаний и навыков грудного вскармливания среди медицинского персонала.
2. Определить степень и улучшить процесс информированности кормящих матерей о принципах грудного вскармливания.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ амбулаторных карт, разработка и подсчет стандартов и индикаторов, сбор информации у матерей с помощью разработанного вопросника.

Проведенный нами причинно-следственный анализ показал, что существуют определённые этапы процесса работы, которые требуют вмешательства с целью улучшения. Для этого мы составили стандарты и индикаторы, которые были проверены до и после вмешательства. Соответственно для их проверки нашей командой были

определены источники и методы сбора информации (проверка и анализ административной и клинической документации, оценка знаний и навыков по оценочным листам для медперсонала и вопросникам для матерей). А также были произведены расчёты, результаты которых показали, какие показатели требуют улучшения.

Результаты после вмешательства: Процент медицинских работников, обученных принципам грудного вскармливания до проведения вмешательства, составил 20%. При повторной оценке после обучения этот показатель улучшился и составил 80%. Каждый кабинет, где идёт приём грудных детей, был снабжён информационным материалом, который позволил наглядно демонстрировать кормящим матерям все принципы грудного вскармливания.

И конечно, окончательный результат, который показал, насколько эффективна наша работа, мы получили после оценки наших матерей, которые кормят грудью. Оценивая матерей по вопросникам, мы получили, что информированность и обучение матерей принципам и навыкам грудного вскармливания до вмешательства составляли 13%, после вмешательства - 75%.

Вывод: Инструмент непрерывного повышения качества - цикл Планируй, Внедряй, Изучай, действуй, который мы провели, дал хороший результат. Проведя анализ корневых причин, мы выявили то, на что необходимо оказать воздействие, чтобы улучшить систему оказания помощи кормящим матерям. Чтобы довести работу до конца, осталось проанализировать среднесрочные и долгосрочные результаты, а затем вновь начать проводить вмешательства, только теперь вовлекая в процесс все первичное звено и, конечно, всё население.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ

**Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Насиров М.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность: На сегодняшний день гипертоническая болезнь является актуальной проблемой современной кардиологии. Быстрое прогрессирование болезни и кардио-васкулярные осложнения приводят к понижению трудоспособности и инвалидизации. По последним данным распространённость заболевания среди взрослого населения составляет 30-45%. На сегодняшний день в плане предупреждения гипертонической болезни существует несколько проблем. Задача врачей общего профиля состоит в выявлении факторов риска заболевания и их устранение путём повышения знаний населения.

Цель: Повышение качества профилактической работы против гипертонической болезни среди взрослого населения в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы: Проверка проводилась в Семейной поликлинике № 3 города Андижана. К обследованию были привлечены 36 участников старше 40 лет. В качестве метода обследования взята специально разработанная анкета, состоящая из 3 пунктов и 10 вопросов. Анкетирование обследуемых было проведено дважды. В первый раз анкетирование проводилось без проведения беседы. Во второй раз анкетирование проведено после беседы врачом общего профиля на тему факторов риска, клинических проявлений, осложнений и профилактики гипертонической болезни.

Результаты: Получены следующие результаты: в результате 1го анкетирования – правильно ответили 12 (33,3%) респондентов. На 2-ое анкетирование правильный ответ дали 34 (94,4 %) респондентов. Результаты обследования показали следующее: население не имеет полного представления о гипертонической болезни. Одной из основных причин является безразличное отношение к своему здоровью.

Рекомендации: 1. Плановое проведение врачами общего профиля подобных бесед среди населения. 2. Для достижения лучших результатов проведение подобных мероприятий в интерактивном порядке с участием средств массовой информации.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

**Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель: Улучшить качество профилактики и лечения больных с артериальной гипертензией 1-II степени в течение шести месяцев.

Методы: По ходу работы мы применяли анкетирование больных с помощью вопросника на наличие тонометров, знание об осложнениях, о предупредительных мерах АГ, принимаемых лекарственных препаратов. Мы просматривали записи на амбулаторных картах, брали интервью у больных во время консультации, осматривали аптеку на наличие гипотензивных средств. Результаты базового анкетирования показали, что больные имеют возможность купить лекарство и приобрести их в любой аптеке. Большинство больных не могут пользоваться тонометром, они не знают, как предупредить возникновение АГ и предотвратить осложнения. 56 % больных всё ещё употребляют лекарства такие, как дибазол, папаверин, адельфан. Анализы амбулаторных карт показали, что 60 % врачей предписывают лекарства не руководствуясь клиническими рекомендациями (КР). В амбулаторных картах нет записей о повторных осмотрах, эффективности назначенного лечения. После анализа выявленных проблем, мы с командой запланировали внедрить изменения по некоторым направлениям. Мы обучили больных с АГ выявлению симптомов, осложнений и методике измерения артериального давления и раздали врачам поликлиники КР по АГ, обучили их использованию.

Результаты: По ходу визитов пациентов с АГ в поликлинику члены команды проводили еще раз опрос и проверку по выявлению осложнений и правильного использования тонометра, оказания самопомощи при повышении АД и сравнивали результаты. Наблюдение за больными по методике тонометрии дали положительные результаты. 80 % больных правильно смогли провести тонометрию. Дополнительным вмешательством стало

информирование врачей о стандартах лечения АГ. Результаты оценивались регулярно 1 раз в месяц, в течение 6 месяцев, начиная с апреля 2014 года. Процент врачей предписывающих стандартное лечение для АГ вырос от 2 (40%) до 4 (80%). Вмешательства дали хорошие результаты, и мы решили обучить всех медсестёр, чтобы они на регулярной основе обучали пациентов и их родственников. Для работы на участках мы создали школу гипертоников из обученных медсестёр и врачей.

Выводы: Непрерывная работа с больными повышает их доверие к медицинским работникам и принимаемым лекарствам, что непосредственно влияет на качество лечения, обучение больных приводит к улучшению качества работы поликлиники и облегчает работу медицинских работников, приобретение больными тонометров приводит к уменьшению визитов пациентов в поликлинику и улучшает самоконтроль за состоянием здоровья.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, КУРЯЩИХ ТАБАК, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Нармухамедова Н.А., Турсунова М.У.
Ташкентская медицинская академия**

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются ведущими причинами инвалидизации и преждевременной смертности населения. Развитию этих заболеваний в 60% случаев способствуют факторы риска, такие как курение табака, злоупотребление алкоголем, недостаточное употребление фруктов и овощей, чрезмерное употребление соли и малоподвижный образ жизни. Эти факторы вызывают развитие следующих состояний: избыточный вес и ожирение, повышение артериального давления, высокий уровень сахара и холестерина в крови на фоне которых развиваются сердечно-сосудистые заболевания среди населения.

Во время подготовки врачей общей практики одним из требований программы является проведение исследования на основе аудита работы по одному направлению и написание проекта повышения качества медицинской помощи. Аудит тактики ведения пациентов проводится на основании анализа записей консультации в амбулаторных картах (АК) и результатов опроса пациентов по стандартному вопроснику. Важным является анализ существующей практики, разработка мероприятий по устранению выявленных недостатков и их внедрение.

Целью этой работы было проведение аудита работы врачей по консультированию пациентов курящих табак и оценка степени информированности их о вреде курения в условиях районной многопрофильной поликлиники.

Для осуществления этой цели были запланированы следующие задачи:

1. Выбор индикаторов для оценки грамотного ведения пациентов, курящих табак;
2. провести анализ 32 амбулаторных карт пациентов старше 40 лет, курящих табак;
3. провести опрос 32 пациентов старше 40 лет, курящих табак по вопроснику;
4. оценить качество ведения борьбы с табакокурением и разработать мероприятия по ее улучшению.

Материалами для изучения служили амбулаторные карты и вопросники по информированности пациентов о борьбе с курением. **Методы:** опрос пациентов старше 40 лет, курящих табак по стандартному вопроснику и аудит ведения (записей) их амбулаторных карт.

Полученные **результаты** опроса пациентов, курящих табак, показали, что 28,5% пациентов были информированы о вреде табакокурения, 40% знали, какие заболевания могут возникнуть при длительном курении табака, только одна треть пациентов знала об осложнениях, которые возникают при длительном курении табака, 10 человек из 32 изъявили желание бросить курить. Согласно записи в амбулаторных картах в 30% случаев были записи о даче совета о вреде курения. В 68% случаев было проведено обследование на хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ), назначены рентгенография грудной клетки, анализ мокроты, общий анализ крови и только в 40,6% случаев назначена пикфлоуметрия. В АК проводится констатация факта курения, но нет записи о динамике снижения количества сигарет в день, или желании пациента бросить курить, нет подробной записи проведения мотивационного интервью о вреде курения. На основании выявленных данных была составлена диаграмма Ишикавы, которая позволила определить слабые места в ведении курящих табак пациентов. Рабочей группой, состоящей из врачей общей практики, патронажных медсестер и старшей медсестры поликлиники были разработаны следующие рекомендации:

1. Патронажным медсестрам - улучшить раннее выявление на участке пациентов, старше 40 лет, курящих табак с информированием их о вреде курения, особенно пассивного курения для членов семьи.
2. Врачам – подробнее объяснять каждому курящему табак пациенту о вреде курения, о влиянии курения на возникновение заболеваний и осложнений от них.
3. Проводить тест Фагестрома для оценки влияния курения на организм пациента.
4. Тщательно обследовать пациентов на наличие ХОБЛ и своевременно проводить лечение.
5. Тщательно записывать консультации о вреде курения, о проведении мотивационного интервью, намерениях пациента бросить курить в динамике, при каждом визите.

Таким образом, во время проведения аудита деятельности медицинского персонала врачи сами провели анализ своей работы, выявили недостатки и разработали мероприятия по их улучшению. Повторный же аудит амбулаторных карт и опрос пациентов старше 40 лет, курящих табак, выявил улучшение показателей, но результаты еще не дали выполнения критериев в 100% случаев, согласно стандарту. Рабочая группа решила проводить мониторинг регулярно, в конце каждого месяца, и на основе полученных результатов внедрять мероприятия по улучшению качества.

ЗАТЫЛОЧНО – ДОЛЕВАЯ ЭПИЛЕПСИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Насирдинова Н.А., Абдуллаева М.И., Долимова К.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Эпилепсия представляет собой самое частое из серьёзных расстройств функций мозга с распространённостью в популяции 0,3-2%. Между тем, как следует из повседневной практики, констатируемой Европейской декларацией по эпилепсии, уровень знаний в этой области в большинстве своем недостаточен, и от 50-90% пациентов получают неправильное лечение, что влечет нерациональные расходы и невозполнимые социальные потери. Клиническая картина эпилептических припадков разнообразна и поэтому очень важно точно определить тип припадка, что позволит правильно подобрать антиконвульсанты и добиться купирования приступов.

Нами обследовано 23 ребёнка с различными типами эпилептических припадков в возрасте от 12 до 15 лет. Из анамнеза известно, что приступы наблюдались в течении 4-5 лет. Опрос самих детей показал, что чаще всего во время приступа у них возникали метаморфозии, зрительные агнозии и галлюцинации. Продолжительность приступов составляла 2-3 минуты, после чего дети некоторое время не могли понять, что произошло, и вспомнить текущие события до приступа. Частота составляла 2-3 приступа в месяц. До проведения исследования пациентам были назначены различные антиконвульсанты и эффективность их варьировала, т.к. припадки интерпретировались врачами по-разному. В 4 случаях они рассматривались как аура, в 12 случаях как детская эпилепсия с затылочными припадками с поздним началом, в 7 случаях как приступ мигрени. На ЭЭГ у детей отмечались фокальные спайки, острые волны в затылочных отведениях, иногда с двух сторон. Причем эпилептиформная активность значительно усиливалась при фотостимуляции и гипервентиляции. У 2 больных на ЭЭГ изменений, свойственных затылочной эпилепсии не было выявлено, что послужило причиной направления больных на ЭЭГ-видеомониторирование. Тщательное клинико-неврологическое, электроэнцефалографическое исследование выявило наличие у больных затылочно-долевой эпилепсии. Были назначены антиконвульсанты группы вальпроевой кислоты и топирамата. Наблюдение показало, что приступы купировались и общее состояние больных улучшилось.

Эффективность проводимой терапии при эпилепсии оценивается уменьшением количества эпилептических припадков и улучшением общего состояния. Мы в нашем исследовании также ориентировались на эти показатели. Таким образом на основании полученных результатов, можно сделать вывод, что при затылочно – долевой эпилепсии необходимо назначать препараты вальпроевой кислоты, а в тех случаях, когда должного эффекта не наблюдается лучше проводить дуотерапию с включением в лечение топирамата, что позволит купировать приступы и улучшить общее состояние больных.

ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЯ КЕЧИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР КОРРЕКЦИЯСИ

Насирдинова Н.А., Рахматуллаева Н.И., Қўчқарова О.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти

Бош мия қон томир касалликлари кенг тарқалганлиги ва ўта оғир асоратларга (юкори ўлим кўрсаткичи, деменция) олиб келганлиги сабабли нафақат тиббий, балки ижтимоий муаммоларга киради. Хозирги вақтда хорижий давлатларда сурункали жадаллашувчи қон айланиши бузилишлари ичида жадаллашувчи қон томир лейкоэнцефалопатия (Бинсвангер касаллигини) ажратишади, баъзида субкортикал артериосклеротик энцефалопатия ҳам деб аталади (САЭ). Клиник кўринишида деярли қон томир деменцияси каби синдромал вариантлар билан кузатилади.

Мақсад: Бинсвангер касаллигида Алчеба препаратини эффективлигини ўрганиш.

Гипертония касаллиги фонида дисциркулятор энцефалопатия касаллиги аниқланган 56дан 72 ёшгача бўлган лет 22та бемор (14та эркак ва 8 аёл) текширувдан ўтказилди (ўрта ёши $61 \pm 4,8$ ни ташкил қилади). Барча беморларга клинико-неврологик, электроэнцефалографик, магистрал қон томирлар УЗДС ва нейровизуализационн текширулар (МРТ)ўтказилди.

Текширувларга кўра барча беморларда гипертония фонида бош миёда ўчоғли ўзгаришлар ривожланиб инструментал текширувлар бу ўзгаришларни аниқлашда ва клиник ташхисни асослашда муҳим рол уйнайди. Бинсвангер касаллигига чалинган беморларда когнитив бузилишлар тез ривожланиб асосий клиник белгилар деб айтсак бўлади. МРТ текширувида беморларда бош мия пўстлогини атрофияси, коринчаларни кенгайиши ва оқ моддада лейкоареоз сохаларини пайдо бўлиши аниқланди. Беморларга базис терапия билан бирга Алчеба (мемантин гидрохлорид) препарати 10 мг по 1 т 2 маҳал 1 ой мобайнида буюрилди. Ўтказилган терапия барча беморларда субъектив шикоятларни камайишига, 12 нафар (62%) беморда ЭЭГда дезорганизация ва десинхронизация белгиларини камайишига ва патологик ритмларга караганда нормал ритмларни фозини ошишига олиб келди. 6 нафар беморда электроэнцефалограммада ахамиятли ўзгаришлар аниқланмади, бироқ уларда ҳам субъектив шикоятлар камайди. Барча маълумотларни умумийлаштирганда буюрилган терапия бош миёда метабolik жараёнларни яхшиланишига олиб келди. Бу эса хотирани кучайишига, холсизликни камайишига, уйқуни яхшиланишига ёки субъектив симптомларни камайишига олиб келди.

Ўтказилган текширувлар натижаларини информативлигини таққослаганда ЭЭГ- ва МРТ-натижалари бош миёни зарарланиш оғирлигига қараб корреляцияларини кўриш мумкин. Ўз навбатида субкортикал артериосклеротик лейкоэнцефалопатияни ҳаёт давомида аниқлашда МРТ таркибий-морфологик усул бўлиб биринчи ўринда топик ташхислаш учун маълумот беради. Клинико-неврологик, электроэнцефалографик ва нейровизуализационн текширувлар натижалари, ўчоғли неврологик симптомлар мавжудлиги, когнитив функцияларни ўзгариши, ЭЭГда асосий ритмларни дезорганизацияси, десинхронизацияси бош миёни оқ моддасини морфоструктур ўзгаришлар билан бирга Бинсвангер касаллигини ҳаёт давомида аниқлашга имкон яратади.

ЛЕЧЕНИЕ АГ – ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

**Насирдинова Н.А., Касымова С.А., Кучкарова О.Б.
Андижанский государственный медицинский институт**

Сегодня население нашей страны уже довольно хорошо информировано о последствиях инсульта. Нарушения движений, равновесия, затрудняющие, а порой и полностью исключающие возможность ходьбы, расстройства речи и многие другие проблемы зачастую лишают человека независимости в повседневной жизни. Однако серьезно задумываться об опасности этого грозного заболевания чаще всего начинают только после того, как катастрофа уже произошла. В подавляющем большинстве случаев инсульт - это мозговое осложнение наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего артериальной гипертонии (АГ) и атеросклероза. К сожалению, в настоящее время распространенность АГ увеличивается, что связано как с социально-экономическими условиями жизни, так и с изменением демографической ситуации в стране. Постарение населения естественным образом способствует росту числа "гипертоников": в когорте лиц старше 65 лет АГ выявляется у каждого второго, а в старческом возрасте (свыше 75-80 лет) - у 80-90%. Ситуация отягощается тем, что по сей день сохраняется ошибочное представление о существовании неких "возрастных нормативов АД". Результатом отсутствия должного внимания к АГ является стабильно высокая частота развития инсульта.

Проведено исследование 79 пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении неврологии АГМИ по поводу острого или перенесенного ишемического инсульта. Сбор анамнеза показал, что все пациенты отмечают периодическое повышение АД, причем развитию инсульта также предшествовало повышение АД. Больные принимали антигипертензивные препараты не регулярно, только при повышении АД. В основном использовались бета- и альфа-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ. Исследование неврологического статуса выявило стойкие нарушения в пирамидной (гемипарезы, монопарезы, дисфагии, дизартрии, патологические рефлексы), экстрапирамидной (олигобрадикалезии, пульсии, тремор), координаторной (шаткость походки) системах. У всех обследованных больных был сформулирован диагноз – ишемический инсульт на фоне гипертонической болезни.

Арсенал средств, используемых для лечения АГ, чрезвычайно широк. Причем за последние два десятилетия перечень гипотензивных средств кардинально изменился. Все группы лекарств снижают повышенное АД посредством воздействия на различные механизмы. Однако современный подход определяет основную цель антигипертензивной терапии не только как стабильную нормализацию уровня АД, а прежде всего как предотвращение серьезных осложнений АГ: инсульта, инфаркта миокарда и связанной с ними смерти. Достичь этого удается благодаря наличию у современных препаратов особых свойств: они препятствуют развитию патологических изменений в сосудах и сердце, а в случае их наличия даже вызывают обратный процесс, то есть оказывают защитное (протективное) влияние на сердечно-сосудистую систему.

Большим исследованной группы были назначены комбинации из бета- и альфа-адреноблокаторов, антагонистов кальция и диуретиков на фоне проводимой базисной терапии инсульта, что привело к стойкому снижению АД. Причем антигипертензивную терапию было рекомендовано проводить длительное время. Через 3 месяца при повторном осмотре больных был выявлен стойкий регресс неврологических нарушений и больные отмечали стабильное улучшение самочувствия. Таким образом, на фоне проводимой базисной терапии инсульта, необходимо назначать длительную (желательно пожизненную) антигипертензивную терапию в комбинации препаратов. Это позволит достичь более эффективного снижения АД и профилактики развития повторного инсульта.

СТАТИНЫ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТОВ

**Насирдинова Н.А., Кучкарова О.Б., Касымова С.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

По некоторым оценкам, в развитых странах смертность от инсульта стоит на втором месте после коронарной смерти и составляет от 9 до 10 % , причем в некоторых странах, таких как Китай или Япония, это заболевание лидирует среди причин смерти. В то же время прогресс в профилактике этого заболевания существенно меньший, чем в отношении инфаркта миокарда.

Известно, что корреляция между частотой развития инсультов и уровнем холестерина отсутствует. В отличие от острых коронарных эпизодов, причиной абсолютного большинства которых принято считать коронарный атеросклероз, с развитием инсультов атероматоз крупной артерии ассоциируется менее чем в половине случаев. Остальные инсульты являются следствием эмболии при аритмиях, кардиомиопатиях и тромбозах полостей сердца, аномалии мозговых сосудов и т. д.

В то же время ни по данным отдельных исследований, ни в результате проведения мета-анализа не удалось выявить снижение числа инсультов под действием "старых" гиполипидемических препаратов. Таким образом, складывается впечатление, что простое снижение уровня холестерина не имеет клинического значения в отношении профилактики инсультов.

Нами проведено исследование 69 больных, перенесших ТИА в различных сосудистых бассейнах и имеющих риск развития инсульта. МРТ головного мозга этих больных выявил изменения, свойственные дисциркуляторной энцефалопатии. УЗДГ магистральных сосудов показало наличие атеросклеротических изменений сонных артерий с обеих сторон без гемодинамических изменений. Всем больным были назначены статины в течении 1,5 года. Повторное исследование больных выявило снижение уровня в крови холестерина, хотя изменения на МРТ и УЗДГ сохранялись. Снижение уровня холестерина способствовало снижению головных болей, головокружения, улучшению сна и общего состояния. В период обследования инсульт развился у 7 больных (10%).

Влиянию статинов на поражение сонных артерий посвящено довольно значительное количество исследований. Так, в Monitored Atherosclerosis Regression Study родоначальник статинов – ловастатин (80 мг) снижал ТИМ, тогда как в группе пациентов, получавших гиполипидемическую диету, этот показатель прогрессивно

увеличивался. В двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании PLAC II (Pravastatin, Lipids and Atherosclerosis in the Carotid arteries – II), включавшем 151 больного, на фоне его приема снизилась скорость атеросклеротического поражения сонных артерий. Мета-анализ 164 коротких, рандомизированных, плацебо-контролируемых исследований, 58 рандомизированных исследований риска коронарных событий, 9 когортных и 58 рандомизированных исследований риска инсульта показал, что снижение холестерина ЛПНП на 1,0 ммоль/л приводило к снижению риска всех инсультов на 10 %, а на 1,8 ммоль/л – на 17 %. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что среди обследованных больных снизился риск развития не только ишемических, но и так называемых неидентифицированных инсультов, среди которых большее число также, очевидно, составляли ишемические нарушения.

СОСТОЯНИЕ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИОКСИДАНТАМИ

**Насирдинов Н., Кодирова Г.И., Усманова Д.Н., Таштемирова И.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Болезни системы кровообращения занимают самое первое место в структуре заболеваемости и смертности населения. В ходе клинических исследований было доказано, что среди сердечно-сосудистых заболеваний в настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин ранней нетрудоспособности, инвалидизации и смертности населения.

Исследования последних лет показали, что для понимания патогенеза ИБС у пожилых необходимо дальнейшее изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпатико-адреналовой системы (САС). Судить о состоянии тонуса и реактивности САС позволяет изучение экскреции катехоламинов (КА), продуктов обмена биогенных аминов и ферментов, участвующих в их метаболизме. Вопрос о взаимоотношении катехоламинов (КА) с другими гормонами при ИБС, в современной кардиологии остается недостаточно изученным.

Целью работы явилось изучение нарушения активности симпатико-адреналовой системы (САС) по уровню суточной экскреции КА и активности моноаминоксидазы (МАО) у пожилых больных ИБС.

Материалы и методы исследования: обследовано 45 больных ИБС и 20 клинически здоровых лиц (группа контроля). У обследованных собиралась суточная моча для исследования конъюгированного, свободного и суммарного адреналина, норадреналина, дофамина и предшественника их ДОФА флуометрическим методом.

Результаты и обсуждения исследования: у больных ИБС отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции А на 57,7%, что в 2,36 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных ИБС было достоверно уменьшено на 58,8%, что в 2,4 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). Параллельно было отмечено уменьшение дофамина (ДА) у больных ИБС на 71,98%, что в 3,57 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). Уровень ДОФА был умеренно снижен у больных ИБС ниже уровня контроля на 29,0% (в 1,41 раза) ($P < 0,01$). Отмечалось снижение активности МАО у больных ИБС ($0,03 \pm 0,001$ ед/экст, $P < 0,01$).

Данные исследования говорят о суммации патогенетических звеньев. С этой целью в терапию включена антиоксиданты. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение А на 48,1%, НА - на 51,2%, ДА - на 70,5%, ДОФА - на 17,6%. Активность МАО также сравнялась с показателями контроля и составила 0,07 ед/экст.

Заключение: таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС, можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапией данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

**Насиров М.М., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность: Постоянные эмоциональные переживания, умственное напряжение, статистические нагрузки, - отрицательные профессиональные факторы, из-за которых медиков часто ошибочно воспринимают как офисных сотрудников. Результаты недавнего медосмотра среди врачей города Андижана утверждают: только 1% из них – в полнее здоровы. Это один врач из сотни. Вот перечень угроз, которые ждут их ежедневно, еженочно, в выходные и праздники: 1. Стресс; 2. Болезни сердца и сосудов; 3. Инфекционные заболевания; 4. Другие профессиональные болезни.

Цель работы: Изучение отношения врачей к собственному здоровью.

Материал и методы: Методом добровольного анонимного анкетирования были опрошены 58 практикующих врачей педиатров, терапевтов и гинекологов семейных поликлиник Ферганской долины.

Результаты: Среди 58 опрошенных, 22 врача (38%) были женщины, в возрасте от 38 до 52 лет, и 36 врачей (62%) – мужчины в возрасте от 25 до 57 лет. Средний стаж работы составил от 2 лет до 31 года. Анализ полученных данных показал, что 67% (39 врачей) никогда не уделяют времени физической активности или делают это крайне редко. 59% респондентов (34 врача) не соблюдают режим труда, отдыха и сна. Исследование выявило, что 67% - 39 человек из числа работающих в поликлинике врачей, не знают свои уровни холестерина и сахара крови. Только 42% (24 врача), принявших участие в анкетировании, признались, что имеют вредные привычки, из которых 28% (16 врачей), отметили, что курят сигареты, а 14% (8 докторов) признались, что принимают алкоголь. По результатам опроса, стараются питаться рационально 38% (22 врача), а 62% (36 докторов) либо никогда не придают значения степени полезности принимаемой пищи, либо делают это очень редко. Для купирования психоэмоционального стресса 16% врачей (9 врачей) принимают антидепрессанты, а 17% (10) врачей признались, что принимают алкоголь.

Выводы: Большинство опрошенных врачей не уделяют достаточного внимания сохранению собственного здоровья, недооценивают роль здорового образа жизни для укрепления своего здоровья, проявляют слабую медицинскую активность.

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ

Насиров М.М., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность:

Смертность от клинически явной хронической сердечной недостаточности как минимум в 2 раза превышает смертность от онкологических заболеваний.

Распространенность и показатель выявляемости хронической сердечной недостаточности (ХСН) увеличивается с возрастом, а практически удваивается с каждым 10-летием жизни после 45 лет. В возрастной группе 25-34 года этот показатель равен 0,02 случая на 1000 населения от 45 до 54 лет составляет 2,1. В возрасте 75-84 года повышается до 54 случаев на 1000 душ населения.

Цель:

Целью исследования явилось изучение качества оказываемой медицинской помощи больным с НК в условиях семейной практики

Задачи: 1. Выявить структуру хронической сердечной недостаточности (ХСН) среди населения участка. 2. Проанализировать тактику ведения больных с ХСН на данном участке. 3. Оценить качество жизни больных ХСН с помощью анкетирования. 4. Разработать практические рекомендации для улучшения тактики ведения больных в условиях семейной поликлиники на основании выводов.

Материалы и методы: Ретроспективное изучение 50 случайно отобранных амбулаторных карт из числа диспансерно наблюдаемых больных с сердечно-сосудистой патологией. Проведение анкетирования больных для определения качества жизни.

Выводы: при Ретроспективный анализ амбулаторных карт показал, что на 1-м месте среди причин, приводящих, к развитию НК стоит ИБС (76%), на 2-м месте – гипертоническая болезнь (12%), на 3-месте – ревматизм (6%) и на 4-месте – кардиомиопатия (4%). Мужчины составили 54%, а женщины 46%. С увеличением возраста прогрессирует стадия НК. В условиях семейной практики лишь 20% больных получают лечение, включающее препараты традиционной схемы лечения НК и 80% больных получают препараты из групп, не являющихся основными в лечении НК или принимает крайне нерегулярно. Качество жизни больных с НК низкое, что связано с неполным охватом лечебными мероприятиями больных и, возможно, низким социальным уровнем жизни, не позволяющим получать необходимое лечение.

Практические рекомендации:

Использовать в работе семейного врача, предложенный нами метод анкетирования, с помощью которого можно выявить ХСН на более ранних стадиях.

Врачам общей практики уделить особое внимание качеству жизни больных, которое можно определить при помощи 2-го раздела анкеты. Анкета проста, удобна в применении и не требует особых финансовых затрат.

Всем семейным врачам рекомендуем придерживаться современным традиционным схемам лечения ХСН, так как по данным наших исследований большой процент больных не получали соответствующее лечение, что способствовало снижению качества жизни больных и прогрессированию заболевания.

Усилить контроль семейных врачей за больными ХСН, а именно своевременностью и регулярностью приема лекарств, обеспеченностью ими, длительностью и результатами проводимой терапии.

ATTITUDES OF DOCTORS TOWARDS THEIR HEALTH

Nasirov M.M., Boykuzieva M.B., Nazarova G.U.

Andijan state Medical Institute

Relevance: Persistent emotional distress, mental stress, statistical burden, negative occupational factors, due to which doctors often misinterpreted as office staff. The results of a recent medical examination among the physicians of the city of Andijan claim that only 1% of them are quite healthy. This is one doctor out of a hundred. Here is a list of threats that await them daily, weekly, weekends and holidays: 1. Stress; 2. Diseases of the heart and blood vessels; 3. Infectious diseases; 4. Other occupational diseases.

The purpose of the work: The study of the attitude of doctors to their own health.

Material and methods: the Method of voluntary anonymous survey was interviewed 58 practitioners pediatricians, General practitioners and gynaecologists family health centers of Ferghana valley.

Results: Among the 58 respondents, 22 of the doctor (38%) were women, ranging in age from 38 to 52 years, and 36 doctors (62%) men, aged 25 to 57 years. The average length of service ranged from 2 years to 31 years. Analysis of the data showed that 67% (39 doctors) never spend time physical activity or do it very rarely. 59% of respondents (34 doctors) do not observe the regime of work, rest and sleep. The study revealed that 67% - 39 people working in the clinic doctors do not know their cholesterol levels and blood sugar. Only 42% (24 doctors) who took part in the survey admitted that they have bad habits, of which 28% (16 doctors) noted that they smoke cigarettes, and 14% (8 doctors) admitted that they take alcohol. According to the results of the survey, 38% (22 doctors) try to eat rationally, and 62% (36 doctors) either never attach importance to the degree of usefulness of the food taken, or do it very rarely. For relief of psycho-emotional stress, 16% of doctors (9 doctors) take antidepressants, and 17% (10) doctors admitted that they take alcohol.

Conclusions: Most of the doctors interviewed do not pay enough attention to the preservation of their own health, underestimate the role of a healthy lifestyle to improve their health, show weak medical activity.

ИММУНОАКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Ньматжонов Б., Бойханова Н.Т., Хамдамов Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В настоящее время вирусные болезни остаются одной из самых актуальных медицинских и социально-экономических проблем. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) представляет серьезную проблему в связи с широким распространением природных очагов, тяжестью развивающихся в ходе инфекционного процесса осложнений, продолжительными сроками временной нетрудоспособности и длительно сохраняющимися полиорганными расстройств у реконвалесцентов, отсутствием эффективных средств этиотропной терапии и специфической профилактики.

Цель работы: Оценить значимость иммунологических нарушений в патогенезе и оптимизация терапии больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.

Материал и методы исследования. Для изучения эпидемиологической ситуации по заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом были проанализированы материалы АОИБ за 3 года (2015 - 2018 г.г.).

Результаты исследования. Эффективность лечения оценивали у 37 пациентов, получавших традиционную базисную терапию без преднизолона, группу сравнения составили 45 человек на базе терапии в сочетании с преднизолоном (внутривенно в дозах от 30 до 120 мг/сут). 18 больных получали Ронколейкин (внутривенно капельно по 250 тыс. МЕ в течение 5 дней). Результаты лечения сравнивали с 16 пациентами, не получавшими препарат (использовался двойной слепой метод). Больные в сравниваемых группах были сопоставимы по полу, возрасту и степени тяжести болезни. Критериями оценки эффективности терапии были выбраны длительность стационарного лечения больных, продолжительность отдельных периодов болезни, степень выраженности и быстрота регрессии основных клинических симптомов, уровень и длительность азотемии, минимальный уровень диуреза в олигурию и максимальный в полиурический период болезни.

Комплексное обследование включало клинический осмотр больного, ультразвуковое исследование почек, клинические анализы крови и мочи. Серологическая верификация диагноза составляла 100%. Биохимические исследования (определение уровней креатинина, мочевины, аспартатаминотрансферазы, аланинами-нотрансферазы, билирубина в сыворотке крови) проводили на биохимическом анализаторе Hitachi 911 (Япония) по стандартным методикам. Комплексная оценка иммунного статуса проводилась с помощью стандартных общепризнанных методов с учетом рекомендаций по иммунологическому обследованию населения. Исследование системы иммунитета у больных ГЛПС включало в себя изучение показателей неспецифической резистентности, клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Определение уровня лейкоцитов (IL-1a, IL-4, INF γ) проводили дважды в динамике заболевания (на 1-2 сутки с момента поступления и повторно через 5-7 дней госпитализации). При оценке иммунологических показателей в качестве контроля использовали иммунограммы 33-х клинически здоровых лиц (средний возраст 38,32 \pm 2,01 лет), проживающих.

Вывод. Клиническое течение ГЛПС характеризуется преимущественно легким и среднетяжелым течением болезни в 62,9 \pm 12,3 %, отсутствием четкой стадийности заболевания у 35,0 \pm 1,9 %, с ведущими клинико-патогенетическими синдромами: интоксикационным у 100 %, болевым у 94,6 \pm 1,9 % и диспепсическим у 64,8 \pm 3,9 % больных.

У больных ГЛПС наблюдаются изменения со стороны клеточных факторов защиты, свидетельствующие о включении иммунных механизмов в патогенез болезни, проявляющиеся иммуносупрессией Т-клеточного звена иммунитета: снижение количества СБ4+-лимфоцитов у 47,6 \pm 4,9 % и особенно выраженное снижение С08+-клеток у 90,5 \pm 2,9 %, высоким иммунорегуляторным индексом (8,37 \pm 4,2) у 87,5 \pm 12,2 % больных. Глубина и характер иммунологических нарушений у больных ГЛПС зависят от степени тяжести и периода болезни.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гарумов В.Г., Бабаханов А.Т., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

Актуальность: Реконструктивно-восстановительная хирургия пищевода за свою многовековую историю прошла настоящую эволюцию, начиная с многоэтапных «изнуряющих» эзофагопластик до сложнейших одномоментных операций при его различных заболеваниях. Совершенствование анестезиологии и реаниматологии позволили значительно увеличить спектр выполняемых операций на пищеводе при его доброкачественных и злокачественных поражениях. Однако увеличение количества выполняемых вмешательств на пищеводе привело к неизбежному росту различных послеоперационных осложнений, достигающих 45-65%. Наиболее грозными осложнениями остаются, так называемые, специфические осложнения, к которым относятся некроз трансплантата и недостаточность пищеводных анастомозов, от частоты развития которых напрямую зависит уровень летальности, которая колеблется от 5 до 25%.

Цель: Изучить характер послеоперационных осложнений после экстирпации пищевода (ЭП)

Материал и методы: В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», за период с 1991 по 2015 года выполнено 234 субтотальных ЭП с одномоментной эзофагогастропластикой с формированием внеполостного шейного эзофагогастроанастомоза (ЭГА) по поводу

следующих заболеваний: рак - 204(87,2%), ахалазия кардии - 18(7,7%), рубцовые стриктуры - 6(2,6%) и стенозирующий рефлюкс-эзофагит у 6(2,6%). Все пациенты были распределены на 2 группы.

Контрольную (КГ) составили 79 пациентов (1991-2000) у которых использованы традиционные методы формирования желудочного трансплантата.

Основную (ОГ) составили 155 пациентов (2001-2015), у которых использованы усовершенствованный метод формирования трансплантата из желудка, а также специальная схема периоперативного ведения больных.

Результаты: Наиболее частыми являются бронхолегочные осложнения, которые развились у 109(46,6%), специфические осложнения у 60(25,6%), гнойно-воспалительные у 43(18,4%), сердечно-сосудистые у 24(10,3%), тромбоэмболические у 13(5,6%) и кровотечение у 7(2,9%) пациентов.

Сравнительный анализ осложнений в группах показал достоверное ($\chi^2=9,471$, $p=0,1488$) снижение частоты всех осложнений в ОГ.

Если в КГ бронхолегочные осложнения развились у 68,3%, то в ОГ их число уменьшилось до 35,5%; число специфических осложнений уменьшилось с 43% до 11,6%; гнойно-воспалительных осложнений с 39,2% до 7,7%, тромбоэмболических осложнений с 7,6% до 4,5%, сердечно-сосудистых осложнений с 17,7% до 6,5% и количество кровотечений с 6,3% до 1,3%.

Заключение: Внедрение усовершенствованных технических приемов при формировании трансплантата и предложенной схемы периоперативного ведения пациентов с заболеваниями пищевода позволяют достоверно снизить частоту всех осложнений после его экстирпации.

АНАЛИЗ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

Низамходжаев З.М., Назырова Л.А., Ибадов Р.А., Лигай Р.Е., Арифжанов А.Ш., Гарумов В.Г.,

Бабаханов А.Т., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.

ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

Актуальность: Большую часть послеоперационных осложнений после вмешательств на пищеводе составляют бронхолегочные: пневмония, ателектаз легких, плеврит, эмпиема плевры. Частота этих осложнений достигает по данным различных авторов от 19 до 50%. Частота бронхолегочных осложнений зависит от характера операции: длительность торакотомии с коллапсированием правого легкого, денервация центральных структур правого легкого при лимфодиссекции, высокая стволовая ваготомия, неизбежная при резекции пищевода, что ведет к нарушению трофики бронхов и легких, повышенное разрушение сурфактанта, усиление обструктивных процессов, обусловленное длительной искусственной вентиляцией легких, что приводит к застойным явлениям и нарушению дренажной функции бронхов. Некоторые авторы считают, что возникновение бронхолегочных осложнений связано с неадекватным обезболиванием во время операции и в раннем послеоперационном периоде, в связи с чем, продолжают совершенствоваться методики анестезиологического пособия и послеоперационного ведения больных.

Цель: Изучить частоту и характер бронхо-легочных осложнений после экстирпации пищевода (ЭП) с одномоментной эзофагогастропластикой.

Материал и методы: Основой для проведения данного научного исследования явился опыт лечения 234 больных с различными заболеваниями пищевода, которым выполнена субтотальная экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой с формированием пищеводно-желудочного анастомоза на шее. Данные пациенты находились на стационарном обследовании и лечении в отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова». По характеру патологии пищевода, распределение больных было следующим: рак у 204(87,2%), ахалазия кардии IV ст. у 18(7,7%), постожоговые рубцовые стриктуры у 6(2,5%) и стенозирующий рефлюкс-эзофагит у 6(2,5%) больных. Все пациенты были распределены на 2 группы. Контрольную (КГ) составили 79 пациентов (1991-2000) у которых использованы традиционные методы формирования желудочного трансплантата. Основную (ОГ) составили 155 пациентов (2001-2015), у которых использованы усовершенствованный метод формирования трансплантата из желудка, а также специальная схема периоперативного ведения больных.

Результаты и обсуждения: Анализ послеоперационных осложнений после перенесенной ЭП показал, что специфические осложнения развились у 60(25,6%), бронхо-легочные у 109(46,6%), гнойно-воспалительные у 43(18,4%), сердечно-сосудистые у 24(10,3%), тромбо-эмболические у 13(5,6%), кровотечения у 7(2,9%) и прочие осложнения у 14(5,9%).

При структурном анализе бронхо-легочных осложнений, которые развились у 109 больных, были получены следующие результаты: плеврит у 54(49,5%), пневмония у 45(41,2%), пневмоторакс у 7(6,4%) и пищеводно-трахеальный свищ у 3(2,7%).

После перенесенных 234 экстирпаций пищевода, летальный исход наступил у 26(11,1%) больных, все пациенты были с опухолями пищевода. Среди причин летальных исходов, доля бронхолегочных осложнений составила 15,3%. В контрольной группе в структуре летальности бронхо-легочные осложнения явились причиной фатальных исходов в 21,4%. Наиболее частыми причинами являлись двусторонняя пневмония и абсцедирующая пневмония, при этом на фоне прогрессирования пневмонии развивается экссудативный плеврит. Внедрение комплекса профилактических мероприятий позволило уменьшить долю бронхо-легочных осложнений в структуре летальности в основной группе с 21,4% до 8,3%.

Заключение: Осложнения со стороны бронхолегочной системы являются наиболее часто встречаемым видом осложнений в структуре всех осложнений после ЭП. В развитии бронхолегочных осложнений решающее значение играют: наличие хронических обструктивных заболеваний легких, характер операционного доступа, длительность анестезии и последующей продленной искусственной вентиляции легких, а также неадекватное обезбоживание в послеоперационном периоде.

ЧАСТОТА РЕЦИДИВА ДИСФАГИИ ПОСЛЕ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Файзуллаев О.А.
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

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. За рубежом кардиодилатация давно получила признание, успешно конкурируя с оперативным лечением, однако у нас до 1960г кардиодилатация не получала широкого распространения. 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 ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» находилось на лечении 413 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии. На основании классификации Петровского Б.В., I стадия установлена у 29(7%), II стадия – у 129(31,2%), III стадия – у 208(50,4%) и IV стадия – у 47(11,4%) пациентов. Таким образом, количество больных с запущенными III и IV стадиями составило 61,8%. Основным методом лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии является кардиодилатация, которая выполнена у 377(91,3%) больных: аппаратом Штарка (АШ) – 35, пневматическим (ПД) – 312 и гидробаллонным (ГД) – 30.

Результаты и обсуждения: Основным критерием отдаленных результатов кардиодилатации является рецидив дисфагии (РД). После дилатации АШ из 35 больных с рецидивом поступили 17(48,6%), после ПД из 312 больных РД наступил у 129(41,3%) и после ГД из 30 больных рецидив наступил у 10(33,3%). Однако наиболее объективным является характер увеличения частоты РД от степени запущенности заболевания.

При использовании АШ (n=35) у больных с I стадией, рецидива не отмечено ни в одном случае, при II стадии – РД наступил у 3(27,2%), при III стадии – у 10(58,8%), а при IV стадии у всех 4(100%) пациентов.

Анализ использования ПД (n=312) показал, что у пациентов с I стадией РД наступил у 2(9%), при II стадии – у 28(30,4%), при III стадии – у 67(42,1%) и при IV стадии – у 32(82%) больных.

Наилучшие результаты получены после использования ГД (n=30): у больных с I стадией РД не наблюдали, при II стадии – РД развился у 2(20%), при III стадии – у 5(35,7%) и при IV стадии – 5(75%).

Основным методом лечения больных с РД после кардиодилатации, является проведение их повторных курсов, количество которых колебалось от 1 до 10 и зависело от стадии заболевания. Повторные сеансы дилатации выполнены у 135 больных, а у 16 пациентов пришлось прибегнуть к хирургическому лечению.

Заключение: Частота рецидива дисфагии напрямую зависит от степени запущенности заболевания независимо от использованных методов кардиодилатации. Основным методом лечения рецидива дисфагии является проведение повторных курсов кардиодилатации.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ДИСФАГИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А.
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

Актуальность: Среди хирургических методов лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии доминирующее положение занимают «современные» модификации операции Геллера. Их известно более десятка. Однако, изучение непосредственных и отдаленных результатов этого типа операций показало, что на неудовлетворительные результаты приходится от 5 до 25%. Причем, основной причиной таких результатов является рефлюкс-эзофагит, осложняющий течение послеоперационного периода. Решению именно этой проблемы посвящено наибольшее число научных исследований. Однако и в этом вопросе до настоящего времени нет единого мнения. Предлагаемые тактические решения опять лежат в диапазоне от кардиодилатации до повторного реконструктивного хирургического лечения, подчеркивая сложность и актуальность выбранного научного поиска, определившего цель и задачи данной работы.

Цель: Определить оптимальную тактику лечения больных с рецидивом дисфагии после ранее перенесенных операций по поводу кардиоспазма и ахалазии кардии.

Материал и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» располагает опытом лечения 29 больных, поступивших с рецидивом дисфагии (РД) после ранее перенесенных операций по поводу кардиоспазма, характер которых был следующим: операция Геллера – 7, операция Петровского – 6, операция Суворовой – 7, операция Колесова – 2, операция Marwedel - Wendel – 2, операция Wangenstein – 1, интраоперационная дилатация кардии – 1 и операции на пищеводе, характер которых установить не удалось – 3 больных. Клиническая картина РД отличалась лишь тем, что у всех пациентов присоединились признаки рефлюкс-эзофагита: изжога, жгучие боли в эпигастрии и за грудиной, что привело к рубцовому сужению терминального отдела пищевода на фоне стенозирующего рефлюкс-эзофагита у 8 больных.

Результаты и обсуждения: В зависимости от состояния больных, характера ранее выполненной операции, степени рецидива дисфагии, наличия рубцовой стриктуры терминального отдела пищевода пациентам проводилось соответствующее лечение: консервативное лечение – у 5, кардиодилатация – у 14, бужирование – у 4 и повторные операции – у 8 больных.

Консервативное лечение проведено у 5 пациентов, которые отказались от кардиодилатации и повторных операций, при наличии всех показаний к ним. Бужирование пищевода успешно проведено 4 пациентам со стриктурой терминального отдела пищевода на фоне длительного рефлюкс-эзофагита. Основным методом лечения остается кардиодилатация, выполненная у 14 больных. Особенностью проведения дилатации у данной категории больных являлось большая опасность повреждения пищевода, в связи с этим кардиодилатация выполнялась в «щадящем» режиме, т.е. постепенным увеличением давления в дилататоре от сеанса к сеансу. С целью профилактики рефлюкс-эзофагита всем пациентам назначалась местно-обволакивающая и антацидная консервативная терапия.

Хирургическое лечение выполнено 7 больным. У 1 больной после интраоперационной дилатации выполнена операция Суворовой. У 1 больного после эзофагокардиомиотомии по Геллеру выполнена операция Марведеля-Венделя. Остальным 5 пациентам выполнена субтотальная экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой с хорошим непосредственным и отдаленным результатом.

Заключение: Основным методом лечения рецидива дисфагии после предшествовавших операций на кардии, является пневматическая кардиодилатация. Операцией выбора у больных с РД при запущенности заболевания считаем экстирпацию пищевода трансхиатальным доступом с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой с формированием внеполостных пищеводных анастомозов на шее.

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

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.

Анализ современной мировой литературы лишней раз показывает значительные разногласия среди хирургов относительно эффективности консервативных, инструментальных и хирургических методов лечения. Однако 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%.

С накоплением мирового опыта применения кардиодилатации, появляются все большее число сообщений об эффективности того или иного метода расширения кардии. При этом, несмотря на доказанную меньшую эффективность и высокую опасность АШ до сих пор имеются клиники, предпочитающие этот метод лечения. Отдаленные результаты кардиодилатации оцениваются многими авторами по-разному. Одни считают необходимость повторных курсов кардиодилатации обычной профилактической манипуляций, другие расценивают появление признаков рецидива дисфагии, как показание к хирургическому лечению.

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

Материал и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» располагает опытом лечения 413 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии в возрасте от 12 до 84 лет, средний возраст составил $33,7 \pm 2,58$ года. На основании классификации Петровского Б.В., I стадия установлена у 29(7%), II стадия – у 129(31,2%), III стадия – у 208(50,4%) и IV стадия – у 47(11,4%) пациентов. Основным методом лечения является кардиодилатация, выполненная у 377(91,3%) больных. При этом аппарат Штарка (АШ) использован у 35, пневматический дилататор (ПД) у 312 и гидробаллонный дилататор (ГД) у 30 больных.

Результаты и обсуждения: Суть кардиодилатации заключается в «насиловственном» расширении кардии с помощью специальных инструментов - кардиодилататоров, при этом различают их три основные разновидности: механический (аппарат Штарка), пневматический и гидробаллонный. Несмотря на то, что кардиодилатация относится к миниинвазивной манипуляции, она может привести к ряду опасных осложнений: кровотечение из слизистой кардии и дистального отдела пищевода, обострение эзофагита, перфорация пищевода, инвагинация желудка в просвет пищевода.

Нами проведен сравнительный анализ частоты осложнений дилатации в зависимости от использованных аппаратов. Наибольшее число осложнений развилось после дилатации АШ – у 14(40%) больных, после ПД – у 66(21,2%), а после ГД только у 4(13,3%).

У 2 больных во время дилатации АШ наступили грозные осложнения: перфорация пищевода и инвагинация желудка в просвет последнего, что потребовало экстренных хирургических вмешательств, которые выполнены в течение первых 3 часов с момента наступления осложнений. Соответственно выполнено ушивание дефекта пищевода с дренированием средостения и дезинвагинация желудка с фундопликацией. После хирургического лечения летальных исходов не было.

Во время дилатации АШ кровотечение отмечено у 4(11,4%), а обострение эзофагита у 8(22,8%) больных. При использовании ПД кровотечение развилось у 21(6,7%) и обострение эзофагита у 45(14,4%) больных. Наилучшие результаты получены у пациентов после ГД: кровотечение – у 1(3,3%) и обострение эзофагита – у 3(10%) пациентов.

Тактика лечения кровотечений заключалась в прекращении сеансов дилатации, больным назначалась щадящая диета и проводилась противозвонная и гемостатическая терапия. Лечение обострения эзофагита, который проявляется жгучими болями за грудиной и эпигастрии, а также изжогой, заключалось в назначении щадящей диеты

и противоязвенной терапии. На фоне проводимой консервативной терапии у всех пациентов удалось добиться купирования проявлений кровотечения и эзофагита без повторных хирургических вмешательств.

Следовательно, большое число осложнений у больных во время дилатации АШ по всей видимости обусловлено конструкцией самого аппарата, в связи с чем, он нами в настоящее время не применяется. Сравнительная оценка частоты осложнений дилатации подтверждена данными статистического анализа. При этом установлена достоверность снижения частоты осложнений при пневматической ($p=0.006$) и гидробаллонной ($p=0.008$) дилатации по сравнению с использованием АШ.

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.

БИЛЛИАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Нарушение взаимодействия систем организма приводит к взаимным функциональным и структурным изменениям в них самих и организме в целом. Поэтому гепатозентральную циркуляцию различных органических и неорганических соединений можно без преувеличения причислить к кардинальным гомеостатическим механизмам. Снижение детоксикационной функции микрофлоры при дисбиозе, обусловленном различными патогенами, увеличивает нагрузку на ферментативные системы печени и способствует возникновению в ней метаболических и структурных изменений.

Цель исследования: оценить у больных ХОБЛ, в зависимости от стадии заболевания, функциональное состояние желчного пузыря и характер изменений в структурных компонентах желчи.

Материал и методы. У 62 больных ХОБЛ (I стадия - $n=16$, II стадия - $n=21$, III стадия - $n=25$) и 20 лиц контрольной группы изучено функциональное состояние желчного пузыря (ЖП) методом УЗИ натощак и через 40 минут после пробного завтрака. Сократительная функция ЖП оценивалась по фракции выброса, в процентах от исходного объема, за норму принималось уменьшение объема от первоначального на 50-70%. В пузырной желчи, полученной по «уругвайской» методике, определяли концентрации (ммоль/л) желчных кислот (ЖК), холестерина (ХС), фосфолипидов (ФЛ). В исследование не включались больные с IV стадией ХОБЛ и декомпенсацией легочного сердца.

Результаты и их обсуждение. У больных ХОБЛ I стадии объем ЖП натощак составил в среднем ($40,86\pm 4,63$) мл и достоверно не отличался от группы контроля - ($38,82\pm 1,94$) мл. При этом двигательная функция ЖП в 78% случаев была нормальной, гипокинезия имела место в 12% случаев, гипермоторные нарушения - в 10% случаев. Выборочные средние значения концентраций ЖК ($88,43\pm 1,04$), ХС ($8,62\pm 0,74$), ФЛ ($4,21\pm 0,24$) не имели статистически значимых отличий от таковых у лиц контрольной группы ($p>0,05$). У больных ХОБЛ II и III стадий объем желчного пузыря увеличивался в 1,4 и в 2 раза соответственно, наблюдалось увеличение % гипокинезии ЖП в 43% и 68% случаев соответственно. Снижались выборочные средние значения концентраций в желчи: ЖК - в 1,2 и 2 раза; ХС - в 1,4 и 1,8 раза; ФЛ - в 1,5 и 2 раза соответственно.

Вывод. У пациентов с ХОБЛ I, II стадий диагностируются нарушения секреции желчи и дисфункции желчевыделения в сторону гипокинезии желчных путей, прогрессирующие с тяжестью заболевания.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С.

Ниязова Ё.М., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Нарушение взаимодействия систем организма приводит к взаимным функциональным и структурным изменениям в них самих и организме в целом. Поэтому гепатозентральную циркуляцию различных органических и неорганических соединений можно без преувеличения причислить к кардинальным гомеостатическим механизмам. Снижение детоксикационной функции микрофлоры при дисбиозе, обусловленном различными патогенами, увеличивает нагрузку на ферментативные системы печени и способствует возникновению в ней метаболических и структурных изменений, влияющих на функциональное состояние головного мозга в том числе.

Цель исследования: оценить изменения ФС головного мозга у больных ХВГС I генотипа в зависимости от результатов лечения.

Материалы и методы. Обследованы 12 больных ХВГС I генотипа. Исследование ФС головного мозга проводилось методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) до начала лечения, через месяц лечения и по окончании курса лечения через 6 месяцев. Методы анализа ЭЭГ визуальный и фазометрический.

Результаты и их обсуждение. I группа – 8 больных, у которых после проведенного курса лечения вирус гепатита С методом ПЦР не определялся, активность трансаминаз (АЛТ, АСТ) нормализовалась. У них до лечения ЭЭГ была нормальной как при визуальном, так и при фазометрическом анализе. Через месяц лечения на ЭЭГ отмечались признаки заинтересованности неспецифических структур головного мозга, а при фазометрическом анализе усиливалась межполушарная асимметрия на фоне повышения уровня активности левого полушария. Эти изменения свидетельствовали о формировании адаптивных реакций мозга на проводимое лечение. При окончании лечения ЭЭГ у этих больных нормализовалась. II группа – 4 больных, у которых после проведенного курса лечения вирус гепатита С сохранился. У этих больных до лечения на ЭЭГ выявлена заинтересованность диэнцефальных

структур головного мозга как признак вегетососудистой дистонии. В динамике обследования каких-либо других изменений на ЭЭГ не было выявлено.

Выводы. При лечении больных ХВГС I генотипа, по-видимому, необходимо учитывать изменение ФС головного мозга как до начала лечения, так и в его динамике с целью оценки эффективности проводимой терапии.

ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.

Ниязова Ё.М., Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т., Ямминова Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Распространенность тревожно-фобических расстройств среди населения колеблется от 0,6 до 2,7% (Попов Ю.В., 2007). Проблема тревожно-депрессивных состояний имеет прямое отношение и к заболеваниям ЖКТ. Психогенные факторы играют важную роль в патогенезе ГЭРБ, в большей степени при НЭРБ и функциональной изжоге. Депрессивные и тревожные расстройства у данной категории больных являются провоцирующим фактором заболевания, так как стресс усиливает восприятие симптомов заболевания, приводит к снижению порога восприятия и увеличивает интенсивность восприятия инфузии кислоты в пищевод независимо от степени повреждения слизистой оболочки. Больные язвенной болезнью определены, как лица с высоким уровнем тревожности, внутренней эмоциональной лабильностью, что является исходной характеристикой, позволявшей прогнозировать неудовлетворительное заживление язвенного дефекта в ходе терапии. Отклонения в психической сфере являются причиной обострения симптомов СРК и неблагоприятно влияют на прогноз заболевания. Наиболее выраженный комплекс психических расстройств имеют больные СРК с преобладанием обстипаций, наименьший – с алгическим вариантом, промежуточный – с диарейным синдромом. У больных НЯК уровень аффективных проявлений тесно связан с показателями, характеризующими активность патологического процесса и тяжесть течения заболевания. Индекс эндоскопической активности процесса и показатель, отражающий протяженность поражения толстой кишки, связан со степенью личностной тревожности и социально-психологической дезадаптации. Данные, указывающие на коморбидность тревожных расстройств и хронического панкреатита, весьма незначительны. Однако у больных хроническим панкреатитом имеется взаимосвязь психологических проявлений с особенностями течения заболевания (уровнем боли, степенью тяжести, морфологическими изменениями).

Выводы. Психические нарушения у гастроэнтерологических больных усугубляют тяжесть состояния пациента, снижают его адаптационные возможности, и тем самым влияют на течение и исход основного заболевания, ухудшая прогноз.

ЗНАЧЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПОЧЕК В ПОДДЕРЖАНИИ ФЕРМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СТРАДАЮЩИХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ «А» И «В»

Нуритдинов О.Д., Бутабоев М.Т., Юльчибаев М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

В последнее время для изучения функционального состояния главных пищеварительных желез все шире применяются беззондовые методы исследования. В одной из группы этих методов учитываются гидролитические ферменты пищеварительных желез в крови и моча. В основе этого метода лежит то, что главные пищеварительные железы наряду с экзокрецией основного количества синтезируемых ими ферментов, некоторое количества их транспортируют не в полость желудочно-кишечного тракта, а инкретируют в кровь и лимфу, от куда эти ферменты экскретируются ренальными и экстраренальными путями, в частности и слюнными железами.

У детей и подростков находящихся под нашим наблюдением собиралась слюна натошак без стимуляции в центрифутные пробирки в течении 5 минут.

До сбора слюны ротовая полость предворительно ополаскивалась водопроводной водой, а затем дистиллированной и собиралась моча в течении одного часа, после предварительного опорожнения мочевого пузыря.

В слюне и моче определяли амилазу, пепсиноген, липазу, АЛТ и АСТ. Полученные результаты показали, что объем слюны у здоровых детей и подростков в среднем составил $1,2 \pm 0,1$ мл/5 мин у детей и подростков страдающих вирусным гепатитом в разгаре болезни отмечалось снижение объема слюны примерно в два раза по сравнению с здоровыми. Из-за разнонаправленного изменения саливации и диуреза у больных выделение ферментов в составе слюны и увеличение и с мочой.

ФЕРМЕНТЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А И В

Нуритдинов О.Д., Бутабоев М.Т., Юльчибаев М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Обще известно, что печень является центральным органом гомеостаза внутренней среды организма и настоящая работа посвящена изучению роли печени в статировании уровня ферментов в периферической крови Г.К. определение гидролаз в крови являются одним из более распространенных диагностических тестов при исследовании функционального состояния пищеварительных систем.

Изучение выделения гидролитических ферментов в крови при нарушении функций печени представило большой интерес. Учитывая это, мы исследовали гидролитические ферменты крови у больных вирусным гепатитом А и В (80) у детей подростков. Исследования проводились в динамике вирусных гепатитов – в периоды разгара и клинического выздоровления. Для контроля указанные ферменты крови изучены у 25 практически здоровых детей и подростков.

У детей насходящихся под нашим наблюдением бралась кровь натошак из локтевой вены и определяли амилазу, пепсиноген, липазу, АЛТ и АСТ. Полученные данные свидетельствуют о том, что при обеих формах

гепатитов у детей и подростков в разгаре болезни существенные изменения претерпевает ферментный спектр крови. Если одни ферменты увеличиваются в крови (АЛТ, АСТ и пепсиноген), то другие ферменты уменьшаются (амилаза, липаза) вне. Если при ВГА активность из стационара повышается ее активность до показателей контрольной группы, а при ВГВ все наоборот – снижение ее в разгар болезни не, а перед выпиской она становится достоверной.

АНАЛИЗ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Нуритдинов О., Бойханова Н.Т., Хамдамов Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Современное развитие медицинской науки и практики, связанное с реорганизацией источников финансирования, продолжающийся рост цен на медицинские услуги и медикаменты создают необходимость проведения экономических исследований, направленных на оптимизацию диагностики и лечения различных заболеваний.

Несомненно, актуальной эта проблема представляется для заболеваний, характеризующихся высокой частотой встречаемости. В современной инфектологии к их числу могут быть отнесены заболевания, относящиеся по эпидемиологической классификации к острым кишечным инфекциям (ОКИ). Среди последних у взрослых пациентов наиболее часто диагностируются дизентерия, сальмонеллез, эшерихиозы, ОКИ, вызванные условно-патогенной флорой (УПФ), и неуточненной этиологии.

Цель исследования: Решение вышеизложенных проблем представляется невозможным без разработки рекомендаций по оптимизации диагностики и лечения ОКИ, основанных на проведении комплексного клинико-экономического анализа качества диагностики и лечения указанных заболеваний.

Материалы и методы исследования: Эпидемиологический анализ ОКИ в АОИБ за 2015-2018 гг. показал отчетливую тенденцию роста заболеваемости сальмонеллезом (с 68,0%000 до 102,4%000) и ОКИ, вызванных УПФ, и неуточненной этиологии (с 293,8%000 до 385,4%000).

Результаты исследования: В структуре госпитализированной заболеваемости доля пациентов с сальмонеллезом возросла в 2,1 раза с 2,76±0,4% в 2005 г. до 5,98±0,5% в 2007 г.; с ОКИ вызванных УПФ, и неуточненной этиологии - в 2,5 раза: с 2,91±0,4% в 2005 г. до 7,36±0,5% в 2007 г. Наиболее часто ОКИ встречались в возрастной группе 15-24 года (34,3±1,8% пациентов), которая в основном была представлена учащейся молодежью.

У 25,4-37,3 % пациентов, обратившихся в стационар с вышеуказанным диагнозом из различных ЛПУ, квалифицирована гипердиагностика ОКИ, обусловленная во всех случаях профессиональной некомпетентностью врачей.

Большая часть пациентов (70,7 - 84,9%) направлялись в инфекционный стационар с диагнозом: «ОКИ» врачами службы СП. На долю этих специалистов приходилось наибольшее число случаев гипердиагностики этих заболеваний - 79,1% -87,05%.

Клинико-экономический анализ затрат на догоспитальном этапе оказания врачебной помощи больным ОКИ и клинически сходных с ними заболеваниями позволил выявить существенный перерасход денежных средств (на 45,3%), обусловленный гипердиагностикой ОКИ.

Проведение с врачами СП практических занятий с использованием разработанных нами дифференциально-диагностических алгоритмов, ориентированных на приобретение указанными специалистами умений по раннему распознаванию ОКИ, позволило снизить уровень гипердиагностики этих заболеваний с 37,3% до 22,8% и сократить затраты на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи больным с ОКИ и клинически сходными с ними заболеваниями на 13,8%.

В результате проведения фармако-экономического анализа была определена наиболее оптимальная схема лечения больных с легкой и среднетяжелой формами ОКИ, а именно регидратационная терапия в сочетании с назначением энтеросорбентов и пробиотиков начиная с 1-2 суток болезни.

Выводы: Назначение антибиотиков при легкой и среднетяжелой формах ОКИ негативно сказывается на клиническом течении заболевания, ведет к увеличению «общей стоимости болезни» и может рассматриваться как дефект лечения, вызванный субъективными причинами, а именно недостаточной компетенцией врачей-инфекционистов по вопросам лечения этой группы заболеваний.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ, ПАРОТИТА, ГЕПАТИТА В ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Нуритдинов О., Бойханова Н.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Число детей с онкологическими заболеваниями постоянно растет. По данным Международного агентства по исследованию рака, ежегодно регистрируется более 10 миллионов случаев и к 2020 году число вновь выявляемых заболеваний достигнет 16 миллионов. В процессе химио- и лучевой терапии увеличивается восприимчивость к инфекционным заболеваниям за счет утраты антител. Это определяет необходимость вакцинации по окончании лечения, но по данным ряда авторов, она не всегда эффективна. Так, сероконверсия после коревой прививки не превышает 60%. Причины низкой эффективности вакцин связывают с функциональной недостаточностью клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Цель исследования: Клинико-иммунологическое обоснование тактики вакцинации против кори, паротита и гепатита В детей с онкологическими заболеваниями в анамнезе с использованием иммуномодулятора полиоксидония и дополнительного введения вакцин.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных целей и задач в 2015-2018 годах в АОИБ обследовано 107 детей (45 девочек и 62 мальчика) в возрасте 20 месяцев - 17 лет (9,62±0,37 лет). Из них 74 - с

острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) и 33 - с солидными опухолями (СО) в анамнезе, лечившихся в АООД. Все дети получили химиотерапию, 25 - оперативное лечение, 24 - лучевое, четверым была проведена трансплантация костного мозга. После окончания терапии прошло от 4 месяцев до 7 лет (в среднем $3,24 \pm 0,22$ года), по срокам окончания терапии выделены три группы (4-12 мес., в среднем - $0,57 \pm 0,08$; 1-3 года - $1,58 \pm 0,09$; 3-7 лет - $4,6 \pm 0,27$), сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты исследования: Анализ состояния здоровья 107 обследованных детей показал, что у 33 человек (30,8%) имели место 44 сопутствующих заболевания, (у 8 человек диагностировано по 2 заболевания, а у 1 ребенка - 4). Сопутствующая патология не зависела от давности окончания химиотерапии (у 20,0%, закончивших терапию 4-12 мес., 32,6% в группе 1-3 года и 30,4% у детей через 3-7 лет после терапии), но чаще отмечалась у мальчиков (24 из 33 - 72,7%). В целом 38,7% (24 из 62) мальчиков имели различные заболевания, которые были у них до развития онкологического процесса или присоединились в результате проводившейся терапии, что достоверно чаще, чем у девочек (20,0% - 9 из 45, $p < 0,05$).

У всех детей изучен прививочный анамнез, определены титры специфических антител к кори, паротиту, гепатиту В, иммунный статус. Серонегативным в дальнейшем проведены прививки против кори - 53 ребенка, против паротита - 47, из них соответственно 26 и 28 вакцинированы на фоне приема иммуномодулятора полиоксидония, а 6 и 5 - получили дополнительное третье введение вакцины (вторую ревакцинацию). Полиоксидоний назначали из расчета $0,25$ мг/кг веса в сутки детям до 6 лет в виде капель в нос 3 раза в день, с 6 до 10 лет - в суппозиториях 1 раз на ночь, старше 10 лет - в таблетках - 2 раза в день. Дети групп К2 и П2 получали препарат 10 дней со дня вакцинации, дети групп К3 и П3 - за 5 дней до прививки и 5 дней (через день) после прививки.

Вывод: Для увеличения иммунологической эффективности вакцинации могут использоваться иммуномодуляторы, обладающие адьювантными свойствами или дополнительные дозы вакцин. Однако применение таких методов требует доказательства их безопасности. Необходимость разработки эффективной тактики иммунизации детей с онкологическими заболеваниями в анамнезе определили цель и задачи настоящего исследования.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ ГОМЕОСТАЗЕ ГИДРОЛИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ КРОВИ.

Нуритдинов О.Д., Бутабоев М.Т., Юльчибаев М.Р
Андижанский государственный медицинский институт

Большим числом исследований прямо или косвенно показано, что уровень ферментов в крови активно регулируется в организме и рассматривается как один из показателей гомеостаза. Известно также, что печень является центральным органом гомеостаза внутренней среды организма и настоящая работа посвящена изучению роли печени в статировании уровня ферментов в периферической крови, что не только расширяет представление о функциональных отправлениях этого органа, но и имеет несомненное прикладное значение, так как распространенных диагностических тестов при исследовании функционального состояния пищеварительных систем.

Для достижения поставленной перед нами цели мы изучили гидролитические ферменты в крови у здоровых (15 человек – контрольная группа) и у больных людей с измененным функциональным состоянием печени: вирусный гепатит А (83), вирусный гепатит В (78), хронический гепатит в стадии обострения (29), смешанный цирроз печени в стадии декомпенсации (23) и хронический холецистит в стадии обострения (23). Больные вирусным гепатитом А и В были разделены по тяжести и течению заболевания на 3 группы. У всех больных исследовали ферменты крови в первые дни после поступления в стационар, в разгаре болезни и перед выпиской из стационара.

Полученные нами результаты показали, что печень нарушается её гомеостатирующая способность. Эти изменения при различных видах болезни имеют разную направленность и выраженность о ферментных сдвигах мы судили сравнивая показатели контрольной группы.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТАТОЧНОЙ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МНОГОУЗЛОВЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Олимов Ш.А., Ахмедов А.И., Бабажанов А.С., Махмудов С.Б.
Самаркандский государственный медицинский институт

За последнее время отмечено значительное повышение интереса практикующих врачей к проблемам заболеваний щитовидной железы. 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 2016гг. После операции с подробным анализом информации об особенностях перенесенной операции, результатах инструментального и морфологического исследований, 1 группу составили 47 пациентов, а 2 группу составили 35 пациентов.

Результаты исследования. У больных первой группы, перенесших гемитиреоидэктомию, в сроки 3 месяцев объем сохраненной интактной доли по УЗИ данным составил $8,5 \pm 0,5$ см³. В сроки от 3 до 6 месяцев у 18 из них выявлено увеличение объема на $1,2 \pm 0,4$ см³. Ещё в 21 случаях размеры тиреоидного остатка оставались стабильными, в 8 случаях выявлена гипотрофия тиреоидного остатка. Во второй группе после субтотальной субфасциальной струмэктомии 75% железы объем тиреоидного остатка составил $5,4 \pm 0,6$ см³. При УЗИ в течение от 3 до 6 месяцев у 19 больных он оставался стабильным. В 11 случаях объем ткани остатка железы уменьшился до

размеров 3,12-3,96 см³. У 5 из них выявлено увеличение объема на 1,4 ± 0,4 см³. Стабильный вариант был нами выявлен в 48,8% случаев, гипертрофический в 28% и гипотрофический в 23,2%.

Выводы. 1. У больных многоузловым нетоксическим зобом 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%).

В послеоперационном периоде пациенты должны наблюдаться у эндокринолога или эндокринолога хирурга, проходить динамический контроль УЗИ и гормонального статуса, при необходимости получать заместительную гормональную терапию.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В г. АНДИЖАНА

Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Наряду с достигнутыми в последние годы успехами в лечение острых кишечных инфекций многие вопросы остаются неразрешенными. В частности, низкий процент этиологической расшифровки затрудняет проведение этиотропной терапии и профилактических мероприятий.

Целью настоящей работы является анализ этиологической структуры острых бактериальных кишечных инфекций.

Материалом для исследования служил клинический материал от пациентов, госпитализированных с диагнозом «острая кишечная инфекция» в инфекционные отделения стационаров г. Андижана. За период с 2014 по 2018 г.г. бактериологическими лабораториями ЛПУ г. Андижана было обследовано на шигеллез, сальмонеллез и эшерихиозы 116 человек, на иерсиниоз – 68 человек. С 2014г. в бактериологических лабораториях внедрена методика выделения кампилобактерий и за четыре года было выполнено 108 исследований.

Результаты. Анализ данных за семь лет показал, что высеваемость шигелл составляла в среднем 2,72%, сальмонелл – 2,51%, патогенных эшерихий - 0,44%. Следует отметить, что в 2014-2015 г.г. наблюдался рост заболеваемости сальмонеллезом (3,93% и 3,81% соответственно), в 2015-2016 г.г. – вспышки шигеллеза (3,98% и 3,99% соответственно).

По данным за 2017 г.г. можно говорить о низком уровне заболеваемости сальмонеллезом и шигеллезом (высеваемость составила 1,43% и 1,26% соответственно). Вместе с тем частота выделения кампилобактерий остается постоянной на протяжении ряда лет: процент положительных проб в 2014-2018 г.г. составлял 3,4% - 4,0%. Следует отметить также, что процент обнаружения в этот же период иерсиний составлял 2,2%-2,5%.

Вывод.1). В течение последних двух лет в г. Андижане не отмечалось повышение заболеваемости сальмонеллезом, шигеллезом и эшерихиозом.

1). В настоящее время кампилобактерии играют значительную роль в этиологии острой кишечной инфекции.

2). При бактериологической диагностике острой кишечной инфекции должно быть включено исследование на кампилобактериоз.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ АНТИГЕН ВИРУСА ГЕПАТИТА С

Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вирус гепатита С (Hepatitis C Virus, HCV) - РНК содержащий вирус, относится к семейству Flaviviridae. Является наиболее частым возбудителем трансмиссивных гепатитов в мире: причиной примерно 20% случаев острого гепатита, 60-70% хронического гепатита и примерно 30% цирроза и рака печени. На сегодняшний день известно 11 генотипов вируса и более 100 его субтипов. Термин «генотип» имеет отношение к генетическому строению вируса: по общепринятой классификации генотип обозначается числом, а подтип маленькой буквой латинского алфавита.

Цель данной работы состояла в изучении экспрессии вирусных белков в ткани печени больных ОГС в сравнительном аспекте с больными ХГС.

Материалы и методы исследования: Образцы печени получали методом пункционной биопсии от 16 больных с ОГС после уменьшения желтухи и снижения уровня аланиновой аминотрансферазы (АлАТ) в среднем до 200 мкмоль/мин.л. Группу сравнения составили 69 пациентов с ХГС.

Результаты исследования. Диагноз ОГС и ХГС ставился на основании общепринятых эпидемиологических и клинико-лабораторных данных, а также исключения других этиологических факторов. Морфологическую характеристику биоптатов проводили в соответствии с классификацией Knodell и оценивали по баллам индекс гистологической активности (ИГА) и индекс фиброза. Белки ВГС выявляли при иммунопероксидазном окрашивании криостатных срезов печени с использованием моноклональных антител к структурным и неструктурным белкам ВГС, полученных в НИИ вирусологии.

В группе больных ОГС было 94% пациентов с желтухой; продолжительность заболевания на момент пункционной биопсии печени составила в среднем в 36 дней, желтушного периода – 24 дня. Средние баллы ИГА для пациентов с ОГС были 9,1, для больных с ХГС – 7,4. Максимальный средний уровень АлАТ составлял 1800 мкмоль/мин.л для пациентов с ОГС и 81 мкмоль/мин.л - для больных с ХГС. Антигены ВГС в печени больных с ОГС обнаружены у 100% пациентов, в группе сравнения – у 74% больных. Индивидуальные антигены ВГС выявлены у пациентов с ОГС со следующей частотой: core – 94%, NS3 – 88%, NS4A – 93%, NS4B – 93%, NS5A – 87%. Аналогичные показатели у пациентов с ХГС составили 28%, 43%, 43%, 55% и 58%. Хотя выявление антигенов ВГС у больных с ОГС было в 1,5-3 раза больше по сравнению с больными ХГС, статистически достоверные различия (p=0,01) получены только для core-белка ВГС. Антигены ВГС были выявлены в цитоплазме гепатоцитов, причем у

большинства больных ОГС прослеживалось более интенсивное окрашивание клеток у очагов лимфоидной инфильтрации и некроза гепатоцитов. У 19% пациентов наблюдалось также окрашивание лимфоцитов печени. В противоположность этому, у пациентов с ХГС окрашенные клетки были представлены только гепатоцитами и не было топографической связи с очагами поражения печени.

Вывод: Таким образом, показано, что в печени пациентов с ОГС структурные и неструктурные белки ВГС экспрессируются с большей частотой и интенсивностью, чем у больных с ХГС, что, вероятно, связано с большей скоростью репликации ВГС в острый период болезни.

МЕРЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детей и взрослых, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям. По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируются до 1-1,2 млрд. диарейных заболеваний, и около 5 млн. детей умирает от кишечной инфекции.

Цель исследования. Изучить сравнительное определение эффективности применения пробиотиков в периоде реконвалесценции после ОКИ (шигеллеза, сальмонеллеза, пищевых токсикоинфекций) с течением средней тяжести.

Материалы и методы исследования. Применялся новый комбинированный препарат, содержащий бифидо- и лактобактерии (30 человек; основная группа). В контрольной группе (30) назначался бифидумбактерин форте. Микробиоценоз кишечника определялся до начала приема эубиотиков (через 1-2 недели после перенесенной ОКИ) и через 14 дней после проведенного курса терапии. У всех обследованных, независимо от нозологии перенесенной инфекции, выявлены отклонения в составе кишечной микрофлоры: дисбиоз I-II степени в основной группе - в 50,00±9,28 % случаев, в контрольной - в 53,34±9,26%; дисбиоз III степени у остальных пациентов. Группы сравнения сопоставимы по возрастному-половому составу, срокам поступления в стационар и структуре диагнозов. Антибактериальные средства во время лечения пробиотиками не назначались.

Результаты исследования. На фоне коррекции микрофлоры в основной группе явления дисфункции кишечника (исходно отмечены у 4 человек) исчезли в течение 3-5 дней. Продолжительность курса коррекции у всех пациентов - 10 дней. В контрольной группе аналогичные клинические проявления до начала коррекции наблюдались в 6 случаях и не прекращались на протяжении 10 дней приема бифидумбактерина форте, в связи с чем он был продлен еще на 5 дней (всего - 15 дней). У них нормализация функции кишечника наступила на 12-15 день лечения. Остальные пациенты контрольной группы (24 человека) получали бифидумбактерин форте в течение 10 дней.

Результаты бактериологического обследования пациентов по окончании приема пробиотиков продемонстрировали положительную динамику изучаемых показателей в обеих группах. Анализ выраженности дисбиоза в целом (в степенях) иллюстрирует достоверно лучшие результаты использования комбинированного препарата, содержащего бифидо- и лактобактерии. По окончании лечения умеренные отклонения в составе микрофлоры на уровне дисбиоза I-II степени (а так же в двух случаях - полная нормализация флоры) в основной группе выявлены в 96,67±3,28% случаев, в контрольной - в 70,00±8,37%. В целом дисбиоз не выше II степени в основной группе встречался достоверно чаще, чем в контрольной: $t=2,967$; $p<0,01$. Дисбиоз III степени выявлен в основной группе в 1 случае (3,33±3,33%), в контрольной - в 9 (30,00±8,51%), достоверность высокая: $t=2,918$; $p<0,01$.

Вывод. Таким образом, применение препарата, содержащего два ведущих компонента нормальной микрофлоры - бифидо- и лактобактерии - способствует более гармоничному восстановлению микрофлоры кишечника в периоде реконвалесценции после ОКИ и профилактике формирования хронических заболеваний ЖКТ.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ДИАРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время наблюдаются качественные изменения в структуре и характере течения ОИДЗ. В условиях значительных изменений эндоэкологии организма человека, снижении его общей резистентности, возросла этиологическая роль таких возбудителей, как Citrobacter, Klebsiella, Hafnia, Proteus, Bacillus cereus. Около 50% всех случаев ОИДЗ обусловлено вирусами.

Несмотря на значительные достижения в лабораторной диагностике ОИДЗ, около 2/3 всех случаев инфекционных диарейных заболеваний остаются этиологически не расшифрованными. Это свидетельствует об их обширной этиологической структуре. Согласно современным данным причиной ОИДЗ могут быть более 30 видов микроорганизмов, а также вирусы и простейшие

Цель исследования. Изучить варианты течения острых диарейных инфекций.

Материалы и методы исследования. Обследовано 312 больных острыми диарейными инфекционными заболеваниями (89 человек - с сальмонеллезом и 223 - с дизентерией). Диагноз заболевания основывался на клинических, бактериологических и эпидемиологических данных.

Результаты исследования. Сальмонеллез вызван у большинства пациентов сальмонеллой энтеридитис (у 61,0%) и тифимуриум (у 39,0%). Он протекал в легкой (у 24,0%), среднетяжелой (у 40,0%) и тяжелой (у 36%) формах. При легком сальмонеллезе повышение температуры тела продолжалось 3-5 дней, симптомы интоксикации 4-7 дней, интестинальный синдром - 3-6 суток, а при среднетяжелом, соответственно: 4-7, 5-8 и 5-10 дней. При тяжелой форме заболевания вышеупомянутые проявления инфекционного процесса были более значительными и

продолжительными (лихорадка достигала 40-41 градусов и продолжалась до 9-11 суток, интоксикация до 10-12 суток, а гастроинтестинальные нарушения до 12-15 суток). Кроме того, у всех пациентов этой группы регистрировали симптомы обезвоживания различной выраженности (сухость кожи и слизистой – у 100%; осиплость голоса – у 21,0%; судороги икроножных мышц – у 13,0%; снижение артериального давления и наполнения пульса – у 11,0%).

Дизентерия у 42,0% пациентов была вызвана шигеллой вида Зонне и у 58,0% - Флекснер 2а. В 65,5% случаев она протекала в легкой, у 28% - в среднетяжелой и у 9% - в тяжелой формах. Заболевание, вызванное возбудителями вида Зонне, протекало преимущественно в легкой и среднетяжелой формах и характеризовалось лихорадкой, интоксикацией и, в основном, катаральным проктосигмоидитом.

Вывод. При инфекционном процессе, связанном с шигеллами вида Флекснер 2а, в большинстве случаев наблюдались среднетяжелые и тяжелые формы болезни с достоверно более частыми явлениями серозно-геморрагических изменений слизистой толстой кишки, а также наличием почти у половины больных с тяжелым течением фибринозно-язвенного колита и энтерита, а также развитием осложнений - инфекционно-токсического шока (6 чел.) и энцефалопатии (4 чел.)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ПАЦИЕНТОВ

Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: В настоящее время установлено 7 этиологически самостоятельных гепатитов, которые обозначают буквами латинского алфавита: А, В, D, Е, С, F, G. Этим не исчерпывается все разнообразие вирусных поражений печени у человека. Доказана антигенная неоднородность вирусов, вызывающих гепатиты С и Е, и можно прогнозировать в недалеком будущем выявление новых этиологически самостоятельных форм болезни.

Цель исследования: изучить особенности клинических признаков у больных ВГ.

Материалы и методы исследования: Обследовано 822 пациента (взрослые мужчины) с вирусными гепатитами (315-с гепатитом А, 211 – с гепатитом В и 296 с гепатитом С), страдающих различными хроническими болезнями внутренних органов.

Результаты исследования: Гепатит А. начальный период у 40% протекал по астеновегетативному, у 29,2% - по гриппоподобному, у 13,7% - по диспептическому и у 17,1% по смешанному вариантам. Средняя продолжительность данного периода составила 3-6 дней (у 36,0% пациентов - срок 3-4 дня; у 64% пациентов 5-6 дней). У подавляющего большинства наблюдавшихся было легкое течение заболевания с умеренно выраженными симптомами интоксикации, нарушениями пигментного обмена, увеличением печени и изменениями биохимических показателей крови. В большинстве случаев заболевание продолжалось 1 – 1,5 месяца. У 11 человек (3,5%) оно осложнилось острой печеночной недостаточностью. Осложнение развилось в первые 2 дня желтушного периода при небольших показателях билирубинемии и аланиновой трансаминаземии, сопровождалось быстрым прогрессированием симптомов энцефалопатии, присоединением геморрагического синдрома, а также сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности с быстрым наступлением летального исхода. Непосредственной причиной смерти больных были массивные пищеводно-желудочные кровотечения или вклинение продолговатого мозга в большое затылочное отверстие.

Вывод: Вирусные гепатиты В и С у наблюдавшихся людей были первично-хроническими, выявлены при их скрининговом обследовании, характеризовались незначительно выраженной клинической симптоматикой и умеренным (в 1,5 – 3 раза) повышением активности аланиновой трансаминазы. Отмеченные изменения в большей степени касались больных гепатитом С, чем больных гепатитом В.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ ЗИТРОЛИДОМ

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В последнее время участились случаи инфекций передаваемых половым путем (ИППП). Отмечается сочетание 2-3 возбудителей урогенитальных инфекций (микста-инфекция): хламидийно-гарднереллезная, хламидийно+анаэробная контаминация, хламидийно+микоплазменная, гонококково+хламидийная, хламидийно+трихомонадная, гонококково + хламидийно + трихомонадная и т.д.

Учитывая вышеизложенное явление, клиницистам необходимо иметь в арсенале лекарственные препараты, которые одновременно эффективно влияют на возбудители нескольких ИППП.

Зитролид (азитромицин) – антибиотик макролидной группы, имеет широкий спектр антимикробной активности, хорошо проникает в клетки и действует на облигатные внутриклеточные паразиты, в терапевтических концентрациях не оказывает видимого токсического действия

Мы лечили 21 больных (13-мужчин, 8-женщин) негонококковыми уретритами в возрасте от 18 до 27 лет зитролидом фирмы «Красфарма». Из анамнеза было выяснено, что 12 больные получали лечение по поводу гонореи, канамицином, спектиномицином, пенициллином, клафораном, а 9 больные лечились по поводу гонорейно-трихомонадной инфекции цефтриаксоном, клафораном, канамицином в сочетании с метронидазолом или трихолопом. У этих больных после лечения вышеперечисленными препаратами жалобы на жжение и зуд в мочеиспускательном канале и гнойные выделения из уретры уменьшились, но слизистые выделения не прекратились, особенно по утрам. При лабораторном исследовании у 5 больных найдена уреаплазма, у 7 больных хламидии и уреаплазмы, у 4 больных микоплазма и у 5 больных микоплазменно+аэробная инфекция.

Всем больным проведено лечение зитролидом по схеме пульс терапии: по 1,0 г в первый, седьмой и четырнадцатые дни, на курс 3.0г.

После лечения при контрольном наблюдении в течение 7 дней, жалобы больных исчезли, выделение из уретры прекратилось, лабораторно в мазках вышеуказанные возбудители не обнаружены. Наблюдение в течение последующих 2-х месяцев с момента окончания лечения показало отсутствие рецидива заболевания у всех 21 больных. Таким образом, зитролид фирмы «Красфарма» является высокоэффективным антибактериальным препаратом против большинства штаммов возбудителей ИППП, позволяет добиться хороших клинических результатов и этиологического излечения.

КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГЕНФЕРОН» У БОЛЬНЫХ ИППП

Пакирдинов А.Б., Тожибоев Л.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Генферон» у больных урогенитальной смешанной инфекцией.

Материалы и методы: были изучены истории болезни и амбулаторные карты 28 больных в возрасте от 18 до 35 лет, лечившихся по поводу ИППП. Мужчин было 16, женщин 12. У 15 больных была диагностирована микста инфекция вызванная хламидиями, трихомонадами, микоплазмами и гарднереллами, у 13 генитальный герпес. Исследование на трихомонад проводилось бактериоскопически, хламидийная инфекция выявлена методом ИФА; гарднереллы выявили бактериоскопически на нативном препарате, а микоплазмы бактериологически с тестом на уреазу. Все больные принимали антибиотикотерапию (азитромицин, кларитромицин, левофлоксацин, доксициклин, метронидазол и др.) в соответствии с установленным диагнозом. Дополнительно к этому больным назначали препарат «ГЕНФЕРОН» фирмы ROS-FARM-TUR: женщинам интравагинально (мужчинам- ректально) по 500000 МЕ 2 раза в сутки, в течение 10 дней

Результаты: у больных признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 6 до 15 дней. Лабораторное исследование после окончания курса лечения указывали на этиологическое излечение у 26 (92,9%) из 28 больных. Только у двух больных с хламидийно-микоплазменным процессом клинико-бактериологический эффект отсутствовал.

Выводы: Таким образом, комбинация антибиотиков с «ГЕНФЕРОН»ом при лечении больных ИППП является предпочтительным и даёт более высокие положительные результаты.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛЕНДОНЦИН У БОЛЬНЫХ ГЛУБОКИМИ ПИОДЕРМИТАМИ

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Алиев Л.М., Кучкаров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Вопрос лечения больных глубокими пиодермитами является трудной задачей, больные могут обращаться за помощью как врачам хирургам (для оперативного лечения) так и врачам дерматологам (консервативное лечение). В обоих случаях необходимо обязательно провести больным антибиотикотерапию, играющий, ведущий роль в терапии этих больных. Учитывая тот факт, что патогенные стафилококки являются основным этиологическим агентом при глубоких пиодермитах, необходимо применять тот антибиотик, который эффективно действовал бы в первую очередь против патогенных штаммов стафилококков. В последнее время появились новые антибиотики широкого спектра действия (полмикс, мегасеп, лендацин, зитролид, азитрал и др.), которые эффективно действуют на большинство патогенные микроорганизмы. Мы лечили 11 больных глубокими пиодермитами лендацином, относящийся к III поколению цефалоспориновых антибиотиков. Из 11 больных у 5 был диагностирован фурункулёз, у 4 гидраденит, и у 2 хроническая язвенная пиодермия. Возраст больных был от 17 до 35 лет, женщин было 4, мужчин 7.

Всем больным был применен лендацин фирмы «Лек» в дозе по 1г. 2 раза в день внутримышечно в течение 7 дней, на курс 14.0 г. Наружно кожа вокруг очага обработано 2% салициловым спиртом, камфорным спиртом, а очаг поражения обработали анилиновыми красителями, с последующим наложением 10% ихтиоловой мази или гентамициновую мазь.

После лечения у больных фурункулёзом и гидраденитом наступило клиническое выздоровление, а у больных хронической язвенной пиодермией процесс значительно улучшился, язва очищалась от гнойных масс и начался процесс регенерации (рубцевания). При наблюдении в течение двух месяцев обострение заболевания не наступило за исключением одного больного гидраденитом.

Таким образом, лендацин является эффективным антибиотиком для лечения больных фурункулёзом и гидраденитом при вышеуказанных дозах, а при хронической язвенной пиодермии возможно необходимо увеличить длительность курса терапии.

АЛКОГОЛИЗМ ВА ЭКЗЕМА

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Алкоголизмнинг инсон организмини бир кисми терига зарарли таъсири илмий адабиётда куп урганилган. Бу ёмон одат терида турли хил касалликлар – экзема, псориаз, нейродермит, кизил югурук, дерматитларни куп учраши ва кузгалишига олиб келади.

Биз алкогольизм ва экзема хасталиги билан узаро боғлиқликни урганишни уз олдимизга максад қилиб қўйдик. Андижон вилоятида яшовчи экзема билан хасталанган 821 та – 16 ёшдан 74 ёшгача булган эркаклар

текширувдан утказилди. Ичувчи – потатор деб 1 ойда 1 маротаба булса ҳам алкоголь истемол килган экзема хастали беморлар хисобга олинган. Хафтасига 2 марта спиртли ичимлик кабул килганда тез тез, ойига 2-3 марта кабул килса – кам ва ойда 1 марта кабул килса жуда кам деб бахоланади.

821 та- экзема билан хасталанган беморларда алкогольни суистеъмол килувчилар 75 та (9,1%), шулардан 16-19 ёшлилар 6%, 20-29 ёшлилар 25%, 30-39 ёшлилар 26%, 40-49 ёшлилар 14%, 50-59 ёшлилар 12%, 60-69 ёшлилар 10%, 70 ёш ва ундан катталар 7% ташкил килди.

Демак, экзема ва алкоголизм билан огриган беморлардан энг купи 20-29 ва 30-39 ёшларда аникланган.

Алкоголь суистеъмол килишни чеклаш экземани тузалиб кетиши ва даволашнинг самарадорлигини оширади.

КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КАРИЕС ТАРҚАЛГАНЛИК КЎРСАТКИЧИ

Пўлатов Н.Х., Хакимов А. А., Абобакиров Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Тиш карие (caries dentis) - бу тиш қаттиқ туқималари деструкцияси, деминерализацияси, яъни уларнинг емирилиши ва минерал тузлар етишмаслиги билан кечадиган касаллик. Карие касаллиги натижасида карие ковак ҳосил бўлади. Бу касаллик адабиётларда езилишича эраимиздан 2,5-3 минг йил аввал ҳам бўлган.

Карие тарқалиши - бу карие касаллиги курсаткичларидан бири ҳисобланади. Карие тарқалиши фоз микдорида курсатилади. Масалан, 100 нафар текширилганлардан 60 нафарида карие бор, карие тарқалиши 60% ни ташкил килади. Масалан ер юзидаги давлатларда кариенинг тарқалиши хар хил. Болгарияда 40 дан 90% гача, АДШда-99%, Нигерияда-2%ни ташкил килади. Ўзбекистонда бу курсаткич 73-80,5% ни ташкил килади (А.Т. Турабов, 1973).

Максад. Андижон шаҳар мактаб укувчилари орасида карие тарқалганлик кўрсаткичини баҳолаш.

Текшириш объекти ва усуллари. Андижон туман 25-сон ўрта таълим мактаби 5-9 синф ўқувчиларининг 10-14 ёшли 200 нафарида текширишлар ўтказилди. Болалар ёши ҳамда жинсига кўра гуруҳларга бўлинди. Оғиз бўшлиги аъзо ва туқималарининг кўриқдан ўтказиш кетма-кетликда тиш ва тиш қаторлари, прикус, пародонт ҳолати кўрилди, тиш пломбалари ва уларни ҳолатига эътибор берилди. Оғиз бўшлиги гигиеник ҳолати Green- Vermillion усулида текширилди.

Текшириш натижаларига кўра карие тарқалиши 10 ёшли 74%+1,1; 11 ёшлилар орасида 52%+0,8; ва мос равишда 12 ёшлиларда 27%+0,7; 13 ёшлиларда 26%+0,3; 14 ёшлиларда 21%+1,2 ни ташкил этди. Уғил болаларда бу курсаткич 31%+1,2; қиз болаларда эса 39%+0,8 ни ташкил этди.

Хулоса. Текшириш натижаларига кўра беморларни ёш гуруҳига тўғри пропорционал бўлмаган равишда, яъни тишлар алмашинув даври хисобига 13 ва 14 ёшли ўқувчилар орасида карие тарқалиш курсаткичи паст бўлади. Карие тарқалиш курсаткичида жинсий тафовутлар кам аникланиб, уғил болаларга нисбатан қиз болаларда юкори курсаткичи кўрсатди.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

Ражабов О.А., Атаева М.А.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. При планировании профилактических и лечебных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний органов полости рта рабочих и населения в условиях воздействия на организм вредных выбросов нефтеперерабатывающей промышленности, необходимо учитывать стойкость патологических процессов, возникающих при воздействии на организм неблагоприятных производственных факторов. Это помогает определить оптимальные сроки проведения санации полости рта и длительность лечения.

Цель работы: Изучить патологию тканей полости рта у рабочих нефтеперерабатывающего производства и населения, проживающего в этом регионе и совершенствовать методов профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний.

Для выполнения намеченной цели планировалось разрешить следующие задачи:

Изучить распространенность и особенности течения основных стоматологических заболеваний у рабочих данного предприятия и населения, проживающего на прилегающей селитебной территории завода, определить степень влияния производственных неблагоприятных факторов на состояние функциональных и иммунологических показателей полости рта обследуемых рабочих и населения, разработать и внедрить в практику санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия, направленные на снижение уровня основных стоматологических заболеваний среди обследуемого населения.

Материалы и методы. Было проведено комплексное лечение 25 рабочих нефтеперерабатывающего завода и 20 население, проживающего в окрестностях данного производства со средней и тяжелой степенью генерализованного пародонтита (основная группа больных). В качестве контроля 82 рабочим того же предприятия и 18 населению той же местности, страдающим хроническим генерализованным пародонтитом, проведено общепринятое традиционное лечение (контрольная группа).

Результаты и обсуждение: Всем больным после консультации врача-терапевта назначено общее лечение, направленное на ликвидацию общетоксического действия выбросов нефтеперерабатывающего производства, десенсибилизацию организма, нормализацию деятельности нервной системы и паренхиматозных органов, выравнивание метаболических сдвигов. При этом в основном применялись экспериментально-обоснованные витамины (А, В₂ и РР) и молочно-белковое питание.

Местное лечение больных контрольной группы включало: санацию полости рта, двухразовую чистку зубов пастой «Йодбар», обработку десен растворами перекиси водорода, перманганата калия и хлоргексидина. Последний применяли в виде 0,2% водного раствора путем ежедневных ирригаций и 10-минутных аппликаций на десну.

Больным основной группы после санаций полости рта назначали двухразовую чистку зубов пастой «Колгейт-тогал», обработку десен, пародонтальных карманов и полости рта раствором нового препарата «Элюдрил». После этого проводили электрофорез десен с растворами В₂ и РР (чередую) № 10 и аппликацию с витамином А.

Выводы: Методика лечения с раствором элюдрил заключалась в следующем. Элюдрил использовали в разведении, из расчета 2-3 чайных ложки на полстакана воды. Назначали 2-3 раза в день в виде полосканий или промываний пародонтальных карманов и полости рта.

Так, уже после 4-5 сеансов применения рекомендуемого комплексного лечения у больных основной группы значительно уменьшились отечность, гиперемия и кровоточивость десен.

По сравнению с контрольной группой оно позволяет снизить воспалительные изменения десны в 2,3-5,2 раза, повысить активность местного иммунитета полости рта в 2,0-5,3 раза и тем самым сократить сроки лечения заболевания в 1,6 раза. Его эффективность отчетливо видна на фоне применения даже такого активного антисептика, как хлоргексидин. Поэтому одновременное использование витаминов А, В₂, РР и элюдрила можно рекомендовать для местного применения в комплексном лечении пародонтита.

ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ ОТ ВОЗРАСТА

Расулова З.Д., Каримова З.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цитопатогенное действие герпесвирусов усиливается на фоне иммунодефицитных состояний. ВИЧ_инфекция сопровождается развитием оппортунистических заболеваний, среди которых герпесвирусы занимают одно из ведущих мест.

Цель исследования — изучение зависимости тяжести течения герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей от возраста.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование герпетической инфекции (ГИ) ВИЧ инфицированных 57 детей, в возрасте от 1 года до 15 лет. Мальчиков отмечалось 41(71,93%) и девочек 16(28,07%) Группу сравнения составили 23 ВИЧ инфицированных детей без герпесной инфекции, того же возраста. Лабораторные методы исследования включали изучение иммунного статуса, уровня СД4 клеток; Серологический: методом ИФА в крови определены антитела к ЦМВ и вирусу простого герпеса (ВПГ).

Результаты и обсуждение. При анализе полученных результатов выявлено, что наиболее чаще у больных с ГИ ВИЧ – инфицированных детей встречаются сопутствующие заболевания в виде анемии 54(94,74%), поражение нервной системы 41(71,93%) пневмонии 38 (66,67%), туберкулез 33(57,90%), токсоплазмоз 28(49,13%), внутриутробной инфекции у 26(45,62%), а также хронический вирусный гепатит В+С 24(42,11%), сепсис 20(35,09%), тромбоцитопения 15(26,32%), трихомоназ 11(19,30%), хронический вирусный гепатит С 10(17,55%), хламидиоз 7 (12,28%), сифилис 6(10,53%). Результаты исследования показали, что у детей до 6 лет достоверно чаще выявлялся ГС, составив 35,9% против 14,04% в группе детей от 7 до15 лет ($p<0,05$), а у детей от 7 до15 лет - ОГ (35,09% и 12,28%), $p<0,05$). В обеих группах преобладающей формой рецидивирования был герпес кожи (52,64% и 49,13% соответственно). Провоцирующими факторами для развития рецидивов инфекции становились переохлаждение в 61,41% случаев, инсоляция в 8,78%, психоэмоциональный стресс в 3,51%, ОРВИ в 57,90%, механическая травматизация слизистых в 7,02%, обострение алергодерматоза в 8,78% случаев. Легкое течение ГС чаще формировалось в группе детей от 7 до15 лет ($p<0,05$), длительность рецидивов у детей до 6 лет была достоверно выше ($p<0,05$), чем в группе детей от 7 до15 лет. У детей до 6 лет длительность рецидивов было больше, чем в группе в группе детей от 7 до15 лет ($p<0,05$), достоверно чаще отмечались проявления интоксикации, лимфаденопатии, боль и жжение в местах высыпаний. Тяжелое течение ГС регистрировалось только у детей до 6 лет. При этом рецидивы наблюдались 6 и более раз в год, в среднем (7,6±4,8) раз. Длительность рецидивов составила (13,3±2,5) дней, периодов ремиссии (2,3±1,2) месяцев. Рецидивирующий характер высыпаний отмечался в 3 случаях у детей в группе детей от 7 до15 лет и у 1 ребенка до 6 лет ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, сопутствующие заболевания с формированием осложнений, прогрессированием иммунодефицита ухудшали течение заболевания герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей младшего возраста и приводили к тяжелому рецидивирующему течению.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ И АСПЕКТЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Раубжонов Х.М., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т., Журабоев Б.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Выявить и сравнить распространенность факторов риска (ФР) артериальной гипотензии (АрГ) среди неорганизованного населения Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы: Проведено эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке неорганизованного населения (603 человек) Ферганской долины Узбекистана в возрасте ≥ 40 -70 лет. ФР определялись с использованием критериев ВОЗ.

Результаты: Основные ФР АрГ выявлены довольно высокой частотой: курение – 31,3% (у женщин – 6,1% и у мужчин – 60,4%, $P<0,001$), употребление алкоголя – 24% (у женщин – 3,4% и у мужчин – 47,9%, $P<0,001$),

гиперхолестеринемия – 18,4% (у женщин – 23,8% и у мужчин – 7,1%, $P<0,01$), гипертриглицеридемия – 15,5% (у женщин – 19,5% и у мужчин – 11,1%, $P<0,05$), избыточная масса тела – 42,7 % (у женщин – 35,9% и у мужчин – 50,7%, $P<0,05$), недостаточное употребление овощей и фруктов – 15,1% (у женщин – 17% и у мужчин – 12,8%, $P<0,05$), неблагоприятный семейный статус – 3,2% (у женщин – 4% и у мужчин – 2,1%, $P<0,05$), многодетность – 5,6% (у женщин – 6,2% и у мужчин – 5%, $P>0,05$), психогенный фактор – 16,6% (у женщин – 11,5% и у мужчин – 2,5%, $P<0,001$), гиподинамия – 11,3% (у женщин – 5,3% и у мужчин – 18,2%, $P<0,001$), переедание – 9,6% (у женщин – 5,9% и у мужчин – 13,9%, $P<0,01$), употребление пищи на ночь – 51,9% (у женщин – 42,4% и у мужчин – 51,9%, $P<0,05$), нерегулярное питание – 35,9% (у женщин – 45,8% и у мужчин – 24,1%, $P<0,05$), злоупотребление мясных продуктов – 83,6% (у женщин – 86,2% и у мужчин – 80,7%, $P>0,01$), мультиморбидность – 75,8% (у женщин – 36,2% и у мужчин – 39,6%, $P>0,01$), множественные ФР – 61,1% (у женщин – 52,9% и у мужчин – 70,7%, $P<0,05$), наследственнаяотягаемость – 5,1% (у женщин – 2,3% и у мужчин – 2,6%, $P>0,05$) и преимущественно умственный труд – 47,4% (у женщин – 43,3% и у мужчин – 52,1%, $P<0,05$).

Выводы: Основные ФР АрГ широко распространены во взрослой популяции Ферганской долины Узбекистана. Профилактика ФР – это, прежде всего, повышение уровня знаний населения о вреде ФР с участием медицинских работников и педагогов.

HAVO HARORATINING TEBRANISHIGA BOG'LIQ HOLDA SURUNKALI BRONXITNING KLINIK KECISHI XUSUSIYATLARI

**Raubjonov X.M., Kalandarov D.M., Jo'raboev B.N., Xudoyarova N.K.
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Tekshiruv maqsadi: termik rejim (XX) tebranishlariga bog'liq holda surunkali bronxitning (SB) xotin-qizlar populyasiyasida /klinik kechishi xususiyatlarini aniqlash va baholash.

Tekshiruv materiallari va usullari: analitik epidemiologiya va prospektiv tusli kliniko-meteorologik tekshiruv usullaridan hamda Danishevskiy usulidan foydalanib Namangan va Andijon xotin-qizlar populyasiyasida (jami – 1326 kishi) surunkali bronxitni XX tebranishlariga bog'liq holda klinik kechishi tahlil qilib baholandi. Bunda Spirmen usulidan foydalanib mazkur meteoimilning salmogi va hissasi aniqlandi.

Natijalar va xulosalar: XX oshishi bilan SB ning xotin-qizlar populyasiyasida tarqalishi sur'atlarigina emas, balki uning asosiy alomatlarini ham o'zgarishlari va avjlanishlari kuzatiladi. Uning zuriqishlari XX to +8,3⁰S gacha yetib tebranishlarida kamrok, ya'ni 5,0 foizdan oshmasdan aniqlanib, so'ngra xaroratni +11,8⁰S dan oshganida esa, SB alomatlarini yaqin 4 barobarga etib ko'payib aniqlanishi kuzatildi. Quruq yo'tal 6 barbagacha yetib bemor ayollarda ko'payishi ($r=+0,77$; $P<0,001$), balg'am ajralishini 11,7 karragacha ortishi ($r=+0,66$; $P<0,01$), ko'krak qafasi og'riqlarini 7 martagacha ko'payib aniqlanishi ($r=+0,80$; $P<0,01$), gemodinamik buzilishlar – 12,9 barobarga ko'payishi ($r=+0,85$; $P<0,001$) va bronxospastik sindrom to 21,0 foizgacha ($r=+0,65$; $P<0,01$) ortib qayd etilishi aniqlandi.

Bu natijalarni e'tiborga olib davolash-profilaktika ishlarini muvofiqlashtirish, so'zsiz, salohiyat kasb etadi.

ДИЛЯТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

**Рахимова Д.Н., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кадилова Г.И., Максудов О.М.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Кириш. Бирлашган жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотиға кўра юрак-қон-томир касалликлари ичида ўлимнинг сабаби кардиомиопатияларға тўғри келади ҳар йили аҳолини ҳаётдан олиб кетади. «Кардиомиопатия» биринчи марта Бридген томонидан 1957-йили ноаниқ сабабли кардиомечания, ЭКГдаги ўзгаришлар, ривожланиб борувчи қон айланиши етишмовчилиги ва ҳаёт учун хавфли хотимали миокард касаллигини белгилаш учун таклиф қилинган. Дилатацион кардиомиопатия (ДК) чап ёки иккала қоринчанинг дилатацияси ва миокард қисқариши функциясининг бузилиши билан характерланади.

Тадқиқотнинг мақсади: Дилатацион кардиомиопатия билан хасталанган беморларда липидлар алмашинувини ўрганиш.

Текшириш методлари: Бизни текширувимизда 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган, ўртача $43,9\pm 0,8$ ёшни ташкил қилган 18 нафар ДК билан хасталанган бемор текширилган, улардан: 12 нафари эркак ва 6 нафари аёллардан иборат. 10 та соғлом назорат гуруҳ олинди. Беморларнинг ДКнинг объектив белгилари борлиғига ва ЭХОКГ текширув орқали ташхис қўйилган.

Натижалар муҳокамаси: Бизнинг тадқиқотларимиз мобайнида ДК аниқланган беморлар гуруҳида қонни липид спектрини текширганимизда умумий холестерин - 41,2%, триглицеридлар –18,7%, паст зичликдаги липопротеидлар - 38,2%, ўта паст зичликдаги липопротеидлар –33,5%, АИ – 13,4%га назорат гуруҳига нисбатан кўтарилиши аниқланган.

Хулоса: Шундай қилиб, дилатацион кардиомиопатия билан хасталанган беморларда липидлар миқдорининг ортиши сезиларли равишда кучайиши аниқланган. Бу паталогияда липидларнинг алмашинувини ўрганилиши эса организм пероксидациясининг фаоллашув даражасини барвақт аниқлаш ҳамда юрак қон томир касаллиқларининг кечишини қийинлаштирувчи оксидатив стрессни ўз вақтда бартараф қилиш мумкин.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ДИСПЕПСИЯСИ БОР БЕМОРЛАРНИ ЭРТА АНИҚЛАШ, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА СИФАТИНИ ОШИРИШ

**Рахимова Х.М., Сулайманова С.Э.
Самарқандский государственный медицинский институт**

Мақсад: Оилавий поликлиника (ОП) шароитида диспепсияси бор беморларни янги замонавий текшириш усуллари ёрдамида эрта аниқлаш, самарали даволашни йўлга қуйиш ва уни сифатини яхшилаш.

Текшириш материаллари ва усуллари: Текшириш Самарканд шаҳар 3-сон оилавий поликлиника ҳудудида истикомат килувчи аҳоли ўртасида олиб борилди.

ОПда 2017 йил сентябрь ойидан 2018 йил ойларида шифокор қабулига келган, актив ва пассив шифокорлик патронажи, 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган аҳоли тиббий кўриги натижасида аниқланган 40та бемор олинди. Кўрик вақтида диспепсия аниқланган беморларда ЭФГДС ва клиник лаборатор текширувлар ўтказилди. Шикоятлари ва кўшимча клиник лаборатор текширувларга асосланиб ташхис тасдиққанди ва беморларга медикаментоз даво белгиланди. Шу билан бирга номедикаментоз даво, яъни зарарли одатларни (тамаки, носвай чекиш, алкаголь ичиш)ни ташлаш, вақтида овқатланиш, гигиена қоидаларига роия қилиш тавсия этилди.

Натижалар: Даволашдан кейин 36 та беморда касаллик симптомлари йуқолди. Лаборатор ва инструментал текширувлар динамикада яхшиланди. 4 та беморда касаллик симптомлари қамайди, овқатланиш пархези ва даволашни режимида роия қилмаган деб тахмин қилинди.

Хулоса қилиб айтганда диспепсия билан касалланган беморлар вақтида шифокорга мурожаат қилмаса зарарли одатлари бўлса нотўғри овқатланса касаллик ўз вақтида аниқланмаса ва вақтида даволаш чора-тадбирлари кўрилмаса жуда кўп жиддий асоратларга олиб келади, натижада беморларнинг эрта меҳнат қобилиятини қобилиятини қамайтиради ва йуқотади. Бу оила ва жамиятга моддий ва маънавий зарар келтиради.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Рахимов Х.Х., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кадилова Г.И., Рахимова Д.Н., Максудов О.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Артериальная гипертония является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Проблема ранней диагностики, профилактики и лечения артериальной гипертензии стоит в настоящее время особенно остро. Во многих странах артериальная гипертония остается самым распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы и среди трудоспособного населения развитых стран она выявляется у 28-32 % обследованных.

Данное научное исследование было проведено анализом историй болезни проходивших стационарное лечение в клинике Андижанского Государственного медицинского института за 3 лет. Пятилетний анализ историй болезни выявил 2390 больных гипертонической болезни, из них женщин – 1650, мужчин – 740. Среди жителей города составил 51,2%, сельской местности 48,8%, в тоже время среди мужчин соответственно 48,3% - 51,7%. В возрастном аспекте среди женщин 30-39 лет – 8,9%, 40-49 лет – 26,6%, 50-59 лет – 32,4%, 60 лет и старше – 32,1%. Среди мужчин соответственно 2,2%, 20,6%, 37,8% и 39,4%. Чаще лечились больные, страдающие II стадией артериальной гипертонии, 61,4% женщин, 57,5% мужчин; в возрастном аспекте чаще в возрасте 50-59 лет.

Факторы риска среди женщин 76% - психо-эмоциональное напряжение, 10% - наследственная предрасположенность, 6,1% - ожирение, 3,6% - нарушение менструального цикла, менопауза. Среди мужчин 64,5% - психо-эмоциональное напряжение, 7,0% - наследственная предрасположенность, 9,5% - ожирение, 1; - курение, 8% - алкоголь. Часто осложнений среди женщин – 69,6%, среди мужчин – 41,3%. Наиболее частое осложнение дисциркуляторная энцефалопатия особенно среди женщин. Далее гипертонический криз, острое нарушение мозгового обращения, хроническая сердечная недостаточность.

Выводы:

1. На лечении находилось больше жителей города среди женщин, а среди мужчин - жители села.
2. Лечились в основном в возрасте 50-59 лет, 60 лет и старше в обеих группах.
3. Среди факторов риска больше встречались психо-эмоциональное перенапряжение, наследственная предрасположенность, ожирение.
4. Осложнения чаще встречались у женщин. Наиболее частые осложнения дискуляторная энцефалопатия, гипертонический криз.

Всё выше изложенное необходимо использовать для профилактики и лечения гипертонической болезни среди городского и сельского населения. Для этого необходимо в основную антигипертензивную терапию добавить седативные, антиоксидантные лекарственные средства как дополнительного средства патогенетической терапии.

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН ОНАДАН ТУҒИЛГАН БОЛАНИ ОВҚАТЛАНТИРИШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

Рахматова М.М., Абдурахмонова М.М., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.
Андижон давлат тиббиёт институти

ОИВ юққан барча аёллар болани овқатлантириш масалалари бўйича маслаҳат олишлари лозим. Агар сунъий овқатлантириш тўғри келса, унинг узлуксизлигини таъминлаш имкониятлари мавжуд бўлса, у ҳолда кўкрак билан овқатлантиришдан воз кечиш тавсия қилинади. Бошқа ҳолатларда чақалоқ ҳаётининг биринчи ойларида факат кўкрак билан овқатлантириш тавсия қилинади. Овқатлантириш усули: қачонки онанинг танловига аъёналар, ижтимоий омиллар, стигма ва дискриминациядан кўркиш тўскинлик қилмаса. Амалга ошириш мумкин, қачонки она (ёки болага қараётган бошқа шахс) қоидаларга роия қилиш учун вақт, тегишли билим, кўникма ва бошқа ресурсларга ҳамда ўзига нисбатан қариндошлари, дўстлар ва жамиятнинг салбий муносабатини енгиш имконини берувчи мададга эга бўлса.

Ундан фойдаланиш мумкин, қачонки она ва оила жамият (масалан, маҳалла) ёки соғлиқни сақлаш тизимининг қўллаб-қувватлашида ўзини тиббий хизмат ва овқатланишда чекламаган ҳолда, у билан боғлиқ бўлган харажатларни (сут аралашмаси, энергия, тоза сув) амалга ошира олади. Узлуксиз, қачонки онада бутун овқатлантириш даврида хавфсиз овқатлантириш учун керакли бўлган воситалар захирасини тўхтовсиз тўлдириб бориш имконияти бўлса. Хавфсиз, қачонки сут аралашмасини тайёрлашда барча тавсиялар ва гигиеник нормаларга амал қилинса: порцияларнинг ҳажми ва тўйимлилиги ёш бўйича нормалар талабига жавоб беради, болани овқатлантираётган катта одам овқатлантиришдан олдин қўлини пухталиқ билан ювади, овқатлантиришда эса тоза идишдан фойдаланади (косачадан фойдаланиш мақсадга мувофиқ). Она танлаб олган овқатлантириш усулидан қатъий назар уни қўллаб-қувватлаш керак.

Ўз боласига энг яхши овқатлантириш усулини танлаётганда, ОИВ юққан оналар кўпдан-кўп турли омилларни ҳисобга олишлари лозим. Миллий стандартларга кўра тиббиёт ходимлари овқатлантириш усулини танлашда маълум талабларга жавоб берувчи маслаҳатлар берган ҳолда, муҳим рол ўйнайдилар: Кўкрак билан овқатлантириш жараёнида ОИВ юқиш хавфи тўғрисида маълумотлар бериш лозим. Фойдаланиш мумкин бўлган барча овқатлантириш усуллари афзалликлари ва камчиликларини муҳокама қилиш лозим. Мумкин бўлган овқатлантириш усуллари тўғрисида маълумотлар беришда маҳаллий аҳолининг анъаналари, одатлари ва эътиқодларини ҳисобга олиш ва ҳурмат қилиш лозим.

Тиббиёт ходимлари муайян она ва унинг боласига мос келувчи хавфсиз овқатлантириш усулини тарғибот қилишлари ва қўллаб-қувватлашлари лозим. Нафақат аёлни қўллаб-қувватлаш, балки уни махсус тайёргарчиликдан ўтган маслаҳатчиларга йўналтириш лозим. Улар чақалоқ ҳаётининг биринчи икки йили давомида аёлга овқатлантириш масалалари бўйича ёрдам берадилар.

Сунъий овқатлантириш – бу болани кўкрак сутини ўрнини босувчи озуқалар (сутли аралашмалар) билан овқатлантиришдир. Бунда бола бир томчи ҳам кўкрак сuti олмайди. Барча қондаларга риоя қилиб тайёрланган сутли аралашмалар болани оддий овқатларга тўлиқ ўта олгунига қадар барча зарурий озуқалар билан таъминлайди. Кўкрак сутини ўрнини босувчилар витаминлар билан бойитилган сутли аралашмалардан иборат бўлиб, улар уй шароитларида ҳамда корхоналарда тайёрланиши мумкин.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОРЛАРГА УЧЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР СИФАТИНИ ОШИРИШ

Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунини асослаш: Ошқозон яра касаллиги ҳозирги вақтда замонавий гастроэнтерологиянинг долзарб муаммоларидан биридир. Касалликнинг тез ривожланиши, кўп ҳолларда қайталаниши, авж олиши ва турли хил асоратларини берганлиги сабабли, беморлар иш қобилиятининг пасайиши ногиронлик ҳолатига олиб келмоқда. ЖССТ маълумоти бўйича касалликнинг тарқалиши 100 аҳолига 3-5 нафар бемор тўғри келади. Ўзбекистонда ошқозон яра касаллиги 1000 аҳолига 2,55- 3,0 тага тўғри келмоқда. Яра касаллигига олиб келувчи асосий сабаб, 1980 йилларда топилган инфекция яъни *Helicobacter pylori* эканлиги аниқланди. Инфекция топилгандан кейин яра касаллигини даволашнинг асосий йўли бўлиб ўзгарди. Яра касаллиги патогенезида ошқозонда ишлаб чиқариладиган хлорид кислота асосий роль ўйнайди. Яра касаллиги келтириб чиқарувчи хавф омиллари: яллиғланишга қарши дорилар (НПВС) қабул қилиш, *Helicobacter pylori* билан зарарланиш ва чекиш.

Мақсад: Андижон шаҳар 3-ОПда ошқозон яра касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Вазифалар: ОПда ошқозон яра касаллигини эрта аниқлаш диспансер назоратига олиш. Беморларни клиник протоколларга асосланган ҳолда назорат қилиш. Шифокор ва хамширалар иш сифатини ошириш. Ошқозон яра касаллиги билан беморларни стандарт даво усулларига асосланган ҳолда даволаш. Аҳоли тиббий маданиятини ошириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги ОП шароитида Зой мобайнида ўтказилди. Ошқозон яра касаллиги билан назоратда турган беморларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. Ошқозон яра хасталиги асоратларининг олдини олиш бўйича аҳолини ўқитиш ишларига салбий таъсир қилувчи сабаблар таҳлил қилинди.

Натижаларни баҳолаш. ОПда Ошқозон яра хасталиги бўйича маълумотлар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Тиббий ходимларнинг ошқозон яра касаллиги билан беморларни стандартлар бўйича назорат қилиш борасида билимлари етарли даражада эмас. Маслоҳатлар вақтида беморларни касаллик ҳақида ўқитишга врачлар томонидан кам эътибор берилади. Кўп ҳолларда беморлар касалликни қайталанишини олдини олиш бўйича тадбирлар ҳақида етарли маълумотга эга эмас. Амбулатор карталарни ретроспектив текшириш натижасида шу нарса маълум бўлдики, беморларга профилактик тадбирлар ҳақида кам маълумот берилади ва амбулатор картага бу ҳақда қайд қилинмайди. Команда билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиққан ҳолда ўзгартиришлар киритилди. Юқоридаги аралашувлардан сўнг ошқозон яра касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий хизмат сифат кўрсаткичларини 20% га яхшилашга эришдик.

Хулоса ва тавсиялар: ОП врачларини ошқозон яра касаллиги билан оғриган беморларда касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориш ўта муҳимдир. УАШ дастури бўйича ўқитилмаган тиббий ходимларни ўқитишни ташкил қилиш зарурдир. ОПдаги УАШ шифокорларни ушбу муаммо бўйича қайта ўқитиш учун қисқа муддатли тренинг-семинарлар ташкил қилиниши керак. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда, мониторинг ўтказиб туриш зарурдир. Мониторинг

натижаларини команда аъзолари билан биргаликда мухокама қилиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиққан ҳолда, профилактика ишларини олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Рашидова М., Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Оптимальными техническими параметрами для двухмерного ультразвукового исследования околоносовых пазух является частотный режим 7,5-10 МГц, использование линейных датчиков с рабочей поверхностью не более 37 мм и проведение сканирования в двух проекциях - сагитальной и аксиальной, что позволяет с высокой достоверностью сканировать верхнечелюстную, лобную и решетчатую пазухи.

Основными эхографическими признаками экссудативного синусита при двухмерном ультразвуковом сканировании являются отек слизистой оболочки, проявляющийся снижением эхогенности неоднородной структуры, и секрет внутри синуса, определяющийся гиперэхогенными включениями горизонтальной или эллипсоидной формы. Кисты и полипы синусов дают ультразвуковую картину анэхогенных образований, связанных со слизистой оболочкой и имеющих четкие контуры.

Цель исследования: Изучить разные методы диагностики заболеваний околоносовых пазух.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования использовались следующие методы традиционный осмотр ЛОР-органов, обзорная рентгенография, одномерное УЗИ околоносовых пазух (А-метод), двухмерное УЗИ околоносовых пазух (В-метод), компьютерная томография пазух носа и диагностическая пункция верхнечелюстных пазух. Кроме того, внимательно изучались жалобы и анамнез заболевания.

Результаты и обсуждение: По распространенности воспалительного процесса в околоносовых пазухах больные распределялись следующим образом: у 44 больных (40%) был диагностирован гайморит, у 4 (3,6%) - фронтит, у 28 (25,5%) - гайморозтмоидит, у 3 пациентов (2,7%) - гайморорфронтит. У 31 больного (28,2%) были установлены достоверные признаки полисинусита. В 5 случаях (4,3%) были выявлены заболевания, которые названы нами как «другая патология» околоносовых пазух. В частности у 1 больного (ребенок 15 лет) в результате обследования установлена опухоль - юношеская ангиофиброма носоглотки с прорастанием в полость носа и распространением на клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстную пазуху с одной стороны. У 1 пациента диагностировано инородное тело верхнечелюстной пазухи, еще у 1 - мукоцеле лобной пазухи, у 1 больного - остеома лобной пазухи. В 1 случае выявлена фиброзная остеодисплазия правой лобной пазухи.

Основными жалобами больных были затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера, головные боли. Отмечено, что и взрослых пациентов, и детей головные боли беспокоили одинаково часто. Так, у детей головная боль встречалась в 38,9% случаев, у взрослых - в 39,2% ($p > 0,05$). На затруднение носового дыхания жаловались все дети, у взрослых расстройство дыхательной функции носа отмечалось в 94,9% случаев ($p > 0,05$). У детей в большинстве случаев (72,2%) выделения из носа носили гнойный характер, в 22,2% случаев - слизистый. Только 2 детей не предъявляли жалоб на какие-либо выделения из носа. У взрослых слизистые и слизисто-гнойные выделения из носа встречались одинаково часто, слизистые выделения имели место у 26 человек, что составило 32,9%, а гнойные - у 32 человек (40,5%). 21 пациент (26,6%) из числа взрослых вообще не жаловались на насморк таким образом, случаи отсутствия выделений из носа у взрослых пациентов встречались значительно чаще, чем у детей ($p < 0,05$). Больных с отсутствием каких-либо жалоб в наших наблюдениях не было.

Выводы: По сравнению с обзорной рентгенографией двухмерная ультрасонография является более информативным методом в выявлении патологии околоносовых пазух при экссудативных и полипозных процессах. Средние показатели точности, чувствительности и специфичности для двухмерного УЗИ составляют 86,2% ($p < 0,05$), 78,2% ($p < 0,05$) и 55,6%, для обзорной рентгенографии - 69,2%, 43,5% и 54,5% соответственно.

ТОМОГРАФИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Рашидова М., Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Описание некоторых клиник. **Отзывы.** Описание метода диагностики: Время проведения: от 30 до 60 минут (время увеличивается, если МРТ проводится с контрастом). Необходимость введения контрастного вещества: зависит от показаний, назначается врачом. Необходимость предварительной подготовки: не требуется. Наличие противопоказаний: да. Ограничения: вес исследуемого не должен быть больше 180 кг, высота талии - менее 32 см, объем талии - до 140 см. Время подготовки заключения: от 30 до 60 минут. Дети: МРТ проводится для пациентов в возрасте от 7 лет. Показания к проведению томографии МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника назначаются в следующих случаях: Определение причины острой или хронической боли в спине, постановка точного диагноза. Подтверждение остеохондроза или других дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Цель исследования: Целью исследования явилось изучение возможностей и роли магнитно-резонансной томографии с контрастированием в диагностике ранних и поздних послеоперационных изменений при дискэктомиях на уровне поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования: В основу работы положены результаты клинических и лучевых методов обследования 156 больных, в возрасте от 20 до 70 лет, из них 101 (67,7%) мужчины и 55 (32,3%) женщины. Всем пациентам в разные сроки было выполнено оперативное лечение по удалению грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника.

Результаты исследования: Все больные были разделены две группы: I группу составили пациенты с

возобновляющимся или сохраняющимся болевым синдромом после дис-кэктоми - 106 (67,9%); во И (контрольную) группу вошли пациенты не предъявляющие жалобы*на болевой Синдром* -50 (32,1 %).

При анализе анамнестических данных у обследованных после операции больных отмечен дебют заболевания с появления боли в пояснице, у 6 (5,6%) пациентов боль одновременно возникла и в пояснице и в ноге, а у 3 (3,1%) - боли носили корешковый характер. Степень интенсивности болевого синдрома оценивали по выраженности рефлекторно-тонических синдромов, включавших ограничение объема активных движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, напряжение мышц поясничной области, сглаженность поясничного лордоза, появление анталгического сколиоза, кифоза, симптомов натяжения. Наиболее информативными симптомами натяжения явились симптомы Ласега, Нери, Вассермана и Мацкевича. Чаще всего из симптомов натяжения регистрировался симптом Ласега, оценивавшийся согласно рекомендациям Н.М. Жулева с соавторами (1992), как резко положительный, если боль го́ ходу корешка (в' зоне 'иннервируемого дерматома) появлялась при поднятии ноги до угла 30°; выраженный - до угла 45° и сла-бовыраженный - при возникновении боли после подъема ноги до угла 60°.

Неврологический статус оценивали по общепринятой методике. Топическая неврологическая диагностика дискогенных рефлекторных, компрессионных корешковых и компрессионных сосудистых корешково-спинальных синдромов основывалась на локализации болевых ощущений, выявлении чувствительных, рефлекторных и двигательных, вегетативно-трофических и вазомоторных расстройств, нарушении функции тазовых органов, статики и биомеханики позвоночника.

Выводы: Метод позволяет провести контрольное исследование в динамике и определить инволюцию послеоперационных изменений (серомы, гематомы).

Дополнительным методом лучевой диагностики в выявлении ранних и поздних послеоперационных изменений и осложнений является КТ. С помощью данного метода более четко определяются костные изменения на уровне оперированного диска, признаки острой эпидуральной гематомы. Чувствительность, специфичность, безошибочность данного метода в определении послеоперационных осложнений составляют 91%, 87%, 89%, соответственно.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Рузибаев С.А., Авазов А.А., Мухаммадиев М.Х., Даминов Ф.А., Самиев Х.Ж.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Введение. Проблема острого панкреатита является самой сложной в неотложной хирургии органов брюшной полости, в связи с большим уровнем летальности и гнойно-септических осложнений. Гнойно-септические осложнения острого панкреатита наблюдается у 7% больных, но сопровождаются летальностью 40-50%.

Цель исследования: Анализ результатов хирургического лечения пациентов с гнойно-септическими осложнениями острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы: За период с 2013-2017 годы в отделениях экстренной хирургии Самаркандского Филиала РНЦЭМП получали стационарное лечение 42 больных, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита. Среди них 31 мужчина (73,8%) и 11 женщин (26,2%), в возрасте от 20 до 67 лет (средний возраст 42,6 лет). Срок от начала первых клинических признаков до обращения в цент экстренной медицинской помощи составлял от нескольких часов до 7 суток. В 12 (28,6%) случаях выявлено тотальное поражение поджелудочной железы. Среди гнойных осложнений преобладали забрюшинные флегмоны 14 (33,3%), бактериальный перитонит у 12 (28,6%), панкреатические и парапанкреатические абсцессы 8 (19,0%), абсцессы брюшной полости у 7 (16,7%), сепсис у 9 (21,4%) и ферментативный перитонит у 6 (14,3%) пациентов.

Результаты. Всем больным произведены оперативные вмешательства. Показаниями к операции являлись наличие признаков диффузного перитонита, забрюшинная флегмона, абсцессы поджелудочной железы и парапанкреатической области, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Объем оперативного вмешательства варьировал от миниинвазивных операций (пункционное и лапароскопическое дренирование) до обширных вмешательств на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке. У 5 (11,9%) пациентов выполнено пункционное дренирование абсцессов под контролем УЗИ, 6 (14,3%) пациентам выполнено лапароскопическое дренирование малого сальника и брюшной полости, 11 (26,2%) некрэксеквэктомиа, у 8 (19,0%) резекция поджелудочной железы и вскрытие забрюшинных флегмон в 14 (33,3%) случаях.

Выводы. Развитие гнойно-септических осложнений панкреатита, в частности забрюшинных флегмон, значительно утяжеляет течение заболевания и приводит к высокой летальностью. Раннее выявление осложнений и своевременное выполнение операции позволяет оптимизировать результаты лечения.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА; МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРОБИОТИКОВ

Садикова Д.Т., Маматхужаев З.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с дисбиозом кишечника и оценка клинических возможностей про-биотиков в целях коррекции нарушений микробиоценоза кишечника и метаболических расстройств.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе АОМПП в отделении терапии

г.Андижана.

Результаты исследования: динамика клинических проявлений у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с дисбиозом кишечника. На фоне лечения во всех группах исследования отмечалась положительная клиническая динамика: уменьшение выраженности вплоть до полного купирования болевого абдоминального синдрома и явления диспепсии, значительное снижение ощущений привкусов во рту. В группе сравнения динамики жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не наблюдалось. Кроме того, у обследуемых пациентов получающих стандартную схему терапии ишемической болезни сердца с дополнительным назначением пробиотиков отмечена нормализация стула. В то же время значимых различий в отношении достижения положительного клинического эффекта между группами исследования получено не было.

У 100% больных ишемической болезнью сердца обнаружены нарушения качественного и количественного состава микрофлоры кишечника с преобладанием дисбиоза II-ой степени тяжести.

У больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с дисбиотическими изменениями кишечника, выявлено: снижение показателей качества жизни, преимущественно за счет ухудшения показателей общего здоровья, жизнеспособности, ролевого физического и ролевого эмоционального функционирования; нарушения психологического статуса преимущественно проявляющиеся повышением уровня реактивной и личностной тревожности, астенизации.

У всех больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с дисбиозом кишечника, выявлены изменения показателей липидного обмена в виде повышения уровня общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой плотности сыворотки крови; показателей перекисного окисления липидов и маркеров антиоксидантной системы в виде падения восстановительного потенциала аскорбатной, тиосульфидной антиоксидантных систем, снижения соотношения активности ферментов первой линии защиты - супероксиддисмутазы/каталазы и нарастания реакций перекисного окисления липидов; изменения показателей иммунного статуса в виде повышения уровня циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулина класса М в сыворотке крови

Выводы: у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с дисбиозом кишечника, дополнительное назначение средств коррекции нарушений микробиоценоза кишечника оказывает положительное влияние на клиническое течение заболевания, способствует улучшению состояния психологического статуса и повышению качества жизни пациентов.

ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Садикова Д.Т., Маматхужаев З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Повысить объективность оценки эффективности проводимой терапии на основании комплексного динамического изучения качества жизни больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 40 пациентов с РА (34 женщины и 6 мужчин). Средний возраст больных составил $51,2 \pm 11,7$ года (от 18 до 75 лет).

Результаты исследования: качество жизни и психологические особенности личности больных ревматоидным артритом в зависимости от социально-демографических факторов.

Ревматоидный артрит, являясь причиной ограничения двигательной активности пациентов, вызывает значительное ухудшение различных сторон их жизнедеятельности и качества жизни, что подтверждается выявленными нами изменениями при сравнении показателей КЖ больных РА с данными лиц группы популяционного контроля соответствующего возраста и полового распределения. Показатели всех 8 шкал общего опросника SF-36 больных РА были значительно ($p=0,001$) ниже по сравнению с данными лиц контрольной группы.

В обследованной группе высокая активность процесса отмечалась у 61,2% пациентов, умеренная - у 31,4%, и лишь у 7,4% больных наблюдалась низкая активность заболевания. Серопозитивный вариант РА определялся у 67,9%; серонегативность по РФ выявлялась у 32,1%. У большинства наших больных функциональный класс по классификации ACR был определен как второй (46,2%) или третий (33,3%); первый и четвертый ФК регистрировался у 9,9% и 10,6% пациентов соответственно. Рентгенологическая стадия устанавливалась согласно медицинской документации: I стадия - у 18,5% пациентов, II - у 27,9%, III- у 26,9% и IV - у 26,7% больных РА.

Внесуставные проявления отсутствовали только у 45,9%; у остальных пациентов регистрировались системные проявления (в 54,1% случаев). Наиболее часто встречались ревматоидные узелки в анамнезе или в настоящее время (49,1%), синдром Рейно как проявление дигитального васкулита (43,6%). В единичных случаях выявлены полинейропатия (8,6%), серозиты (2,7%), вторичный синдром Шегрена (1,7%) поражение глаз - склерит или кератит (6,4%).

Сопутствующая патология регистрировалась у 78,3% из 40 обследованных больных.

Согласно протоколу учитывалась терапия по поводу РА, проводившаяся в течение 3 месяцев перед включением в исследование. Базисные препараты получали 67,2% пациента. Наиболее часто используемым препаратом являлся метотрексат (в 82,4% случаев). Терапия биологическими агентами не проводилась ни в одном случае. Большинство больных (64,7%) регулярно принимали глюко-кортикоиды (ГКС); в 28,4% случаях проводились внутрисуставные введения ГКС. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) принимали 69,1%.

Выводы:

1. Качество жизни больных ревматоидным артритом существенно хуже по всем шкалам опросника 8P-36 в сравнении с качеством жизни лиц популяционного контроля, сопоставимых по полу, возрасту и региону проживания ($p=0,001$).

2. Качество жизни больных ревматоидным артритом в большей степени зависит от таких социально-демографических факторов, как пол, образование, уровень материального положения, и в меньшей степени - от

возраста, семейного положения. Наиболее выраженное снижение качества жизни выявляется у неработающих лиц, при этом у большинства пациентов именно ревматоидный артрит является основной причиной нетрудоспособности и ранней инвалидизации.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Садикова Д.Т., Маматхужаев З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Определение ранних признаков нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения у больных ревматоидным артритом, выяснение их особенностей в зависимости от клинико-инструментальных характеристик артрита.

Материалы и методы: обследованы 85 пациентов с РА в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст $48,34 \pm 7,97$) среди населения г.Андижана.

Результаты исследования: из наблюдаемых нами пациентов с РА основную группу составили 65 женщин (76,47%) - и 20 мужчин (23,53%), ИМТ составил $25,60 \pm 4,89$. Длительность заболевания составила в среднем - 7,75 (3-И 0) лет (минимальная продолжительность 6 месяцев, максимальная - 33 года). У всех пациентов с РА определялся полиартрит. Все пациенты имели II (43 пациента) и III (42 пациента) степени активности по DAS 28. У 52-х пациентов с РА (61,17%) выявлялся ревматоидный фактор, который определялся в сыворотке крови по латекс-тесту. Среди наблюдаемых нами пациентов у 45 человек (52,9%) определялась III стадия РА и у 40 человек (47,1%) - II стадия РА. Всем пациентам с РА определялся функциональный класс заболевания. 1 ФК встречался у 3-х пациентов с РА (3,54%), 2 ФК - у 42 человек (49,41%) и 3 ФК - у 40 пациентов (47,05%). Нами наблюдались 42 пациента (49,4%) с изолированным суставным синдромом и 43 пациента (50,6%) с системными проявлениями РА.

Для изучения особенностей гемодинамики малого круга кровообращения при РА группа больных изолированным РА сравнивалась со здоровыми добровольцами, которые составили группу контроля.

Отбор здоровых людей осуществлялся в соответствии с признаками нормы, а именно: не было острых и хронических заболеваний внутренних органов, отсутствовали сердечно-сосудистые болезни в анамнезе, не были выявлены какие-либо нарушения на ЭКГ. Данная группа сравнения была сопоставима с больными РА по возрастному и половому составу (27 человек; средний возраст $47,6 \pm 1,36$ лет; из них мужчин 10, или 37,03%, женщин 17, или 62,96%), а также по основным антропометрическим показателям и, соответственно, по индексу массы тела (ИМТ). ИМТ в группе контроля составил $25,86 \pm 2,12$, не отличаясь достоверно от соответствующих показателей у больных с РА.

Из 85 обследованных пациентов с РА, у 36 из них была выявлена артериальная гипертензия, что составило 42,35%. Все пациенты имели II стадию и 2,3 степени АГ.

С одной стороны, это можно расценивать, как эссенциальную гипертензию, формирующуюся на фоне традиционных факторов риска, с другой стороны - формирование гипертензии непосредственно может быть связано с особенностями патологического воздействия иммуновоспалительного процесса на регулирующие АД системы. Независимо от причин, приводящих к развитию АГ у больных РА, наличие повышенного АД является фактором, способствующим нарастанию изменений гемодинамики малого круга кровообращения.

Выводы: у больных ревматоидным артритом формируются изменения гемодинамики малого круга кровообращения при отсутствии клинических симптомов легочной гипертензии, обусловленные повышением общего легочного сосудистого сопротивления.

ГОДИЧНЫЕ И НЕДЕЛЬНЫЕ РИТМЫ ОБЩЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ

Садикова Д.Т., Маматхужаев З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить влияние хронобиологических и климатических факторов на показатели общей и сердечно-сосудистой смертности населения г.Андижана.

Материал и методы исследования: в работе проводилась оценка данных о смертности, зарегистрированной г.Андижана, а также результатов одногодичного проспективного наблюдения за 60 пациентами со стабильной стенокардией напряжения.

Результаты исследования: при выявлении закономерностей распределения случаев смерти от всех причин по периодам календарного года выяснилось, что наименее благоприятным сезоном является зима, в течение которой регистрировалось на 10% больше летальных случаев, по сравнению с летом. Имела место зависимость сезонных колебаний смертности от всех причин от возраста. Так, возрастных группах 60-69 лет и 70 лет и старше были выявлены статистически значимые сезонные различия изучаемого параметра с максимальным количеством зарегистрированных случаев смерти в зимние месяцы и минимальным в летние. В группе умерших в возрасте менее 60 лет статистически значимых колебаний количества летальных случаев в различные сезоны года выявлено не было.

Выяснено, что в группе женщин выявляется общая закономерность, описанная выше: отмечается значимое повышение количества случаев смерти в зимние месяцы во всей группе, а также в группах 60-69 лет и 70 лет и старше ($p < 0,001$ для всех случаев) с минимумом, приходящимся на летние месяцы. В возрастной группе моложе 60 лет статистически значимых различий не получено ($p = 0,09$). У мужчин в группе моложе 69 лет сезонных влияний на показатели общей смертности выявлено не было ($p > 0,05$ для всех групп). Только в возрастной группе 70 лет и старше в зимний сезон возрастало количество смертей ($p < 0,001$), минимум наблюдался в летний.

Критериями включения пациентов в исследование явились: верифицированный диагноз ИБС у мужчин;

стабильная терапия ИБС в течение трех месяцев; наличие письменного добровольного информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования стали: несоответствие критериям включения; перенесенный ИМ давностью менее 6 мес.; хроническая сердечная недостаточность IIА стадии и выше, функционального класса (ФК) III и выше; гемодинамически значимые нарушения ритма; внесердечные заболевания в стадии обострения; наличие психических расстройств, которые могли бы повлиять на согласие пациента участвовать в исследовании; злоупотребление алкоголем; лекарственная или наркотическая зависимость; наличие непереносимости препаратов, входящих в схему лечения; отказ пациента от выполнения протокола исследования.

Более 80% пациентов (49 человек) имели стенокардию I-II ФК, у остальных была стенокардия III ФК, у 46 человек (76,7%) в анамнезе отмечался ИМ, у 38 (63,3%) -артериальная гипертензия. Сахарный диабет имел место у двух человек. 88% пациентов (53 человека) принимали постоянно бета-адреноблокаторы, 70% (42 человека) - ацетилсалициловую кислоту, 62% (37 человек) - ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

Вывод: таким образом, показатели здоровья человека на примере анализа показателей населения г. Андижана в целом подвержены влиянию факторов внешней среды, имеющих циклическую природу. Ритмические факторы окружающего пространства прямо или опосредованно влияют на течение различных заболеваний человека, самостоятельно или в комплексе с другими провоцирующими агентами, приводя к нарушениям гомеостаза, формируя предрасположенность к воздействию патогенов и, в конечном итоге, определяя характер течения болезни в каждый конкретный момент времени.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Сафаров С.Т., Тошалиева Т.Т., Зайнабидинова С.Н., Каримова Н.Р., А.Г.Ганиев.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей бронхиальной астмой (БА) и их более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов аллергических заболеваний внесло много нового в представление о формировании болезни. Однако, несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей и совершенствовать методы их противорецидивной терапии. Совершенствовать методы первичной и вторичной профилактики атопической бронхиальной астмы у детей.

Задачи исследования. Нами указывалось выше, что из 19 детей с бронхиальной астмой 13 составили мальчики.

1. Сбор анамнеза
2. Исследование показателей периферической крови.
3. Определение эозинофильной реакции.

Результаты исследований. Изучение аллергологического анамнеза показали, что у большинства детей (68,4%) в детстве имело место аллергический диатез по типу экссудативно-катарального, у 47,4% больных – уртикарные сыпи на лице, спине, 15,8% страдали эпизодической и сезонной крапивницей, у 10,5% больных – непереносимость к антибиотикам. Указанные изменения свидетельствует о наличии эквивалентных проявлений БА у наблюдаемых больных.

Исследование показали, что у больных БА патологические отклонения в показателях красной крови отсутствуют. За исключением относительного и абсолютного количества эозинофилов. Количество последнего оказалось достоверно высоким у больных БА, что подтверждает о длительно сохраняющемся аллергическом процессе в организме. А еще эозинофилию считают одним из постоянных признаков аллергических заболеваний, при этом, преобладание сегментоядерных нейтрофилов указывает на инфекционный генез заболевания.

Вывод. БА у детей сопровождается с яркими клиническими проявлениями. Изучение аллергологического анамнеза с достоверной точностью помогает диагностировать это заболевание, которое подтверждается или дополняется при генеологическом исследовании.

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ

Салиев Д.М., Туракулова Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время считается, что ПБ обусловлена сочетанием нейродегенеративных и дистрофических поражений дугоотростчатых суставов, межпозвонковых дисков, связочного аппарата позвоночника [2]. Важную роль в ее развитии играет изменение тонуса поперечно-полосатой мускулатуры – мышечный спазм, возникающий в ответ на болевые раздражители и приводящий к формированию нарушений осанки. Крупные грыжи межпозвонковых дисков, являющиеся причиной болевого синдрома, значительно чаще встречаются у людей молодого и среднего возраста, ведущих активный образ жизни, испытывающих значительные физические нагрузки. Относительно реже клинически значимые грыжи межпозвонковых дисков встречаются у пожилых пациентов, у которых источником болевого синдрома являются измененные суставы и связки позвоночника.

Цель исследования. Изучить эффективности нестероидные противовоспалительные препараты у пациентов с поясничной болью.

Материалы и методы исследования. Изначально в основную группу больных, на протяжении 10 дней получавших комбинацию Артрозана (по 15 мг/сут) и Комбилипена (по 2 мл в/м), были включены 48 больных с острой ПБ. В последующем из исследования по различным причинам выбыли 4 больных. Окончательному анализу были подвергнуты результаты наблюдения за 44 пациентами.

Результаты исследования. Группу сравнения составили 19 пациентов, получавших только Артрозан и не получавших Комбилипен. Средний возраст пациентов группы сравнения (10 мужчин и 9 женщин) составил $47,1 \pm 6,8$ года. Группы были полностью сопоставимы между собой по основным клиническим и демографическим показателям.

Критерии включения больных в исследование: возраст от 18 до 75 лет; болевой синдром в области поясницы вне зависимости от наличия или отсутствия корешкового синдрома; доброкачественный характер заболевания, подтвержденный радиологическим исследованием (рентгенография, компьютерная или магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника, исследование состава периферической крови (количество клеточных элементов белой и красной крови, СОЭ); длительность болевого синдрома не более 4 нед.; готовность больного принять участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие воспалительных и травматических поражений позвоночника; новообразований костей позвоночника, спинного мозга, его оболочек и спинальных корешков; длительность болевого синдрома более 4 нед.; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или желудка в стадии обострения; тяжелые формы печеночной или почечной недостаточности; психические расстройства, исключающие возможность объективной оценки состояния больного; непереносимость препаратов Артрозан или Комбилипен либо компонентов, входящих в их состав; одновременное применение миорелаксантов, противоболевых препаратов центрального действия (противоэпилептические средства, антидепрессанты).

Вывод. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что комбинированное применение Артрозана и Комбилипена у пациентов с ПБ характеризуется хорошей переносимостью, низкой частотой клинически значимых нежелательных побочных эффектов, сокращением сроков купирования болевого синдрома. Положительный эффект комбинированной терапии наблюдается не только в период приема препаратов, но и в последующем. Данная комбинация препаратов может быть использована у значительной части пациентов с мышечно-скелетными болевыми синдромами.

СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК ЛОРНОКСИКАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Салиев Д.М., Туракулова Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – одна из наиболее широко применяемых групп лекарственных препаратов, большинство из которых за счет преимущественно обезболивающего эффекта относят к ненаркотическим анальгетикам. Более 30 млн людей в мире ежедневно принимают НПВП, причем 40% этих пациентов – в возрасте старше 60 лет. Около 20% стационарных больных получают НПВП. Большая популярность этих препаратов объясняется тем, что они, оказывая противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие, приносят облегчение пациентам с симптомами (воспаление, боль, лихорадка), которые встречаются при многих заболеваниях.

Цель исследования. Лечение больных преследует 2 основные цели: уменьшение боли, которая является основным симптомом, и замедление повреждающего процесса. Механизм противовоспалительного действия НПВП обусловлен ингибированием биосинтеза PGE₂ и PGI₂ в очаге воспаления за счет нековалентного связывания с ЦОГ. Анальгетический эффект выражен в основном на периферии и связан со снижением чувствительности ноцицептивной системы к брадикинину, т. к. в норме синтезирующиеся в месте повреждения P_g сенсibiliзируют нервные окончания к брадикинину.

Материалы и методы исследования. Анальгетическая эффективность лорноксикама (Ксефокам®) была показана в 3-х метаанализах, включающих 13 плацебо-контролируемых исследований по оценке различных форм препарата и дозировок от 2 до 32 мг.

Включались пациенты с болью после хирургического удаления 3-го коренного зуба, с болью после расширенных операций (операции общего характера, операции на колене, послеродовая боль вследствие эпизиотомии), а также с болью в пояснице (с острым ишиасом и хронической болью в пояснице). Для сравнения в метаанализ были включены данные, полученные при применении конкурентных препаратов (ацетилсалициловая кислота, ибупрофен, напроксен, петидин, диклофенак, трамадол, кеторолак и морфин).

Результаты исследования. Результаты анализа показали, что относительно малые дозы препарата Ксефокам® обладают эффективностью, сравнимой с таковой высоких доз кеторолака и ибупрофена и средних доз морфия, и имеют большую силу воздействия, чем низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, напроксена и ибупрофена. Для примера можно привести следующие соотношения: таблетки лорноксикама 4 мг по эффективности являются эквивалентными ацетилсалициловой кислоте 650 мг и ибупрофену 200 мг, таблетки Ксефокам® 8 мг соответствуют ибупрофену 400–800 мг и кеторолаку 10 мг, при послеоперационных болях в/в инъекции лорноксикама 8–16 мг по эффективности эквивалентны морфию 20 мг, петидину 100 мг и трамадолу 50 мг. При этом по сравнению с наркотическими анальгетиками лорноксикам не влияет на функцию дыхания, не имеет седативного, психомоторного действия, реже вызывает явления диспепсии.

Вывод. Правильный выбор препарата для лечения болевого синдрома является непростой задачей, решение которой зависит от тяжести, характера, природы боли, сопутствующих заболеваний, прошлого опыта применения препаратов. Использование более безопасных и при этом наиболее эффективных лекарственных средств является основным путем рациональной фармакотерапии боли, включающей улучшение субъективной переносимости и снижение риска желудочно-кишечных осложнений. Лорноксикам (Ксефокам®) – НПВП с выраженным

анальгетическим эффектом.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Салиев Д.М., Туракулова Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время существует несколько терапевтических подходов к лечению больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Поиск оптимального метода консервативного ведения больных с хронической ишемией нижних конечностей остается важной и до конца не решенной задачей.

Цель исследования. Изучить эффективности фармакотерапия хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Пациенты распределены на 2 группы случайным образом, каждому пациенту проведен 10-дневный курс в/в инфузий. 1-ю группу составили 40 пациентов, которым назначен Актовегин 4 мг/мл, 250 мл в качестве монотерапии. Во 2-ю группу включены 40 пациентов, которым проводились инфузии декстранов и пентоксифиллина в дозе 100 мг. Возраст пациентов в 1-й группе – 54–77 лет ($64,8 \pm 9,9$ года), во второй – 42–86 лет ($64,3 \pm 14,2$ года).

Результаты исследования. У всех пациентов причиной ишемии был облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. У большинства пациентов отмечалось 2–3 сопутствующих заболевания, преобладали ишемическая болезнь сердца (I–II функциональный класс) и артериальная гипертензия (I–II стадии). Табакокурение в стационаре строго запрещено, до госпитализации курение подтвердили 4 (10%) пациента в 1-й группе и 7 (17,5%) пациентов во 2-й группе. Статистически значимых различий по возрасту и дистанции безболевого ходьбы до лечения выявлено не было. Все пациенты дополнительно получали перорально антиагрегантную, гиполипидемическую терапию. При наличии показаний пациентам выполнялось оперативное лечение строго после курса инфузий и контрольного исследования. В обеих группах оценивался прирост дистанции безболевого ходьбы. Методика измерения – тредмил-тест без уклона со скоростью 3 км/ч.

Переносимость инфузионной терапии в обеих группах была удовлетворительной, побочных эффектов не зарегистрировано. Прирост дистанции безболевого ходьбы составил 58,8% в 1-й группе и 60,7% во 2-й группе, различие статистически недостоверно ($p=0,68$).

После курса инфузионной терапии у пациентов 2-й группы достоверная динамика получена только для времени достижения максимального уровня перфузии при тепловом воздействии; увеличение амплитуды респираторно обусловленных колебаний кровотока при базальной перфузии не имеет самостоятельного значения.

У пациентов 1-й группы при базальной перфузии отмечается достоверное увеличение амплитуды миогенных колебаний кровотока, что указывает на степень раскрытия прекапиллярных артериол и капиллярных сфинктеров, снижение с тенденцией к достоверности параметра шунтирования и увеличение амплитуды респираторно обусловленных колебаний кровотока. В ответ на тепловой стимул отмечаются увеличение с тенденцией к достоверности амплитуды эндотелиальных колебаний кровотока и достоверное увеличение уровня тепловой вазодилатации.

Выводы. Оценивая динамику показателей функционального состояния регуляторных механизмов микроциркуляции, можно с достаточной долей уверенности говорить о механизмах действия различных лекарственных препаратов у пациентов с хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Положительная динамика в группе инфузий Актовегина достигнута за счет эндотелиопротективного эффекта и поступления крови преимущественно в капиллярное русло.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА.

Салохиддинов З.С., Мусашайхова Ш.М., Вахобов Б.М., Мусашайхов У.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Большой интерес к мочевой кислоте связан с пониманием роли бессимптомной гиперурикемии (определяемой чаще всего как повышение уровня мочевой кислоты (МК) в плазме $> 6,5$ мг/дл для мужчин и $> 6,0$ мг/дл для женщин) как мощного, независимого и модифицируемого фактора риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, основанное на данных многочисленных эпидемиологических и проспективных исследований. Особенно значительна роль гиперурикемии как независимого фактора риска смертности у больных с ИБС и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Опубликованные в начале 2008 г. данные когортного исследования MONICA/KORA показали, что у больных с документированной ИБС повышение уровня МК независимо от других известных факторов риска ассоциировалось с достоверным и значительным увеличением как сердечно-сосудистой, так и общей смертности.

Нами было обследовано 40 больных климактерического периода с ИБС и 10 практически здоровых женщин этого возраста.

Результаты исследований показали, что средняя концентрация мочевой кислоты в сыворотке в группе контроля составила в целом 0,28 ммоль/л (стандартное отклонение 0,02 ммоль/л) показателей контрольной группы. Более выраженные изменения наблюдались в группе больных женщин климактерического периода с нестабильной стенокардией и составила в среднем 0,38 ммоль/л. (стандартное отклонение 0,01 ммоль/л), что на 35,7 % (в 1,4 раза) выше показателей контрольной группы. У женщин

климактерического периода уровень мочевой кислоты имел прогностическое значение в отношении прогрессирования заболевания.

Как видно из вышеуказанного, роль бессимптомной гиперурикемии как независимого предиктора кардиоваскулярной заболеваемости и смертности у больных с высоким общим кардиоваскулярным риском не вызывает сомнений и необходима дальнейшая разработка методов коррекции и доказательств их эффективности в новых научных исследованиях.

Наши исследования показали, что именно активация симпатико-адреналовой системы, по нашему мнению, является тем самым пусковым механизмом, которая активно воздействует на другие механизмы атерогенеза, в нашем исследовании на уровень мочевой кислоты. Отсюда можно предположить, что повышение уровня мочевой кислоты отражает повреждение эндотелия. Эндотелиальная дисфункция, проявляющаяся снижением эндотелий зависимой сосудистой релаксации играет существенную роль в развитии атеросклероза. Если этот механизм верен, то повышение уровня мочевой кислоты может быть точным маркером биологического феномена, тесно связанного с прогрессированием атеросклероза.

Таким образом, гиперурикемия – сильный, независимый и, главное, модифицируемый предиктор сердечно-сосудистых заболеваний и общей смертности у больных с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (АГ, ИБС, ХСН).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИБС У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА.

**Салохиддинов З.С., Мусашайхова Ш.М., Джумабаева С.Э., Мусашайхов У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт**

Как известно, в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС) определенное значение придаётся нарушениям нейрогуморальной регуляции кровообращения. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе широко обсуждается роль состояния симпатико-адреналовой системы, её активности, реактивности и резервных возможностей у больных с ИБС. Одним из главных задач нашей работы явилось комплексное исследование суточной экскреции катехоламинов (КА) и их предшественника ДОФА (– L – 3,4-диоксифенилаланин) в крови обследуемых женщин климактерического периода без и с клиническими формами ИБС. Нами впервые было проведено комплексное исследование показателей симпатико-адреналовой системы (САС) в крови у больных с высоким общим кардиоваскулярным риском с использованием многопланового подхода, не применявшегося в предыдущих работах. Оценку состояния САС мы проводили по суточной экскреции КА (А- адреналина, НА-нор адреналина, ДА- дофамина) и ДОФА с мочой. При нормальной функции почек исследование экскреции катехоламинов с мочой является адекватным методом исследования активности САС.

Было обследовано 16 женщин с ИБС с нестабильной стенокардией напряжения (впервые возникшая стенокардия напряжения- 1 группа) и 24 женщин климактерического периода с ИБС со стабильной стенокардией ФК II-III (2-группа) и 10 практически здоровых женщин в возрасте от 45 до 59 лет. Средний возраст обследованных больных составил $49,9 \pm 2,8$ лет, давность ИБС у исследуемых пациентов составило в среднем $4,6 \pm 1,9$ лет.

Исследование суточной экскреции КА и их предшественника ДОФА пациенток с ИБС со стабильной стенокардией напряжения с ФК II- III во время приступа стенокардии выявило статистически достоверны изменения всех фракций КА, в частности

А: свободного А - $5,5 \pm 0,1$ мкг/сут, конъюгированного А - $5,4 \pm 0,1$ мкг/сут, суммарного А - $10,9 \pm 0,1$ мкг/сут, что соответственно на 18,2% (в 1,2 раза), 20,4% (в 1,3 раза), 19,3% (в 1,2 раза) ($P < 0,05$) выше показателей контроля и на 41,8% (в 1,4 раза), 29,6% (в 1,3 раза), 35,8% (в 1,5 раза) ниже показателей I-й группы ($P < 0,05$)

Суточная экскреция НА у данной категории больных также статистически достоверно изменена: свободный НА - $10,4 \pm 0,1$ мкг/сут, конъюгированный НА - $9,5 \pm 0,1$ мкг/сут, суммарный НА - $19,9 \pm 0,1$ мкг/сут; что соответственно на 33,3% (в 1,3 раза), 25,0% (в 1,3 раза), 29,0% (в 1,3 раза) ($P < 0,01$) выше показателей контроля и на 38,4% (в 1,4 раза), 42,1% (в 1,4 раза), 40,2% (в 1,4 раза) ($P < 0,01$) ниже показателей группы больных женщин климактерического периода с впервые возникшей стенокардией напряжения.

Как видно из полученных результатов в группе пациенток со стабильной стенокардией напряжения с ФК II - III при поступлении отмечено незначительное снижение коэффициентного соотношения ДА/ДОФА на 3,7%, что говорит о начинающем угнетении биосинтеза ДА. Также отмечено повышение коэффициентных соотношений НА/ДА на 46,6%, что свидетельствует об усилении биосинтеза НА.

Результаты исследования пациенток с клиническими признаками ишемической болезни сердца с функциональным классом II- III с давностью заболевания более 5 лет показали угнетение функции САС. Наши исследования с использованием флуориметрических методов показали, что происходит статистически достоверное снижение суточной экскреции свободных и конъюгированных форм ДА, их метаболического предшественника ДОФА у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения ФК II- III. Полученные данные свидетельствуют о значительном преобладании НА-эргических процессов над ДА-эргическими процессами при хроническом течении ИБС.

КЛИНИКО - ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В.

**Салохиддинов З.С., Турсунов А.У., Абдусатторов А.А., Содикжонов К.С.
Андижанский государственный медицинских институт**

Введение: У больных хроническим гепатитом В боли в области сердца и нарушение сердечного ритма могут быть нервно-рефлекторными, имеют также значение различные ферментативно-метаболические нарушения.

Изучение проявлений поражения сердца при хроническом гепатите В поможет проводить дифференциальную диагностику и адекватную терапию.

Цель исследования: Анализ клинических и электрокардиографических проявлений кардиального синдрома у больных хроническим гепатитом В, получавших стационарное лечение в гепатологическом отделении клиники института.

Материал и методы исследования: Обследованы 44 больных в возрасте от 16 до 60 лет с маркерами хронического гепатита В. Мужчин было 17, женщин – 27. Анализировали анамнез, пути возможного заражения вирусами гепатита В: парентеральное употребление наркотических веществ, гемотрансфузии, хирургические вмешательства. Выявляли токсические факторы: алкоголь, профессиональные вредности, учитывали наличие патологии желудочно-кишечного тракта и паразитарной инвазии.

Диагноз хронического гепатита В верифицирован на основании данных эпидемиологического анамнеза, результатов клинико-биохимического и иммуноферментного анализа и ПЦР-диагностики. Ультразвуковое исследование в В-режиме осуществлялось на аппарате MINDRAY DC-6 Expert, с использованием конвексного датчика 2,5-10 МГц. Комплексное ультразвуковое исследование гепатолиенальной системы пациентов проводили натощак полипозиционно, комплексно. Были оценены все количественные и качественные параметры этих органов.

Результаты исследования: Больные с хроническим гепатитом В при незначительной физической нагрузке предъявляли жалобы на: сердцебиение – 12 больных; одышку – 10; неприятные ощущения в области сердца – 16; перебои – 5; характерные боли в области сердца – 6; слабость – 10; утомляемость – 20. При объективном исследовании выявлены: тахикардия – у 14 и шумы в области сердца – у 3 больных. При биохимическом анализе крови отмечено преобладание показателей АСТ над АЛТ у 10 больных.

Проведен анализ результатов электрокардиографического исследования. При этом признаки дистрофических изменений миокарда обнаружены у 10 больных, ишемия миокарда различной локализации – у 11, блокада правой и левой ножек пучка Гисса выявлены у 4 больных, гипертрофия левого желудочка – у 4 больных, атриовентрикулярная блокада – у 5, предсердные экстрасистолы – у 2, экстрасистолы желудочковые – у 2, удлинение интервала QT – у 3 больных.

Выводы: Хронический гепатит В протекает с поражением миокарда, нарушениями в проводящей системе сердца, обменными и метаболическими изменениями. Это диктует необходимость учета при диагностике и проведении адекватной и корректирующей терапии с учетом сочетанной патологии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Салахиддинов З.С., Махсумова Д.К., Кодиров Д.А., Ганиева И.У.,

Абдувалиева Г.Т., Хамдамов Н.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Исследователями указываются зависимость высокого риска развития хронических гастроуденальных или других неинфекционных заболеваний и их факторов риска от потребления наркотических веществ (ПНВ).

Поэтому мы изучили распространенность ПНВ у ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции с целью разработки в дальнейшем, как скрининговых профилактических мероприятий, так и стратегии профилактики высокого риска в отношении этих факторов риска среди ВИЧ- населения.

Материалы и методы. Специальное эпидемиологическое обследование проводилось в скрининг центре и оно включало применение на репрезентативной выборке ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции следующих методов: эпидемиологических, клинических и специальных методов диагностики ВИЧ- инфекции (WHO, 2001).

У ВИЧ популяции наркоманов соответственно МКБ-10 (ДСМ-14) в определенной последовательности выяснились следующие вопросы: 1) наркомании, вследствие злоупотребления веществами, содержащими опиумные алколоиды и их производные, а также синтетических анальгетиков, 2) наркомании, вследствие злоупотребления кокаина; 3) наркомании, вследствие злоупотребления препаратами группы амфетаминов и других психостимуляторов; 4) наркомании, вследствие злоупотребления галлюциногенными веществами, отнесенными к наркотикам; 5) наркомании, вследствие злоупотребления с другими какими-либо веществами отнесенными к наркотикам; 6) наркомании, вследствие сочетанного злоупотребления комбинации веществ различных групп, отнесенных к наркотикам.

Результаты и выводы: Из полученных данных следует, что распространенность ПНВ среди общей популяции ВИЧ- инфицированных составляет 29,2 %. Изучалась распространенность ПНВ среди ВИЧ населения с учетом возраста обследованных. Отмечено, что распространенность ПНВ было больше у ВИЧ популяции 40-49 лет (47,7%), 30-39 лет (35,7%) и 50-59 лет (25,0%). Сравнительно в 3 раза меньшей частотой выявлялось в группе лиц 20-29 лет и не отмечалось в возрасте 60-69 лет (0,0%).

Выводы: 1) эпидемиологический мониторинг имеет высокую чувствительность, специфичность и большой потенциал в раннем выявлении, диагностике и профилактике ХГДЗ у ВИЧ инфицированного населения; 2) с помощью результатов эпидмониторинга можно получить истинную информацию об эпидемиологических условиях и ситуациях в отношении ПНВ, 3) периодический эпидмониторинг рекомендуется для широкого и постоянного использования на практике в целях современного выявления хронических гастроуденальных заболеваний и ПНВ среди ВИЧ позитивного населения.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Салахиддинов З.С., Махсумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.,
Махсумова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования - изучение особенностей клинических проявлений ВИЧ-ассоциированных гастроудоденальных заболеваний (ВИЧ ХГДЗ) в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Среди репрезентативной выборки ВИЧ инфицированного населения осуществлено эпидемиологическое исследование и изучено клиническое течение ХГДЗ в различных возрастных группах обследованных. ВИЧ инфекция диагностировалась соответственно критериям и по классификации ВОЗ (2006).

Результаты и выводы. Отмечено, что болевой синдром у больных ХГДЗ ВИЧ инфекцией в зависимости от возраста выявляется с увеличением от 39,1 % (в группе лиц 20-29 лет) до 85,0% (в группе 40-49 лет), то есть на 45,9 % или в 2,2 раза ($P < 0,01$). В группе обследованных больных с ХГДЗ 60-69 лет болевой синдром и другие симптомы не отмечены (0,0%). В возрастных группах 20-29 лет, 30-39 и 50-59 лет болевой синдром выявлялся с частотой – 39,1 %, 71,4 % и 80,0% соответственно.

Диспепсические симптомы у обследованных пациентов в связи с возрастом наблюдались с разницей на 56,7 % или в 2,3 раз ($p < 0,01$). Сравнительно высокая выявляемость диспепсических симптомов отмечены среди лиц 50-59 лет (100,0 %), 20-29 лет (60,9%) и 30-39 лет (65,0%); более чем в 2 раза меньшей частотой установлены в возрастной группе 40-49 лет.

Симптомы поражения тонкой кишки у больных ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией встречались в возрасте 20-29 лет - 36,7 %, в 30-39 лет - 44,3 % ($p < 0,05$) и в 40-49 лет - 18,3%. В группе лиц 50-59 и 60-69 лет эти симптомы не наблюдались. Обращает внимание наличие у больных наряду с классическими симптомами ХГДЗ и, явлений поражения толстого кишечника: среди лиц до 30 летнего возраста - у 21,8 %, 30-39 лет - у 21,4%, 40-49 лет - у 11,7 % и в 50-59 лет - у каждого пятого пациента (20,0%).

Симптомы ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши имели более выраженный характер лишь в возрастной группе 20-29 лет обследованных (1,1 %), а в других возрастных группах больных данная патология не обнаружена (0,0%).

В целом, отмечено, что при ХГДЗ у ВИЧ позитивных пациентов наиболее часто в патологический процесс вовлекаются тонкая кишка (в 57,8 % случаев), толстый кишечник (18,9 %), кожные покровы (92,9 %) и органы дыхания с туберкулезом (18,6%).

ҚИШЛОҚ ВРАЧЛИК ПУНКТИ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШ, ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ

Салохиддинов О.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Биз вилоятимизнинг Шахрихон ва Хўжабод туманларида 20000 дан зиёд катта ёшдаги аҳолини артериал гипертония бўйича текширувдан ўтказиб ,бу касаликни кишлоқ врачлик пункти (ҚВП) шароитида барвақт аниқлаш ,даволаш ва олдини олиш мумкинлигини ўргандик.

Бу вазифани бажариш учун аввало аҳоли ўртасида бу касалликнинг келиб чиқиш сабаблари ,унинг белгилари ва асоратлари хақида санитария-маъориф ишларини олиб бориш лозим .Бунинг учун туман газетасида бу касаллик хақида ахборот берилди ,дала шийпонларида ,муассасаларда аҳоли билан давра суҳбатлари ўтказилди.

Иккинчидан ҚВПга мурожаат қилган барча беморларни қандай касаллик бўйича мурожаат қилганлигидан қатъий назар ,уларни барчасини артериал қон босими (АҚБ) ўлчанилади ва ортик чиққанларни рўйхатга олиб, терапевт-шифокорга кўрсатилади .АҚБ ни нафакат врач ,балки ўрта тиббиёт ходимлари ,патронаж ходимлар ҳам ўлчашлари мумкин .Бунинг учун улар билан АҚБ ни тўғри ўлчаш борасида бир неча марта машғулотлар ўтказилди .

АҚБни ўлчашда маълум қодаларга амал қилиш керак .Чунончи АҚБ ни ўлчайдиган шифокор 1-2 йилда бир марта отоларинголог кўривидан ўтиб , кулоғини эшитиш даражасини билиб бориши керак ,чунки бизнинг ўлкада иссиқ фасллар узок булгани туфайли ,терлаш натижасида кулоқ тез қирланиб қолади. Кўпинча бунга эътибор берилмайди.

Врач ва хамширалар ўзлари ишлатаётган тонометрни бир йилда бир марта вилоят марказида жойлашган Давлат стандарт марказида текширувдан ўтказиб ,уни соз ёки носозлигини аниқлатиш лозим ва шарт.Биз текширувларимиз жараёнида тонометрларини носозлигини билмай , АҚБ ўлчаётганларги ҳам дуч келганмиз.

Кейинги шартлардан бири АҚБ ни 5 мм аниқликда ўлчашга ўрганиб колганмиз яъни 125/85, 120/80 мм.сим.уст ва х.к. Ваҳоланки, уни 2мм аниқликда (122/74,126/82) ўлчаган маъқул.Чунки 18 ёш ва ундан катта ёшдаги шахсларда АҚБни меърий юқори чегараси 139/89мм.сим.уст. бўлади, агар АҚБ 140/90мм.сим.уст-га тенг, ёки юқори бўлса ,уни артериал гипертония деб хисоблаймиз. Шу боис АҚБни 2мм .сим.уст.аниқлаш мақсадга мувофиқдир.

ҚВП даги врач –терапевт , ўзига бириктирилган патронаж хамширалар билан биргаликда ҚВП худудидаги катта ёшдаги аҳолини хонадонларига режа асосида ёки чакириқ туфайли борганларида АҚБ ни ўлчайдилар,бунга улар бир йилда 1-2 марта эришишлари мумкин.

Патронаж хамшира АҚБни ортик чиққан шахсни ҚВПга келишини таъминлайди .У ердаги врач беморни обдон текшириб, тўғри ташхисни қўяди ва даво чораларини белгилайди. Патронаж хамшира вақти –вақти билан бу хонадонда бўлиб , беморнинг АҚБини ўлчайди, парhezга риоя қилишининг назорат қилади.

Патронаж ҳамшира оила аъзоларининг ҳам беморни даволашга жалб этади. Оила аъзоларидан бири белгиланган дори билан мунтазам таъминлаб туради, иккинчиси уни парhezини кузатади, учинчиси бемордорисини ўз вақтида ичишини ва АҚБни вақтида ўлчатиб туришини назорат қилади. Бемор оила аъзоларини ва шифокорларни меҳрини кўриб турганлиги туфайли, даволаниш ижобий кечади.

Вақти-вақти билан патронаж ҳамшира АҚБси ортиқ шахсларни ҚВП терапевти назоратидан ўтказиб туради ва унинг тавсияларини бажарилишини кузатиб боради.

Буни биз ҚВП шароитида бу касалликдаги беморларни диспансеризациясининг энг самарали усул деб ҳисоблаймиз

Демак, бу касаллик профилактикасини ўтказишда патронаж ҳамшираларни кенг жалб қилиш мақсадга мувофиқдир.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БУЙИЧА ЎТКАЗИЛГАН ПРОФИЛАКТИК ДАСТУР НАТИЖАЛАРИ

Салоҳиддинов О.

Андижон давлат тиббиёт институти

Юрак, қон-томир касаликлари, айниқса артериал гипертония (АГ) ва юрак ишемик касалиги (ЮИК) аҳоли ўртасида энг кўп тарқалган касаликлардир. Охириги пайтларда бу касалликлардан келиб чиқаётган ўлим ва ногиронлик ортиб бормоқда.

Қишлоқ врачлик пункти (ҚВП) ёки оилавий поликлиника (ОП) шароитида артериал гипертония бўйича профилактик дастурни Андижон вилоятининг Шахрихон туманида олиб борилди. Бу ишларга патронаж ҳамшираларни кенг жалб этилди.

3 йил давомида профилактик дастур амалиётга жорий қилинди. Профилактик дастурнинг самарадорлигини ўрганишда ҳар йил тиббий кўриқда артериал қон босимининг даражасини, қанча шахс даволанишга жалб этилгани, улардан қанчаси яхши натижа билан даволанилаётганлиги аниқланди.

Булардан ташқари, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти (ЖССТ) экспертлари тавсия этган «Охириги нуқталар» деб аталмиш кўрсаткичларни (янги топишган қон босими ортиқ шахслар сони, артериал қон босимини аввалги ва охириги кўрсаткичлари) ҳам текширилди.

Текширишлар натижасида ўзида қон босими ортиқ эканлигини билган беморлар сони 2 марта, даволанишга жалб қилинганлар сони 3,5 марта, мунтазам даволанганлар ичида яхши натижа олганлар сони 9,5 марта ошди.

Умумий ўлим 4,9%дан 4,1% га камайди. 3 йил давомида тажриба туманида миокард инфаркт ва мия инсулти билан оғриганлар ва бу касаликлардан келиб чиқадиган тўсатдан ўлим кузатилмади. Ваҳоланки, тажриба туманида умумий ўлим 4,4%дан 8,5% га ортди, 3 та беморда миокард инфаркти кузатилди ва 4 та бемор миокард инфарктдан вафот этди.

Хулоса қилиб, шуни айтиш мумкинки, ҚВП ёки ОП шароитида артериал гипертониянинг профилактикасини яхши натижалар билан олиб бориш мумкин. Бу ишларда патронаж ҳамширалардан унумли фойдаланиш яхши самара беради. Чунки патронаж ҳамшира врачга нисбатан бемор олдида кўп булади, у хонадонга ташрифида артериал гипертониянидаги беморни қон босимини ўлчаб боради, даволаниш жараёнини кузатиб туради, вақти-вақти билан беморни врач кўригидан ўтказиб, уни тавсияларини бажартириб боради. Биз ўз тажрибаларимизда унга тўла ишонч ҳосил қилдик.

СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ.

Сарбаева Н.К., Усманова М.Б., Муминов Р.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Тревога известна каждому. Многие испытывают ее ежедневно. Тревога – это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире. Тревога является наиболее часто встречающейся из психических расстройств в общемедицинской сети.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей тревожной симптоматики в клинике вегето-сосудистых расстройств. Вегето-сосудистые расстройства сочетаются с коронарной патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний. Согласно данным литературы, тревога возникает в среднем у 28 % больных вегето-сосудистых расстройств. Комбинация этих болезней ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

Результаты исследования. В клинике АГМИ в терапевтическом отделении было обследовано 40 больных, от 30 – 60 лет, из них женщин 18 (45%), мужчин 22 (55%). Среди больных выделены 2 группы: I- группа контрольная в которой 22 человек (13 женщин и 9 мужчин) во время лечения были использованы психотропные средства.

II группа- 18 человек (5 женщин и 13 мужчин) в лечении которых применялось симптоматическое лечение. без включения психотропных средств.

В контрольной группе эффект наблюдался через неделю после применения психотропных средств.

Улучшение состояния во 2 группе наблюдалось лишь после 3 недели (стационарного-1 неделя, амбулаторного – 2 недели) и лишь у 30% (6 больных – 4 женщины и 2 мужчин)

В группе этих больных было отмечено нижеследующие расстройства: часто встречающиеся головные боли, тошнота, рвота, боли в области сердца. Тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, Первые объективные признаки (учащенное дыхание, мышечные напряжения, дрожь и т. п.). Вторые психовегетативные признаки: снижение настроения, сердцебиение, потливость, приступы головокружения, одышка, колебания настроения.

Эта симптоматика возникала при физических и психоэмоциональных нагрузках, при обострении хронических заболеваний.

Все наблюдаемые пациенты обращались к врачам общего профиля, где лечились с вегето-сосудистыми расстройствами. Все больные предъявляли жалобы на плохой сон, повышенную раздражительность, снижения настроения, тревогу, фобии, снижения работоспособности, утрату интересов.

После назначения даже малых доз психотропных препаратов, (антидепрессантов, в частности феварина и транквилизаторов, в частности атаракса) состояние 27 (67,5%) больных улучшилось в первую неделю, исчезли тревога. В связи с этим целесообразно использование психотропных препаратов в терапевтической практике.

Вывод: Психотропные средства в комплексе с симптоматическим лечением более эффективны в лечении вегето-сосудистых расстройств.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Сарсембаев К.Т., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.

**Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Андижанский государственный медицинский институт**

Проблема исследования. Проблема изучения динамики пограничных, прежде всего невротических расстройств, имеет исключительно важное научное и практическое значение в современной психиатрической науке.

Цель исследования. Для решения поставленных задач, нами было проведено клинко-эпидемиологическое исследование популяции больных с невротическими расстройствами, состоящих на учете в психиатрическом диспансере.

Материал и методы исследования. Обследовано 497 больных с невротическими расстройствами. Из них мужчин - 116 (23,3%) и женщин - 381 (76,7%). Срок катамнестического прослеживания составил 15 лет. Для выполнения поставленных задач были применены эпидемиологический, клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, статистический методы исследования. Расчет интенсивных показателей по болезненности проводился в корреляции с соответствующими группами населения города.

Результаты исследования. Совокупность выделенных показателей клинической динамики невротических расстройств, в интервале от манифестного синдрома к формированию невротического развития личности, позволило определить два ведущих типа течения невротических расстройств: регрессиентный и прогрессиентный.

Особенностью регрессиентного типа течения невротических расстройств является, в целом, благоприятная прогностическая его значимость. При данном типе течения заболевания имеется устойчивая тенденция к последовательной редукции симптоматики, отсутствие существенных личностных изменений у пациентов.

Наибольшее значение для формирования регрессиентного типа течения заболевания имеет молодой возраст пациентов, ранняя обращаемость за специализированной медицинской помощью, отсутствие наследственной отягощенности и экзогений в преморбидном периоде, наличие определенных акцентуаций характера (гипертимический тип акцентуации).

В самом же регрессиентном типе течения невротических расстройств выделены два варианта (регрессиентный и затяжной регрессиентный), разделяющиеся между собой, прежде всего, длительностью невротического эпизода и некоторыми особенностями динамики ведущего синдрома.

При анализе факторов, оказывающих влияние на формирование того или иного варианта регрессиентного типа течения невротических расстройств, выявлено значение начального невротического синдрома. При затяжном регрессиентном варианте достоверно чаще в дебюте заболевания наблюдался фобический синдром. В целом, при сопоставлении вариантов регрессиентного типа течения заболевания, выявлена значимость комплекса как биологических, так и социально-демографических факторов, определяющих их специфику.

Прогрессиентный тип течения невротических расстройств имел существенные отличия в динамике и исходах состояний. Данный тип течения невротических расстройств определялся прежде всего комплексом неблагоприятно влияющих факторов, включавшим в себя, прежде всего, наследственную отягощенность (как психическими так и соматическими заболеваниями), экзогении в преморбидном периоде, негативные типы воспитания в раннем детстве, устойчивые и длительные психотравмирующие ситуации, в основном семейно-психологического характера.

Особое значение имело наличие у больных в преморбиде акцентуации характера, за исключением гипертимического типа. Именно, при прогрессиентном типе течения невротических расстройств, фиксировались все случаи формирования невротических развитий личности в обследованной популяции.

Общее количество выявленных невротических развитий личности в общей городской популяции населения составило 0,5 на 1000 населения в возрасте старше 16 лет. Структура невротических развитий личности была представлена истерическим, ипохондрическим, астеническим, эксплозивным, обсессивным типами.

Клинические характеристики проявлений невротических расстройств при прогрессиентном типе течения позволили выделить два варианта данного типа: рецидивирующий и непрерывно-прогрессиентный.

При рецидивирующем варианте прогрессиентного типа течения заболевания динамика невротических расстройств характеризовалась периодическими рецидивами состояний с одновременным усилением клинических проявлений

Непрерывно-прогрессиентный вариант данного типа течения заболевания отличался крайней неблагоприятностью и включал в себя сравнительно быстрое видоизменение основной структуры синдрома, развитие выраженной полиморфности симптоматики, формирование полисиндромности проявлений, и это в конечном итоге приводило к становлению невротического развития личности.

Сопоставление значимости манифестного синдрома внутри вариантов прогрессиентного типа течения

заболевания имело достоверное значение только для фобического синдрома, отличавшегося стабильностью, быстрым усилением симптоматики и формированием обсессивного типа невротического развития личности. Астенический, истерический и депрессивный синдромы сравнительно быстро теряли основную структуру проявлений симптоматики, характеризовались выраженной полиморфностью, приводили к формированию различных вариантов невротического развития личности.

Заключение. Результаты сравнительного анализа влияния биологических и социально-демографических факторов, выявили существенное значение последних для формирования типов и вариантов течения невротических расстройств.

Выявленный комплекс биологических и социально-демографических факторов, оказывающих положительное воздействие на динамику невротических расстройств, может быть использован для разработки и совершенствования профилактических, лечебных и реабилитационных программ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПОВ ТЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Сарсембаев К.Т., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.

**Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность проблемы. Проведенные в последние годы исследования продемонстрировали рост числа больных неврозами с длительным течением и склонностью к формированию невротического развития личности, их социально-профессиональной дезадаптации. Популяционный аспект этих изменений, особенно с учетом факторов, определяющих прогноз заболевания, остается недостаточно разработанным.

Цель исследования. Для решения поставленных задач, нами было проведено клиничко-эпидемиологическое исследование популяции больных с невротическими расстройствами, состоящих на учете в психиатрическом диспансере.

Материал и методы исследования. Данное исследование является результатом клиничко-эпидемиологического обследования городской популяции больных неврозами, которые были катамнестически прослежены на протяжении 15 лет. Всего были обследованы 497 больных с невротическими расстройствами (116 мужчин и 381 женщина). По данным исследования распространенность неврозов в городской популяции составила 2,4 на 1000 населения старше 16 лет (1,2 для мужчин и 3,6 для женщин). В работе использовались клиничский, эпидемиологический, статистический методы исследования. Приводимые результаты исследования статистически достоверны.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа динамики заболевания было выделено два типа течения невротических расстройств. Первый тип - регрессиентный, характеризовался относительной кратковременностью невротических расстройств с последующим купированием симптоматики и отсутствием выраженных признаков развития личности. Второй тип течения - прогрессиентный, характеризовался значительной длительностью расстройств, последовательным усложнением симптоматики и, в ряде случаев, устойчивыми признаками невротического развития личности. Регрессиентный тип течения невротических расстройств наблюдался у 321 больного (64,6%), а прогрессиентный у 176 больных (35,4%).

Проведенный анализ клиничских и социально-преморбидных факторов у больных с невротическими расстройствами позволил выявить их значимость для формирования благоприятного и неблагоприятного прогноза заболевания.

Выводы. Таким образом, критериями благоприятного течения невротических расстройств являются: дебют заболевания с астенического синдрома; отсутствие наследственной отягощенности; раннее начало заболевания в возрасте 16-29 лет; отсутствие экзогений в преморбидном периоде; раннее воспитание в семье с гармоничными взаимоотношениями между членами семьи; наличие у больного до заболевания высшего и среднего специального образования; холостой образ жизни, а у семейных - гармоничные взаимоотношения между супругами; занятость в сфере умственного труда; психотравмирующие ситуации производственного характера; начало специализированного лечения у психиатра на первом году заболевания; отсутствие личностных акцентов или гипертимический тип акцентуации характера.

Неблагоприятному течению невротических расстройств способствовали: дебют заболевания с фобического синдрома; наследственная отягощенность психическими и соматическими заболеваниями; начало невротических нарушений в возрасте старше 40 лет; наличие хронических соматических, инфекционных заболеваний, черепно-мозговых травм у больных в преморбиде; раннее воспитание в семье родителей с деформированными взаимоотношениями; наличие у больных неполного среднего образования; конфликтные взаимоотношения между супругами; производственная деятельность в сфере неквалифицированного физического труда; психотравмирующие ситуации семейно-психологического характера или присоединение хронического соматического заболевания у пациента, либо близких родственников; начало специализированного лечения у психиатра на третьем и более году от начала заболевания; наличие акцентуированных черт характера в преморбиде (за исключением гипертимического).

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИАРЕЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ.

Сахаталиева Р.Р., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на несомненные успехи в профилактике диарейных инфекций, до настоящего времени остаются нерешенными многие вопросы терапии этих заболеваний. В частности, практикующие врачи склонны преувеличивать значение этиотропных средств в ущерб патогенетической терапии. Кроме того, продолжается широкое назначение мультивитаминных препаратов даже в случае отсутствия клинических признаков полигипо- и, тем более, авитаминоза у этой категории пациентов, редко применяются ферментные препараты. Известно, что после перенесенной острой дизентерии полная морфологическая репарация слизистой оболочки кишки и нормализация всех функций организма при средней степени тяжести заболевания наступают не ранее 1–1,5 месяца, а при тяжелой – через 2 и более месяцев.

Материал и методы исследования. Для оценки качества диагностики и лечения в амбулаторных условиях был проведен анализ 295 предоставленных поликлиникой клиники АндГосМИ и центральной городской поликлиники медицинских карт больных. Всего, по данным карт, было произведено 627 лечебных назначений, из них чаще всего применялись пробиотики – 39,87%, энтеросорбенты – 26,79%, ферментные препараты – 21,37%. Доля остальных групп медикаментозных средств составила менее 12%.

Результаты и их обсуждение. Согласно проведенному анализу медицинских карт больных, обратившихся в амбулаторию с жалобами на диарею, всего было зафиксировано 96 различных сопутствующих заболеваний, в том числе у 20 пациентов выявлено 31 заболевание желудочно-кишечного тракта. Чаще всего диагностировались хронический панкреатит (17 случаев), хронический холецистит (8 случаев), хронический гастродуоденит (3 случая) и хронический вирусный гепатит (3 случая).

Выводы:

1. При инвазивном типе диареи ферментные препараты следует назначать не позднее третьего дня от появления симптомов.
2. При осмотической диарее с выраженным метеоризмом следует назначать панкреатические ферменты с высокой протеолитической и низкой амилолитической активностью.
3. При параллельном назначении пробиотиков достаточно минимальных по липазе доз ферментов, так как они обладают собственной ферментативной активностью.

ДИНАМИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Сиддикова У.С., Салохиддинов З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить эпидемиологические данные нестабильной стенокардии.

Материалы и методы исследования. для решения поставленных задач, мы обследовали 35 пациенток с диагнозом ИБС.

Результаты исследования. При предварительном анализе выходные антропометрические (масса тела, индекс массы тела, объем талии и бедер) и гемодинамические (систолическое и диастолическое АД, частота сердечных сокращений, пульс) данные в группе до лечения и после лечения достоверно не отличались ($P > 0,05$). На основании этого можно утверждать, что действие исследованного способа медикаментозной терапии реализовалась на идентичном фоне.

Нами было проведено исследование влияния указанного курса лечения у обследованных больных на морфо-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ) сердца. Так, в исследуемой группе больных отмечалось уменьшение конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ на 8,9%, конечного систолического объема (КСО) - на 20,43%, что привело к увеличению фракции выброса (ФВ) на 8,7% (табл. 1). Вместе с тем, уменьшился размер ЛЖ на 8,04%, толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ на 9,7%, ВТС ЛЖ - на 17,14%, наметилась тенденция к уменьшению толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), что привело к уменьшению индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ на 11,2%.

Таким образом, фармакодинамические эффекты комплексного лечения проявляются, главным образом, в восстановлении сократительной функции ЛЖ, а именно, в уменьшении КСО и КДО, а также повышении ФВ ЛЖ.

Данные обследования больных до и после лечения свидетельствуют о положительном влиянии медикаментозной терапии на показатели липоцитоксинов.

Вывод: анализ терапевтической эффективности предложенной комбинированной терапии показал, что прослеживается отчетливый лечебный эффект в отношении уменьшения степени ремоделирования миокарда, нормализации атерогенных нарушений липидного профиля, а также нейтрализации метаболических нарушений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Сиддикова У.С., Салохиддинов З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить эпидемиологические данные нестабильной стенокардии.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач мы обследовали 35 пациенток с диагнозом ИБС.

Результаты исследования: хотя эти методики позволяют оценить распространение пациентов с ангинозным синдромом в популяции, точный диагноз истинной стенокардии (т.е. болевой синдром в грудной клетке, вызванный изменениями венечных артерий) требует документированного подтверждения ишемии миокарда в связи с ограниченной точностью симптомов - предикторов заболевания венечных артерий.

Несколько исследований в различных когортах больных показало, что ежегодный уровень неосложненной стенокардии составляет около 0,5% у жителей западных стран в возрасте старше 40 лет, хотя географические

колебания очевидны. Например, частота встречаемости стенокардии составила 0,54% в Белфасте (Северная Ирландия) и только 0,26% во Франции. Такая географическая вариабельность также была подтверждена в недавних исследованиях, показывающих, что частота встречаемости стенокардии соответствует уровню смертности от ИБС. В целом, картина может выглядеть так: в большинстве европейских странах каждый год появляется от 20 000 до 40 000 новых больных стенокардией. Распространение стенокардии возрастает с возрастом среди обоих полов. В возрасте 45-54 лет частота встречаемости стенокардии составляет около 2-5%, тогда как в возрасте 65-74 лет - 10-20%.

Распространенность хронической ИБС, однако, значительно больше и обусловлено частым отсутствием болевого синдрома у больных со стабильной или стабилизированной ИБС. Интересно, что распространенность стенокардии на протяжении нескольких десятилетий и в разных странах мира представляется несколько более высокой среди женщин, чем среди мужчин, со средним соотношением 1,2.

Эти данные относятся к оценке только симптомов, тогда как определенный диагноз обструктивного атеросклеротического поражения коронарного русла среди больных стенокардией устанавливается чаще у мужчин, чем у женщин. Действительно, среди больных с загрудинными болями, подозрительными на ишемию миокарда, которым выполняется коронароангиография, 10-30% имеют нормальные или почти нормальные (мало измененные) венечные артерии. 70-80% среди них женщины.

Вывод: некоторые исследования дают основание предполагать, что стенокардия ассоциирует с одинаковым риском развития сердечно-сосудистых событий у мужчин и женщин, однако исследование WISE показало, что риск основных коронарных событий (ВСС, острый ИМ) ниже у женщин со стенокардией без обструктивного поражения венечных артерий.

ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Сиддиков Н., Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вирусный гепатит С является важной проблемой современной гепатологии в связи с массовым распространением, поражением трудоспособного населения, высоким уровнем заболеваемости и хронизации, формированием цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы. По данным ВОЗ, в мире до 500 млн. человек инфицировано HCV.

В настоящее время гепатит С считается одним из главных этиологических факторов формирования неалкогольного жирового поражения печени (НЖПП), включающего в себя весь спектр повреждения органа — от простого стеатоза и стеатогепатита до прогрессирующего фиброза и цирроза. Известно, что цитотоксические вирусы, к которым относится HCV, обладают прямым гепатоцеллюлярным повреждающим действием, что может стать причиной нарушения многих биохимических процессов, протекающих в гепатоците. Повреждение мембран обусловлено нарушением липидного бислоя за счёт вовлечения липидов в процессы перекисного окисления и воздействия на них эндогенных фосфолипаз.

Цель исследования. Изучение нарушения липидного обмена у больных хроническим гепатитом С в период обострения и оценка терапевтической эффективности препарата фосфоглив.

Материалы и методы исследования. Впервые исследован характер нарушений липидного обмена у больных хроническим гепатитом С в период обострения в зависимости от активности воспалительного процесса, генотипа вируса и вирусной нагрузки.

Результаты исследования. У больных хроническим гепатитом С установлено нарушение липидного обмена в период обострения. Оно характеризуется повышением содержания свободных жирных кислот, триглицеридов и общих фосфолипидов, а также снижением общего холестерина. Имеют место нарушения в транспортной системе холестерина: снижается уровень ХС ЛПНП, повышается показатель ХС ЛПОНП при сохраняющемся содержании ХС ЛПВП.

Показатели липопротеидов изменяются пропорционально степени активности воспаления: ЛПНП снижаются, а ХС ЛПОНП и ЛПВП увеличиваются. Каждый генотип HCV сопровождается своим характером нарушения липидного обмена в период обострения. Наиболее значительные изменения имеют место при За генотипе: снижение уровня общего холестерина, повышение содержания триглицеридов и свободных жирных кислот, сдвиги в транспортной системе холестерина. При увеличении вирусной нагрузки снижается уровень ХС ЛПНП и достоверно возрастает содержание общих фосфолипидов.

Выводы. Включение фосфоглива в патогенетическую терапию больных ХГС привело к достоверному сокращению продолжительности и уменьшению выраженности симптомов интоксикации, диспептических явлений, желтушности кожи и слизистых, ускорению нормализации размеров печени. Действие препарата с высокой клинической эффективностью обусловило сокращение сроков активности цитолитического синдрома.

Препарат способствует нормализации липидного обмена у больных ХГС: повышению уровня общего холестерина, снижению содержания СЖК, ТГ, стабилизирует уровни ХС ЛПВП и ХС ЛПОНП, усиливает синтез холестерина ЛПНП. Нормализация показателей липидного обмена может служить критерием адекватности проводимой терапии.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV- ИНФЕКЦИИ

Сиддиков Н., Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. HCV-инфекция является одной из значимых проблем современной медицины. По официальным данным в мире более 180 миллионов человек инфицированы вирусом гепатита С (HCV). В связи с преимущественно скрытым течением, высокой пораженностью отдельных социальных групп и

низкой доступностью противовирусной терапии продолжается стабильный рост числа инфицированных.

Основным проявлением HCV-инфекции является хронический гепатит С (ХГС), который, протекая в скрытой форме десятилетиями, приблизительно в 25% случаев приводит к таким тяжелым состояниям, как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома. Консервативная терапия последних является сложной, дорогостоящей и по сути паллиативной. HCV-инфекция остается одной из основных причин выполнения операций по трансплантации печени.

Цель исследования: Охарактеризовать естественное течение хронической HCV-инфекции на разных стадиях поражения печени а также выявить факторы, определяющие различную скорость прогрессирования заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 533 пациента с хронической HCV-инфекцией. Выборка включала 365 (68%) мужчин и 168 (32%) женщин. Возраст пациентов колебался в пределах 18-60 лет и в среднем составлял 30,6±0,4 лет.

Результаты исследования. Больные проходили стационарное обследование в связи с выявлением маркеров HCV-инфекции (Анти HCV АБ) или HCV РНК. Более чем у 75% процентов маркеры HCV-инфекции были выявлены случайно. Остальные лица самостоятельно обращались за медицинской помощью по поводу ухудшения общего самочувствия. Все обследованные отрицали перенесенный ранее вирусный гепатит и считали себя «практически здоровыми». Из сопутствующей патологии у пациентов исследуемой группы обнаруживались изменения в верхних отделах ЖКТ и панкреато-билиарной зоне, выявляемые на основании УЗИ органов брюшной полости и ФГДС.

Больные острой формой ВГС и ХГС на стадии субкомпенсированного и декомпенсированного цирроза, лица с алкоголизмом и наркоманией, а также больные с сопутствующей эндокринологической, аутоиммунной, онкологической и хирургической патологией в исследование не включались.

Всем больным проводилось измерение роста и веса с последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ) как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах. Пациента с ИМТ, превышающим 30 кг/м² (ожирение первой и более степени) в исследование не включались.

Определение стадии HCV-инфекции у больных проводилось на основании оценки выраженности фиброза в гепатобиоптате в соответствии с IV компонентом индекса Кноделя (Т0 - отсутствие фиброза, - слабый (портальный) фиброз, БЗ - тяжелый (с порто-портальными и порто-центрными септами, без изменения архитектоники печени) и F4 - цирроз. В результате было сформировано четыре группы: Б0 - 189 (35%), - 235 (45%), БЗ - 91 (18%), F4 - 12 (2%).

Выводы. Начало развития фиброза при хронической HCV-инфекции сопровождается стиханием активности патологического процесса, что проявляется снижением относительных значений Т-лимфоцитов, Т-хелперов и ЦТЛ в иммунограмме, исчезновением болезненности края печени и спленомегалии, нормализацией б/х показателей, а также снижением частоты обнаружения липофусциноза, баллонной дистрофии, телец Каунсильмена и белка NS3 в биоптатах печени.

РОЛЬ УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ В ФОРМИРОВАНИИ ГАРМОНИЧНО РАЗВИТОГО ПОКОЛЕНИЯ

Сирождидинова Х.Н., Абдуллаева М.Н.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. Формирование здорового поколения, дальнейшая реализация Программы «Здоровая мать – здоровый ребенок», состояние здоровья женщин и детей, уровень материнской и младенческой заболеваемости имеют большое социально – политическое значение и характеризуют не только медицинскую помощь женщинам и детям, но и состояние системы здравоохранения и общества в целом. Вопросы по улучшению состояния здоровья матери и ряде Государственных программ РУз и согласно поставленным задачам практическое здравоохранение, и ученые-медики вносят свой вклад в выполнение этих программ.

Цель исследования. 1. Повышение медицинской культуры населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, создание здоровой семьи, охраны здоровья матерей и детей, здорового образа жизни. 2. Организация и проведение качественных медицинских осмотров на местах. 3. Оказание высококвалифицированной медицинской помощи детям, девочкам подросткам, женщинам фертильного возраста.

Материал и методы исследования. Проведение тематических бесед, круглых столов, конференций, вечеров вопросов и ответов среди различных групп населения по актуальным вопросам репродуктивного здоровья, охраны материнства и детства, здоровому образу жизни в махаллях, школах, колледжах, лицеях, ВУЗах.

Результаты и их обсуждения. Коренные изменения произошли в первичном звене здравоохранения, особенно в сельской местности. Создана принципиально новая система оказания первичной медицинской санитарной помощи сельскому населению, состоящая из сельской семейной поликлиники (ССП) и территориальных медицинских объединений.

Увеличилось количество посещений в одной СПП в 2 раза, снизилось количество направлений на консультацию к узким специалистам на 33,5%, госпитализацию в стационар на 26,8%, что свидетельствует о возросшем доверии и доступности сельского населения к медицинским услугам, представляемой СПП.

Из анамнеза установлено, что 9,2% во время беременности перенесли грипп, ОРЗ (ангина, тонзиллит, фарингит) для лечения, которых применялись без согласования с врачом, некоторые медикаменты, обладающие тератогенными свойствами, особенно в период формирования органов и функциональных систем.

Трудности в получении убедительного ответа на вопрос о наличии вредного действия медикаментов на человека состоит в том, что лекарство принимают больные беременные и сама болезнь может неблагоприятно воздействовать на развитие эмбриона или способствовать нежелательному воздействию на него принимаемых лекарственных средств. Из обследованных женщин 3,2% проживают в зоне экологического неблагополучия (в зоне

влияния отходов химзаводов и радиационных веществ), а у 7,4% работа связана с выращиванием и обработки табака.

Реализация задач по охране детства и материнства, гармонично развитого поколения, поддержке и расширению грудного вскармливания, пропаганде и организации здорового образа жизни также были вложены в 6 научных проектов и Грантов ГКНТ РУз совместно с Самаркандским отделением АН РУз и ФПФИ АН РУз, выполненных на кафедре неонатологии СамГосМи.

Выводы. Последовательная реализация Государственных программ в области укрепления здоровья матери и ребенка, повышение медицинской культуры семьи, совершенствование лечебно-профилактической работы с активным участием ученых-медиков имеет большое значение в формировании здорового поколения.

ATMOSFERA BOSIMINING O'ZGARISHLARI TA'SIRI BILAN FERTIL YOSHIDAGI AYYOLLARDA TEMIR TANQISLIGI KAMQONLIGINING SHAKLLANISHI XUSUSIYATLARI

Sodikova D.T., Kalandarov D.M., Raubjonov X.M., Ibragimova Z.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Ishning maqsadi – fertil yoshidagi ayyollarda temir tanqisligi kamqonligining (FYOTK) shakllanishiga atmosfera bosimining (AtB) ta'sirini o'rganishdan iborat bo'ldi.

Tekshiruv materiali va usullari. Farg'ona vodiysiing keskin kontinental iqlimiy sharoitida 627 nafar ayollarda FYOTK ni AtB ning o'zgarishlari ta'siri bilan shakllanishi xususiyatlari klinikometeorologik tekshiruv tashkil qilinib o'rganildi. AtB bosimi o'zgarishlari haqidagi ma'lumotlar mahalliy gidrometeoromarkazdan TM 1, TM 12 va TM 15 qayd daftarlaridan nusxalanib olindi. Korrelyatsion taxlil Spirmen usuli bo'yicha amalga oshirildi.

Olingan natijalar tahlili. AtB ning o'zgarishlari ta'sirida FYOTK to 22,8% gacha ko'payish bilan ifodalanadi ($r = +0,96$; $P < 0,001$). Uning kam darajasi AtB ning ≤ 945 mb va $\geq 971-975$ mb (13,2%) darajalariga aksariyat to'g'ri keladi. FYOTK ning engil darajasi AtB ning to 960 mb darajasigacha bo'lgan kun va oylarda qayd qilinmaydi. AtB ning 961-965 mb ko'lamida esa 100,0% aniqlanadi ($r = +0,82$; $P < 0,01$). Uning o'rtacha og'ir darajasi esa AtB ning o'zgarib turishiga bevosita aloqador bo'lib to 28,8% gacha tekshirilgan ayollarda ko'payib aniqlanadi ($r = +0,90$; $P < 0,001$). Bunday korrelyativ bog'lanishlik kamqonlikning og'ir darajasi bilan barometrik bosim ortib borishi o'rtasida ham aniqlanadi. Tasdiqlandiki, FYOTK ning og'ir darajasi AtB ning ≤ 945 mb ga teng darajasida qayd qilinmaydi, uning to $\leq 966-970$ mb gacha ortib tebranib turishlarida esa 26,8% ga etib ko'payish bilan aniqlanadi ($r = +0,84$; $P < 0,01$).

Xulosalar. FYOTK keltirib chiqaruvchi ekologik omillardan biri, keskin-o'zgaruvchan va nobarqaror iqlimiy sharoitda, bu – atmosfera bosimining ortishi va nomaqbul terbanib turishlaridir. Ushbu meteoilmni hisobga olib akusherlik faoliyatini olib borish kontinuumlar xavfini kamaytirib ijobiy natijalarni ko'paytiradi deb xulosa qilishga, ilmiy asoslar paydo bo'ladi.

АНАЛИЗ ПОПУЛЯЦИОННО-ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ УПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. АНДИЖАНА

Содикова Д.Т., Каландаров Д.М., Б.Н. Журабаев, Худоярова Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт,

Осуществлялось одномоментное эпидемиологическое исследование и на репрезентативной выборке женщин 15-49 лет анализировались популяционно-возрастные особенности распространения управляемых факторов риска (УФР).

Наши данные продемонстрировали значительную распространенность УФР во всех возрастных группах у женщин, особенно в возрасте 40-49 лет, в которой процент распространенности УФР достигли на: 21,3 % (низкая физическая активность, $P < 0,05$), 31,7 % (дислипотеидемия, $P < 0,05$), 40 % (артериальная гипертония, $P < 0,05$), 23,4 % (низкий образовательный статус, $P < 0,001$), 53,8 % (избыточная масса тела, $P < 0,001$), 13,8 % (тяжелый физический труд, $P < 0,01$), 6,2 % (плохие жилищные условия, $P < 0,001$), 27,0 % (нарушение гомеостаза микроэлементов, $P < 0,05$), 46,9 % (избыточная масса тела, $P < 0,001$) и 91 % (нарушение питания). Обращает на себя внимание значительная доля женщин с УФР и возрасте 30-39 лет по сравнению с женщинами в младшей возрастной группе (15-19 и 20-29 лет).

Следовательно, несмотря на относительно не высокую распространенность УФР, андижанская женская популяция отличается высокой рискогенностью эпидемиологических условий в отношении неинфекционных патологий, что не только указывает на сложности социальной защиты, но и ставит изучаемую популяцию в ряд рискогенных в отношении развития серьезных осложнений в группе женщин детородного возраста с увеличением континиума.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Солиев Д. К., Солиев К.К, Салиев Ф.А., Усманова У.И.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель. Изучение достижения длительной полной клинической и гематологической ремиссии больных с острыми лейкозами (ОЛ) благодаря умелому применению современной программной полихимиотерапии.

Материалом данного исследования служили 13 больных с острыми лейкозами лимфобластного варианта, в том числе 7-мужского, 6-женского пола, в возрасте от 13 до 22 лет. Лечение больных проведено по протоколу ВАМП, ЦВАМП, СО AP, 5+2, 7+3. и их комбинации.

Результаты. Из 13 больных у 9 (69,2%) удалось получить длительную, полную, клиническую и гематологическую ремиссии, что составляет 69,2%. В том числе 1 (11,2%) продолжает жить 6-5 лет. которому мы

прекратили поддерживающую терапию, как выздоровевшему человеку от лейкоза, у 3-х из 9 (33,3%) длительность ремиссии составляет 3-4 года, у 3 (33,3%) медиана выживаемости составляет 2-3 года, еще у 2 (22,2%) от 1 до 1,5 года. Из 13 у 3-х (23%) больных длительная ремиссия составляет 5-8 месяцев, еще у 1 (7,7%), с недифференцированным вариантом острого лейкоза не удалось достичь длительной ремиссии в связи с этим наступили цитопенические, геморрагические осложнения в виде язвенно-некротического стоматита, септикопиемий, дисбактериоза и несмотря на проведенный усиленный протокол (7-13) в комплексе дезинтоксикационной, антибактериальной терапии, трансфузии тромбоконцентрата, лейкомаксы, плазмы крови и других симптоматических лечебных мероприятий констатирован летальный исход.

9 больным с длительной ремиссией от 1-1,5 до 4 и 6,5 лет проведены подкрепления ремиссии и профилактика нейролейкоза. Среди них, только у 1 больного удалось достичь ремиссии более 5 лет, т.е 6,5 лет, которая многими авторами оценивается как выздоровление, что касается ПИП у пето отменили после 6 лет ремиссии, оставили только метотрекс 2-3 мг/м² один раз в неделю. Обычно после рецидива несмотря на усиленную ПХТ, гемокомпонентную, дезинтоксикационную, антибактериальную и симптоматическую терапию не удается достичь длительной ремиссии, наступают различные осложнения и больные погибают при глубокой цитопении со всеми другими осложнениями.

Заключение. Таким образом полученные нами данные позволяют указать, что принципы терапии острых лейкозов складываются из многоэтапных программированных схем лечения, при строгом соблюдении 3 этапов: это получение индукции ремиссии, подкрепление полученной ремиссии, постоянная поддерживающая полихимиотерапия при которых возможно достичь желаемого эффекта. Выживаемость до 5 лет и более в постремиссионном периоде значительный фактор выздоровления от такого грозного заболевания, каким является острый лимфобластный лейкоз.

СПЛЕНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ ФОНЕ БЕТА - ТАЛАССЕМИИ

Солиев К.К, Кадиров Ж., Солиев Д.К, Салиева М.О., Усманова У.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди наследственных эритроцитопатий одной из наиболее часто встречающихся форм является бета-талассемия заболевания, которое в различных ее вариантах занимает ведущее место среди гемолитических анемий. Работами ряда исследователей доказано, что республики Средней Азии и Закавказья являются эндемическими очагами наследственных эритроцитопатий. По нашим данным в регионе частота наследственных эритроцитопатий составляет 3,71% населения.

Цель и методы исследования: Существующие методы лечения оказались малоэффективными и дают лишь временное улучшение и заболевание постепенно прогрессирует в конечном итоге наступает цирроз печени с ее декомпенсацией и инвалидизацией больного с ухудшением общего состояния, с чем и связана актуальность спленэктомии у больных наследственно обусловленным гемолитическими анемиями, так называемыми гемоглобинопатиями.

Результаты исследования: У нас в гематологической клинике на учете состоит более 550 больных наследственными гемоглобинопатиями. Из них 15 больных бета-талассемией было подвергнута спленэктомии. Возраст больных от 11 до 32 лет. До операции селезенка была увеличена, из-за чего картина цирроза печени в стадии компенсации наблюдается гепатомегалия. Отмечалась выраженная гемолитическая анемия. Средние показатели общего гемоглобина составляли $49,1 \pm 4,4$ г/л, эритроцитов $3,73 \times 10^9$ /л, цветной показатель $0,82 \pm 0,01$. Послеоперационный период прошел без осложнений. В первые 2-3 месяца после операции показатели периферической крови значительно улучшилось $98,2 \pm 5,2$ г/л, эритроциты $3,73 \pm 0,54$, цветной показатель $0,82 \pm 0,01$ при $P < 0,001$, $P < 0,001$ и $P < 0,02$ т.е. статистически достоверны. В шести случаях мы имели 10 и более наблюдения с хорошим исходом. Гемолитический криз стал реже, самочувствие и работоспособность больных значительно улучшились по сравнению с дооперационным периодом.

Вывод: Таким образом, в большинстве случаев при лечении наследственных гемолитических анемий, обусловленных молекулярным дефектами гемоглобина. Спленэктомия может является операцией выбора, поскольку спленомагалия рано и поздно осложниться портальным циррозом печени.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Солиев К.К, Ахмаджонова М, Солиев Д.К, Усманова У.И., Салиева М.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Гемофилия Анаиболее часто встречающаяся форма случаев по сравнению с гемофилией В и С формой, и отличающейся сравнительно тяжелыми клиническими течениями.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 31 гемофильная семья с 43-мя больными. Первые проявления заболевания в возрасте до 1 года 14 (32,6) из 43 больных, от 1 до 2 лет-16 (37,2%), от 3 до 5 лет-9 (21%), от 6 до 10 лет- 2 (4,6%) и у двух больных заболевание протекало в скрытой форме.

Результаты исследования. Больные с кровотечениями из слизистой полости рта и носа составляли 7(16,3%) из 43 с внутрисуставными кровотечениями -16 (37,6%), с подкожными и внутримышечными кровотечениями -16 (37,2%), из мочевыводящих путей-1(2,3%) и желудочно-кишечными кровотечениями -3(6,6%). Из 43 больных у 2-х больных гемофилией с желудочно-кишечными кровотечениями, которые сопровождался профузными и угрожающими жизни больного кровотечениями, резким снижением АД до 60/40 мм.рт ст, гематокрита до 13 об % и ухудшениями общего состояния больного; наступила тошнота, рвота сгустками крови, черный, дегтеобразной стул; общегемостатическая терапия в виде викасол, кальций хлор, эпсилон аминокaproновой кислоты почти не давали эффекта. Немедленно предпринята замещающая терапия недостающего VIII фактора свёртывающей системы крови. Трансфузия криопреципитата 4 -5 дозы и антигемофильный глобулин (АГГ) ежедневно до остановки кровотечения и

вливание одногруппной эритроцитарной массы по показаниям кровотечения, холод на живот и другие экстренные мероприятия.

Выводы. Таким образом, у больных гемофилией А, С с желудочно-кишечными кровотечениями требует неотложной помощи в виде замещающей недостающего в организме больного VIII фактора, - многократной трансфузии криопреципитата, антигемафильного глобулина (АГГ), свеженативной плазмы крови, комбинации с другими гемостатическими препаратами.

ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Солиев К.К., Тожиддинов Х.С., Мирзаахмедова И.З., Юлдашева Н.Э.

Андижанский государственный медицинский институт.

Материалы исследования. Нами было обследовано 80 больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ), из них 18 больных бластным кризом в терминальной стадии находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении клиники АГМИ с 2008 года по 2014 годы.

Результаты исследования. Всем больным ХМЛ бластным кризом в терминальной стадии проводили лечение полихимиотерапией как острого лейкоза. Применяли следующие виды полихимиотерапии. Из 18 больных ХМЛ бластным кризом в терминальной стадии у 9 (50%) больных развился пневмония, у 2 (11,5%) больных осложнился септическим состоянием, у 5 (27%) больных различные гнойные поражение кожи, фурункулы, гнойный отит, некротическая ангина, язвенно-некротическая поражения слизистой оболочки полости рта, у 2 (11,5%) больных наблюдался осложнения со стороны ЖКТ виде токсического энтерита, диареей. Для предотвращения осложнений со стороны органов дыхания больным профилактически назначали антибиотики, иммуномодуляторы, плазматерапия, иммуноглобулин и санация полости рта. К факторам, усиливающим риск развития инфекции, относится глубина и длительность гранулоцитопении. При цитопении назначали ежедневно дексаметазон 12мг/сут. в среднем от 3 до 7 дней, иммуномодулин 0,01% 1мл внутримышечно ежедневно в течении 10 дней.

Выводы. Таким образом у больных с хроническим миелолейкозом бластным кризом в терминальной стадии имеется нарушения иммунного статуса связанное течением самого лейкозного процесса у не вылеченных больных и под влиянием применяемых цитостатических препаратов, особенно антимаболитов. При нейтропении: снижение лейкоцитов ниже 1000 в 1 мкл необходимо начинать антибиотикотерапию с целью профилактики вторичной инфекции на фоне цитостатической терапии. При длительном лечении антибиотиками продолжающейся лихорадкой необходимо подключить к терапии противогрибковые, в последующем противовирусные, дезинтоксикационные препараты.

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕЙКОЗА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЛИМФОБЛАСТНЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Солиев К. К., Сотволдиев Б.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахובה Н.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Материалы методы: Среди больных острыми лимфобластными лейкозами (ОЛЛ) поступившие к нам в гематологическое отделения клиники АГМИ из 21 у 8 больных были клинические признаки нейролейкоза, которые были подтверждены кроме клиники, наличие лимфобласты в эндоллюмбальной жидкости полученной путем пункцией спинномозговой жидкости. Возраст больных колебался то 14 до 21 лет.

Результаты исследования : все 8 больных ОЛЛ осложненные нейролейкозом оказались лейкемическим вариантом, проводили полихимиотерапии в зависимости от индивидуальной чувствительности и эндоллюмбальное введение по 12,5 мг метотрексата, гемакомпонентное и другие симптоматические лечения.

Одним из ведущих симптомов нейролейкоза является, сильные упорные внутричерепные боли, цитоз в эндоллюмбальной жидкости и все токсические явления ОЛЛ и связанные с ними клинические симптомы.

Высокая температура тела, сильные головные боли, слабости, сердцебиение, тошноты, рвоты и другие клинические симптомы удалось снять обычно при первом курсе, редко при втором курсе лечения.

Клинические и гематологические полная ремиссии обычно достигали к концу полихимиотерапии в комплексе с другими лечениями (гемакомпонентная, антигеморрагические, против инфекции).

После достигнутой клинической и гематологической ремиссии для подкрепления полученной ремиссии и профилактики нейролейкоза, мы проводили в течение 17 дней 5-и кратное эндоллюмбальное введение по 12,5 мг метотрексата и одновременно облучения головы 2400 рад с экранированием глазной и спинномозговой части головы.

При таком режиме лечения у 6 из 8 больных нам удалось получить ремиссии 3-5 и более лет полной ремиссии. Затем больных переводили на постоянную поддерживающую полихимиотерапию в зависимости от того, какая программная лечения оказалось эффективным в каждом случаи индивидуально. Только у одного больного которые к нам поступил запоздалой диагностикой осложненной нейролейкозом в терминальной стадии ОЛЛ, не удалось спасти жизни больного.

Выводы. Таким образом, правильно подобранной программной полихимиотерапией в комплексе с другими лечениями легко достигнуть клинической и гематологической ремиссии и профилактики нейролейкоза, снять внутричерепных головных болей и других токсических явлений ОЛЛ.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЛИМФОБЛАСТНЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Солиев К.К., Солиев Д.К., Якуббекова М.К., Мирзаахмедова И.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучив достижения длительной полной клинической и гематологической ремиссии больных с острыми лейкозами (ОЛ) благодаря умелому применению современной программной полихимиотерапии.

Материалом данного исследования служили 13 больных с острыми лейкозами лимфобластного варианта, в том числе 7-мужского, 6-женского пола, в возрасте от 13 до 22 лет. Лечение больных проведено по протоколу ВАМП, ЦВАМП, СОАР, 5+2, 7+3. ищи jm их комбинации.

Результаты. Из 13 больных у 9 (69,2%) удалось получить длительную, полную, клиническую и гематологическую ремиссии, что составляет 69,2%. В том числе 1 (11,2%) продолжает жить 6-5 лет, которому мы прекратили поддерживающую icranpo (I IT) как выздоровевшему человеку от лейкоза, у 3 из 9 (33,3%) длительность ремиссии составляет 3-4 года, у 3 (33,3%) медиана выживаемости составляет 2-3 года, еще у 2 (22,2%) о г 1 до 1,5 года. Из 13 у 3-х (23%) больных длительная ремиссия, составляет 5-8 месяцев, еще у 1 (7,7%), с недифференцированным вариантом острого лейкоза не удалось достичь длительной ремиссии в связи с этим наступили цитопенические, геморрагические осложнения в виде язвенно-некротического стоматита, септикопиемии, дизбактериоза и несмотря на проведенный усиленный протокол (7±3) в комплексе дезинтоксикационной, антибактериальной терапии, трансфузии тромбоконцентрата, лейкомаcсы, плазмы крови и других симптоматических лечебных мероприятий, констатирован летальный исход.

9 больным с длительной ремиссией от 1-1,5 до 4 и 6,5 лет проведены подкрепления ремиссии и профилактика нейрорлейкоза. Среди них только у 1 больного удалось достичь ремиссию более 5 лет, т.е 6,5 лет, которая многими авторами оценивается как выздоровление, что касается ПИП у отменили после 6 лет ремиссии, оставили только 2-3 мг/м один раз в неделю. Обычно после рецидива несмотря на усиленную ПХТ, гемокомпонентную, дезинтоксикационную, антибактериальную и симптоматическую терапию, не удается достичь длительной ремиссии, наступают различные осложнения и больные погибают при глубокой цитопении со всеми другими осложнениями.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные позволяют указать, что принципы терапии острых лейкозов складываются из многоэтапных программированных схем лечения, при строгом соблюдении 3 этапов: это получение индукции ремиссии, подкрепление полученной ремиссии, постоянная поддерживающая полихимиотерапии, при которых возможно достичь желаемого эффекта. Выживаемость до 5 лет и более в постремиссионном периоде значителен фактор выздоровления от такого грозного заболевания, каким является острый лимфобластный лейкоз.

ХРОНИЧЕСКОЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ ГЕМОЦИТОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Солиев К.К., Якуббекова М.А., Сотволдиев Б.М., Абдувахопова Н.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Хронический миелолейкоз в терминальной стадии гемоцитопеническим синдромом протекает с тяжёлыми осложнениями. У больных с хроническим миелолейкозом с бластным кризом в терминальной стадии имеется нарушения иммунного статуса связанное с течением самого лейкозного процесса. У не вылеченных больных и под влиянием применяемых цитостатических препаратов.

Материал исследования. Нами было обследовано 82 больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ), из них 18 больных бластным кризом в терминальной стадии находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении клиники Андижанский государственных медицинский институт с 1998 года по 2004 годы.

Результаты исследования. Всем больным ХМЛ бластным кризом в терминальной стадии проводили лечение полихимиотерапией как острого лейкоза. Применяли следующие виды полихимиотерапии ВАМП, ЦВАМП, 5+2, ЦОАП. Из 18 больных ХМЛ бластным кризом в терминальной стадии у 9 (50%) больных развился пневмония, у 2 (11,5%) больных осложнился септическим состоянием, у 5 (27%) больных различные гнойные поражение кожи, фурункулы, гнойный отит, некротическая ангина, язвенно-некротические поражения слизистой оболочки полости рта, у 2 (11,5%) больных наблюдался осложнения со стороны ЖКТ виде токсического энтерита, диареей. Для предотвращения осложнений со стороны органов дыхания больным профилактически назначали антибиотики, иммуномодуляторы, плазматерапия, иммуноглобулин и санация полости рта. К факторам, усиливающим риск развития инфекции, относятся глубина и длительность гранулоцитопении. При цитопении назначали граноцит по 150 мкг (19,2 млн. МЕ)/м² под кожно ежедневно в среднем от 3 до 7 дней, иммуномодулин 0,01% 1 мл внутримышечно ежедневно, в течении 10 дней.

Выводы. Таким образом у больных с хроническим миелолейкозом бластным кризом в терминальной стадии имеется нарушения иммунного статуса связанное течение самого лейкозного процесса у не вылеченных больных и под влиянием применяемых цитостатических препаратов, особенно антимаболитов. При нейтропении: снижение лейкоцитов ниже 1000 в 1 мкл необходимо начинать антибиотикотерапию с целью профилактики вторичной инфекции на фоне цитостатической терапии. При длительном лечении антибиотиками продолжающейся лихорадкой необходимо подключить к терапии противогрибковые, в последующем противовирусные препараты.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА ТРОМБОГЕМОРАГИК СИНДРОМ

Солижонов Ш., Юлдашев Я.М.

Андижон давлат тиббиёт интитути

Маълумки, ўткир ичак инфекцияларида гемостазиинг бузилиши аҳамиятли бўлиб, геморрагик синдромнинг ривожланишига асос ҳисобланади. Ўткир дизентерия, сальмонеллез, овқат токсикоинфекцияларда бактериялар ажратган эндотоксинларни гемостазга салбий таъсири, организмнинг сувсизланиши эса қонни реологик хусусиятини бузилиши тромбогеморрагик синдром келиб чиқишига, яъни қоннинг гемокоагулятив хусусияти

бузилади, касалликнинг оғир шаклларида эса асорат сифатида кучли геморрагик синдром касалликнинг якуини белгилаб қўяди.

Шуларни ҳисобга олиб ўткир ичак инфекция билан касалланган беморларида тромбогеморрагик ўзгаришни аниқлашни мақсад қилиб қўйдик.

Текширув усуллари: бизни кузатувимизда 24 ёшдан 49 ёшгача бўлган 48 нафар ўткир ичак инфекцияси билан касалланганлар бўлиб, булардан 26 нафари ўткир дизентерия, 22 нафари ўткир гатроэнтерит алиментар этиологияли ташхиси билан юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилган бўлиб, беморларни 29 нафарида ўрта оғир, 19 нафарида оғир кечган. Ташхис эпидемиологик, клиник ва таҳлилий усуллар билан тасдиқланган. Қон ивиш тизимини- тромбогеморрагик синдромни ўрганиш учун тромбоэластограф (ТЭГ) кўрсаткич (қон ивиш вақти - P, умумий қон ивиш вақти – P+K, коагуляция индекси – Сі, ивиш эластиклиги - ME) ларини аниқлаш билан амалга оширдик. Текширилган беморларда касаллик авж олган даврда ТЭГ кўрсаткичлари - қон ивиш вақти - P, умумий қон ивиш вақти – P+K, коагуляция индекси – Сі, ивиш эластиклиги – ME гипокоагуляцияни кўрсатувчи белгилар касаллик оғирлик даражасига мос равишда ортанлигини аниқладик. Беморларга ўз вақтида ўтказилган регидратацион ва дезинтоксикацион даво ўрта оғир даражада кечган беморлар гуруҳида юқоридаги ТЭГ кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатиб меъёрга яқинлашган, оғир шаклда кечган беморлар гуруҳида тромбогеморрагик синдром белгилари секинлик билан меъёрига келган. Оғир кечган беморларга геморрагия асоратининг олдини олиш мақсадида гемостатик препаратлар профилактик мақсадида даволашда қўшимча қўлланилган ва беморларда асорат кузатилмаган.

Хулоса: Шундай қилиб, ўткир ичак инфекцияларда оғирлик даражасига мос равишда гемостазда гипокоагуляция белгилари аниқланди, ўтказилган дезинтоксикацион ва регидратацион даво бу кўрсаткичларга ижобий таъсир кўрсатди. Ўткир ичак инфекциялари оғир шаклда кечганда тромбогеморрагик синдромни ҳисобга олиб гемостатик препаратларни қон кетишни олдини олиш мақсадида даволашда қўллаш керак деган, тавсияни берамиз.

ШИФОХОНА ИЧКИ ИНФЕКЦИЯ МУАММОЛАРИ.

Солижонов Ш., Юлдашев Я.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Бутун дунёда шифохонадаги инфекция тарқалишининг олдини олиш, тиббий, ижтимоий ҳамда иқтисодий нуқтаи назардан соғлиқни сақлашдаги долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, охириги 10 йил ичида касалхона ичидаги инфекция тарқалиш ҳоллари бирмунча кўпроқ кузатилмоқда.

Олимлар маълумотига кўра, шифохонадаги инфекция билан касалланган беморлар йил давомида стационарларда даволанганлар сонининг 10% ни ташкил қилиб, шулардан 2% га яқин бемор ҳаёти ўлим билан тугайди. Бундай беморларнинг даволашга кетган харажат ҳар йили 10 млн. доллардан ошмоқда. Касалхонадаги инфекциянинг тарқалишига сабаб бўладиган омиллар қуйидагилардир:

- санчиб, тешиб, шикастлаб ўтказиладиган янги ташхисот ва даволовчи муолажаларни заруратдан ортикча кенг қўллаш ;

- иммунитетга салбий таъсир кўрсатиб уни сусайтирувчи дори воситаларини (иммунодепрессантларни) қўллаш;

- микроорганизмларнинг чидамли штаммлари пайдо бўлишига сабаб бўлувчи антибиотикларни зарурати бўлмаса ҳам кенг қўллаш.

Бундан ташқари, шифохонада ётқизилган кекса, заифлашган беморлар, тузалмайдиган касаллик билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши ҳам шу омиллар сирасига киради. Ҳозир ҳам олдиндан маълум бўлган омиллар билан (даволаш муассасасининг санитар ҳолати, беморлар ва ходимларнинг гигиеник маданияти, дезинфекция ва стерилизация чораларининг салбий таъсири, ошхона, кирхона ва сув таъминотининг, сув-оқава ҳолати) ҳисоблашишга тўғри келади. Шифохонадаги инфекция тарқалишининг олдини олишда ҳамширалар муҳим роль ўйнайди.

Ҳозирги кунда махсус вирус - орттирилган иммунитет танқислиги вируси (ОИТВ) келтириб чиқараётган синдром эпидемияси инфекция назорати билан шуғулланувчи ҳамширалар олдида бу ва бошқа инфекциялар тарқалишининг олдини олиш, изоляция тизимини ишлаб чиқиш масаласини кўндаланг қилиб қўйди.

Шифохонамиздаги кейинги йилларда ўтказилган текширувларда касалхона бўлимларида асосан S.aureus, Pr. Mirabilis, Pr. Vulgaris, Klebsiella, шартли патоген ичак таёқчалар ажратиб олинган. Энг кўп бактериялар аниқланиш реанимация ва болалар бўлимида кузатилган. Аниқланган бактерияларни антибиотикларга сезирлиги ўрганилганда цефтриаксон, сефаток, канамицин, гентамицинга ижобий бўлган.

Шундай қилиб шифохона бўлимларида касалхона ички инфекциянинг олдини олиш мақсадида мунтазам бактериологик текширувларни ўтказиб турилиши мақсадга мувофиқ бўлади, ички инфекция камайишига олиб келади, деб ҳисоблаймиз.

СУРУНҚАЛИ ПАРЕНТЕРАЛ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРНИ ДАВОЛАШДА ПАРҲЕЗ ТАОМЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Солижонов Ш., Юлдашев Я.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Сурунқали парентерал вирусли гепатитларни даволаш муаммолари тўла ҳал қилинмаганлиги бу касалликларни даволашда патогенетик даво билан бирга беморларга парҳез таомлар буюришнинг аҳамияти бекиёсдир. Жигар касалликларида ҳам парҳез таомлар беморларни даволашнинг таркибий қисми бўлиб, жигарни фаолиятини тиклашга

ёрдам беради. Организмнинг озикланиши асосий жараёнлари - ҳазм бўлиш, сўрилиш ва ўзлаштириш асосан жигар касалликларида фақат маҳаллий эмас, балки организмда умумий модда алмашинуви жараёнларининг бузилиши ҳам кузатилади. Парҳез - даволаш мана шу бузилишларни чеклашга қаратилган бўлиши лозим. Таомнинг қуввати 2000-2200 ккал; иссиқ овқатлар ҳарорати 57-65°C, совуқ таомларники эса 15°C дан паст бўлмаслигига эътибор берилади. Бу касалликда дудланган, консерваланган, тузланган, аччиқ, мол ёғи, клетчаткали сабзавот-мевалар, гўштили бульонлар, кофе, какао, спиртли ва газли ичимликларни истеъмол қилиш ман этилади. Сурункали вирусли гепатитларни даволашда:

1) Нон ва ун махсулотлари: биринчи, иккинчи навли ундан тайёрланган нонлар. Тайёрлангандан сўнг бир сутка ўтказилиб истеъмолга тавсия этилади. Печенье, куруқ бисквит, пирожкилар ҳам шулар жумласига қиради. Сабзавотли мастава, димлама, овқатга қўшиш учун бир донадан тухум, сут ва сутли овқатлар, қуюлтирилган сут, катик, творог, ряженка, сметана. Сарик ёғ, рафинирланган кунгабоқар ёғи, пахта ёғи, зайтун ёғидан тайёрланган овқатлар.

2) Укроп, петрушка, кашнич, жамбил қўшилган мол гўшти, товук гўшtidан тайёрланган карам баргли, узум баргли димламалар, димлама ош.

3) Мураббо, асал, мармелад, шоколадсиз кандлар озроқ миқдорда ва табиий шарбатлар тавсия этилади.

4) Организмга тушадиган суюқлик миқдори албатта суткалик диурезни ҳисобга олган ҳолда бир кеча кундузда 2,5-3,0 литрни ташкил қилиши керак (газсиз маъданли сув, чай, компот, табиий шарбат).

Ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлиги "Диетология илмий марказида" турли миллий овқатларни парҳез таомлар сифатида қўллаш учун янги технологик услублар ишлаб чиқилмоқда. Ҳозирда мавжуд 1992 йил Ибн Сино номли наشريётида босмадан чиқарилган "Сборник рецептов блюд кулинарных изделий народов Узбекистана для диетического питания" китобидан фойдаланишни тавсия этамиз. Парҳез таомларни истеъмол қилишнинг давомийлиги беморнинг ҳолати тахлили кўрсаткичларга қараб белгиланади, беморнинг ҳолати яхшиланганда, парҳез таомлар кенгайтирилади, аммо бутунлай воз кечилмайди, чунки жигарнинг тўла тузалиши йиллар давомида бўлади.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЖНЫХ ЛЕЙШМАНИОЗОВ В УЗБЕКИСТАНЕ

Сувонкулов У.Т., Муратов Т.И.

Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева

В мире 350 миллионов человек живут в зонах эндемичных по лейшманиозам, из них около 12 миллионов человек ежегодно заражаются лейшманиозами, 50 тысяч случаев заканчиваются летальным исходом. Узбекистан так же является территорией эндемичной по лейшманиозам. Ежегодно на территории Республики регистрируется от 500 до 800 новых случаев заражения. На территории Республики встречается два вида кожного лейшманиоза: антропонозный (*L.tropica*) и зоонозный (*L.major*) кожные лейшманиозы, клиническая картина протекает с образованием длительно незаживающих язв, оба заболевания имеют специфического переносчика, возбудителя и резервуар. В последние годы частота заболевания не имеет тенденции к снижению. Интенсивное развитие производства и нефтегазовых разработок активизировало трудовую миграцию не иммунного населения в эндемичных территориях, что в свою очередь привело к изменению этиологии возбудителя на этих территориях.

Цель: Определение видовой принадлежности возбудителей кожных лейшманиозов, с применением современных молекулярно-биологических методов диагностики.

Методы и результаты исследования: В НИИ медицинской паразитологии имени Л.М.Исаева исследовано 67 образцов взятых от больных кожным лейшманиозом. Методами ITS-1 и RFLP, из них положительными оказались 60, что соответствует 89%. Распределение положительных образцов по областям было следующим: г. Джизак – 41 (68%) образцов, Сурхандарьинская область – 2 (3.3%), Самаркандская область – 11 (18%), Кашкардарьинская область – 6 (10%).

Для определения видовой принадлежности выделенной и амплифицированной ДНК был проведен 2-й этап ПЦР-исследования (RFLP). Из 37 образцов были идентифицированы 25 (67,5%). В 2-х (5,4%) образцах (из Сурхандарьинской области) было подтверждено наличие специфической ДНК *L. major* – возбудителя зоонозного кожного лейшманиоза. В остальных случаях ДНК соответствовала *L. tropica* - возбудителя антропонозного кожного лейшманиоза.

Вывод: Результаты исследования свидетельствуют о преобладании возбудителя антропонозного кожного лейшманиоза, в зонах ранее считавшимися эндемичными по зоонозному кожному лейшманиозу. Следовательно, на данных территориях необходимо проводить противоэпидемиологические меры так же против антропонозного кожного лейшманиоза, что в свою очередь должно содействовать активному выявлению больных, борьбы с переносчиками, а также проведению дератизационных мероприятий.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ.

Сувонкулов У.Т., Ачилова О.Д., Муратов Т.И.

Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева

Проблема лямблиоза является одной из наиболее актуальных в детском возрасте. По данным ВОЗ его распространенность в детской популяции составляет примерно 20% в мире. В Узбекистане в 2016 году зарегистрировано 253 515 случаев обнаружены кишечных паразитозов, из них у 9 380 (3,7%), обследованных копроскопическим методом был выявлен лямблиоз. При этом распространенность лямблиоза среди детского населения в 4–8 раз превышает таковую у взрослых. Особенность лямблиоза у детей во многом обусловлена тем, что его клинические проявления часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологическими,

аллергологическими и дерматологическими патологиями, что в свою очередь осложняет своевременную диагностику и лечение.

Цель: Сравнительная оценка эффективности копроскопического метода с иммунологическими и молекулярно-биологическими методами (ПЦР) для диагностики лямблиоза.

Материалы и методы исследования: На базе клиники НИИ медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева нами было обследовано 308 детей в возрасте от 4 до 17 лет, из них 172 (55,8 %) девочек и 136 (44,2%) мальчиков. В ходе исследования были выбраны следующие методы диагностики: трехкратная копроскопия с окраской 1% раствором Люголя, определения антител к лямблиям в крови методом ИФА, определения антигена лямблий в кале методом ИФА, определения ДНК лямблий в кале методом ПЦР. У 160 детей диагностирован лямблиоз (53,3%). Сравнительная оценка информативности методов диагностики лямблиоза показала, что чувствительность копроскопии составляет 60,1%, ПЦР – 78,8%, ИФА кала – 23,5%, ИФА крови – 36,5%. На фоне лямблиоза отмечено повышение IL-8, IL-10 в СО ДПК, выявлен дисбаланс противовоспалительных цитокинов, соотношение IL-10/IFN- γ . Достаточно высокую чувствительность и специфичность показал метод ПЦР: 78,8% и 88,8% соответственно. Прогностическая значимость положительного результата данного метода составила 95,3%, отрицательного – 59,2%. Метод ИФА крови продемонстрировал высокую специфичность – 93,5%, но низкую чувствительность – 36,5%. Прогностическая значимость положительного результата составила 97%, отрицательного – 22%. Сходные с предыдущим методом данные получены при проведении ИФА кала: специфичность – 93,5%, чувствительность – 20,4%. Прогностическая значимость положительного результата составила 83%, отрицательного – 42,6%. Как видно из выше указанных данных, наиболее точными методами обнаружения лямблий является, метод трех кратной копроскопии с окраской Люголем в комплексе с ПЦР копрофильтратом на лямблии. ИФА копрофильтрата и ИФА крови обладают высокой специфичностью, но низкой чувствительностью.

Вывод: Таким образом эффективность диагностики лямблиоза повышается при комплексном применении трех кратной копроскопии кала с окраской Люголя и ПЦР копрофильтрата.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НА ECHINOCOCCUS GRANULOSUS

Сувонкулов У.Т., Шамсиев Ж.А., Мамедов А.Н., Давидян Т.В.

Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии имени Л.М.Исаева, Самаркандский государственный медицинский институт

Цистный эхинококкоз является одной из актуальных медицинских проблем в мире. Так как Узбекистан находится в одном из эндемичных по эхинококкозу региона в мире, ежегодно заболевание наносит ощутимый урон здоровью населения и экономике республики.

Вследствие отсутствия специфических клинических признаков, эхинококкоз чаще диагностируется при случайном ультразвуковом или рентгенологическом обследовании больных по поводу других патологий. Из-за поздней диагностики, большинство пациентов нуждаются в оперативном вмешательстве. Диагностика на ранней стадии эхинококкоза даёт возможность своевременно начать консервативное лечение и избежать хирургического вмешательства.

Цель исследования: изучить эффективность ультразвукового обследования населения на цистный эхинококкоз в Самаркандской области.

Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 3740 жителей Пайарыкского района Самаркандской области, в возрасте от 6 лет и старше. Интенсивный показатель по цистному эхинококкозу в данном районе был выше, чем в других районах Самаркандской области и составил 5,5 на 100,000 населения. В качестве метода обследования использовано ультразвуковая сонография.

Результаты исследования: В результате проведённого обследования были выявлены 17(0,45%) больных с цистным эхинококкозом. Из них изолированное поражение печени диагностировано у 11(0,29%), сочетанное поражение селезёнки и печени у 3(0,08%) и 1(0,03%) с локализацией в поджелудочной железе. Размеры кист от 0,7x1,2 см до 5,5x6,3 см. Все 17 больных на момент обследования считали себя здоровыми и жалоб не предъявляли.

Выводы: Таким образом, плановое скрининговое обследование населения в регионах с высоким интенсивным показателем заболеваемости цистного эхинококкоза с помощью метода ультразвуковой сонографии, способствует раннему выявлению заболевания и проведению своевременного консервативного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ECHINOCOCCUS GRANULOSUS.

Сувонкулов У.Т., Садиков З.Ю.

Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии имени Л.М.Исаева

Актуальность проблемы: Цистный эхинококкоз является одним из наиболее опасных зооантропогельминтозов. Это заболевание характеризуется длительным хроническим течением, тяжелыми органическими и системными нарушениями, обширностью поражения, приводящими к инвалидности и нередко – к гибели больного. Узбекистан является одним из эндемичных регионов по цистному эхинококкозу. Согласно статистическим данным ежегодно в Узбекистане регистрируется 800-1000 новых случаев заболевания.

В настоящее время для серологической диагностики цистного эхинококкоза у людей используются различные коммерческие наборы для выявления иммуноглобулинов класса G к антигенам цистного эхинококкоза в сыворотке (плазме) крови, производимые за рубежом. Однако в данных наборах в качестве диагностикума используется антиген, выделенный из паразитарной кисты в регионе производителя. Данное условие может снизить чувствительность и специфичность исследования в других странах и регионах со свойственными им климато-географическими условиями.

Цель: Оценка эффективности серологических методов диагностики цистного эхинококкоза у людей методом ELISA.

Материалы и методы исследования: В НИИ Медицинской паразитологии имени Л.М.Исаева в 2016 году с помощью ELISA метода были исследованы сыворотки 100 пациентов с цистным эхинококкозом. В исследовании был применен эхинококковый антиген, выделенный нами из цистных жидкостей больных овец.

Результаты исследования: В результате из 100 обследованных больных, наличие кист у которых была подтверждена методами визуализации (УЗИ, рентгенография), в том числе и интраоперационно, положительными на наличие антител оказались 74 (чувствительность-74%). Специфичность метода определена у 250 людей не страдающих эхинококкозом и составила 89,2%.

Вывод: Используемый нами метод постановки ELISA для диагностики цистного эхинококкоза у людей, при котором используется антиген, выделенный из цистных жидкостей местных овец, может быть рекомендован для ранней комплексной диагностики цистного эхинококкоза.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН.

Сулайманова С.Э., Рахимова Х.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. От ишемических болезней сердца (ИБС) умирает одна из четырех женщин, 23% женщин умирают в течение одного года после инфаркта миокарда (ИМ) и 46% женщин являются инвалидами из-за сердечной недостаточности, развивающейся в течение шести лет после перенесенного ИМ. Общеизвестны факторы риска ИБС, которые имеют значение в развитии заболевания у женщин.

Цель. Изучение проблем диагностики и профилактики ИБС у молодых женщин.

Материалы и методы: Изучили некоторые факторы риска, которые являются уникальными для женщин, учитывая их репродуктивный статус, в частности, прием оральных контрацептивов, менопауза, метаболические нарушения при беременности и родах, позднее наступление беременности, искусственное прерывание беременности и отягощенный гинекологический анамнез, курение, АД.

Обсуждение: Повышенный уровень АД (>140/90 мм рт.ст.) у молодых женщин встречается значительно реже. Ожирение - чем выше индекс массы тела, тем выше смертность от сердечно-сосудистого заболевания. Женщины с абдоминальным типом ожирения (андроморфы) достоверно чаще переносят инфаркт миокарда, инсульты и умирают внезапно, нежели женщины с ожирением по женскому типу (гинекоморфы) либо с нормальной массой тела. У женщин моложе 45 лет жаловавшихся на боль в груди ангиографически выраженная коронарная болезнь была обнаружена у 29% женщин. Наиболее частыми кардиологическими факторами риска были: наличие в анамнезе ранней ИБС у родителей – 67%, курение – 55% и дислипидемия – 55%. Было изучено почти 122000 женщин в возрасте от 30 до 55 лет и обнаружено, что у женщин, родители которых имели в анамнезе ИМ в возрасте до 60 лет, риск летальной ИБС в 5 раз выше, чем в целом в популяции. Курение, по данным Фрамингемского исследования, является одним из главных факторов риска ИБС в постменопаузе. Женщины младших возрастных групп более чувствительны к действию курения. Риск фатальных сердечно-сосудистых событий напрямую зависит от числа выкуренных сигарет. Было доказано, что смертность от инфаркта миокарда и стенокардии у женщин связана с количеством выкуриваемых в день сигарет. Выкуривание 4 сигарет в день увеличивает относительный риск (ОР) летальных исходов от ИБС и нелетального инфаркта миокарда в 2,4 раза. Исследования показали, что прекращение курения может снизить до нормы ОР ИБС уже через 2 года. Нарушение липидного обмена Гиперхолестеринемия (ГХС) является значимым фактором риска ИБС для пациентов обоего пола, при этом риск развития ИБС нарастает параллельно с увеличением концентрации холестерина (ХС) в крови. При содержании холестерина в крови более 6,76 ммоль/л заболеваемость ИБС и развитие ИМ превышают в 4 – 5 раз уровень заболеваемости в группе лиц с нормальным уровнем холестерина. Однако рост концентрации ХС в сыворотке крови больше влияет на возникновение ИБС у 35-летних по сравнению с 65-летними. Уровни холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) у мужчин и женщин молодого возраста значительно различаются. У женщин до 60 лет концентрация ХС ЛПВП в среднем на 0,26-0,39 ммоль/л выше, чем у мужчин. Среди факторов, с возрастом влияющих на снижение уровня ХС ЛПВП у женщин, самым значительным оказалась гормональная перестройка в периоде менопаузы. Комбинированные ОК оказывают многонаправленное действие на липидный профиль, метаболизм углерода, сосудистый гемостаз и уровень АД. Риск развития ИМ, по некоторым данным, также зависит от поколения контрацептивов. По сравнению с женщинами, не применявшими ОК, относительный риск ИМ при приеме оральных контрацептивов третьего поколения, составлял 0,82, тогда как при приеме ОК второго поколения – 2,35. Эти результаты предполагают, что использование современных ОК связано с увеличением риска развития ИМ. Сильная взаимосвязь наблюдается между одновременным использованием ОК и курением относительно увеличения риска ИБС, особенно у женщин старше 35 лет. По данным одного из исследований, было выявлено, что у женщин, принимавших ОК и выкуривавших более 10 сигарет в день, риск ИМ был в 20 раз выше по сравнению с некурящими. В настоящее время констатируется связь между распространенностью ИБС и отягощенным гинекологическим анамнезом. По степени риска развития атеросклероза и ИБС наиболее опасными являются миома матки, постморбидный период гестоза, применение половых гормонов и гормональных методов контрацепции.

Выводы: Таким образом, трудности диагностики и профилактики ИБС у молодых женщин связано с многочисленными особенностями организма и факторами риска, которые требуют особого внимания в общеврачебной практике.

АОРТА КОРОНАР ШУНТЛАШ ТАШРИХИ ЎТКАЗИЛИШИНING ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИДА АХАМИЯТИ

**Таштемирова И.М., Мақсудов О.М., Хўжамбердиев М.А., Узбекиова Н.Р., Кодирова Г.И., Кахромов А.М.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Сўнги йилларда жаҳон миқёсида ўтказилган илмий изланишларга асосан кўплаб профилактика дастурлари ишлаб чиқилиб, уларнинг самарадорлиги баҳоланди. Шунга қарамай, аҳолининг ўзига ҳослигини эътиборга олиб, реал амалиётга татбиқ этилувчи профилактика дастурларининг ташкилий модели ва технологияларини ишлаб чиқиш муаммоси ҳозиргача ўз ечимини топмаган. ЮИК натижасида ўлим ҳолатлари ва ногиронлик каби ҳолатлари кўпайиб бормоқда. ЮИК ва хавф омилларининг аксарияти беморнинг турмуш тарзи билан боғлиқ бўлиб, унинг асосий унсурлари – қон липид спектрининг ўзгариши, коронар қон томирларда атеросклеротик ва тромб ҳосил бўлиш жараён-лариға таъсир қилувчи овқатланиш тартибидир. Ҳозирги замон тиббиётида ЮИКнинг оғир шаклларида аорта коронар шунтлаш ва тож томирларға стент қўйиш операциялари ўтказилмоқда ва бу беморларда ҳаёт сифатини ошириш ва ўлим кўрсаткичларини пасайтиришға олиб келмоқда. Коронар шунтлашға қуйидаги кўрсатмалар бор: прогнознинг яхшиланиши ва симптомларнинг камайиши. Ўлим сони камайиши ва миокард инфаркти ривожланиш хавфи аниқ, исботланмаган. Магистрал коронар артериялар ва уларнинг бирламчи қатор қатта тармоқлари шунтланиши мумкин. Ўтказилган миокард инфаркти операцияға қарши кўрсатма ҳисобланмайди, шунингдек постинфаркт стенокардия мавжуд бўлганда ҳам 4-6 ой кутмасдан оператив муолажани ўтказиш тавсия этилади. Миокард ревазуляризацияси хажми ишлаб турган миокардни қон билан таъминлаётган шикастланган артериялар сони билан алмашинади. Алоҳида таъкидлаш кераки ҳар бир ишемияланган зона рева скуля ризация қилиниши керак. Бунда постинфаркт кардиосклероз зонаси қон айланишини тиклаш мақсадға мувофиқ ҳисобланмайди. Коронар шунтлашнинг қониқарли натижаларига қарамадан операциядан кейинги 8-10 йил давомида 20-25% беморларда стенокардиянинг қайталаниши кузатилади. Кўпроқ, стенокардиянинг қайталаниши натив коронар турда атеросклероз ривожланиши ва аутовеноз шунтларда de novo шикастланишлар шаклланиши туфайли содир бўлади. Бу ҳолат шунт ички бўшлиқнинг стенозланишиға ва облитерациясиға олиб келади. Юқорида айтилган процессға асосан қуйидаги хавф омилларига эға беморлар мойиллар: АГ, ҚД, гиперхолестеринемия, чекиш, семизлик. Бундай беморлар коронар ангиопластика (натив коронар тур ёки шикастланган шунтлар) га ва қайта коронар шунтлаш операциясиға номзодлар бўлиб қаралади. Коронар шунтлашни амалға оширишда ёндош қасалликлар мавжудлиги ва оғирлиги, беморнинг ёши, беморнинг ижтимоий фаоллиги ва беморнинг операцияға нисбатан тайёргарлиги каби омиллар аҳамиятға эға. Коронар шунтлаш операциясини ўтказишнинг ижобий ҳал этилиши беморда гемодинамик аҳамият қасб этган чап коронар артерия шикастланиши (стеноз 50% дан қатта), барча 3 та коронар томирларнинг проксимал сегментларидаги стенозланиш ёки чап коронар артерия олдинги қоринчаларо тармоқнинг проксимал сегментидаги ўзгаришларни чақирган бошқа ҳолатларға боғлиқ. Юқоридаги шарҳларни ўз ичига олган ҳолатларда беморда ЮИК белгилари сезиларли даражада бўлмаса ҳам оператив давода медикаментоз давоға нисбатан юқори натижаларға эришилиши мумкин. Шундай қилиб коронар шунтлаш операциясининг ўтказилиши ЮИК билан оғриган беморларда ҳаёт сифатини ошириш ва ўлим кўрсаткичларини пасайтиришға олиб келади.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Узбекиова Н.Р., Холиқова Д., Бустанов Ш.Ё., Маматхужаев З.С.
Андижанский государственный медицинский институт**

В последние годы широко применяется термин – метаболический синдром (МС), который объединяет несколько основных факторов риска, приводящих к атеросклерозу. Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) обуславливают накопление окисленных липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), что приводит нарушению микроциркуляции. Для понимания атеросклероза, АГ и ИБС необходимо изучение биогенных аминов (адреналин, норадреналин, серотонин и др.) и их предшественников, продуктов обмена и ферментов, участвующих в их метаболизме.

Целью работы явилось изучение взаимосвязи функциональной активности симпатико-адреналовой системы и процессов перекисного окисления липидов у женщин фертильного возраста с метаболическим синдромом.

В условиях стационара 38 обследованных больных в возрасте 29-69 лет были рандомизированы на следующие 3 группы: I (контрольная) – здоровые лица в возрасте 25-40 лет – 15 человек; II – больные артериальной гипертензией – 15 человек в возрасте 39-69 лет; III группа – больные МС 23 – человек в возрасте 39-69 лет. Диагноз у всех обследованных пациентов выставлен на основании данных клинического наблюдения, лабораторного анализа и функциональной диагностики. МС выставлен на основании рекомендаций экспертов всероссийского общества кардиологов. По сравнению с контролем значение общего холестерина у больных с АГ увеличено на 42,2%, а у больных с МС - на 51,1%. Содержание триглицеридов в III группе превысило значение контроля на 46,6%, во II группе на 20%. Уровень ЛПНП во II группе превысил показатель контрольной группы на 60,7%, содержание ЛПНП в III группе увеличено на 85,7% по сравнению со здоровой группой. ЛПВП во II и в III группе снижено по сравнению с контролем. При сравнении первой и второй группы разница уровня глюкозы крови составила 7,1%, а при I и III групп – 47,6%. При анализе данных МДА мы отметили статистически достоверное увеличение содержания в III группе по сравнению с I на 47,6%, а разница между I и II групп составила 7,1%. При исследовании мы отметили статистически достоверное увеличение выведения А и НА в суточной моче больных АГ и МС. Так, суточная экскреция суммарного А у больных АГ со здоровыми лицами повышена на 38,2% (P<0,001), суммарного НА на – 31,8%. Экскреция в суточной моче всех фракций ДА и ДОФА у больных АГ статистически достоверно ниже

контрольного уровня. Выведение свободного, конъюгированного и суммарного А и НА у больных МС было статистически достоверно выше показателя здоровых. Различие в экскреции ДОФА при МС составило 39,1% ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты проведённых комплексных исследований показали, что при МС происходит активация САС, выраженная значительным повышением экскреции КА (А, НА, ДА, ДОФА). Полученные нами результаты свидетельствуют о повышенной интенсификации процессов ПОЛ при МС.

ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

**Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Кахрамонов А.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Максудов О.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Вопросы диагностики и лечения ИБС, а особенно её наиболее встречаемой формы – стабильной стенокардии напряжения, являются предметом наиболее частого изучения и обсуждения в мировой медицинской литературе. Эндоваскулярные вмешательства открыли новый этап в кардиологии, значительно расширив возможности лечения ИБС. По интенсивности развития коронарное стентирование опередило все предыдущие технологии коронарной ангиопластики. Несмотря на значительный первоначальный успех, широкое внедрение коронарного стентирования в клиническую практику привело не к столь оптимистичным отдалённым результатам, полученным в первых рандомизированных исследованиях. Расширение показаний к коронарному стентированию при осложнённых 12 формах коронарного атеросклероза (бифуркационное поражение, хронические окклюзии), при сопутствующей патологии (сахарный диабет) привело к прогрессивному росту коронарных имплантаций стентов в мире и в нашей стране. В пилотных исследованиях оценивалась сравнительная эффективность стандартных металлических стентов (СМС) и СЛП. Была показана высокая эффективность стентов покрытых сиролимусом в снижении частоты РВС в раннем постимплантационном периоде. Расширение показаний к эндоваскулярному лечению во многом было обусловлено результатами первых рандомизированных исследований. Этапы и патогенетические механизмы формирования рестеноза при стентировании коронарных артерий В интервенционной кардиологии на сегодняшний день активно развивается использование стентов, покрытых лекарственными препаратами, которые способны подавлять гиперплазию неоинтимы. Технологии СЛП представляют третий революционный прорыв в интервенционной кардиологии после БА и имплантации СМС. Несмотря на то, что стенты значительно снизили развитие рестеноза по сравнению с БА, они не устранили рестеноз внутри стента, так как гиперплазия неоинтимы осталась основным препятствием на пути к полному излечению. Рестеноз может быть определен как уменьшение окружности просвета сосуда на 50% и более после подкожного коронарного вмешательства (в течение 6–12 месяцев). В течение многих лет исследования рестеноза были сфокусированы на изучении клеточной биологии гиперплазии интимы, механизмов пролиферативного ответа, ведущего к накоплению новых клеток и межклеточного вещества внутри стенки артерии. Эти процессы являются общим ответом на практически все формы повреждения нормальных и атеросклеротически изменённых артерий. Роль и значение факторов воспалительного ответа в прогностической оценке развития рестеноза коронарных артерий в зависимости от покрытия стента Коронарная ангиопластика и стентирование приводят к механическому повреждению сосудистой стенки и сопровождаются местной воспалительной реакцией, в которую вовлекаются эндотелиальные, ГМК, тромбоциты, нейтрофилы, моноциты и лимфоциты. Увеличение частоты ЧКВ, а также операций аорто-коронарного шунтирования сопровождается изменением архитектоники коронарного русла и микроциркуляторного кровотока. В связи с этим гемореологические нарушения приобретают особое значение в патогенезе постимплантационных осложнений (рестеноз, тромбоз).

Таким образом, эндоваскулярные технологии в качестве метода устранения внутривентрикулярного рестеноза позволяют получить хорошие непосредственные результаты, но по прошествии определённого периода времени частота повторного рестеноза в зоне вмешательства остаётся на том же уровне, что и после выполнения первичного стентирования. В связи с этим, несомненно, актуальным является дальнейшее совершенствование технологии стентирования, поиск факторов риска развития рестеноза и способов их коррекции. Пациентам с высоким риском развития рестеноза внутри стента (посовокупности клинико-anamnestических, ангиографических, процедуральных, лабораторных данных) следует рекомендовать применение методов терапевтического афереза в раннем постимплантационном периоде (3–5 сутки) после коронарного стентирования.

СПЛЕНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЭРИТРОЦИТОПАТИЯМИ

**Тошбоев А.Б., Солиев К.К., Сотволдиев Б.М., Абдурахмонова М.А., Юлдашева Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт**

Среди наследственных эритроцитопатий одной из наиболее часто встречающихся форм является бета-талассемия заболевания, которое в различных ее вариантах занимает ведущее место среди гемолитических анемий. По нашим данным в регионе частота наследственных эритроцитопатий составляет 3,71% населения (Салиев К.К 1986 й)

Цель и методы исследования: существующие методы лечения оказались малоэффективными и дают лишь временное улучшение и заболевание постепенно прогрессирует в конечном итоге наступает цирроз печени с ее декомпенсацией и инвалидизацией больного с ухудшением общего состояния, с чем и связана актуальность спленэктомии у больных наследственно обусловленным гемолитическими анемиями, так называемыми гемоглобинопатиями.

Результаты исследования: у нас в гематологической клинике на учете состоит более 550 больных наследственными гемоглобинопатиями. Из них 15 больных бета-талассемией было подвергнута спленэктомии. Возраст больных от 11 до 32 лет. До операции селезенка была увеличена, из-за чего картина цирроза печени в стадии

компенсации наблюдается гепатомегалия. Средние показатели общего гемоглобина составляли $49,1 \pm 4,4$ г/л, эритроцитов $3,73 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель $0,82 \pm 0,01$. Послеоперационный период прошел без осложнений. В первые 2-3 месяца после операции показатели периферической крови значительно улучшились $98,2 \pm 5,2$ г/л, эритроциты $3,73 \pm 0,54$, цветной показатель $0,82 \pm 0,01$ при $P < 0,001$, $P < 0,01$ и $P < 0,02$ т.е. статистически достоверны. Гемолитический криз стал реже, самочувствие и работоспособность больных значительно улучшились по сравнению с дооперационным периодом.

Выводы. таким образом, в большинстве случаев при лечении наследственных гемолитических анемий, обусловленных молекулярным дефектами гемоглобина. Спленэктомия может явиться операцией выбора, поскольку спленомегалия рано или поздно осложниться портальным циррозом печени.

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ.

Тошбоев А.Б., Солиев К.К., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Юлдашева Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Авторами, изучавшими проблему наследственных эритроцитопатий регионе Средней Азии (А.Г.Марачев, 1965, 66; С.М.Бахрамов, 1975, 1979; Ю.Н.Токарев, 1983; К.К.Салиев, 1985 г.и др.), установлено, что данный регион является эндемическим очагом наследственных эритроцитопатий. Частота этих заболеваний в Узбекистане составляет в среднем 3%. Учитывая сложные экологические условия в связи с широким применением азотосодержащих удобрений и пестицидов в сельском хозяйстве, плотную заселенность Андижанской области, можно ожидать изменение антропометрических параметров у лиц, страдающих эритроцитопатией.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено сравнительное исследование особенностей антропометрических и клинических параметров у 35 больных бета-талассемией наиболее часто встречающейся формой наследственной гемолитической анемии в условиях Андижанской области.

Результаты исследования. Отмечены характерные для бета-талассемии отставание в росте, снижение массы тела, а также деформации костей черепа и конечностей. У отдельных больных с тяжелым течением бета-талассемии антропометрический возраст значительно отставал от паспортного. Отмечалось также отставание в умственном развитии.

Выраженность вышеуказанных изменений находилось в зависимости от антропометрических показателей и тяжести клинических проявлений.

Выводы. Таким образом, результаты исследования подтверждают важность антропометрических параметров с точки зрения информативной значимости в обследовании больных с наследственными гемолитическими анемиями.

СПЛЕНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ БЕТА-ТАЛАССЕМИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Тошбоев А.Б., Солиев К.К., Абдурахмонова М.А., Юлдашева Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди наследственных эритроцитопатий одной из наиболее часто встречающихся форм является бета-талассемия заболевания, которое в различных ее вариантах занимает ведущее место среди гемолитических анемий. Работами ряда исследователей доказано, что республики Средней Азии и Закавказья являются эндемическими очагами наследственных эритроцитопатий. По нашим данным в регионе частота наследственных эритроцитопатий составляет 3,71% населения.

Цель и методы исследования: Существующие методы лечения оказались малоэффективными и дают лишь временное улучшение и заболевание постепенно прогрессирует в конечном итоге наступает цирроз печени с ее декомпенсацией и инвалидизацией больного с ухудшением общего состояния, с чем и связана актуальность спленэктомии у больных наследственно обусловленным гемолитическими анемиями, так называемыми гемоглобинопатиями.

Результаты исследования: У нас в гематологической клинике на учете состоит более 550 больных наследственными гемоглобинопатиями. Из них 15 больных бета-талассемией с спленомегалией с признаками цирроза печени было подвергнута спленэктомии. Возраст больных от 11 до 32 лет. До операции селезенка была увеличена, из-за чего картина цирроза печени в стадии компенсации наблюдается гепатомегалия. Отмечалась выраженная гемолитическая анемия. Средние показатели общего гемоглобина составляли $49,1 \pm 4,4$ г/л, эритроцитов $3,73 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель $0,82 \pm 0,01$. Послеоперационный период прошел без осложнений. В первые 2-3 месяца после операции показатели периферической крови значительно улучшились $98,2 \pm 5,2$ г/л, эритроциты $3,73 \pm 0,54$, цветной показатель $0,82 \pm 0,01$ при $P < 0,001$, $P < 0,01$ и $P < 0,02$ т.е. статистически достоверны. В шести случаях мы имели 10 и более наблюдения с хорошим исходом. Гемолитический криз стал реже, самочувствие и работоспособность больных значительно улучшились по сравнению с дооперационным периодом.

Вывод: Таким образом, в большинстве случаев при лечении больных наследственных гемолитических анемий, обусловленных молекулярным дефектами гемоглобина, спленэктомия может являться операцией выбора, поскольку спленомегалия рано и поздно осложниться портальным циррозом печени с печеночной недостаточностью не желательными исходами заболевания для этих категорий больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Туракулова Ф.М., Салиев Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак поджелудочной железы в настоящее время является наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием у женщин с ежегодно увеличивающимися показателями заболеваемости.

Цель исследования заключалась в оценке непосредственных и отдаленных результатов лекарственного лечения больных местнораспространенным раком поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 42 больных, которым за период с 2016 по 2018 г. проводилось лекарственное лечение по поводу местнораспространенного рака поджелудочной железы.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о низкой эффективности лекарственных режимов при местнораспространенном раке поджелудочной железы.

Сравнивая результативность лечения в каждой группе, мы отметили, что объективный эффект, его средняя продолжительность и время до прогрессирования были приблизительно одинаковыми, а процент клинического улучшения в группе больных, получивших комбинированную терапию, был выше, чем в группе больных, получивших монотерапию.

Анализ отдаленных результатов лечения позволил выявить, что медиана времени до прогрессирования и средняя продолжительность жизни в обеих группах были приблизительно одинаковыми. Результаты лекарственного лечения больных местнораспространенным раком поджелудочной железы остаются неудовлетворительными, что позволяет искать новые методы лечения больных с этой патологией.

Результат Монохимиотерапия (n = 18) Комбинированная химиотерапия (n = 24) Желудочно-кишечный дискомфорт 32 76,1 Болевой синдром 24 57,1 Гипербилирубинемия 6 14,2 Снижение массы тела Слабость, недомогание 40 95,2 Сахарный диабет 3 7,1 Одышка 1 2,3 Оценка по шкале Карновского (60/70/80/90) 1/9/25/7 2,3/21/59/16,6 Похудание и истощение было одним из основных симптомов РПЖ, который отмечен у 88% больных. У отдельных больных снижение массы тела составляло кг в течение 1 2 мес от начала заболевания. Слабость и общее недомогание имелись у 95% пациентов, 10 15% пациентов вынуждены были проводить более 50% времени в постели. У 3 больных раком тела и хвоста ПЖ диагностирован сахарный диабет, обусловленный опухолевым поражением островкового аппарата ПЖ, клинически характеризовался жаждой, полиурией, частым кожным зудом. У 6 больных на момент начала лечения отмечалась гипербилирубинемия, обусловленная механической компрессией желчных путей. Эффективность лечения Для оценки эффективности лечения все больные были разделены на 2 группы (табл. 3). В 1-ю группу были объединены больные, которым проводилась монохимиотерапия гемцитабином (n = 18), во 2-ю группу больные, получившие комбинированную терапию (n = 24). Комбинированная химиотерапия включала комбинации гемцитабина с капецитабином и митомицином, митомицина с 5-фторурацилом и фолинатом кальция. В 1-й группе эффективность лечения оценена у 17 больных. Полная регрессия опухоли отсутствовала, частичная регрессия зарегистрирована у 4 (23,5%), стабилизация проявлений заболевания у 11 (64%), прогрессирование у 2 (11,7%). Средняя продолжительность частичного ответа составила 26 нед, стабилизации 25 нед. Максимальная продолжительность эффекта достигала 36 нед, стабилизации 45 нед, среднее время до прогрессирования 24 нед. абс. % абс. %

Вывод. Таким образом, результаты лекарственного лечения больных местнораспространенным РПЖ остаются неудовлетворительными, что позволяет искать новые методы лечения этой патологии: комбинированное лечение, применение новых биологических препаратов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Туракулова Ф.М., Салиев Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) – одно из самых распространенных заболеваний среди женщин развитых стран мира, занимающее первое место по заболеваемости и третье по смертности среди злокачественных новообразований в общей популяции. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млн новых случаев рака молочной железы

Цель исследования – повышение эффективности лечения, удлинение сроков ремиссии и увеличение выживаемости больных с первично диссеминированным РМЖ.

Материал и методы. За 2015–2018 гг. в исследование были включены 102 больных с первично диссеминированным РМЖ. Возраст варьировал от 28 до 76 лет, средний возраст составил 52 года. Эффективность лечения оценивалась после 2–4 курсов. При развитии резистентности прогрессирования процесса больные переводились на очередную линию химиотерапии.

Результаты исследования. Оценка эффективности лечения после проведения 4-х курсов ХТ показала, что общий объективный эффект достигнут у 37 пациенток (75,5 ± 6,1 %) в I группе и 39 (73,6 ± 6,0 %) – во II. Стабилизация процесса с положительной динамикой (менее 50 %), отмечалась у 9 (18,4 ± 5,5 %) и у 12 (22,6 ± 5,7 %) пациенток, прогрессирование наступило в I и II группах в 3 (6,1 ± 3,4 %) и 2 (3,8 ± 2,6 %) случаях, соответственно. Раздельный анализ эффективности в зависимости от применяемых схем ХТ показал, что в I группе отмечена положительная динамика в виде уменьшения размеров метастатических поражений, из них у 3 больных, с язвенно-некротической формой РМЖ отмечено уменьшение язвы, стягивание краев раневой поверхности, у одной больной отмечалась полная регрессия надключичных лимфоузлов и в печени. У 9 (18,4 ± 5,5 %) больных I группы отмечалась стабилизация процесса, и у 3 (6,1 ± 3,4 %) больных – прогрессирование, после чего пациенты были

переведены на другую линию ХТ – таксотер + карбоплатин. Во II группе у 39 (73,6 ± 6,0 %) из 53 наблюдаемых больных также была достигнута положительная динамика, из них у 2 (3,8 ± 2,6 %) с множественными метастазами в легких после проведения 4-х курсов ХТ наступила полная регрессия метастатических узлов. У 12 (22,6 ± 5,7 %) больных отмечена стабилизация процесса, а у 2 (3,8 ± 2,6 %) – прогрессирование, после чего больные были переведены на другую линию ХТ (таблица 1). При изучении токсических проявлений установлено, что их частота и характер зависели от применяемых схем ХТ. Для больных I группы наиболее частыми побочными эффектами явились: тошнота с эпизодами рвоты (78,6 %), нейротоксичность (65,3 %) и нейтропения (33,7 %). При применении схемы, включающей паклитаксел и кселоду у 22,6 % пролеченных пациенток наблюдался не- ярко выраженный ладонно-подошвенный синдром.

Вывод. В результате лечения больных с диссеминированными формами рака молочной железы и испытания 2-х режимов химиотерапии в качестве 1 и 2 линий, включающих паклитаксел + доксорубицин и паклитаксел + кселода установлено, что оба режима способствуют улучшению качества жизни пациентов и достижению терапевтического эффекта у 75,5 и 73,6 % больных, соответственно, без усиления частоты и тяжести гематологической и негематологической токсичности.

ЎТ ЙЎЛЛАРИ ДИСКИНЕЗИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ЎТ ЕТИШМОВЧИЛИГИ СИНДРОМИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЛИНИК КЕЧИШИ

**Турсунов А.У., Салоҳиддинов З.С., Ахмадалиева У.Қ.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Мавзунинг долзарблиги: Сурункали ўт етишмовчилиги синдроми атамаси 1986 йилда фанга маълум бўлган. Бу синдром бошқа касалликлар фонида намоён бўлиб узок вақтларгача яққол клиник белгилар билан намоён бўлмайди. Бу синдромда асосий патогенетик механизм ўт кислотасининг ичакларга кам миқдорда тушиши орқали намоён бўлади. Бу синдромнинг сабабларидан бири бўлиб ўт йўллари гипотензияси гипермотор дискинезиялари ҳам муҳим омил ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Ўт йўллари дискинезияси бор беморларда сурункали ўт етишмовчилиги синдроми клиникасининг ўзига хос кечишини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: 45 нафар бемор ультратовуш текширувидан ўтказилди. Бундан ташқари барча беморлар клиник ва лаборатор текширувдан ҳам ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: 45 нафар бемордан 22 нафаридан ўт йўллари гипотензияси ва 23 нафар бемордан эса ўт йўллари гипермотор дискинезияси аниқланди. Барча беморларни лаборатор кўрсаткичларида қондаги билирубин миқдори ўзгаришсиз қолган.

Ўт йўллари гипотензияси бор беморларда 100% да ўнг қовурга ёйи остида тикилиш ҳисси бўлган, 15 (68%) нафар беморда овқатлангандан сўнг қорин дам бўлиши кузатилди, 18 (81,8%) нафар беморда кураклари орасида кичишиш кузатилган, 8 нафар (36,6%) беморда болдир мускулларида толиқиш ва оғирлашиш ҳисси кузатилган, 5 нафар (22,7%) беморда оғиз бўшлиғидан тахир таъм келиши кузатилди.

Ўт йўллари гипермотор дискинезияси мавжуд беморларда барчасида 100% да ўнг қовурга ёйи остида кучли оғрик ва асабининг зўриқиш ҳолатлари кузатилган, 20 нафар (86,9%) беморда овқатланишга боғлиқ бўлмаган ҳолда кориннинг дам бўлиши кузатилди, 15 та (65,2%) беморда сурункали қабзят кузатилган, 10 (45,4%) беморда диспептик белгилар билан намоён бўлган.

Хулоса: Сурункали ўт етишмовчилиги синдроми клиникаси ўт йўллари дискинезияси бор беморларда аста-секинлик билан намоён бўлади. Беморларнинг барчасида жигарда, ўт пуфагида ва ўт йўлларида ҳеч қандай яллиғланиш белгилари аниқланмаган. Гипермотор дискинезияси бор беморларда сурункали ўт етишмовчилиги синдроми клиникаси гипотензияси бор беморларга қараганда эртарок ва яққолроқ намоён бўлган.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕСКАМЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

**Турсунов А.У., Мусашайева Ш.М., Салоҳиддинов З.С., Ахмадалиева У.Қ.
Андижанский государственный медицинский институт**

В последние годы увеличение среди населения заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей является одним из актуальных проблем медицины. Большую часть наблюдаемых заболеваний билиарного тракта составляет механическая закупорка желчных протоков. В практике закупорка желчных протоков возникает в следствии сдвига камней, образующихся в желчном пузыре. В некоторых случаях нарушение проходимости желчных протоков наблюдается и при отсутствии конкрементов в желчном пузыре.

Цель исследования: Определить особенности клинической картины обструкции желчевыводящих путей и правильное ведение последующих стадий медицинской помощи в случаях необнаружения камней в желчном пузыре.

Материалы и методы исследования: Обследовано 20 больных. У этих больных проведены клинические и инструментальные исследования. Важную роль составило ультразвуковое исследование (УЗИ). Кроме этого, у некоторых больных проведена фиброгастроуденоскопия (ФГДС).

Результаты исследования: У 10 больных в клинике обнаружены паразиты (лямблия) и при их миграции наблюдалась закупорка паразитами желчевыводящих путей, у 3 больных определили отечность БДС со стенозом, у 2 больных карцинома поджелудочной железы и у 5 больных определили кистозное поражение IV – сегмента печени.

У больных, в кишечнике которых обнаружили паразиты, то есть лямблии наблюдались специфические клинические проявления: 10 (100%) больных боль вокруг пупка, у 70% больных наблюдались диспептические

нарушения, у 80% больных кожная симптоматика и признаки общей интоксикации. Из анамнеза больных выявлено, что все получали очистительные клизмы.

У 3 обследованных больных с диагнозом стеноза БДС с дуоденитом определена частичная обструкция желчевыводящих протоков. У всех больных наблюдались диспептические синдромы, в основном, с преобладанием дуоденогастроэзофагального рефлюкса.

У больных с карциномой головки поджелудочной железы клиника проявилась с сильными болями в эпигастральной области. У этих больных наблюдались мгновенная желтушность склер и кожи.

У всех больных с кистозным поражением IV – сегмента печени тоже наблюдались желтушность склер и кожи. У 2 больных признаки общей интоксикации. У всех больных наблюдалась тяжесть в правом подреберье.

Выводы: 1. Закупорка желчевыводящих путей паразитами связано, в основном, способностью их к миграции. 2. При обструкции, возникающей в результате стеноза БДС с дуоденитом и миграции паразитов, признаки желтушности кожных покровов проявляется позднее и у этих больных консервативные методы лечения дают эффективный результат. 3. В остальных двух случаях: у больных с карциномой поджелудочной железы и с наличием кисты печени, у которых желтушность проявилась молниеносно, этим больным требуется оперативное вмешательство. В процессе обследования необходимо исследовать не только желчный пузырь и желчевыводящие пути, но и состояние соседних органов.

СУРУНКАЛИ С ВИРУСЛИ ГЕПАТИТНИ ДАВОЛАШДА ВИРУСГА ҚАРШИ ДОРИЛАРНИНГ ОРГАНИЗМГА ТАЪСИРИ ВА САМАРАДОРЛИГИ

Турсунов А.У., Ахмадалиева У.Қ.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзуни долзарблиги. Охирги йилларда тиббиётнинг барча соҳаларида бир қатор ютуқларга эришилмоқда. Шу қаторда тиббиётнинг гепатология, вирусология ва клиник фармакология соҳаларида ҳам қатор ютуқларга эришилди. Булардан энг долзарбларидан бири гепатит В,С ва D вируслариға қарши яъни вируслар репликациясини тўхтатиб қўювчи вирусга қарши дориларни ихтро қилинишидир. Хорижий давлатларда бу дорилар кенг қўламда қўлланиб келинади ва манбаларга кўра, 80% ҳолатларда ижобий натижага эришилган. Бизнинг Республикамизда ҳам охирги 3 йил мобайнида мутахассисларимиз томонидан кенг қўлланилиб келинмоқда.

Тадқиқот мақсади: С Гепатит вирусига қарши дори самарадорлигини, ноҳўя таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Кузатувда жами бўлиб 20 нафар бемор бўлди. Вируснинг 1a генотиби 10 беморда, 1b генотиби 5 беморда ва қолган 5 беморда 3a генотиби аниқланган. Бундан ташқари барча беморларнинг жигарида ўрта – оғир ва оғир фаолликдаги яллиғланиш жараёни бўлган. 1a ва 2b генотиби бўлган беморларга 12 ҳафта давомида вирусга қарши дориларни Sofosbuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg (Virpas, Hepcinat) қабул қилган, 3a генотиби бўлган беморлар Sofosbuvir 400 mg + Daklatasvir 20 mg қабул қилган.

Барча беморлар клиник – лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказилди. Лаборатор текширувлар: коннинг умумий анализи, имунофермент анализи ва полимераз занжирли реакцияси.

Тадқиқот натижалари: Беморларнинг 15 нафари (1a ва 1b генотип) 12 ҳафтадан сўнг 100% ли натижага эришилиб HCV вирусининг репликацияси тўхтатилди. Қолган 5 нафар (3a генотип) беморда керакли натижа олинмади ва бу беморлар яна 12 ҳафта давомида дориларни қабул қилган. 24 ҳафтадан сўнг бу беморларда ҳам ижобий натижага эришилди. Беморларнинг 100% да жигарни морфологик ҳолати яхшиланди. Кузатувимизнинг энг ахамиятли томони вирусга қарши дорини биринчилардан бўлиб қабул қилган 2 беморда 2 йилдан сўнг жигарнинг морфологик ҳолатида яна ўзгариш аниқланди. Бу 2 беморда қайтадан HCV вирусининг репликацияси аниқланди.

Беморлар дориларни қабул қилиш давомида куйидаги клиник белгилар намоён бўлди: 70% беморларда бош айланиши; 50% беморларда пойларнинг тортишиши; 100% беморларда умумий қувватсизлик ва милқларни қонаши кузатилди. Умумий кон анализида тромбоцитлар миқдорининг камайиши ҳам 100% беморларда аниқланди.

Хулоса: Беморларнинг барчасида ноҳўя таъсирлар кузатилган ва шу таъсирларнинг олдини олиш учун керакли чоралар қўллаш керак. Барча беморларда полимераз занжирли реакцияда керакли ижобий натижа олинган, бироқ имунофермент анализида анти HCV нинг миқдори ошганлиги ахамиятга мойил. Вирусга қарши дориларни 2 нафар беморда маълум муддат ўтгандан сўнг ўз таъсирини йўқотган. Вируснинг 3a генотиби вирусга қарши дориларга чидамлилиги юқорилиги маълум бўлди.

СУРУНКАЛИ В ГЕПАТИТ МАВЖУД ҲОМИЛАДОРЛАРДА ҲАЗМ ОРГАНЛАРИДА КУЗАТИЛАДИГАН КЛИНИК ЎЗГАРИШЛАР

Турсунов А.У., Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С.
Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳомиладорликнинг физиологик кечишида ҳазм органлари томонидан кузатиладиган морфо – функционал меъёрий ҳолатларни ҳисобга олиш, уларда гестозлар ва экстрагенитал касалликларни эрта аниқлашга ва адекват даволашга имкон яратади. Куйида ҳомиладорликнинг физиологик кечишида ҳазм органлари томонидан кузатиладиган меъёрий ҳолатларни санаб ўтаёмиз: I ва II триместрларида иштаҳанинг ортиши, рецепторлар иш фаолияти пасайиб, ўткир, нордон, аччиқ таомларга иштаҳаси кучаяди, сўлак безлари иш фаолиятининг ортиши сабабли, сўлакнинг умумий миқдори кўпаяди ҳамда таркиби ўзгаради, жиғилдоннинг қайнаши, кекириш, ошқозон тонуси пасаяди, ошқозон ости безининг секретор ва инкретор функцияси ўзгаради, ичаклар секрецияси ортиши, қабзият, ўт пуфаги тонуси пасаяди, ҳажми катталашади, жигар морфологияси ўзгармайди, бироқ жигар функцияси бузилиши мумкин.

Юқорида санаб ўтилган барча ўзгаришлар номал ҳомиладорик вақтида унчалик яққол клиник белгилар билан намоён бўлмайди ва ҳомиладорлик даври тўхтатилиши билан бу клиник белгилар ҳам йўқолади. Аммо

сурункали В гепатит мавжуд аёлларнинг ҳомиладорлик даврида бу клиник белгилар кучлироқ номоён бўлиши мумкин.

Тадқиқот мақсади: Сурункали В гепатит мавжуд ҳомиладорлар ҳазм органларида кузатиладиган клининг ўзгаришларнинг ўзига хослигини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва услублар: 40 нафар ҳомиладорларнинг клиник кузатув натижалари ўрганилган. Уларнинг ёши 22-33, ҳомиладорлик муддати эса 15-26 хафталик оралиғида бўлган. Жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши ва талоқнинг В-режимда ультратовушли текшириш стандарт технологиялар асосида амалга оширилди. Ушбу органларни комплекс эхографик текширишда В-режимда ишлайдиган, частотаси 3,5-5 мГц ли конвекс электрон датчикли, кулранг тасвирли ультратовушли ташхис қурилмасидан фойдаланилди (Echo Blaster pro-128 Telemed фирмаси). Беморлар текшируви оч коринга, турли позициялар орқали ва комплекс олиб борилди. Бунда гепатобилиар системаси, меъда ости беши ва талоқдаги ўзгаришларнинг эхографик хусусиятларига баҳо берилди.

Тадқиқот натижалари: Беморлар шикоятлари: умумий ҳолсизликка- 22 нафар, иш фаолиятини сусайишига- 13 нафар, тана вазнининг камайишига- 8 бемор шикоят қилди. Диспепсик симптомлардан оғизда аччиқ таъм ҳисси- 17 нафар, иштахани сусайиши- 15 нафар беморда, ёғли таомларни истемол қила олмаслик- 16 нафар, коринни дам бўлиши- 7 нафар, ич қотиши- 32 нафар беморларда учради. Ўнг қовурга остидаги оғриқлар - 23 нафар, ўт пуфаги проекциясидаги оғриқлар - 32 нафар беморларда кузатилди. Оғриқ синдромини ўнг курак остига иррадиацияси беморларнинг -25 тасида, бел соҳасига - 19 нафар беморда учради. Образцов-Мерфи симптоми - 27, Захарьин симптоми - 16, Ортнер симптоми - 18 нафар беморда аниқланди.

Хулоса: Юқорида санаб ўтилган, ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган ҳазм органларида кузатилиши мумкин бўлган ўзгаришларни билиш, туғиш ёшидаги аёлларни репродуктив маданиятини тўғри ва тўлиқ шакллантириш, рационал овқатлантиришни ташкил этишга ва экстрагенитал касалликларни барвақт ташхислашга имконият яратади. Сурункали В гепатит мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида юқоридаги клиник белгиларнинг узоқ вақт давом этиши она ва бола томонидан кузатиладиган асоратларга сабаб бўлиши мумкин. Бу клиник белгиларни яққолроқ намоён бўлишининг олдини олиш мақсадида сурункали В гепатит мавжуд аёлларни ҳомиладор бўлгунга қадар умумий клиник текширувлардан ўтказиш ва даволаш чора тадбирларини амалга ошириш зарур.

ЗНАЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ТОКСИНОВ В ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Тухтаев Ж., Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Кишечные инфекционные заболевания имеют высокую социально-экономическую значимость и продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения во всем мире в связи с высокой заболеваемостью, смертностью, трудностями диагностики, а также триггерным действием на развитие патологических синдромов, иммунодефицитных, аллергических и аутоиммунных состояний. В структуре инфекционной патологии острые кишечные инфекции занимают одно из ведущих мест.

Цель работы - обосновать клинко-патогенетическое значение бактериальных токсинов в развитии особенностей течения острых кишечных инфекций.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами исследования проведено клиническое обследование 305 больных ОКИ различной этиологии и тяжести. Из них у 273 больных средней тяжести течения в остром периоде заболевания; бактериологическое подтверждение диагноза получено у 14,7% пациентов: 12,5 % обнаружены сальмонеллы, у 2,2 % - шигеллы, у остальных 85,3% больных диагноз бактериологически не подтвердился (БПОНЭ) - бактериальное пищевое отравление неустановленной этиологии.

Результаты исследования. Исследования проводили в остром периоде (1-3 дни), в динамике болезни - на 4-6 день и в период ранней реконвалесценции (7-9 дни). У 32 больных с бактериологически подтвержденным диагнозом сальмонеллеза (10 больных с тяжелой течением, 14 - со среднетяжелым, 8-с легким течением болезни) в период поздней реконвалесценции (15 - 25 дни от начала болезни) исследованы показатели ЛПС индуцированного апоптоза.

Этиологическая структура ОКИ (n=273) была подтверждена в общей сложности бактериологически и по выявлению О-Аг и маркеров токсинов возбудителей всего у 94,9% больных: у 11,0% больных выявлен О-Аг одного возбудителя, либо маркер одного токсина клостридий, т.е. диагностирована моноинфекция, у 229 (83,9%) установлено смешанное инфицирование (микст-Аг), у остальных пациентов (5,1%) этиология заболевания не выявлена.

Среди них у больных с бактериологически подтвержденным диагнозом сальмо-неллеза О-Аг сальмонелл соответствующих серогрупп выявлены у 9 больных (26,5%). В 85,3% случаев были выявлены антигены нескольких кишечных возбудителей (два и более), т.е. установлено микст инфицирование. В группе больных бактериологически подтвержденного шигеллеза у всех пациентов были найдены О-Аг шигелл и у 83,3% выявлены еще и О-Аг других возбудителей.

У больных без бактериологического подтверждения диагноза (n=243) в результате исследования двух проб КФ с одинаково высокой частотой выявлены О-Аг сальмонелл (63,0%) и О-Аг йерсиний (63,4%), реже - О-Аг шигелл (33,3%), необычно часто найдены О-Аг кампилобактерий (31,1%). У больных с О-Аг сальмонелл далее во втором анализе у всех были выявлены микст-Аг; в группе с О-Аг шигелл - только у одного больного; в группе с О-Аг кампилобактерий у 66,7%, также отмечено редкое выявление Аг токсинов (16,7%); в группе с О-Аг йерсиний у 53,3% больных были выявлены Аг нескольких возбудителей, также редко выявлены Аг токсинов (25,9%).

Выводы. Установлено присутствие в копрофильтратах больных ОКИ маркеров термолабильных экзотоксинов в 67,8% случаев: энтеротоксин А *C.per-fringens* выявлен в 32,9% , энтеротоксин А *C.difficile* - в 29,4%,

Шига токсин - в 24,4%, цитотоксин В *S.difficile* - в 23,2%, реже найден маркер холероподобного энтеротоксина — в 12,1% случаев. Одновременное выявление маркеров 2 - 5 токсинов отмечено у 66,7% больных (часто — сочетание энтеротоксина А *S.perfringens* с токсином А/В *S.difficile* или с Шига токсином). К моменту выписки из стационара маркеры сохранялись у 12,5 % больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С У НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ **Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.,** **Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В последние годы существенно возросло значение вирусных гепатитов (ВГ) с парентеральным механизмом передачи возбудителей и микст-форм. Рост связан, в основном, с вовлечением в эпидемиологический процесс подростков 14-19 лет, внутривенно употребляющих наркотические вещества. Это привело к необходимости определения и изучения клинических и диагностических особенностей ВГВ и ВГС у данной группы пациентов.

Цель исследования. Изучить клинические особенности острых вирусных гепатитов в и с у наркопотребителей.

Материалы и методы исследования. Наблюдалось 115 наркопотребителей в возрасте от 15 до 18 лет, больных ВГ. В 88 случаях был зарегистрирован ВГВ, в 17 - ВГС, у 10 больных наблюдалось микст-инфицирование. В комплексное обследование включали выявление маркеров вирусов ВГВ и ВГС, у части больных - определением ПЦР ДНК HBV, РНК HCV, а также индикаторов цитолитического, мезенхимально-воспалительного, холестатического и гепатодепрессивного синдромов. Всем больным неоднократно проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Контрольную группу составили 20 человек с ВГ, не употреблявшие наркотики.

Результаты исследования. Выявлен характерный психосоциальный облик лиц, употребляющих наркотики. К клиническим особенностям ВГВ и ВГС следует отнести острое начало заболевания с коротким и нечетким преджелтушным периодом, протекающим с выраженным астеновегетативным, диспептическим и абдоминальным синдромом. В основной группе при появлении желтухи у 63% больных (73 человека) отмечалось субъективное ухудшение; в контрольной группе лишь 20% больных жаловались на ухудшение самочувствия. К клиническим симптомам присоединялись изменения психо-эмоционального статуса, нарушения сна. Отмечено преобладание среднетяжелых (более 70%) форм со значительной ферментемией, при этом активность индикаторов цитолиза и щелочной фосфатазы характеризовалась волнообразными повышениями. У больных данной группы выявлен высокий процент (60%) клинко-биохимических обострений и хронизации процесса. При микст-инфицировании наблюдалось более тяжелое течение ВГ, чем при моногепатитах. Микст-гепатит характеризовался выраженным диспептическим синдромом, лихорадкой и гипербилирубинемией; имела место склонность к затяжному течению с холестатическим синдромом, длительной гепатоспленомегалией и гиперферментемией в периоде реконвалесценции. Со стороны сонографической картины внутренних органов у всех больных отмечалось увеличение размеров печени, как за счет правой, так и левой ее доли, диффузное повышение эхогенности паренхимы. Изменения стенок желчного пузыря с характерным отеком в виде утолщения и расслоения наблюдалось почти у 90% больных. У 12 наркопотребителей с ВГС и у 8 с сочетанным гепатитом паренхима печени была уплотнена участками за счет мелкоочаговых разноплотных структур светло-серого и белого цвета. Следовательно, выявленные эхографические изменения в печени свидетельствуют о том, что сопутствующее употребление наркотических средств приводит к усилению активности процесса и степени хронизации. Средний койко-день оказался более длительным у больных основной группы. При выписке большинства из них в периоде затяжной реконвалесценции сохранялась умеренная гепатоспленомегалия и гиперферментемия.

Вывод. Таким образом, при ВГВ и ВГС у наркоманов отмечается более короткий, чем у больных контрольной группы, преджелтушный период, ухудшение самочувствия в желтушном периоде, более выраженные цитолитический и холестатический синдромы. Полученные клинические, ультразвуковые данные и результаты биохимического тестирования выявили определенное влияние наркотических средств, как на клиническое течение, так и на прогноз ВГ.

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 **Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.** **Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Вирусный гепатит С представляет собой серьезную проблему практической медицины. На современном этапе циркуляция вируса С в человеческой популяции поддерживается преимущественно искусственными "неэволюционными" путями передачи, такими как парентеральные медицинские вмешательства, гемотрансфузии и внутривенное употребление наркотических веществ. Ряд особенностей организации вируса, выработавшихся в результате эволюции, в том числе его уникальная изменчивость, обеспечивают устойчивость возбудителя к иммунному надзору. Основным патогенетическим механизмом развития инфекции является ее персистирующий характер.

Цель исследования. Изучить спектр поверхностных антигенов лимфоцитов периферической крови у больных хроническим вирусным гепатитом в динамике лечения рекомбинантным интерлейкином-2.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 24 больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) до и через 6-8 недель после начала лечения рекомбинантным интерлейкином-2.

Результаты исследования. До начала лечения у 33,3% больных наблюдалась лейкопения, относительный лимфоцитоз был у 75% больных (от 39% до 65%). Среднее значение количества лимфоцитов периферической крови

не отличалась от контроля ($2,9 \pm 1,05 \times 10^9/\text{л}$). Относительное и абсолютное содержание CD3+ ($746,3 \pm 205,33 \times 10^6/\text{л}$, $p < 0,01$) и CD4+ лимфоцитов ($580,2 \pm 160,86 \times 10^6/\text{л}$, $p < 0,05$) было достоверно снижено, а CD95+ ($283,8 \pm 107,3 \times 10^6/\text{л}$, $p < 0,05$) и CD25+ ($103 \pm 30,8 \times 10^6/\text{л}$, $p < 0,01$) - повышено. Соотношение CD95+/CD25+ оказалось равным 2,7. Через 6-8 недель от начала ни у одного больного не наблюдалось лейкопении, а у 4 из них был умеренный лейкоцитоз ($9,3-11 \times 10^9/\text{л}$). Относительное содержание лимфоцитов у всех больных превысило норму, но среднее значение содержания лимфоцитов достоверно не изменилось. Сохранялось снижение относительного количества CD3+ и CD4+ лимфоцитов, а удельный вес CD16+ клеток превысил норму в 1,7 раз ($p < 0,05$). Умеренное повышение (не достоверное по сравнению с содержанием до лечения) абсолютного количества CD3+ ($859,1 \pm 279,3 \times 10^6/\text{л}$) и CD4+ ($725 \pm 142,2 \times 10^6/\text{л}$) лимфоцитов привело к тому, что различие с контролем стало недостоверным. У 6 больных абсолютное содержание Т-лимфоцитов и Т-хелперов нормализовалось. У всех больных отмечалось повышение содержания CD16+ лимфоцитов, их средний уровень составил $527 \pm 83,7 \times 10^6/\text{л}$ (в сравнении с контролем $p < 0,01$, в сравнении с исходным $p < 0,05$). Абсолютное количество клеток, несущих Fas оставалось на прежнем уровне, но соотношение CD95+/CD25+ (0,74) изменилось в пользу лимфоцитов, несущих рецептор к ИЛ-2, их количество достоверно возросло ($345,3 \pm 22,44 \times 10^6/\text{л}$, $p < 0,001$).

Вывод. В первые 6-8 недель лечения Ронколейкином подавление репликации вируса/ов (в ПЦР) наблюдалось у 10 больных (41,7%), им была продолжена монотерапия Ронколейкином длительностью до 14-16 недель. У этих больных стойкий вирусологический ответ на лечение наблюдался в течение 6-12 месяцев после окончания лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА HCV-ИНФЕКЦИИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время в мире гепатитом С (ГС) поражено около 700 млн. человек, что составляет около 10% всей популяции. По данным ВОЗ в мире общая заболеваемость HCV-инфекцией достигает 2 млн. человек (1,4%).

Существенный рост заболеваемости ГС до 2002 года обусловлен вовлечением в эпидемиологический процесс детей, подростков и молодежи в возрасте от 15 до 29 лет и увеличением числа больных с внутривенным использованием психо-активных веществ (ПАВ). Относительная стабильность показателей заболеваемости ГС отмечается в последние годы за счет уменьшения числа потребителей инъекционных наркотиков, увеличения информированности населения о способах передачи инфекционного начала и совершенствования лабораторной диагностики в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Цель исследования. эпидемиологическая характеристика hcv-инфекции в андижанском областе.

Материалы и методы исследования. Нами изучены клинико-эпидемиологические особенности HCV-инфекции в Андижанской области. Под наблюдением находилось 167 больных с ВГС в возрасте от 18 до 55 лет, мужчин- 74,8%, женщин -25,2%.

Результаты исследования. Клинический диагноз подтвержден биохимическими и специфическими лабораторными данными. В частности обнаружением анти-HCV (подтверждающий тест- cor, NS), определением РНК HCVс определением генотипа у 21 больного (42,9%). Из них у 16 больных выявлен 1b подтип (76,2%), у 3 (6,1%) - 3a, и у 2 больных 2a и 2a/2c. У всех больных отсутствовали маркеры гепатитов А, В и Е.

У каждого третьего больного диагностированы сопутствующие заболевания, в основном со стороны желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и др.). У 12 (7,2%) больных при проведении дуоденального зондирования была выявлена описторхозная инвазия, в связи с чем была проведена дегельминтизация.

86,9% больных - лица молодого и среднего возраста (от 18 до 44 лет). Социальный состав был представлен неработающими - 34,3%, служащими - 18,3%, рабочими различных предприятий - 17,6%, учащимися средних и высших учебных заведений - 22,9%, медицинскими работниками - 3,8%, инвалидами - 3,1%.

Внутривенные потребители наркотиков составили 31,7% больных. Частота посттрансфузионного гепатита менее 1%. Значительное место в передаче HCV-инфекции заняли различные стоматологические манипуляции (31,1%), половой путь установлен у 29,2%, различные оперативные вмешательства в анамнезе имелись у 0,3% больных. Нанесение татуировок, прокалывание ушей, донорство, эндоскопические методы исследования, как путь передачи HCV-инфекции не установлен. По степени тяжести больные распределились следующим образом: легкие формы составили 58,0%, среднетяжелые 42,0%, тяжелых форм не было. Безжелтушные формы составили - 55,6%.

Средние показатели билирубинемии составили: $41,7 \pm 5,6$ мкмоль/л, АСАТ- $1,17 \pm 0,15$, АЛАТ- $2,11 \pm 0,25$ ммоль/ч.л, тимоловая проба - $5,3 \pm 0,6$ Ед.

Вывод. Таким образом, HCV-инфекция в Андижанском областе характеризуется вовлечением в эпидемиологический процесс лиц молодого и среднего возраста (86,9%), в основном мужского пола, с преимущественным парентеральным механизмом заражения, половой путь отмечен у 29,2% больных. Преобладание в клинической картине безжелтушных форм заболевания (55,6%), с сохранением в период разгара астенического и диспепсического синдромов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА HС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вирус гепатита С (HCV) передается преимущественно парентеральным путем, причем процент случаев инфицирования ВГС выше среди пациентов, перенесших трансплантацию органов, гемотрансфузию, получающих множественные внутривенные инъекции (наркоманы) а также у находящихся на почечном диализе. До 90-х годов - максимальное количество заражений происходило при гемотрансфузии. Передача от матери к плоду случается достаточно редко (2,7-4,4%), однако риск увеличивается в случае, если мать ВИЧ инфицирована (5,4-8,6%). Половой путь передачи встречается крайне редко. Однако, в 30% случаев причина заражения остается не ясной.

Целью исследования. Установить клинико-эпидемиологические особенности распространения HCV-инфекции в Андижанской области.

Материалы и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ заболеваемости гепатитом С (ГС) в городе Андижане и области показал, что отмечается значительный рост этой инфекционной патологии.

Результаты исследования. Эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости определяют лица от 15 до 39 лет – 85% от числа заболевших; в то время как дети до 14 лет составили лишь 0,7%.

Различия в интенсивности эпидемиологического процесса и его активности в определенных возрастных и социально- профессиональных группах определяются активностью путей передачи возбудителя ГС.

При обследовании 53 человек больных острым ВГС с подтвержденным серологически (в ИФА) диагнозом установлены следующие клинико-лабораторные особенности. К ним относятся: более легкое течение болезни в острый период, с нередким формированием безжелтушных форм, частым переходом заболевания в хроническую форму с прогрессированием процесса.

Увеличилось число случаев микст-инфекции до 18%, что утяжеляло течение болезни, удлиняло сроки пребывания в стационаре, способствовало хронизации процесса.

Кроме клинически выраженных форм заболевания ГС, ежегодно происходит накопление скрытых источников инфекции за счет носителей анти-HCV и больных хроническими формами.

Вывод. Таким образом, выявленные клинико-эпидемиологические особенности течения HCV-инфекции требуют проведения целенаправленных лечебных и профилактических мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

**Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н., Соипова Г.Г.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Парентеральные вирусные гепатиты, среди которых доминируют В и С — актуальная проблема современного здравоохранения. Это обусловлено повсеместным распространением этих инфекций, частым формированием хронических форм и серьезным прогнозом исхода заболевания.

Средством предупреждения распространения гепатита В является вакцинация и при плановом ее проведении возможен перевод ГВ в число «управляемых» инфекций.

В гоже время HCV-инфекция, при отсутствии средств специфической профилактики, получает все большее распространение. В результате этого за последние 5 лет в стране накопилось около 1 млн. носителей вируса гепатита С

Цель исследования. Определение клинико-прогностического значения количественных и функциональных показателей клеточного иммунитета, интерферонового статуса и ПОЛ-АОА у больных хроническим вирусным гепатитом С на фоне лечения препаратами интерферона.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 83 больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) в стадии репликации (РНК HCV+). 71 пациенту назначали препараты интерферона в стандартных дозировках по общепринятым схемам в течение 6 месяцев. Контрольную группу составили 12 человек, которые не получали противовирусной терапии. Изучали показатели систем иммунитета, интерферона и ПОЛ-АОА до лечения, через 6 и 12 месяцев наблюдения.

Результаты исследования. Первичный вирусологический ответ составил 36,7%, устойчивый – 27,7%. В контрольной группе спонтанная элиминация вируса не наблюдалась. Частота полной стабильной ремиссии при интерферонотерапии у больных ХВГС зависела как от исходного состояния клеточного иммунитета, так и от динамики его количественных и функциональных показателей. Наибольшая эффективность терапии наблюдалась у больных без признаков иммунодефицита.

Частота полной стабильной ремиссии не зависела от исходного состояния системы интерферона, а определялась характером изменения ее показателей, возрастая при повышении к 6 месяцу содержания сывороточного ИФН и способности лейкоцитов к продукции ИФН- α и γ .

Вывод. Таким образом, благоприятными прогностическими критериями эффективности противовирусной терапии препаратами интерферона явились отсутствие исходных признаков иммунодефицита и тенденция к нормализации значений показателей систем иммунитета, интерферона и ПОЛ-АОА через 6 месяцев лечения.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

**Тухтаназарова Н.С., К.А.Мулладжанова
Андижанский государственный медицинский институт**

Острые кишечные инфекции являются одной из важнейших проблем детской инфектологии и представляют актуальность как для медицинской науки, так и для практического здравоохранения. Повсеместная распространенность, отсутствие тенденции к снижению заболеваемости ставят их в категорию наиболее значимых

инфекционных болезней. Особенно актуальной становится эта проблема у детей первых месяцев жизни в силу незрелости основных механизмов противоинфекционной защиты. Грудное вскармливание – оптимальный путь к предотвращению диареи или уменьшения выраженности клинических симптомов, однако и у данной категории не исключается возможность развития ОКИ и их осложнений.

Учитывая актуальность проблемы, целью исследования было изучение этиологической структуры и клинические особенности острых инвазивных диарей у детей первых 6 месяцев жизни, находящихся на грудном вскармливании.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 67 больных с острой инфекционной диареей. Были отобраны дети в возрасте от 1 до 6 месяцев, был инвазивный характер ОКИ, первые 1-2 дня от начала заболевания, полностью грудное вскармливание без введения продуктов прикорма. Бактериологическое исследование испражнений на кишечную группу проводили в день поступления в стационар.

Результаты и их обсуждение. Для изучения частоты острых инфекционных диарей у детей первого года жизни был проведен анализ возрастной структуры госпитализированных в Андижанскую областную инфекционную больницу за последние 5 лет. Количество детей первого года жизни составило в среднем $26,8 \pm 3,6\%$. Максимальная заболеваемость регистрировалась в возрасте 7-9 месяцев. Удельный вес детей первых 6 месяцев составил $8,7 \pm 4,7\%$ от всех госпитализированных, при этом мальчики и девочки болели одинаково часто ($48,7 \pm 1,5$ и $51,3 \pm 1,5\%$, $p > 0,05$).

При оценке анамнеза установлено, что у большинства заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне. Так, у большинства женщин беременность протекала на фоне угрозы прерывания и токсикоза ($28,3$ и $71,6\%$), $1/3$ из них ($35,8\%$) перенесли ОРВИ. $47,8\%$ имели хронические заболевания мочевыводящей системы и другие очаги инфекции.

Установлено, что $2/3$ наблюдаемых имели патологию в виде анемии ($46,3\%$), пищевой аллергии ($28,3\%$), дисбактериоза кишечника ($20,8\%$). До момента заболевания у большинства детей отмечались кишечные колики ($40,3\%$), ОРВИ перенесли $14,9\%$. Таким образом, большинство госпитализированных детей имело сочетание от 2 до 4 отягощающих факторов, что оказывало негативное влияние на состояние противоинфекционной резистентности.

При бактериологическом исследовании испражнений этиология инвазивной диареи была верифицирована в $76,1\%$ случаев. Так, сальмонеллы и шигеллы были выделены из испражнений у 5 и 4 детей соответственно ($7,5$ и 6%), патогенные эшерихии у 19 ($28,9\%$), условно-патогенные микроорганизмы у 23 ($34,3\%$), в $23,9\%$ наблюдений этиологию ОКИ установить не удалось.

Таким образом, изучение этиологии ОКИ показало, что удельный вес облигатных возбудителей при инвазивном типе диареи и данной возрастной группе был значительным – $41,8\%$.

При анализе клинической картины было установлено, что в большинстве наблюдений заболевание протекало по типу энтероколита ($77,65$), реже гастроэнтероколита ($22,4\%$). Преобладали среднетяжелые формы с доминированием таких симптомов как вялость, бледность, отказ от еды при умеренной температурной реакции. Частота стула составляла в первые дни болезни 7-12 раз в сутки с нормализацией через 8-9 дней. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $10,3 \pm 1,8$ дня.

Проведенное исследование показало присутствие вирусных антигенов в кале 19 детей, что составило $28,3\%$. Анализ бактериально-вирусных сочетаний показал, что в $78,9\%$ случаев это были условно-патогенные, в $21,1\%$ – облигатно- патогенные микроорганизмы.

Таким образом, полученные данные показали, что у детей первых шести месяцев жизни даже при полном грудном вскармливании возможно развитие инвазивной диареи, вызванной как патогенными, так и условно-патогенными микроорганизмами. При этом в 28% случаев даже при инвазивном типе диареи в кишечнике детей обнаруживаются вирусные патогены, которые могут утяжелять заболевание и увеличивать частоту возникновения вторичной лактозной недостаточности.

ТОКСОПЛАЗМОЗ, КЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Тухтаназарова Н.С., Мулладжанова К.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Токсоплазмоз – длительно текущее хроническое заболевание. К сожалению, проводимая этиотропная терапия не способствует быстрому и полному излечению. В результате, у больного формируется состояние глубокого физического и психологического стресса, который испытывают как сами пациенты, так и люди, живущие рядом с больными токсоплазмозом. Так, например, для женщин, во время болезни и проведения лечения, создается стрессовая ситуация, которая не позволяет ей быть матерью на данном этапе. Поэтому личная позиция врачей по вопросу постановки диагноза токсоплазмоза, подходов к проведению этиотропной терапии, а так же профилактики токсоплазмоза позволяет оказывать значительную психологическую поддержку пациента.

В результате проведенного клинико-лабораторного обследования диагноз токсоплазмоз выставлен, или подтвержден 52 больным. Из них у 10 пациентов был диагностирован острый токсоплазмоз, у 17 – подострый, у 13 больных – иннаппарантный, у 12 – хронический токсоплазмоз. Возраст обследованных составил от 16 до 40 лет. Из них было 48 женщин и 4 мужчин. Длительность заболевания на момент обращения составляла от 3 недель до 1 года.

У больных острым токсоплазмозом заболевание начиналось с интоксикации: общая слабость, недомогание, мышечные боли, озноб или познабливание, снижался аппетит, работоспособность (у 6 больных), а у 2 пациентов инфекционный процесс начинался с повышения температуры тела до 38°C , которая сохранялась в течение 4-6 дней; двое больных сразу же без продромального периода обратили внимание на увеличение лимфатических узлов. У всех 10 пациентов в последующем заболевание протекало типично: субфебрилитет, лимфаденопатия и данная клиническая картина оставалась у 4 больных до 3 месяцев, у 6- до 7 месяцев. Необходимо отметить, что у 3 больных пальпировался только 1 лимфоузел в области шеи величиной $1 \times 1,5$ см, а у 6 пациентов генерализованная лимфаденопатия (пальпировались лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые и на УЗИ определялись увеличенные мезентериальные), один больной имел увеличение лимфоузлов по ходу

трахеобронхиального дерева (по данным рентгенограммы). У 8 больных с токсоплазмозом пальпировалась увеличенная печень и селезенка что подтверждалось данными УЗИ.

Подострый токсоплазмоз клинически характеризовался невыраженной интоксикацией, субфебрилитетом, лимфаденопатией. Хронический токсоплазмоз- длительно текущий процесс с сохраняющейся субфебрильной температурой тела (12 пациентов). Со стороны лимфатических узлов отмечалась тенденция к увеличению до диаметра 1,5х 0,3 см. Поражение ЦНС наблюдалось у 2 пациентов. Заболевание протекало с повышением температуры тела до 38 в течение 10 дней, с последующим субфебрилитетом, сильнейшими головными болями. Клинически диагностирован менингеальный синдром с лимфоцитарным плеоцитозом и наличием кист в головном мозге. У 5 больных отмечалось поражение глаз по типу заднего увеита (очагового хориоретинита). Инаппарантный токсоплазмоз в основном выявлялся у беременных (10 обследуемых), которые были присланы врачами – гинекологами женских консультаций, а у 3 пациентов при подготовке к беременности. Каких либо клинических проявлений со стороны внутренних органов у этой группы наблюдаемых не было.

Для лабораторной диагностики токсоплазмоза использовали реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) с определением специфических антител класса IgG и IgM.

Обследуемым пациентам назначалась классическая схема комплексного лечения этиотропным препаратом фансидар с фолиевой кислотой и при необходимости дезинтоксикационная патогенетическая терапия. Абсолютными показателями к назначению этиотропных препаратов являются острая, подострая и инаппарантная формы токсоплазмоза. Лечение хронического токсоплазмоза проводится в зависимости от выраженности клинической симптоматики, характера преобладающих поражений.

Длительное наблюдение за больными токсоплазмозом позволяет отметить, что этот диагноз влияет на личность пациента, изменяет самосознание, снижает эффективность трудовой деятельности (пациент «уходит в себя», в «болезнь»), ограничивает жизненные перспективы. Консультирование обратившихся к специалисту по токсоплазмозу пациентов позволяет: обучать население профилактике токсоплазмоза, оказывать психологическую поддержку, правильно подбирать курсы лечения заболевания. Врач должен быть готов к обсуждению вопросов, связанных с внутриутробным заражением плода и рождению ребенка с клиническими проявлениями врожденного токсоплазмоза (манифестные формы) и латентных форм.

Профилактика приобретенного токсоплазмоза включает: употребление в пищу только хорошо термически обработанных мясных продуктов; отказ от дегустации мясного фарша или сырого мяса; употребление в пищу только хорошо мытых овощей, зелени, фруктов; тщательное мытье рук после работы на огороде и при контакте с сырыми мясными продуктами. Необходимо проводить борьбу с беспризорными домашними животными, лечение больных токсоплазмозом домашних кошек.

Профилактику врожденного токсоплазмоза необходимо проводить с учетом того факта, что только первичное заражение женщины во время беременности может привести к инфицированию плода. Не иммунные беременные женщины, должны быть обязательно взяты на диспансерное наблюдение и обследоваться на токсоплазмоз во время беременности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ.

Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на более легкое течение болезни, коклюш и в настоящее время сохраняет свои основные клинические особенности и остается для детей в возрасте до 1 года (и особенно первого полугодия) тяжелым заболеванием.

Невосприимчивость к коклюшу не передается от матери к ребенку; транспланцитарно переносимые антитела сохраняются у ребенка не более 4-6 нед. и даже, несмотря на их наличие, дети в первые дни жизни могут заболеть коклюшем.

После активной иммунизации во всех странах и в Узбекистане отмечается значительное снижение заболеваемости коклюшем. Однако снижение заболеваемости коклюшем в разных возрастных группах происходит неравномерно. В последние десятилетия многие авторы обращают внимание на то обстоятельство, что наиболее высокий показатель заболеваемости наблюдается среди детей в возрасте до 1 года. Такое положение, по-видимому, можно объяснить тем, что детей в возрасте до 1 года удается иммунизировать против коклюша лишь в 40% случаев.

В соответствии с целями настоящих исследований были обследованы 22 ребенка первого года жизни больных коклюшем (основная группа), контрольную группу составили 20 детей старше 1 года с таким же диагнозом.

Больные наблюдались и обследовались в воздушно-капельном отделении Андижанской областной клинической инфекционной больницы.

Изучение клинической картины показали, что коклюш у детей самого раннего возраста имели ряд особенностей, которые тем отчетливее выражены, чем моложе ребенок. Это касается спазматического кашля, который у детей в первые месяцы после рождения (9 детей) не имели характерных черт (реприз) и состояли из приступов коротких, но навязчивых кашлевых толчков, сопровождающихся цианозом и задержками, а иногда и настоящими остановками дыхания, различной длительности. Вслед за наступающей асфиксией возникали судороги с последующим развитием энцефалопатии. В одних случаях (у 11) дыхательные движения восстанавливались самостоятельно, в других (у 5), более тяжелых, ребенку потребовалась немедленная помощь (искусственное дыхание, кислород). Частота апноэ в этом возрасте составляло 68,2%. У детей в первые месяцы после рождения (у 9 - 40, $9 \pm 1,2\%$), инкубационный и катаральный периоды коклюша были редуцированы до 3-5 дней, а спазматический период удлинялся до 50-60 дней. Течение болезни у детей этого возраста отличалось длительностью и волнообразностью и чаще осложнялось поражением легких и центральной нервной системы. Частота пневмонии в

этом возрасте составило $63,6 \pm 1,1\%$ случаев. В этом возрасте чаще ($P < 0,001$) наблюдались тяжелые ($36,4 \pm 1,2\%$) и среднетяжелые ($63,6 \pm 1,8\%$) формы болезни, чем у детей более старшего возраста (соотв. $10,0 \pm 1,3$ и $40,0 \pm 1,2\%$).

Судороги возникали у 10 детей ($4,5 \pm 1,1\%$), потеря сознания у 6 ($27,2 \pm 1,3\%$).

Типичные для коклюша гематологические сдвиги у детей раннего возраста наблюдались нередко: лейкоцитоз, а в начале спазматического периода отметили у $50,5 \pm 1,4\%$ больных, а лимфоцитоз – у $81,1 \pm 1,4\%$.

Отражением облегчения тяжести современного коклюша является неуклонное снижение летальности, которая в наших наблюдениях составил лишь $0,4\%$, а в более старшем возрасте в последние годы не регистрировалась.

Таким образом, коклюш у детей 1 года жизни несмотря на снижение летальности, остается чрезвычайно актуальным из-за тяжести течения. Это объясняется особой чувствительностью этого возраста к кислородному голоданию, особенно мозга, что и проявляется признаками энцефалопатии.

ОЦЕНКА СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ИЗМЕНЕНИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н., Кодирова Г.И., Китьян С.А., Абдуллаева М.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью работы явилась оценка секреторной активности жировой ткани в изменениях метаболических показателей у пациентов с МС при снижении массы тела препаратом орлистат.

Материалы и методы. В исследование, длительностью 6 месяцев, включены 40 больных (20 мужчин и 20 женщин) с диагнозом МС. Возраст больных составил $51,2 \pm 3,27$ года, масса тела $103,0 \pm 2,45$ кг. МС диагностировали согласно критериям, предложенным Экспертами Национальной Образовательной Программы США по холестерину (2005).

Результаты исследования. При исследовании секреторной активности ЖТ и уровня ИРИ установили наличие гиперлептинемии у $89,8\%$ больных, гипoadипонектинемии у $82,2\%$ больных, нарушение цитокинового статуса с повышением ФНО-а у $69,7\%$ больных ИЛ-6 у $62,2\%$ больных, гиперинсулинемию у $78,5\%$ больных МС. Отмечена четкая тенденция к увеличению уровня ФНО-а и ИЛ-6 с увеличением уровня лептина, повышение атерогенных липидов крови и ИР со снижением уровня адипонектина.

После 24 недель активного лечения орлистатом (орлип) и умеренно гипокалорийной диетой масса тела (МТ) и ИМТ достоверно снизились у $85,5\%$ пациентов. Снижение МТ и ИМТ оказывало положительное влияние на липидный спектр крови и углеводный обмен: снизились атерогенные фракции ЛП - ОХС на $18,9\%$ ($p < 0,05$), ХС ЛПНП на $15,1\%$ ($p < 0,05$), ТГ на $31,0\%$ ($p < 0,01$), повысились ХС ЛПВП на $18,3\%$ ($p < 0,05$); улучшился углеводный обмен - ИРИ снизился на $54,5\%$ ($p < 0,001$), индекс НОМА на $19,9\%$ ($p < 0,05$). Снижение МТ существенно повлияло на секреторную активность ЖТ и динамику уровней основных адипокинов – снизился лептин на $35,3\%$ ($p < 0,01$), ФНО-а на $32,3\%$ ($p < 0,01$), ИЛ-6 на $31,3\%$ ($p < 0,01$), повысился адипонектин на $51,6\%$ ($p < 0,001$).

Закключение. Следовательно, применение орлистата оказывает положительное воздействие на основные звенья патогенеза и метаболические показатели МС, а именно на ожирение, ИР, дислипидемию, нормализует функциональную активность жировой ткани, значительно улучшает течение заболевания. Это позволяет уменьшить приём или даже в ряде случаев отменить ряд лекарственных препаратов гипогликемического, гиполипидемического действия.

ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЗАИМОВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Низамова К.А., Усманов Б.Б., Гафуров Н.Р., Китьян С.А., Абдуллаева М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: выявление взаимосвязи и взаимовлияния показателей внутрисердечной гемодинамики и клинико-anamнестических особенностей больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы исследования: Проведено комплексное клинико-функциональное обследование 12 больных (средний возраст $46,8 \pm 1,6$ года) с ГКМП, верифицированным ЭКГ и ЭхоКГ методами. Всем больным проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария), ЭхоКГ аппаратом «Sono-Scare» (Китай) на кафедре факультетской терапии АГМИ.

Результаты: при сопоставлении возраста пациентов и сроков появления клинических симптомов выявлено, что в дебюте заболевания больные жаловались на кардиалгии ($39,5 \pm 9,4$ года), слабость и утомляемость ($39,2 \pm 11,2$ года). При прогрессировании ГКМП – синкопальные состояния ($46,2 \pm 10,4$ года) и признаки сердечной недостаточности ($46,9 \pm 11,3$ года). Наличие или отсутствие обструкции выходного отдела левого желудочка (ВОЛЖ) не влияло на возраст манифестации клинической симптоматики: с обструкцией – $36,2 \pm 10,2$ года, без обструкции – $38,3 \pm 11,5$ года. У больных необструктивными формами ГКМП наиболее часто наблюдались кардиалгии вне связи с физическими и эмоциональными нагрузками. При обструктивных формах ГКМП преобладали одышка, головокружение, синкопе. У этой группы пациентов в более ранние сроки появлялись и усугублялись признаки хронической сердечной недостаточности и стенокардии. Динамика развития симптомов в зависимости от степени выраженности гипертрофии ЛЖ показала, что у пациентов с III степенью ГЛЖ наблюдалось быстрое нарастание одышки и стенокардии; при II степени ГЛЖ – быстрое нарастание кардиалгии, головокружений, синкопе и астенического синдрома; при I степени ГЛЖ – отсутствовало прогрессирование стенокардии при их длительном наблюдении. У ряда больных (4) была отмечена трансформация одной формы ГКМП в другую: верхушечной в

ассиметричную с распространением гипертрофии на межжелудочковую перегородку и формированием обструкции ВОЛЖ. У 2 больных было выявлено изменение уровня обструкции.

Выводы: таким образом, при обструктивных и необструктивных вариантах ГКМП не отмечено достоверных различий во времени проявления первых клинических симптомов. В дебюте заболевания у больных появляется астенический синдром, кардиалгия, одышка, а последним проявлением становится сердечная недостаточность.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ КАК СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Гафуров Н.Р., Усманов Б.Б., Низамова К.А., Китьян С.А., Абдуллаева М. Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: оценить возможности применения холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ для диагностики аритмий у больных идиопатическим пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материалы и методы исследования: проведено комплексное клинико-функциональное обследование 26 больных (средний возраст 34,5±2,5 года) с идиопатическим ПМК, верифицированным ЭхоКГ методом. Всем больным проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария) на кафедре факультетской терапии АГМИ. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты: проведенное исследование показало, что при ХМ ЭКГ у 55% больных с ПМК и у 20% здоровых зарегистрированы желудочковые экстрасистолы (ЖЭ). Число ЖЭ, превышающих 100 в сутки выявлены у 13,3% больных с ПМК, при этом ЖЭ высоких градаций отмечены только у пациентов с ПМК (18,3% случаев). В свою очередь у здоровых ЖЭ были, как правило, единичными. Наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) регистрировались у 12% здоровых преимущественно в ночные часы при наличии брадикардии, в то же время они выявлялись у 75% больных ПМК в дневное время при выполнении ими физических нагрузок, что указывает на неблагоприятный прогноз последних. Установлена взаимосвязь удлинения интервала QT (свыше 0,42 с) и ЖЭ как у больных, так и у здоровых ($r=0,6237$; $p=0,0001$). Важно отметить, что также у 15% больных с ПМК обнаружены признаки нарушений функции синусового узла.

Выводы: таким образом, в возникновении аритмий при ПМК существенную роль играют как функциональные, так и органические изменения проводящей системы сердца, что подтверждается выявлением различных нарушений сердечного ритма и проводимости более чем у половины больных при проведении ХМ ЭКГ. Обнаруженные изменения необходимо учитывать при назначении консервативного лечения аритмий у больных с идиопатическим ПМК.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Вахобов Б.М., Таштемирова И.М., Шамсиддинова А.С., Камолов Б.Б. Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: оценка влияния антигипертензивной терапии (АГТ) на эндотелиальную дисфункцию (ЭД) у пациентов артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы исследования: комбинированная антигипертензивная терапия в виде 2^х групп препаратов – группа антагонистов кальция (АК) дигидропиридинового ряда – амлодипин 5 мг в сутки и группа ингибиторов АПФ III поколения (ИАПФIII) – лизиноприл 5 мг в сутки назначена 20 больным с МС в течении 12 недель. Исследование проводилось до и после 12 недельного лечения АГТ. Оценку сердечно-сосудистого (СС) риска проводили согласно европейской шкале SCORE.

Результаты: проведенные исследования показали положительную динамику снижения АД, улучшения клинико-метаболических показателей и ремоделирования сосудов у больных МС. Так, по данным офисного измерения, целевого уровня АД (<130/85 мм.рт.ст.) удалось достичь у 92,0% больных. При этом ЧСС не изменилась (80,6±6,24 и 81,8±7,52; $p>0,05$). Отмечена положительная динамика показателей уровня АД у больных МС, при которой САД уменьшилось на 29,5%, а ДАД – на 21,0%. Отмечена положительная динамика гуморальных маркеров эндотелия у пациентов МС на фоне комбинированной терапии АК+ ИАПФ: так, уровень NO повышался на 60,0%, уровень ЭТ-1 наоборот снижался на 27,1%. Вазорегуляторный ответ эндотелия показал положительную динамику: так, на фоне комбинированной терапии показатели ЭЗВД повышались на 58% и ЭНВД на 14% соответственно. Отмечена положительная динамика снижения толщины КИМ ПА на фоне комбинированной терапии на 18%. Помимо прямого влияния комбинированной терапии на уровень АД и патологическое ремоделирование сосудов отмечены его дополнительные эффекты влияния на некоторые клинико-метаболические показатели у пациентов с МС. Так, отмечена положительная динамика снижения ОХС на 26,0% и фибриногена на 12,2%. Отмечена положительная динамика общего СС риска по шкале SCORE, который снижался с 8,86±1,23% (высокий) до 5,82±1,18% (высокий). Также отмечена положительная достоверная динамика показателей углеводного обмена у больных МС: уровень глюкозы натощак снижался на 24,9%; уровень гликированного гемоглобина также снижался на 20,8%. Степень выраженности ЭД положительно коррелировала с гиперхолестеринемией ($r=0,3381$; $p=0,0501$), гиперфибриногенемией ($r=0,3176$; $p=0,0532$), степенью выраженности ГИ ($r=0,4271$; $p=0,0001$).

Заключение: таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что комбинированная АГТ препаратами амлодипин + лизиноприл больных АГ при МС воздействовала на основные звенья патогенеза МС, а именно достигла выраженного гипотензивного эффекта и способствовала регрессу эндотелиальной дисфункции с повышением уровня оксида азота и уменьшением размеров эндотелия, повысила чувствительность тканей к инсулину, улучшила липидный обмен и уменьшила гиперкоагуляцию крови. АК+ИАПФ оказали позитивное влияние на уменьшение общего СС риска кардиоваскулярных осложнений.

СТАБИЛИЗАЦИЯ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ АГОНИСТОВ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И., Усманова Д.Н., Кодирова Г.И., Вахобов Б.М., Абдуллаева М.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучение клинико-метаболических показателей у больных артериальной гипертензией в рамках метаболического синдрома под влиянием агонистов имидазолиновых рецепторов (моксонидин).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов МС (14 мужчин и 26 женщин) в возрасте 36-59 лет (в среднем 48,22±5,1 года), длительность АГ при МС в среднем 6,2±2,14 года. МС диагностировали согласно критериям международной диабетической федерации (IDF, 2005). Липидный спектр изучали путем определения ОХС, ХС ЛПВП, ТГ в сыворотке крови биохимическим методом с использованием экспресс – анализатора «Reflotron Plus» («Roche», Германия). Уровни лептина (Л) и адипонектина (АН) определяли методом конкурентного варианта иммуноферментного анализа («BioVendor» Human Leptin ELISA, Чехия).

Результаты исследования показали, что применение моксонидина дало положительные результаты по ряду клинико-метаболических показателей. Так, целевого уровня АД (130/85 мм.рт.ст. и меньше) удалось достичь у 85,5% больных. Через 12 недель лечения отмечено достоверное снижение индекса массы тела (с 38,36±4,1 до 35,01±3,45 кг/м²; p<0,05), и общей массы тела (с 104,81±18,99 до 97,17±13,87 кг; p<0,05). Улучшились показатели липидного обмена – ОХС уменьшился на 20,6% (p<0,05); ХС ЛПВП на 20,2% (p<0,05); ТГ на 23,8% (p<0,05); увеличился ХС ЛПВП на 23,4% (p<0,05). Достоверно изменились показатели углеводного обмена – глюкоза крови уменьшилась на 22,0% (p<0,05), ИРИ на 24,6% (p<0,01), гликированный гемоглобин на 23,2% (p<0,05), повысился гликемический индекс на 37,0% (p<0,05). Терапия моксонидином привела к изменению показателей гормонов жировой ткани – достоверно снизился лептин на 28,2% (p<0,05) и повысился адипонектин на 21,8% (p<0,05).

Заключение. Таким образом, терапия моксонидином больных АГ в рамках МС привела не только к снижению А/Д, но и к достоверному повышению чувствительности тканей к инсулину, улучшению липидного обмена, снижению ИМТ и нормализации уровней гормонов жировой ткани. Наряду с хорошим гипотензивным эффектом моксонидин оказал благоприятное влияние на все проявления МС.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИПАТИЕЙ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Усманов Б.Б., Гафуров Н.Р., Низомова К.А., Кахрамонов А.М., Китьян С.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: выявить и оценить особенности клинических и ЭКГ-проявлений заболевания у больных со стресс-индуцированной кардиомиопатией (СКМП).

Материалы и методы исследования: Проведено комплексное клинико-функциональное обследование 10 больных (средний возраст 68,5±3,7 года) с СКМП, верифицированной ЭКГ и ЭхоКГ методами. Всем больным проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария), ЭхоКГ аппаратом «Sono-Scare» (Китай) на кафедре факультетской терапии АГМИ.

Результаты: установлено, что наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль за грудиной (90%), менее частыми симптомы – одышка (20%), отек легких (2%), редко встречаются – кардиогенный шок (1 больная), желудочковые аритмии (10%). Также отмечаются неспецифические симптомы – синкопе, слабость, кашель (5%). Часто провоцирующими факторами являются смерть близкого человека, публичное выступление, волнение, тревога. Другие ситуации встречаются менее часто, но также являются триггерным фактором СКМП, например, тиреотоксикоз. СКМП диагностирован у 2% пациентов с элевацией сегмента ST на ЭКГ – это были 60-75 летние женщины в постменопаузальный период. На ЭКГ данный синдром также «мимикрирует» под острый инфаркт миокарда передней стенки с подъемом или без подъема сегмента ST. При поступлении 56 % этих пациентов имели подъем сегмента ST, в то время как 17 % пациентов имели инверсию зубца T, а 10 % имели зубец Q или изменения зубца R. Примечательно то, что 17 % этих пациентов имели нормальную ЭКГ. В 90% случаях подъем сегмента ST был ассоциирован с удлинением интервала QT и переходными зубцами Q в антеросептальных отведениях. Однако вначале дифференцировать острый инфаркт миокарда от СКМП было затруднительно. Тем не менее, изменения на ЭКГ переходящие и в большинстве случаев исчезали в течение первых 2х недель. Мы предполагаем, что отсутствие реципрокных изменений на ЭКГ, отсутствие Q, зубца T, отношение подъема сегмента ST-в отведениях V 4-6 к подъему в V 1-3>1 могут быть высокоспецифичными для СКМП. На ЭхоКГ выявляются гипокинез или акинез средних и апикальных сегментов ЛЖ, топически локализованные вне зоны распределения какой-либо одной коронарной артерии. Отмечается также снижение фракции выброса в острой стадии до 20-49 % с последующим повышением до 59-76 %, в среднем, к 20-му дню от начала заболевания. Вторым важным критерием является вовлечение верхушки ПЖ. Данный критерий выявляется примерно у 25% обследованных пациентов.

Выводы: несмотря на большое разнообразие современных методов диагностики, СКМП остается малоизученным заболеванием. Повышение частоты заболевания наблюдается у женщин в период постменопаузы, на фоне эмоционального стресса, клинически проявляющийся стенокардической болью за грудиной, подъемом сегмента ST. Характерны изменения на ЭКГ и ЭхоКГ. Прогноз благоприятный, выздоровление наступает примерно через 2-4 недели после начала заболевания, однако необходима своевременная диагностика и лечение во избежание развития серьезных осложнений.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ В УСЛОВИЯХ РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА УЗБЕКИСТАНА: ВЗГЛЯД ПОСЛЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Умурзаков О.Т., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т., Раубжонов Х.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель: изучение эпидемиологических аспектов гипертонических кризов (ГК) в условиях резко континентального климата Ферганской долины Узбекистана.

Для достижения поставленной цели с использованием стандартизованных и унифицированных методов проводилось одномоментное эпидемиологическое исследование среди неорганизованного населения г.Андижана Ферганской долины в возрасте 40-70 лет. Обследованы 725 человек (женщин – 361 и мужчин – 364).

Отмечено, что распространенность ГК среди населения резкоконтинентального климата достаточно высока и наблюдается с частотой 37,2%. ГК I-го типа встречается в уровнях 17,7%, а показатели распространенности ГК II-го типа составляют 19,8% ($P>0,05$).

В отдельных возрастных группах частота распространенности ГК, ГК I и II-го типа составили: в возрасте \leq 40-49 лет – 49,2%, 25,4% и 23,7%, в 50-59 лет – 81,9%, 36,1% и 45,8%, в 60-69 лет – 91,6%, 39,4% и 56,3%, в 70 лет и старше – 55%, 15% и 40%.

Среди женщин ГК регистрируется с распространенностью 43% (ГК I-го типа – 19,5% и II-го типа – 23,5%), а у мужчин – 28,9% (ГК I-го типа – 15%, и II-го типа – 13,9%), $P<0,05$.

Результаты эпидмониторинга утверждают, что для ранней диагностики, эффективной профилактики и контроля ГК необходимо активно использовать эпидемиологические методов, особенно скринирующие- опросники.

ВЛИЯНИЕ ГЕПАТОТРОПНЫХ ВИРУСОВ НА КАЧЕСТВО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А

Уринбаева М., Бойханова Н.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Вирусные гепатиты представляют собой группу самостоятельных инфекционных заболеваний и относятся к наиболее социально-значимым проблемам медицинской науки и практического здравоохранения ввиду их эпидемического распространения, повсеместного выявления, возможных фульминантных форм, а также за счёт хронизации патологического процесса с последующим развитием осложнений, таких как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома.

По данным ВОЗ в разных странах мира вирусными гепатитами инфицированы или перенесли их в прошлом около 2 млрд. человек, что существенно превышает распространенность ВИЧ-инфекции. Ежегодно 1,5 млн. жителей планеты погибают от острых и хронических процессов, обусловленных вирусами гепатитов. Вместе с тем в 5-20% случаев природа острых и хронических гепатитов остается неизвестной.

Цель работы - определение инфицированности гепатотропными вирусами больных вирусным гепатитом А и изучение их влияния в качестве коинфекций на клиническое течение, ближайшие и отдалённые исходы заболевания.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 535 пациентов, госпитализированных с диагнозом вирусный гепатит А. Все пациенты находились на стационарном лечении в областной инфекционной больнице Андижана.

Результаты исследования: Госпитализация проводилась из 2-х эпидочагов в гипозндемичном периоде и в период эпидемического подъёма. Эпидемиологические вспышки вирусного гепатита произошли среди ограниченных коллективов. Источником заражения в первом случае (34 пациентов) были инфицированные продукты столовой бизнес-центра.

Характеристика клинического течения НАV гепатита. При моновирусной инфекции острого вирусного гепатита А в большинстве случаев (89,5%) у госпитализированных больных заболевание протекало в средне-тяжёлой форме. Продромальный период у больных этой группы протекал по гриппоподобному, диспепсическому, астеновегетативному и смешанным вариантам. Наиболее распространённым вариантом преджелтушного периода в данной группе был григаюподобный ($p<0,001$). Длительность преджелтушного периода составила в среднем $6,44\pm 0,24$ дня. В период разгара заболевания наиболее частым симптомом интоксикации в этой группе была общая слабость. Кроме того, в клинической картине заболевания наблюдались характерные признаки поражения печени (желтуха, гепатомегалия, боли и тяжесть в правом подреберье) у 92 (97,9%) больных, с преобладанием желтухи и гепатомегалии ($p<0,001$). При объективном осмотре больных из группы моноинфекции ВГА чаще всего встречалась умеренная гепатомегалия (на 1,5-2,0 см).

Выводы: 1. Вирусный гепатит А часто протекает в сочетании с другими гепатотропными вирусами. В 49% случаев сопутствующим заболеванием при остром вирусном гепатите А является II V-инфекция.

2. Показана возможность мультирепликативной активности гепатотропных вирусов TTV и VEB на фоне острого вирусного гепатита А. Частота выявления микст-инфекции НАV+TTV+VEB составила 3%.

3. У больных микст-вирусной инфекцией НАУ+ТТУ, НАУ+УЕВ и НАУ+ТТУ+УЕВ заболевание сохраняет типичную характеристику острого периода вирусного гепатита А, отличаясь лишь укороченным преджелтушным периодом.

4. При мультивирусном НАУ+ТТУ, НАУ+УЕВ и НАУ+ТТУ+УЕВ поражении печени текущий гепатит имеет адиклическое течение с пролонгированным периодом реконвалесценции до 11-12 месяцев.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Уринбаева М., Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Острые кишечные инфекции являются одними из наиболее частых инфекционных заболеваний у детей. Несмотря на усовершенствование диагностики и лечебной тактики согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в мире ОКИ переносят около 2 млрд. человек, при этом 60-65% всех случаев ОКИ регистрируется среди детей раннего возраста. В исходе ОКИ у детей высока вероятность развития постинфекционного синдрома раздражённого кишечника, мальабсорбции, нарушения полного пищеварения, обострения хронических заболеваний ЖКТ, аллергических заболеваний. Важной остаётся проблема нарушения состава нормальной микрофлоры кишечника, которые регистрируются у 95-97% больных ОКИ.

Цель и задачи исследования. Оптимизация терапии и профилактики воспалительных заболеваний наружных гениталий у девочек раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями.

Материалы и методы. С целью выявления распространенности воспалительных заболеваний наружных гениталий среди практически здоровых детей от 1 года до 3 лет обследовано 120 девочек в отделении АОИБ. Среди них воспалительные заболевания наружных гениталий выявлены у 18 девочек (15%).

Анализ клинических наблюдений детей позволил установить, что ОКИ протекали в форме гастроэнтерита у 242 пациентов (48,4%), гастроэнтероколита - у 136 (27,2%), энтероколита - у 74 (14,8%), гастрита - у 34 (6,8%), энтерита - у 14 (2,8%). Течение ОКИ у большинства больных было гладким с преобладанием среднетяжелых форм заболевания - у (480 из 500). Тяжелые формы отмечены у 20 больных с развитием эксикоза II-III степени. Этиология ОКИ расшифрована у 135 пациенток (27%). Ротавирусная инфекция установлена у 67 (49,6 %), Норовирусная - у 24 (17,8 %), S. enteritidis - выделены у 26 (19,3 %) детей, S. typhimurium-10 (7,4%), S. infantis-2 (1,5 %), шигеллы Зонне-4 (3,0 %), кампилобактер-2 (1,5 %). При неустановленной этиологии ОКИ дети по характеру диареи и течения болезни были условно разделены на бактериальные и вирусные. Группа с бактериальными диареями составила 220 человек, группа с вирусными - 280 человек.

Все дети были госпитализированы в стационар в первые 3 суток от начала заболевания. Наблюдения за всеми детьми проводили в остром периоде заболевания на 1-3 сутки с момента поступления в стационар, на 7-10 день и на 30-35 день от начала заболевания с согласия родителей.

Все больные ОКИ получали традиционную базисную терапию, включавшую диету, пероральную регидратацию (по показаниям - парентеральную инфузионную терапию), энтеросорбенты (смекта, энтеросгель и др.), в период реконвалесценции - ферментные препараты (мезим-форте, креон), симптоматическую терапию. На первом этапе обследованы 60 детей без клинических проявлений ВЗНГ: среди них 30 детей, больных вирусными диареями и 30 девочек, больных бактериальными диареями. Группу сравнения составили 30 практически здоровых девочек.

Выводы. 1. Частота выявления ВЗНГ у больных ОКИ составила 23,6%, что достоверно чаще по сравнению с группой «здоровых» девочек - 15 %. Вульвовагинит в группе «здоровых» детей отмечен достоверно реже - в 27,78%.

2. Факторами риска возникновения ВЗНГ у девочек, больных ОКИ являются: пищевая и лекарственная аллергия, использование антибактериальных средств более 3 раз, распространенность воспалительного процесса ЖКТ (гастроэнтероколит, гастроэнтерит, энтероколит), а также дефекты гигиенического ухода.

3. Клинические проявления ВЗНГ у девочек, больных ОКИ, отличаются большей выраженностью, полиморфизмом клинической картины (наличие разнообразных патологических выделений из НПО, более распространенным воспалительным процессом аногенитальной области) по сравнению с клиническими проявлениями ВЗНГ у детей без ОКИ.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ГЛУБОКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Уринбоев М.О., Юлдашев Р.Н., Исакова Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Депрессивные расстройства сочетаются с коронарной патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний. Согласно данным литературы, депрессии возникают в среднем у 20% больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Комбинация этих болезней ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

Цель исследования: изучение клинической картины депрессии и оказания неотложной помощи при этих состояниях.

Материалы и методы: Для решения поставленных задач было проведено клиничко – эпидемиологическое обследование 36 больных в инволюционном возрасте. Из них мужчин 6 (16 %), женщин 30 (83%). С учетом структуры аффективных расстройств у больных с инфарктом миокарда дифференцированы различные психопатологические синдромы: тревожно-депрессивные, астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические, истерические и органические депрессии. В виду этого были выделены три клинических варианта депрессии: 1) соматогенные депрессии (депрессии соматически обусловлены) - 12 (33.3 %), 2) эндогенные депрессии (шизофренические, инволюционные) – 7 (19.4 %), 3) психогенные депрессии (связанные с психотравмирующей ситуацией) – 17 (47,2 %).

Анализ свидетельствует, что для врачебной тактики важно установить ведущий фактор психосоматического взаимодействия с учетом личности больного. У обследованных больных по данным клиники АГМИ, тревожные состояния и агитированная депрессия (двигательное беспокойство, агитация, снижение

настроения, страх, тревога, бессонница.) чаще наблюдаются у женщин. У мужчин клиника депрессии чаще протекает с отрывочными бредовыми расстройствами (бредовые идеи ущерба). Характерен сон для таких больных, бессонница вечером, затрудненное засыпание, и раннее пробуждение (в 3 – 5 часов утра). Утром отмечается подавленное состояние с тревогой (это самое подходящее время для суицида).

По данным проведенного анализа, наличие аффективных расстройств в картине болезни инфаркта миокарда увеличивает длительность пребывания больных в стационаре (в среднем на одну неделю).

Выводы: Среди экзогенных наибольшие значения имеют у пожилых людей.

Возросший интерес к вопросу депрессивных расстройств у больных с сердечно-сосудистой патологией обусловлен большим количеством фактических данных, свидетельствующих о негативном влиянии депрессии на течение и прогноз соматического заболевания.

ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИИ

Усманова.М.Б., Муминов.Р.К., Маликова А.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальными направлениями в изучении этой проблемы являются исследование механизмов вегетососудистых расстройств больных депрессии, особенности клиники и дифференциальной диагностики соматизированных депрессий в кардиологической практике: вопросы лечения депрессивных расстройств у больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями. Депрессия инициирует конкретные патофизиологические механизмы, которые кардинальным образом влияют на состояние сердечно – сосудистой системы.

Активация симпатoadренальной системы при депрессии обуславливает снижение вариабельности сердечного ритма, артериальную гипертензию, усиление коагуляции и ослабление фибринолиза. Подавление активности серотонинергической системы способствует тромбообразованию за счет повышения агрегации тромбоцитов и снижения фибринолиза, а также развитию коронарораспазма. Перечисленные данные объясняют причину более высоких показателей смертности у больных с депрессией. Известно, что, несмотря на клиническую и социальную значимость депрессивных расстройств у больных с вегетососудистой патологией, в 50% эти расстройства не диагностируются и соответственно не лечатся. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения особенностей депрессивных расстройств у больных ССЗ.

Цель настоящего исследования – изучение клинической специфичности вегетососудистых расстройств у больных депрессии.

Материал и методы: исследования для решения поставленных задач было проведено обследованные 48 больных (м – 28 – 58,3%, ж – 20 – 41,7%), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиники АГМИ.

Результаты исследования. Критерии включения в исследование: больные (мужчины и женщины старше 18 лет) с вегетососудистыми расстройствами. В картине болезни начали доминировать эмоционально – гиперестетические расстройства – плаксивость, обидчивость, ухудшение когнитивных функций. Больные предъявляли обилие жалоб астенического характера (физическая слабость, головные боли, ухудшение памяти, концентрации внимания). Клинико – катamnестического исследования больных с вегетососудистыми расстройствами позволило выделить их соматогенные депрессии – органическая и симптоматическая (20 %) – у пациентом с хронической ИБС, а так же у больных с сопутствующей патологией (АГ, эндокринопатии). Симптоматические депрессии формируются по тем же законам, что и органические: дебютируют при утяжелении состояния и редуцируют по мере обратного развития симптомов соматического заболевания. Клиническая картина психовегетативных расстройств, осложняющих соматическое заболевание, чаще приобретает форму астенической депрессии с гиперестезией, явлениями раздражительной слабости, повышенной истошаемости, слабодушием, слезливостью. Наряду с этим могут наблюдаться психомоторная заторможенность, слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться, а так же выраженные вегетососудистые проявления – жалобы на шум и звон в ушах, головные боли, головокружения. Сочетание депрессии с соматической болезнью усложняет процесс диагностики и терапии и негативно влияет на течение и прогноз как психического, так и соматического заболевания. Психогенные депрессии – реактивная депрессия (60 %), преимущественно нозогенная (личностная реакция на впервые выявленное заболевание), реже – связанная с воздействием психотравмирующих факторов социально – стрессового характера.

Вывод: Сердечные препараты уменьшают боль, но не снимают ее полностью и не влияют на психическое состояние больных. После назначения антидепрессантов, состояние 30 (62,5%), больных улучшилось.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Усманова.М.Б, Муминов.Р.К., Усманова М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение эффективности психологического лечения табачной зависимости методом «двойного кодирования».

Метод исследований. Психотерапевтическое лечение методом «двойное кодирование» прошли 138 больных с табачной зависимостью.

Диагностика табачной зависимости осуществлялась по классификации никотиновой наркомании.

I стадия (бытовое курение) – несистематическое курение (около 5 сигарет в день), никотиновой абстиненции нет, вегетосоматические явления отсутствуют или выражены слабо, полностью обратимы;

II стадия (привычное курение) – курение постоянное (от 5 до 15 сигарет в день), зависимость отчасти физическая, толерантность повышена, абстиненция, поражения внутренних органов незначительны, в определённой степени обратимы после прекращения курения;

III стадия (пристрастное курение) – толерантность к курению высокая, абстиненция тяжёлая, зависимость чисто физическая, влечение непреодолимое (человек курит не менее 1-1,5 пачки папирос или сигарет в день), выработалась привычка курить натощак и сразу после еды, а также среди ночи. Определяются значительные поражения внутренних органов и нервной системы у всех пациентов этой группы.

Первая стадия табачной зависимости была диагностирована у 58 больных (42,0%), вторая стадия – у 56 больного (40,6%), третья стадия – у 24 больных (17,4%). Их возраст составил от 20 до 65 лет. Мужчин было 106 больных (76,8%), женщин – 32 больных (23,2%). Длительность систематического курения составила от 5 до 33 лет (в среднем 19,5±2,3).

Результаты лечения. У больных первой стадией табачной зависимости (58 человека) прекращение курения табака наблюдалось в 100% случаев. У больных со второй стадией табачной зависимости (56 человек) эффективность лечения нашим способом составила 92,9%. При третьей стадии табачной зависимости (24 больных) прекращение приёма курения наблюдалось у 79,2%.

Выводы. 1. Общая эффективность лечения составила 93,5% (129 пациентов).

2. При этом наблюдалось достоверно значимое число ремиссий качественно лучшего состояния, а прекращение курения табака сочеталось с исчезновением у больных патологического психологического влечения к табакокурению и исчезновением гетерогенной психопатологической симптоматики.

3. Наблюдается также значительное сокращение сроков лечения по сравнению с медикаментозной терапией, иглорефлексотерапией и коллективной эмоционально-стрессовой психотерапией.

ГИЁХВАНДАНД ШАХСЛАРДА СУИЦИД ХОЛАТЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Усманова.М.Б, Муминов.Р.К., Козимжонова И.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт

Долзарблиги: Гиёхвандлик ва ичкиликбозлик муаммоси хозирги кунда ер юзидаги барча давлатларнинг ташвишига айланиб колди. Маълумотларга караганда, бугунги кунда жахонда 200 млн дан ортик киши гиёхвандликка дучор булган. Дунеда содир этилаётган жиноятларнинг 57%-ни бевосита гиёхвандлик билан шугулланувчилар амалга оширади. Бу муаммони хар биримиз кайси сохада ишлашимиздан катъий назар хал килишга ендашмогимиз лозим.

Текширув максади: РШТЁИМ Андижон филиали булимларида 2004-2005 йилларда даволанган суицидентларнинг психопатологик холатлари урганилди. Утказган текширишларимиздан маълум булдики, уз жонига касд килган шахсларда суицид холатлари шошилич вазиятда руй берган. Биз бу муаммони моддий ва маънавий катта зарар етказаетганини, тиббий хамда ижтимоий-иктисодий ахамиятга эгалигини хисобга олиб тугалланмаган суициддан кейинги психопатологик холат, ва уларда шошилич ердам беришнинг авфзал томонларини урганишини уз олдимизга максад килиб куйганмиз.

Текширув натижалари ва усуллари: Биз жами 105 та суицидентни текширдик, улардан 38 таси - 36,1% эркактар, 67 таси – 63,8% аёллардир. Суицидентлар орасида 15-29 ёшли – 70 та – 66,6%, 31-40 ёшли – 27 та – 25,7%, 41-45 ёшли – 3 та – 28%, 46-55 ёшли – 4 та – 3,8%, 60-70 ёшли – 1 та – 0,9% аникланди.

Биз кузатган суицидентлар ичида гиёхванд (7,0%) ва спиртли ичимликларни суистемол килган шахслар аникланди. Гиёхванд шахсларда абстинент холатдан чикаётган пайтда утқир рухий бузилишлар кузатилади. Асосан чуқур депрессия холати кузатилади. Уларда кайфият пастлиги, уйкусузлик, юрак сикилиши, гамгинлик булади. Беморларда сикилиш хисси, айбдорлик умидсизлик, узига кам бахо бериш ва гунохкорлик хиссининг булиши беморларнинг рухий аховлини таранглаштиради. Мана шу пайтда уларда уз жонига касд килиш холатлари куп учрайди. Барчамиз суицид холатларини олдини олишда бундай беморларни уз вақтида аниклаб, тугри ташхислаб даволашимиз лозимдир.

Хулоса: Психопрофилактикани асосан стационарда даволанаётган гиёхванд шахсларда, абстинент холатларда утказиш мухимдир. Чунки психопрофилактика гиёхванд беморларда суицид холатларни олдини олишда ёрдам беради.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НАРКОМАНИЕЙ

Усманова.М.Б, Муминов.Р.К., Каримов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на то, что в последнее время проблеме наркомании уделяется большое внимание, влияние наркотических веществ на течение беременности, внутриутробное состояние плода и новорожденного изучено недостаточно. Поэтому целью нашего исследования явилось выявление особенностей течения беременности и родов, а также состояние новорожденных у матерей с наркотической зависимостью.

Целью исследования явилось изучение особенности течения беременности у женщин, употребляющих наркотики

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было обследовано 7 беременных, употребляющих наркотические средства. Для сравнения взята контрольная группа из 7 соматически здоровых беременных. Регулярное наблюдение за беременными наркоманками имело свои особенности, такие как: недисциплинированность в посещении врача, безразличное и безответственное отношение к беременности.

Результаты исследования. При клиническом обследовании нам удалось выявить угрозу прерывания в различные сроки беременности, развитие ранних и поздних токсикозов, а также хронической гипоксии и

отставанию развития плода. Наличие напряжения в системе гипоталамус- гипофиз- надпочечники, возможно сказывается на гормональном статусе беременной при наркотической зависимости и приводит к аномалиям родовой деятельности и ухудшению состояния плода и новорожденного. Хроническое воздействие наркотических веществ на плод во время беременности приводит к проявлению у новорожденного абстинентного синдрома, что также снижает адаптационные возможности организма новорожденного. Средняя масса родившихся детей по сравнению с контрольной группой ниже на 600 г.

Выводы: все новорожденные родились в состоянии асфиксии II - III степени, тогда как в контрольной группе новорожденные родились здоровыми. Восстановление физиологической потери массы тела у новорожденных шло медленнее по сравнению с контрольной группой и превышало 10 дней, вместо нормальных 5-6 дней.

ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ.

Усманова.М.Б., Муминов Р.К., Салиев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью нашего исследования явился анализ эффективности применения психотерапевтических методов воздействия на психологическую реабилитацию больных с неврозами и неврозоподобными состояниями.

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: необходимо рекомендовать больным с неврозами прошедших психологическую реабилитацию с использованием аутогенной тренировки для более широкого применения во всех психо-неврологических учреждениях республики Узбекистан.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВАТЕЛЬНОГО МЕТОДА «СПРИНТ» У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА

Усманова У.И., Тургунова Д.А., Салохиддинов З.С., Салиев Д.К., Урмонов Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Инфаркт миокарда – неотложное клиническое состояние, обусловленное некрозом участка сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения. Инфаркт миокарда, развивающийся в рамках ишемической болезни сердца, является результатом коронарного атеросклероза. Непосредственной причиной инфаркта миокарда чаще всего служит окклюзия или субтотальный стеноз коронарной артерии, почти всегда развивающийся вследствие разрыва или расщепления атеросклеротической бляшки с образованием тромба, повышенной агрегацией тромбоцитов и сегментарным спазмом вблизи бляшки.

Цель исследования. Изучение вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной инфарктом миокарда (ИМ) при занятиях лечебной аквагимнастикой с элементами лечебного плавания в бассейне методом «Спринт».

Материалы и методы. В исследование включено 16 мужчин с ИБС осложненной ИМ через 1 год со дня заболевания в возрасте 49-50 лет. 3 больных перенесли трансмуральный ИМ; у 10 больных передний ИМ; у 3 пациентов задний ИМ; 10 пациентов наблюдались с ранней постинфарктной стенокардией; 6 человек были с аневризмой левого желудочка; 2 больных имели пристеночный тромб в левом желудочке; у 7 больных наблюдалась сердечная недостаточность ФК II по NYHA. Пациенты разделены на две группы: I группа основная (n=10), в реабилитации которых применен метод «Спринт», и II группа контрольная (n=6). Исследовали в динамике ВРС по короткой (5 мин) записи ЭКГ в покое, оценивали временные и спектральные показатели ВРС в общепринятых диапазонах, а также процентный вклад каждой составляющей спектра в общую мощность спектра.

Результаты. По основным клиническим характеристикам группы не различались, но в I группе было достоверно больше пациентов с трансмуральным инфарктом миокарда ($p=0,045$). В I группе выявлено достоверное увеличение SDNN с $28,8\pm 1,2$ до $33,7\pm 1,6$ мс ($p<0,05$); общей мощности спектра с $950,0\pm 103,5$ до $1314,0\pm 172,0$ мс² ($p<0,05$); VLF с $476,9\pm 49,6$ до $668,9\pm 78,1$ мс² ($p<0,05$), LF с $230,3\pm 30,5$ до $305,9\pm 44,4$ мс² ($p<0,05$) и достоверное увеличение HF с $167,3\pm 32,1$ до $187,7\pm 25,8$ мс², при отсутствии достоверных изменений во II группе. При анализе динамики процентного вклада каждой составляющей в общую мощность спектра между группами различий не выявлено.

Выводы. При занятиях лечебной аквагимнастикой (I и II этапы) и тренировках в бассейне по методу «Спринт» увеличивается ВРС, что можно расценивать как улучшение адаптационных возможностей организма у пациентов I группы в сравнении с контрольной группой.

ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Усманова У.И., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Салиев Д.К., Тургунова Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. При хронической почечной недостаточности (ХПН) нарушается фосфорно-кальциевый обмен (наблюдается повышение уровня фосфата и снижение уровня кальция в сыворотке крови), вследствие чего усиливается деминерализация костной ткани. У женщин в постменопаузе резорбция костной ткани увеличивается вследствие недостатка эстрогенов.

Целью работы было сравнить тяжесть нарушения фосфорно-кальциевого обмена, активность процесса резорбции костной ткани и дефицит минеральной плотности костей у пациентов с ХПН: у женщин в постменопаузе, женщин до менопаузы и мужчин.

Обследовано 55 больных с ХПН 3а стадии, получающих лечение хроническим гемодиализом: 32 мужчины, средний возраст $48,6 \pm 1,9$ лет, от 21 до 69 лет, и 23 женщины (из них 18 в климактерическом периоде). Средний возраст женщин в постменопаузе $59,3 \pm 1,7$ лет (от 43 до 73 лет), до менопаузы - $40,4 \pm 4,3$ лет (от 29 до 51). Всем пациентам проводилось биохимическое исследование крови (измерены уровни кальция, фосфата, активность щелочной фосфатазы сыворотки крови). С помощью денситометрии (двухэнергетический рентгеновский денситометр Hologic QDR 4500) определена минеральная плотность поясничных позвонков и проксимальной части левой бедренной кости.

Результаты. Во всех трех группах наблюдалась гипокальциемия (уровень кальция в сыворотке крови у мужчин $2,07 \pm 0,04$ ммоль/л, у женщин в постменопаузе $2,17 \pm 0,06$ ммоль/л, у женщин до менопаузы $2,14 \pm 0,09$ ммоль/л), гиперфосфатемия (уровень фосфата - $2,07 \pm 0,09$ ммоль/л; $2,20 \pm 0,17$ ммоль/л; $2,48 \pm 0,15$ ммоль/л соответственно). Во всех группах повышена активность щелочной фосфатазы (297 ± 31 IU/L; 383 ± 57 IU/L; 347 ± 60 IU/L). Минеральная плотность костей снижена во всех группах как в поясничном отделе позвоночника ($0,939 \pm 0,048$ г/см²; $0,800 \pm 0,055$ г/см²; $0,972 \pm 0,094$ г/см²), так и в проксимальной части бедренной кости ($0,882 \pm 0,037$ г/см²; $0,800 \pm 0,083$ г/см²; $0,792 \pm 0,044$ г/см²).

Таким образом, при ХПН 3а стадии выявлено снижение уровня кальция, повышение уровня фосфата, активности щелочной фосфатазы, наблюдается остеопороз.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ТИРЕОИДНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

**Усманова У.И., Салохиддинов З.С., Тургунова Д.А., Ахмадалиева У.К., Салиев Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс взаимосвязанных нарушений углеводного и жирового обмена, а также механизмов регуляции артериального давления и функции эндотелия, в основе которых лежит инсулинорезистентность.

До настоящего времени нет единого мнения о первопрочине нарушений обмена веществ в патогенезе МС. В литературе имеются данные, позволяющие предположить вклад дисфункции щитовидной железы в развитие МС. Тиреоидные гормоны влияют на все основные метаболические пути. У многих больных с ожирением имеются симптомы, которые позволяют подозревать у них наличие гипотиреоза – нарушение менструального цикла, бесплодие, сухость кожи и др. Гиперлипидемия, часто имеющая место у больных с ожирением, также характерна и для гипотиреоза. Известна роль тиреоидных гормонов в регуляции липидного обмена. В то же время тиреоидные дисфункции (ТД) часто ассоциированы с минимальными изменениями в массе тела и массе жировой ткани. Переедание и голодание значительно влияют на обмен йодтиронина и регуляцию ее активности.

Проведенный нами анализ состояния функции щитовидной железы у 15 пациентов с МС выявил наличие аутоиммунного тиреоидита у 8 из обследованных больных, у 7 из которых наблюдался эутиреоз, у 1 пациентки выявлены клинико-лабораторные признаки гипотиреоза. Приведенные данные свидетельствуют о том, что ТД может внести свой вклад в развитие МС. Дальнейшее изучение этой проблемы позволит оценить влияние функциональных нарушений щитовидной железы на течение МС и рассмотреть вопрос о возможности включения показателей функции щитовидной железы в диагностические критерии метаболического синдрома.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

**Фазилов А.А., Соипова Г.Г., Жумабоев Х.Т., Ходжиматов Г.М., Шухратов Ш.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Хронический гепатит С является хроническим заболеванием печени в основе которого лежат инфицирование и поражение печени вирусом гепатита С и манифестирующее морфологически некротическими, воспалительными и фибротическими изменениями печеночной ткани различной степени тяжести.

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ), занимающие лидирующие позиции в структуре всех заболеваний печени, являются одним из наиболее важных и сложных проблем мирового здравоохранения. Данная ситуация связана с их повсеместным распространением, высоким уровнем заболеваемости, а также существенными экономическими затратами на диагностический и лечебный процессы. Важнейшей особенностью ХВГ является их преимущественно скрытое течение. Согласно данным ВОЗ сотни миллионов человек в мире инфицированы гонадотропными вирусами. Кроме эпидемиологической и экономической значимости для здравоохранения, актуальность ХВГ также определяется решением серьезных задач клинического и организационного характера.

Диагностика и определение стадии фиброза имеет важное клиническое значение при хронических диффузных заболеваниях печени. При отсутствии единого мнения о месте сывороточных маркеров фиброза в алгоритме диагностики хронических диффузных заболеваний печени все более актуальными становятся исследования визуальных методов диагностики, как альтернативе биопсии печени. Наиболее популярным и широко распространённым ввиду своей доступности методом стало серо шкальное ультразвуковое исследование печени в В-режиме в масштабе реального времени.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры клинической радиологии и функциональной диагностики Андиганского государственного медицинского института проводилось научное исследование по изучению ультразвуковой диагностики при хроническом вирусном гепатите С. В основу работы положены результаты комплексного обследования 80 пациентов. Больным проводили общие клинические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, исследования ИФА крови (антиген-антитела), вирусологические исследования (ПЦР).

Специальные методы исследования - ультразвуковое исследование с режимом «серой шкалы», оценка стадии фиброза проводилась по METAVIR.

Сравнительный анализ ультразвуковых показателей также подтвердил представленные в настоящем исследовании клиничко-лабораторные данные о нарастании проявлений при хроническом гепатите С (ХГС) по мере прогрессирования хронического инфекционного процесса. В наших исследованиях увеличение печени на доцирротических стадиях регистрировалось в среднем у 46,1–58,8% пациентов, тогда как при циррозе частота гепатомегалии приближалась к 71%. У 30 пациентов с умеренным фиброзом морфологически печень не отличалась от здорового органа, однако у 21 больного с значительным фиброзом и проявлениями цирроза определяли такие признаки, как не ровность краев, гетерогенность структуры печени. Обнаружение узелков на поверхности печени при применении линейного датчика отмечали у 51 % больных, а гипертрофию хвостовой доли у 63 % больных. Увеличение селезенки регистрировалась у большинства больных ХГС (33,3–82,4%). При этом спленомегалия статистически значимо чаще регистрировалась на поздних стадиях инфекционного процесса. Аналогично, повышение эхогенности паренхимы печени было более характерно для лиц с F3 и F4 и, вероятно, свидетельствовало о достоверном усилении жировой дистрофии по мере прогрессирования хронического инфекционного процесса.

Таким образом, имея много летний опыт применения ультразвукового исследования для диагностики хронического гепатита С, можно отметить, что данный метод исследования по праву стал занимать ведущее место среди других методов диагностики. Это объясняется его безопасностью для больного, возможностью неоднократного применения и достаточно высокой информативностью.

Наряду с этим хочется подчеркнуть, что ультразвуковая диагностика ещё далека от совершенства. Следующим шагом по развитию визуальных методик стала технология эластографии, основанная на понимании меняющихся физических свойств печени при замещении функционирующей паренхимы фибротической тканью. При увеличении плотности ткани печени скорость механической или ультразвуковой волны, возникающей в датчике и передающейся по нижележащие среды также увеличивается. Преимуществами эластографической методики является его воспроизводимость, возможность динамического наблюдения, безопасность и портативность.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ **Фазилев А.А., Соипова Г.Г., Жумабаев Х.Т, Ходжиматов Г.М., Шухратов Ш.Ш.** **Андиганский государственный медицинский институт**

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) – по-прежнему, актуальная социально-экономическая и клиничко-эпидемиологическая проблема здравоохранения. Сегодня заболеваемость ЦП составляет 20–40 на 100 тыс. населения.

Количество пациентов с ХВГ в России, Европе, США и странах Азии постоянно увеличивается. Трудности диагностики связаны с поздними клиническими проявлениями заболевания. Независимо от этиологии в патогенезе ХВГ есть общие звенья, включающие гипоксию и некроз гепатоцитов, приводящие к патологической регенерации с образованием псевдо долек и диффузным разрастанием соединительной ткани. Важнейшей чертой ХВГ считается перестройка портальной и артериальной системы брюшной полости. В настоящее время наиболее распространенным методом исследования гепатобилиарной системы является ультразвуковое исследование (УЗИ). При хроническом вирусном гепатите С и на ранней стадии ЦП, до появления признаков портальной гипертензии, диагноз устанавливают на основании клиничко-лабораторных исследований. Учитывая тот факт, что разрастание фиброзной ткани и развитие ложных долей в печени приводит к значительным нарушениям печёночной гемодинамики, существенным дополнением к ультразвуковому исследованию становится доплерография сосудов печени и селезёнки.

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) даёт информацию об анатомических особенностях сосудистого русла портальной и артериальной системы брюшной полости, о функциональном состоянии в них кровотока.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры клинической радиологии и функциональной диагностики Андиганского государственного медицинского института проводилось научное исследование по изучению ультразвуковой диагностики при хроническом вирусном гепатите С. В основу работы положены результаты комплексного обследования 62 пациентов. Больным проводили общие клинические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, исследования ИФА крови (антиген-антитела), вирусологические исследования (ПЦР).

Специальные методы исследования (ультразвуковое исследование с применением доплерографии), оценка стадии фиброза проводились по METAVIR.

Анализ показал, что диаметр воротной вены (ВВ) у больных с вирусным гепатитом С (ВГС) был больше, чем в контрольной группе ($9,6 \pm 0,2$ мм), причем он увеличивался в стадии А ($10,63 \pm 0,3$ мм), максимальным был в стадии В ($13,68 \pm 0,29$ мм) и снижался в стадии С. Данный факт можно объяснить формированием портокавальных анастомозов у пациентов в стадии С, что и обусловило уменьшение диаметра ВВ. Диаметр селезеночной вены у больных ВГС, по нашим данным, тоже увеличивался по сравнению с показателем у здоровых, причем максимальным был в стадии С.

Одинаковой оказалась линейная скорость кровотока (ЛСК) в ВВ у пациентов с ВГС в стадии А и В ($12,9 \pm 0,3$ см/с), и лишь в стадии С происходило снижение как ЛСК ($10,79 \pm 0,43$ см/с), так и объемная скорость кровотока (ОСК) ($664,2 \pm 45,0$ мл/мин). ЛСК в селезеночной вене снизилась в соответствии со стадией заболевания и по сравнению с контролем.

Измерение диаметра ВВ показало, что максимально он у больных составлял 13,68 мм, минимально – 10 мм. Корреляции диаметра ВВ с этиологией и стадией ВГС (согласно критериям Child–Pugh) мы не выявили. Данные литературы по оценке изменения диаметра ВВ при различных стадиях ВГС противоречивы и не достоверны для идентификации заболевания.

У большинства обследуемых зарегистрирован гепатопетальный правильный кровоток в ВВ и лишь у 3 (2,8%) – обратный (реверсивный).

У указанных 3 пациентов был ВГС в стадии С и выявлены выраженные осложнения: асцит, варикозно расширенные вены пищевода и желудка, функционирующая параумбиликальная вена, портальная гастропатия. Диаметр селезеночной вены в среднем составил от 6 до 9 мм.

Таким образом, наши исследования портального кровотока у больных с хроническим гепатитом С показали, что изменения диаметра селезеночной вены линейной скорости кровотока в воротной вене зависят от стадии заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ

**Шарипов А.А., Каюмова Н., Латипова Н.К., Рустамова И.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Медико – биологическое и социально-экономическое значения хронической дорсалгии остаются неизменно важными. Многочисленные исследования показали, что существует тесная связь между хронической болью, депрессией, тревогой и личностными особенностями пациентов.

Цель исследования: Изучить особенности течения хронической болевой синдромы у пациентов с различным психологическим профилем личности.

Материалы исследования: Нами было обследовано 60 больных с хроническими болевыми синдромами в области спины и с компрессионной радикулопатией, не нуждающихся в нейрохирургическом лечении в возрасте 25-55 лет. Средний возраст составил $41,25 \pm 9,12$ лет. Для изучения психологических особенностей пациентов с хроническими дорсопатиями использовали психологические тесты (Center for Epidemic logic Studies - Depression (CES-D), тест на акцентуации личности К, Леон гарда (1981)), в том числе тест Ч.Спилбергера. Больных обследовали при поступлении и при выписке из стационара после проведенного курса терапии.

Результаты исследования: В основной группе при поступлении в стационар среднее значение баллов по шкале депрессии составляло $22,64 \pm 7,25$ балла, на момент выписки – $16,31 \pm 5,45$ балла. Изменение к среднему составило $-6,56 \pm 3,36$ балла и было статистически значимым. Изменения в отношении личностной тревоги по результатам шкалы Ч. Спилбергера были незначительными после лечения. Группы статистически различались в средних значениях изменения баллов оценки личностной тревоги (p -величина $< 0,001$). На момент выписки группа сравнения статистически отличалась от группы контроля в средних значениях баллов оценки личностной тревоги, однако основная группа была сопоставима с контрольной группой в средних значениях баллов оценки личностной тревоги. В группе контроля среднее значение баллов (оценка личностной тревоги) составляло $30,53 \pm 5,95$ балла. Что касается реактивной тревоги, изменения в основной группе составили 10,2 балла, в группе сравнения лишь 7,2 балла.

Вывод: У больных с хронической болью в спине был диагностирован как наиболее распространенный гипертимный тип акцентуации личности; именно эта группа наиболее успешно реагирует на психотерапевтические методики, что позволяет существенно повысить эффективность лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБODEСНЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА «АНТИОРАЛИТ»

**Шатманов С.Т., Исраилова А.И., Исмаилов А.А., Ахматов А.Т., Касиева Г.К.
Ошский государственный Университет**

Практически каждый человек хотя бы один раз в жизни сталкивается с тем или иным заболеванием десен или полости рта. По статистике, всего 4% населения Земного шара никогда не страдали от этих болезней. Такие болезни десен, как гингивит или пародонтит, вторая по распространенности проблема полости рта после кариеса. Как утверждают специалисты ВОЗ, признаки воспалительных процессов в деснах в той или иной степени присутствуют у 80% детей и у 100% взрослых. Как утверждают специалисты, именно слабые и больные десны в половине случаев становятся причиной потери зубов. С увеличением воспалительных процессов десен, пародонта развивается парафармацевтика. В настоящее время очень много препаратов, среди которых имеется малоэффективные ополаскиватели. Следовательно, мы должны беседовать не о лечении воспаления, а о профилактике. Профилактика

заключается в использовании натуральных продуктов при санации полости рта. В связи с этим, данная тема является (то есть профилактика патологических изменений мягких тканей полости рта) актуальной.

В данной работе освещены вопросы профилактики воспалительных процессов в полости рта, а также создание препарата «Антиоралит» для предупреждения патологических изменений в морфологических структурах ротовой полости.

Целью исследования было: создание, применение препарата «Антиоралит» для профилактики воспалительных процессов в ротовой полости у студентов медицинского факультета разных курсов.

В исследовании участвовали 16 человек (8-женский пол, 8-мужской пол) обучающихся в медицинском факультете в возрасте 18-23 лет. Нами было проведено исследование влияния нового препарата «Антиоралит» для профилактики воспалительных процессов в полости рта у студентов медицинского факультета разных курсов.

Таким образом, полученные нами данные показывают, что были детально изучены свойства лекарственных трав входящих в состав препарата «Антиоралит». На основе лечебных трав нами был создан новый ополоскиватель «Антиоралит».

После использования препарата «Антиоралит» из 16 испытуемых 11 заменили улучшения гигиены полости рта, а 5 пациентов не заметили изменения в ротовой полости. После проведенных исследований можно сделать вывод, что препарат «Антиоралит» обладает антисептическим, дезинфицирующим, расслабляющим свойствами для профилактики воспалительных процессов в полости рта.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МИКРОФЛОРЫ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Хабибова Н.Н., Аvezова С.М.

Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино

Эффективное комплексное лечение пациентов с патологией хронического афтозного стоматита (ХРАС) включает медикаментозное воздействие на патогенные бактерии как возможный этиологический фактор в развитии этих заболеваний.

Целью работы было изучение особенностей микрофлоры полости рта пациентов с заболеваниями ХРАС.

Материалы и методы. В исследование (до 3 месяцев наблюдения) включено 27 пациентов в возрасте от 19 до 80 лет с диагнозами ХРАС. Для контроля эффективности *in vitro* проведено spot-тестирование на бактериальном газоне.

Результаты. Результаты исследования показали частое выявление бактерий рода стафилококков, стрептококков и вирусов в мазках, полученных с элементов поражения при ХРАС, в то время как ПЦР-диагностика редко выявляла наличие пародонтопатогенов на афтах и папулах. Патологические процессы в полости рта становятся очагами хронической инфекции и нарушая акт жевания приводит к ухудшению функционирования желудочно-кишечного тракта и обострению его хронических заболеваний. Более того, и эта зависимость проявляется в форме взаимного отягощения. В настоящее время считают, что одним из факторов, участвующих в патогенезе ХРАС, являются бактериальные и вирусные аллергены, сходясь во мнении, что ХРАС может быть следствием патогенного воздействия гемолитического стрептококка с участием аутоиммунных механизмов.

Выводы. Проведенные лабораторные исследования и клинические наблюдения показали, что частое выявление бактерий рода стафилококков, стрептококков и вирусов в мазках, полученных с элементов поражения при ХРАС являются отягчающими обстоятельствами данной патологии у взрослых пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Хажиматова М.Ш., Солиев Ш., Маматкулов Б., Рустамова И.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Частота головной боли напряжения (ГБН) составляет в популяции от 32% до 71%, причем среди других форм головной боли ей принадлежит ведущее место. Более 90% больных с ГБН составляют лица трудоспособного возраста, что характеризует безусловную актуальность данной проблемы не только в научно-медицинском, но и в медико-социальном аспектах.

Цель исследования: Исследование особенностей реактивности центральной нервной системы при эпизодической головной боли напряжения на основе оценки показателей многопрофильного личностного теста.

Материалы и методы исследования: Всего обследовано 65 больных, с эпизодической головной болью напряжения (ЭГБН), из них 23 с различными вариантами мигрени, 16- головная боль, обусловленная патологией шейного отдела позвоночника, 14 – атеросклероз и гипертоническая болезнь, 12 – постравматическая головная боль. В зависимости от длительности головных болей больные были разделены на две группы.

Результаты исследования: При неврологическом осмотре обращало внимание наличие точек локальной болезненности на скальпе и шее. У 15 больных (11,19%) со II клинико-нейрофизиологическим вариантом ЭГБН выявлялись локальные мышечные гипертонусы в проекции лобного брюшка надчерепной мышцы.

По результатам нейропсихологического тестирования для больных с I клинико-нейрофизиологическим вариантом ЭГБН характерным явилось преобладание тревожно-ипохондрических реакций, о чем свидетельствует повышение профиля по шкалам «тревоги-депрессии», «ипохондри» при отсутствии отклонений со стороны шкалы «гипомании». У больных со II клинико-нейрофизиологическим вариантом ЭГБН наиболее часто выявлялся депрессивно-ипохондрический вариант реагирования, для которого специфично повышение профиля по шкалам «тревоги-депрессии», «ипохондри» и снижение по шкале «гипомании»

Вывод: Одним из основных факторов, определяющих тяжесть и течение эпизодической головной боли, является измененная реактивность центральной нервной системы, обусловленная неадекватной психоэмоциональной адаптацией индивидуума к изменяющимся условиям внешней среды.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

**Хажиматова М.Ш., Г.Исакова, Аманова К., Рустамова И.К.
Андижанский государственный институт**

Психические нарушения у детей и подростков в количественном и качественном отношении многообразны, как и эпилепсия. Частота психических нарушений у больных эпилепсией достигает 56%, из которых 70% являются вторичными невротическими наслоениями или альтернативными проявлениями, вызванными неадекватной терапией.

Цель исследования: Выявить особенности нарушения психических функций у больных эпилепсией методами нейропсихологического тестирования и разработать оптимальные коррекционные мероприятия.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 30 больных в течение 2,5 лет. Для более глубокого исследования выраженности тревожно-депрессивного фона группа обследуемых больных была разделена по локализации пароксизмального очага: височная эпилепсия (ВЭ)- 7 пациентов с локализацией очага в левом полушарии, 9 пациентов с локализацией очага в правом полушарии; лобная эпилепсия (ЛЭ) – 6 пациентов в левом, 6 пациентов в правосторонней локализацией очага.

Результаты исследования: Так результаты исследования показали, что при ВЭ при локализации очага как в правом, так и левом полушарии отмечался тревожный фон. При локализации эпилептиформной активности в височных отделах в облик подростков появлялась неряшливость и дурашливость. Кроме того, у подростков этой группы присутствовали страхи, (боязнь темноты, передвижения на транспорте, клаустрофобии и другие). У пациентов с ЛЭ отмечался выраженный депрессивный фон. У пациентов с фокусом эпиактивности левой лобной области наблюдались расстройства поведения в виде повышенной возбудимости, раздражительности, наличием невротических реакций и аффективных взрывов с приступами гневливости, завершающиеся слезливостью и беспомощностью, апатией и безразличием; снижением критического отношения к себе. У подростков с нормальным умственным развитием гиперактивность была следствием нарушения произвольной регуляции деятельности, отсутствием контроля и самоконтроля, т. е. выпадения регуляторного компонента эмоций. При поражении правой лобной области эмоциональный фон настроения этих подростков был повышен, наблюдалась прямодушная восторженность, эйфория.

Вывод: Таким образом, определение доминантности полушарий целесообразно перед назначением и проведением долговременной терапии противосудорожных препаратов.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Хакимов А. А., Пўлатов Н.Х., Абобакиров Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Одной из актуальных проблем в стоматологии является острая одонтогенная инфекция. Лечение гнойно-септического заболевания является исключительно важной проблемой современной медицины. Фактором, осложняющим течение разлитых флегмон челюстно-лицевой области, считается нарушение гомеостаза и микроциркуляции, в результате которых происходит развитие эндогенной интоксикации с нарушением комплекса обменных процессов, нарушение нормального функционирования и взаимодействие различных звеньев иммунной системы.

Цель: повысить клиническую эффективность комплексного лечения больных одонтогенными разлитыми флегмонами челюстно-лицевой области при применении ультрафиолетового облучения аутокрови.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ "11ГКБ". Нами было обследовано 37 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет с разлитыми флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа была клиническая, куда вошли 20 пациентов, которые наряду с местной и интенсивной противовоспалительной терапией получали 3 сеанса ультрафиолетового облучения крови. Во вторую вошли остальные пациенты, получившие стандартную терапию. Всем пациентам были проведены клинико-лабораторные иммунологические исследования до и после окончания курса лечения на базах "11ГКБ" и "9ГКБ".

Результаты. Использование ультрафиолетового облучения крови клинической группе пациентов привело к более выраженным лечебным эффектам в сравнении с контрольной группой. Отмечена достоверная нормализация гемодинамических показателей крови и иммунологического статуса.

Выводы:

1. Ультрафиолетовое облучение крови благоприятно влияет на клиническое течение воспалительных процессов.
2. Наблюдается сокращение 1-ой фазы раневого процесса и максимально ускоряется 2-ая фаза.
3. Этот метод доступен, прост в применении, не требует дополнительного времени на подготовку и не имеет противопоказаний.

ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ПЕРИОСТИТ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПРИКУС ПАТОЛОГИЯЛАРИ

**Хакимов А.А., Абобакиров Д.М., Хакимова З.Қ.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Олиб борилган тадқиқотларга кўра ЮЖС яллиғланиш касалликлари барча хирургик касалликларнинг 21% ини, стоматологик касалликларнинг 52% ини ташкил қилади.

Кичик ёшдаги болаларда ўткир йирингли периостит (УЙП) жуда тез ривожланади. Пульпанинг ўткир яллиғланиш босқичи периодонтитга бир неча соат ичида ўтиши ва яққол намоён бўлувчи яллиғланиш белгилари билан кечиши мумкин. УЙПни даволаш пайтида сабабчи ва бошқа бир қатор тишлар олиб ташланади. Бу эса ўз навбатида тиш-жағ тизими (ТЖТ) ҳолатига ўз таъсирини ўтказди, мушак-бугим дисбаланси ривожланиши натижасида жағлар деформациясига олиб келади.

Мақсад. жағларнинг УЙП билан зарарланган болаларда ТЖТ аномалия ва деформацияларининг ёшга боғлиқ ҳолда тарқалганлиги ва учраш частотасини, келиб чиқишидаги хавф омилларини, ТЖТ ҳолатини ўрганиш.

Материал ва услублар. Жағларнинг УЙП билан зарарланган ва даволаниш мақсадида бўлимга мурожаат қилган 3-13 ёшдаги 60 нафар бола бизнинг кузатувларимиз остида бўлди.

Натижалари. Ўтказилган текширишлар натижаларига кўра, жағларнинг УЙП билан касалланган 3-14 ёшдаги 60 нафар текширилган болаларда тишлар жойлашуви ва тиш қаторлари аномалиялари 13 та ҳолатда, прикус аномалиялари 20 та ҳолатда аниқланиб, тиш-жағ аномалия ва деформациялари частотаси 37,14% ни ташкил қилди. 3-5 ёшли болалар орасида эса бу кўрсаткич 60,07% ни, 6-9 ёшли болаларда 20,18% ни ва 10-13 ёшли болалар орасида 19,75% ни ташкил қилди.

Хулоса. Жағларнинг УЙП билан зарарланган болалар текширилганда, уларнинг кўпчилигида прикус патологияси билан бирга алоҳида тишлар, тиш хаторлари ва тишлар жойлашуви аномалиялари, бундан ташқари бир неча хил прикус аномалияларининг бир вақтда қўшилиб келиши кузатилади. Тиш-жағ аномалия ва деформацияларининг тарқалганлиги жағларнинг УЙП билан зарарланган болаларда жуда юқори ва ёшга боғлиқ ҳолда вариацияланиши билан характерланади.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Хакимов А.А., Хакимова З.Қ.
Андижанский государственный медицинский институт

Минимизация повреждения лицевого нерва является одной из важнейших задач хирургии околоушной области и делает необходимым постоянное совершенствование старых и развитие новых методик вмешательств на околоушной слюнной железе.

Околоушная слюнная железа характеризуется сложным анатомо-топографическим взаимоотношением с лицевым нервом.

Во время оперативного вмешательства на околоушно-жевательной области при необходимости выделения лицевого нерва традиционно используются две основные методики: антеградное и ретроградное выделение нерва.

Антеградная методика подразумевает выделение ствола лицевого нерва в месте его выхода из шиловидного отверстия и постепенное препарирование в направлении к периферии. При ретроградной методике первоначально выделяются периферические ветви, а при необходимости продолжают выделение до выхода на ствол нерва.

В клинике кафедры челюстно-лицевой хирургии на базе профильного отделения 11 ГКБ г. Минска используется органосохраняющая микрохирургическая методика операций при доброкачественных образованиях околоушной железы. Образование удаляется под контролем операционного микроскопа единым блоком с прилежащей железистой тканью в объеме субтотальной или частичной резекции доли железы. Препарирование и выделение ветвей лицевого нерва осуществляется в большинстве случаев ретроградно и выделяются только те ветви, которые прилежат к зоне резекции. В зависимости от локализации образования в начале операции проводится нанесение на кожу ориентиров возможного прохождения интересующих ветвей лицевого нерва. Анализ 87 проведенных операций за 2011-2012 г. показал, что 60 (69%) с плеоморфными аденомами, 16 (18%) с аденолифомами, 11 (13%) с другими доброкачественными опухолями. Установлена преимущественная локализация образований в зоне щечной и краевой ветвей лицевого нерва в 46 (53%) случаев. В большинстве операций выделение ветвей проводилось ретроградно и было ориентировано на первоначальное нахождение основного выводного протока (щечная ветвь) или зачелюстной вены (краевая ветвь). Показатели послеоперационной нейропатии 1-2 по шкале НБС (House-Brackman Scale). Ретроспективный анализ послеоперационного лечения через 6-12 месяцев показал, что в 96 % случаев произошло полное восстановление функции ветвей лицевого нерва.

ИЛДИЗ ПЕРФОРАЦИЯСИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Хакимова З.Қ., Хакимов А.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Тиш илдиз перфорацияси юзага келганда уч хил йул билан даволанади: консерватив, хирургик, консерватив-хирургик. Перфорацион ёрих каналнинг тож хисмида жойлашса консерватив, каналнинг урта хисмида жойлашса консерватив хирургик, апиқал хисмида булса фахат хирургик даволаш зарур. Илдизнинг бошланғич хисмида перфорация юзага келганда у икки усулда даволанади: аввал асосий канал пломбланади, сунг перфорацион ёрик. Агар перфорацион ёрик каналнинг урта хисмида жойлашса, унда канал вактинчалик кальций сакловчи пломба ашёси билан пломбланади.

Хозирда канал перфорациясини пломбалашда ProRoot минерал триоксидагрегати ёки МТА тизимидан фойдаланилади. МТА периодонт туқимаси билан биологик киришмадир. У суяк туқимасика биоинертдир МТА кадокланган куқун пакети ва кориш учун капсулада дистилланган сув каби қуринишда ишлаб чиқарилади. Куқун

кальций оксиднинг майда гидрофилли заррачаларидан, диоксид кремнийдан иборат. Махсус аралаштиргич козга кукун ва дистилланган сув томизилиб, аралашма кориштирилади ва гладилка ёрдамида перфорацион тешикка киритилади. Масса штопфер ёрдамида зичлаштирилади, ортикча қисм экскаватор ёрдамида олиб ташланади. ProRoot котгач каналларни пломбалаш тугатилади.

Агарда каналлар цементланган штифтлар билан перфорацияланган булса, бундай тишлар яна сунъий копламалар билан копланган булса, периодонда деструктив жараёнлар кечаётган булса, юкоридаги усулдан фойдаланиб булмайди. Бунда перфорация хирургик йул билан бартараф этилади. Каналдаги перфорацион ёрик хирургик йул билан шишасономер цемент ёрдамида пломбланади, патологик учоклар хирургик йул билан олиб ташланади, суяк тукумасидаги нуксон гидроксипатит асосидаги Остим-100, линкомицин ёки метранидазол билан беркитилади.

НАРУШЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хакимова С.З., Рахимова Х.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение. Заболевания сосудов головного мозга являются одной из наиболее важных проблем неврологии, ее актуальность обусловлена высокой частотой развития цереброваскулярных поражений и их тяжелыми последствиями медицинского и социального характера. Особенности гормональной регуляции женщин в различные возрастные периоды имеют значение в патогенезе и течении сосудистых заболеваний мозга. Нарушения гормональной регуляции являются дополнительными факторами риска, имеющими значение, как в инициации, так и прогрессировании сосудисто-мозговых расстройств.

Целью исследования. Изучение клинко-патогенетических особенностей нарушений мозгового кровообращения в различные возрастные периоды у женщин в связи с особенностями нейроэндокринной регуляции, с разработкой вопросов ранней диагностики и профилактики.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 114 женщин с нарушениями мозгового кровообращения. Все больные были разделены на 3 группы согласно возрастным категориям ВОЗ (1978). Первую группу составили 41 женщина молодого возраста до 44 лет, вторую - 47 среднего возраста с 45 до 60 лет, третью - 26 женщин пожилого возраста старше 60 лет. Раннюю диагностику НМК у женщин следует проводить с включением комплекса нейрофизиологических и лабораторных методов исследования: ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных сосудов (УЗДГ БЦС), электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Результаты исследования. Из числа обследованных пациенток 58 (50,9%) составили больные с доинсультными формами нарушений мозгового кровообращения, в том числе НПНМК - 30 (26,3%), ДЭ I стадии - 9 (7,9%), ДЭ II стадии - 13 (11,4%), ДЭ III стадии - 6 (5,3%). Обследовано также 56 (49,1%) больных инсультом. Ишемический инсульт у 43 (76,8%), геморрагический у 8 (14%). Анализ инсультов по локализации показал, что 49 (87,5%) в каротидном бассейне, с правосторонней латерализацией очага у 33 (58,9%), с левосторонней латерализацией у 16 (28,6%) пациенток. В ВББ инсульт возник у 7(12,5%) больных. ПНМК наблюдались у 5 (8,9%) больных.

Результаты наших исследований согласуются с данными литературы в том, что патогенез НМК у женщин тесно связан с нейроэндокринными нарушениями в организме. Свидетельством данного факта является то, что у 80% женщин с НМК клинически обнаружены следующие нейроэндокринные синдромы: вегетативно-сосудистой, нейроэндокриннообменный, нервно-мышечный, синдром нарушения половой функции, нервно-психический, эпилептический.

Заключение. При заболеваниях сосудов головного мозга гемодинамика по данным УЗДГ БЦС у женщин имеют свои особенности в каждой возрастной группе: в молодом возрасте преобладают признаки церебрального ангиоспазма в сочетании с умеренным дефицитом кровотока; в среднем - умеренно или явно выраженные атеросклеротические поражения сосудов; в пожилом возрасте имеется дефицит кровотока, сочетающийся с явно выраженными атеросклеротическими поражениями сосудов со значительным превалированием стенозирующих поражений.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ.

Халиков В.К., Гиясов У.М., Мамадиев А.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

В лечении ожоговых больных, особенно у детей, роль антибиотиков и антисептиков остается существенной. Так как все ожоговые раны более или менее бывают инфицированными, и гнойно-септические осложнения у данной категории больных остается высокой. Поэтому рациональное использование антибиотиков у детей остается актуальным.

Антибиотикотерапия у ожоговых больных проводится согласно результатам бактериологического исследования ран. В отделении комбустиологии у 173 детей были исследованы кровь на стерильность и раневое отделяемое на чувствительность к антибиотикам. Результаты посева из ран:

1. S.epidermidis 90 (52%)
2. Ps. aeruginosa 43 (25%)
3. S. aureus 28 (16%)
4. Остальная микрофлора 12 (7%)

Кровь на стерильность только в трех случаях дала положительный результат, в остальных случаях роста не наблюдалось.

Анализ этих данных показывает, что эпидермальный стафилококк высевается в 52%, а синегнойная палочка и золотистый стафилококк в 25% и 16% соответственно. Грозными возбудителями внутрибольничных инфекций остается синегнойная палочка и золотистый стафилококк.

Результаты чувствительности к антибиотикам:

1. Гатиофлоксацин-19%.
2. Левофлоксацин-17%.
3. Цефтазидим- 15%.
4. Цефотаксим- 11%.
5. Цефазолин натрий-9%.
6. Остальные антибиотики- 5%

Анализ чувствительности к антибиотикам показывает, что микробы чувствительны к фторхинолонам 3- и 4- поколения, цефалоспорином 2- и 3- поколения. Они являются устойчивыми к аминогликозидам, группе пенициллина, макролидам, тетрациклинам. Это наблюдается тогда, когда местно применяется такие антисептики, как бетадин, декасан, крем сульфадиазина серебра 1%, хлоргексидин, фурацилин, риванол.

В результате назначения антибиотиков, согласно данным обследования в бактериологической лаборатории, инфекционно- септические осложнения в 93% случаях были купированы. Температура тела нормализовалась, улучшался аппетит, снижался лейкоцитоз и СОЭ, положительная динамика наблюдалась и со стороны ожоговой раны- уменьшалось гнойное отделяемое, раны становились чище, а грануляции сочными, и укорачивались сроки подготовки ран к операции аутодермопластики.

Применение антибиотиков под контролем бактериологического анализа позволило при малых дозах антибиотиков увеличить эффективность терапии, снизить их токсичность.

Несмотря на успехи фармакологии в области антибиотиков, вопрос о рациональной антибиотикотерапии - что и когда, как использовать, остается открытым. Поэтому мы считаем, что каждое отделение, сталкивающееся с инфекциями, должно иметь свою продуманную стратегию, основанную на результатах бактериологических исследований, во избежании возникновения антибиотикорезистентных штаммов микробов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖКТ У ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ.

**Халиков В.К. Гиясов У.М., Мамадиев А.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП**

Термическая травма отрицательно влияет на работу всех систем и органов. Они проявляются в виде различных осложнений со стороны этих органов. На данном материале мы рассмотрим осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта у детей, госпитализированных в отделение комбустиологии Андижанского филиала РНЦЭМП. Клинически эти осложнения проявляются в виде болей в области эпигастрии, тошноты, рвоты, диспепсии, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Патоморфологической основой этих осложнений являются эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки ЖКТ. По поводу их этиопатогенеза существуют несколько теорий, но не одна из них не является доминирующей.

В отделение всем больным с обширными термическими поражениями кожных покровов назначали, согласно лечебно-диагностическим протоколам, противоязвенную терапию с целью профилактики эрозивно-язвенных осложнений со стороны ЖКТ. К ним относятся Н-2 гистаминоблокаторы - Ултран, Рабелок, ингибиторы протонной помпы-Омепразол, обволакивающие средства- Алмагель А. По показаниям и по необходимости роводили ФЭГДС.

В отделении комбустиологии с 2010г. по 2012г. было госпитализировано 601 ребёнок. Из них у 65 (10,8%) было жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, диспепсические явления. По данным различных авторов такие осложнения наблюдаются от 3% до 45% больных. У 23 (35,3%) больных наблюдались рвота «кофейной гущей», черный стул. У 3 (4,6%) больных было произведено ФЭГДС: из них у двоих (66,6%) больных было выявлено эрозивное кровотечение, у одного (33,3%) больного - кровотечение из язвы желудка. В результате проводимой противоязвенной и гемостатической терапии кровотечения были остановлены консервативными методами лечения. Необходимость в оперативном лечении ни у одного больного не возникло.

Анализ детей, лечившихся в районах и не получавших противоязвенное лечение показывает, что эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, встречается в 1,6 раз, а кровотечения из верхних отделов ЖКТ наблюдается в 1,8 раз чаще.

Поэтому мы считаем, что назначение противоязвенной терапии у больных с обширными термическими поражениями кожных покровов, является обязательным и клинически обоснованным

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЛАКТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕЛИОТРИННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

**Хасанов Б.Б.
Бухарский Государственный медицинский институт**

В современных неблагоприятных экологических условиях злободневной становится проблема токсических поражений человека. Токсические вещества, поступая в организм человека, вызывают острые или хронические интоксикации, при этом в первую очередь поражается печень, так как она осуществляет детоксикацию вредных веществ, поступающих в организм. В частности, все еще остаётся высокой частота гепатитов, в том числе и токсических, среди женщин детородного возраста, которые, естественно, в свою очередь оказывают негативное влияние на развитие плода и новорожденного. Вместе с тем, многие вопросы патогенетических особенностей процесса лактации остаются малоизученными. Исследовано влияние хронического гелиотринного гепатита самок крыс до беременности на синтез белка и углеводов, ферментативную активность молока, а также цитометрические

особенности иммунокомпетентных клеток молока в динамике лактации. Установлено, что хронический токсический гепатит способствует значительному снижению качественного состава молока в период лактации. Происходит уменьшение содержания белков и углеводов, снижение дипептидгидролазной, мальтазной и γ -амилазной активностей молока, которые прогрессируют до конца периода грудного вскармливания. При исследовании ИККЛ молока наблюдается снижение их общего количества с первых дней лактации, вплоть до полного их отсутствия к концу периода кормления. Таким образом, при гепатите матери происходит изменение качественного состава молока, а также нарушение передачи адаптивного иммунитета потомству, что указывает на необходимость установки сбалансированного и полноценного питания и иммунокоррекции для младенца с первых дней после рождения.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПОТОМСТВА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА МАТЕРИ

Хасанов Б.Б.

Бухарский Государственный медицинский институт

Экстрагенитальная патология матери является одним из основных факторов оказывающих патологическое влияние на рост и развитие новорожденного. Увеличение гепатитов среди женщин детородного возраста, в частности вирусных гепатитов, обладающих склонностью к хронизации процесса, диктует необходимость исследований в этой области. Экспериментальными исследованиями установлено, что у новорожденных от матерей с печеночной патологией наиболее часто выявляются заболевания пищеварительной системы. Тогда как многие вопросы патогенеза этих расстройств остаются невыясненными. В связи с этим, нами исследовано влияние хронического гелиотринного гепатита у самок крыс на становление тонкого кишечника потомства в период раннего постнатального онтогенеза. Определены линейные параметры ворсинок и крипт, соотношение бокаловидных и каемчатых энтероцитов, митотический индекс развития крипт, активность дипептидгидролазы, лактазы, γ -амилазы, мальтазы и сахаразы, а также развитие лимфоидной ткани иммунной системы тонкого кишечника (ИСТК), лимфоидной ткани слизистой оболочки, пейеровых бляшек (ПБ), мезентериальных лимфатических узлов (МЛУ) крысят в период раннего постнатального развития.

Установлено, что у потомства от самок с хроническим токсическим гепатитом отмечается снижение: индекса слизистой (происходит уменьшение всасывающей поверхности), соотношения бокаловидных и каемчатых энтероцитов и митотического индекса клеток крипт тощей и подвздошных отделов тонкой кишки. Исследование ферментативной активности тонкого кишечника показало, увеличение активности лактаза:мальтаза, обратно-пропорционального степени зрелости кишечника. Снижение дипептидгидролазной и сахаразной активности вплоть до 30 суток развития. Необходимо отметить, что вышеуказанные изменения выявляются у новорожденных крысят опытной группы и сохраняются вплоть до перехода их на дефинитивное питание.

У подопытных крысят определяется также существенное отставание темпов постнатального развития всех компонентов ИСТК. У них вплоть до 14 суток постнатального развития число межэпителиальных лимфоцитов, а также и других ИККЛ слизистой оболочки тонкой кишки оставалось совершенно низким по сравнению с контролем. Выявлено отставание темпов формирования структурно-функциональных зон ПБ и МЛУ, которые только на 30 сутки постнатального развития достигают нижних границ контроля. Отставание развития структурных образований тонкого кишечника потомства от самок с токсическим гепатитом, способствующие снижению всасывательной поверхности, а также отмечаемое на этом фоне снижение удельной активности ферментов мембранного пищеварения тонкого кишечника свидетельствует о понижении пищеварительно-всасывательной функции тонкого кишечника. Кроме того, отмечаемое снижение количества межэпителиальных лимфоцитов и отставание развития структурно-функциональных зон ПБ и МЛУ, в свою очередь свидетельствует о снижении защитно-барьерной функции тонкого кишечника, способствующее снижению резистентности организма питомца к антигенам внешней среды, поступающих через желудочно-кишечный тракт. Эти факторы, по-видимому, и характеризуют предрасположенность потомства рожденного от матерей с печеночной патологией к заболеваниям пищеварительной системы.

Таким образом, хронический гепатит у матери оказывает тормозящий эффект на становление тонкого кишечника потомства, сопровождающееся, как изменением удельной активности ферментов мембранного гидролиза, так и структурных характеристик кишечника, в том числе и иммунной системы тонкого кишечника.

ОЦЕНКА ВЫЯВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА Г.АНДИЖАНА

Хасанов М., Содикова Д.Т., Юлдашева Г.Б., Каландаров Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель изучение клинко-эпидемиологических особенностей выявления и развития интерстициальных болезней легких в возрасте 40-70 лет и старше, условиях резко континентального климата г.андижана.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективный анализ 3 летнего наблюдения 5805 больных в возрасте 40-70 лет и старше. Диагноз интерстициальных болезней легких (ИБЛ) устанавливался на основании ее основных (дыхательная недостаточность различной выраженности: выявляемое рентгенологически диффузное поражение легочного интерстиция) и факультативных клинических проявлений – альвеолита, васкулита и внелегочных проявлений.

Результаты исследования. ИБЛ в условиях резко континентального климата Ферганской долины имеют довольно высокую распространенность и характеризуются половозрастными особенностями. Наряду с другими

этиологическими факторами в развитие и прогрессировании ИБЛ существенную роль играют и метеосиноптические условия. При высоких уровнях и резких перепадах метеэлементов 1-го порядка (солнечного сияния, температуры внешней среды, атмосферного давления и относительной влажности воздуха) отмечается увеличение случаев развития и обострений ИБЛ.

Выводы. Эти факты лишний раз подтверждают, что при составлении любых лечебно-профилактических программ у больных ИБЛ, обязательно следует учесть возможность патогенного влияния неблагоприятных факторов окружающей среды. И конечно, в этом направлении нужны дальнейшие специальные исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ СЭПИЛЕПСИЕЙ ПРИ ВИРУСНОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ

Хожиматова М.Ш.

Андижанский медицинский институт

Вирусный энцефалит является острым процессом в центральной нервной системе которая в большинстве случаев заболевания регистрируется у взрослых с хронической рецидивирующей микст-инфекцией. В отделах головного мозга вирусы могут быть источником репликативных рецидивов хронической вирусной нейроинфекции с развитием резистентной к противоэпилептической терапии симптоматической эпилепсии.

Цель исследования: Изучить изменения показателей периферической крови и параметров иммунного статуса больных с вирусным энцефалитом, осложненным симптоматической эпилепсией.

Материалы и методы исследования: нами были обследованы 20 пациентов с симптоматической эпилепсией на фоне вирусного энцефалита в клинике Андижанского медицинского института за период от 2010 по 2017 года. Средний возраст которых составил от 23 до 55 лет, мужчины- 10 (50 %), женщины- 10 (50 %). Всех больных разделили на две группы: в 1 группу: мужчины и женщины с диагнозом вирусный энцефалитне осложненный симптоматической эпилепсией. Во 2 группу: мужчины и женщины осложненные симптоматической эпилепсией. Лабораторные исследования наблюдаемым больным проводились в центральной научно исследовательской лаборатории АГМИ. Исследование параметров периферической крови, показателей иммунологического статуса, серологического исследования проводилось пациентам стационарно. Общим изменением гемограммы для 1 и 2 групп наблюдения по сравнению с контролем являлся агранулоцитарный сдвиг лейкоцитарной формулы: относительный лимфоцитоз и моноцитоз; снижение процента палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов. Во 2 группе также отмечалось статистически значимое уменьшение популяции эозинофилов в периферической крови как по отношению к показателю здоровых лиц, так и пациентов 1 группы.

Выраженное нарушение дифференцировки субпопуляций Т-клеток отмечалось у больных осложненной симптоматической эпилепсией (2 группа), по сравнению с неосложненным течением (1 группа). Процент CD8-лимфоцитов у пациентов 2 группы был выше, а соотношение CD4+/CD8+ ниже соответствующих параметров больных с не осложненной эпилепсией (1 группа). Выявленные изменения показателей периферической крови характерны для вирусной инфекции и подтверждают ее наличие в обеих группах больных.

Исследование периферической крови больных методом ИФА выявило у 100 % пациентов обеих групп специфические антитела класса G : низкий титр IgG чаще встречался при неосложненном течении (55,8 % случаев), а высокий титр (73,3 %) – при присоединении симптоматической эпилепсии.

Выводы: Изменения показателей периферической крови характерные для вирусных энцефалитов, осложненных симптоматической эпилепсией были выше, а суммарная концентрация основных классов иммуноглобулинов меньше по сравнению с неосложненным течением (IgA – 1,12 г/л против 1,5 г/л; IgG – 10,3 г/л против 13,8 г/л), что свидетельствует о высоковероятной функциональной недостаточности В-лимфоцитов и проявляется в снижении антителопродукции, способствующем медленному накоплению специфических антител, хронизации процесса, росту вирусной нагрузки и присоединению осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Холматова Г.А., Юсупова Ш.К., Кулдашева Я.М., Мухамедова В.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить роль рентгеновской денситометрии при диагностике остеопороза у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: Нами были обследованы 25 больных сахарным диабетом типа 2 со средним возрастом $55,4 \pm 0,45$ лет, с длительностью заболевания $7,6 \pm 0,34$ лет, получавшие стационарное и амбулаторное лечение в клинике Андижанского медицинского института. Из обследованных нами больных 11 (44%) составили мужчины и 14 (46 %) женщины. Для выявления остеопороза всем больным провели рентгеновскую остеоденситометрию при помощи денситометра «Lunar DPX-Bravo» (Америка). У всех больных исследовали показатели углеводного обмена, таких как глюкоза крови натощак, после еды и гликированный гемоглобин. Из обследованных нами больных 8 человек (32%) получали сахароснижающие препараты и 17 (68%) были на инсулинотерапии в средней суточной дозе $32,7 \pm 2,34$ ЕД.

Результаты исследования: Показатели углеводного обмена у больных СД типа 2 сахар крови натощак $8,53 \pm 0,65$ ммоль/л, после еды $11,5 \pm 0,6$ ммоль/л, гликированный гемоглобин $7,43 \pm 0,45$ %. По результатам остеоденситометрии у 20 (80%) больных выявили остеопению и остеопороз. Согласно рекомендациям ВОЗ диагностика проводится на основании показателя Т-критерия. Нормой считается – Т минус 1 (-1), остеопения – Т между минус 1 и минус 2,5 (-1 и -2,5), остеопороз – Т менее минус 2,5 (-2,5). Установленный остеопороз - Т менее минус 2,5 с наличием нетравматических переломов.

Из них у 8 (40%) больных было выявлено остеопения, у 12 (60 %) - остеопороз. Для изучения взаимосвязи остеопороза и ожирения у всех больных рассчитали индекс массы тела. У 13 (65%)больных выявили 1 степень ожирения, у 5 (25%) избыточную массу тела, у 2 (10%) дефицит массы тела по ВОЗ. Из обследованных нами больных среди мужчин у 4 (50%) выявлена остеопения, у 4 (50%) остеопороз, а среди женщин у 4 (33%) - остеопения, у 8 (66%) - остеопороз.

Таким образом, остеопороз у больных сахарным диабетом 2 типа больше выявляется у женщин с увеличением массы тела и длительно находящиеся в состоянии декомпенсации.

Заключение: При использовании рентгеновской денситометрии у больных сахарным диабетом 2 типа остеопороз больше выявили у лиц женского пола с избыточной массой тела и декомпенсацией заболевания.

САРТАНЛАР НИШОН АЪЗОЛАР ҚАЛҚОНИ

Худайбердиев Ж.М., Бувабеков М.М.

Анндижон давлат тиббиёт институти

Хозирги кунда кардиоваскуляр ва ноинфекцион касалликлар профилактикасида умумий амалиёт шифокорларининг роли ортиб бормоқда. Оила шифокорлари сурункали юрак-кон томир хасталиги бор беморларни узоқ муддат назоратда олиб борадилар ва даволаш- профилактика жараёнларида бир қанча муаммоларга дуч келадилар. Айниқса бутун дунё бўйича глобал муммо бўлиб турган юрак-кон томир касалликларинидан артериал гипертонияни даволашда буни аққол кўриш мумкин. Хозирги кун статистика маълумотларига кўра, бутун дунё бўйича ривожланган давлатларда аҳоли ўлимнинг асосий сабаби юрак кон айланиш тизими касалликларидир. Масалан, биргина Россияда хозирги кунда ҳар йили юрак кон томир касалликлари асоратидан 1 миллиондан ортиқ одам вафот этмоқда. Бу ташвишли ҳол албатта. Шунинг учун юрак кон томир касалликларини ташхислаш ва даволашда янгидан янги йўналишларни татбиқ этиш хозирги замон талаби бўлиб қолмоқда. Жумладан, юрак кон томир касалликлари ичида салмоқли ўринни эгаллаган артериал гипертонияни(АГ) даволашда қўлланиладиган янги препаратлардан рационал фойдаланиш оила шифокоридан жуда катта маҳорат талаб қилади. АГни даволашда ангиотензин II рецепторлари антагонистлари(АРА)- антигипертензив препаратларнинг янги авлоди ҳисобланади. АГни узоқ самарали даволаш мақсадида БЖССТ АРА препаратларини тавсия этди. Биз ушбу тавсиямизда АРА гуруҳи препаратлари билан ишлашда оила шифокорларига тўлароқ маълумот беришга ҳаракат қилдик. Препаратларнинг фармокоэпидемиологиясида эътироф этиш керакки, бутун дунё бўйича даволаш амалиётида хозирги кунда АРА препаратлари: валсартан, ирбесартан, кандесартан, лозартан, телмисартан, эпосартан, олмесартан, заларсартан, тазосартанлар қўлланилмоқда ёки клиник амалиётда кенг синалмоқда. Бу гуруҳ препаратлари химиявий таркибига кўра қуйидагича бўлинади:

- Тетразолнинг бифенилли ҳосилалари- лозартан, ирбесартан, кандесартан, валсартан, тазосартан;
- Нотетразолли бифенил ҳосила- телмисартан;
- Нотетразолли нобифенилли ҳосила - эписартан.

Фармакологик активлигига кўра АРА гуруҳлари 2га бўлинади:

- Фаол препарат кўринишидаги шакли – валсартан, ирбесартан, телмисартан, мисатан, эпосартан.
- Проперпарат – лозартан, кандесартан.

Бу препаратлар АРА рецепторларига боғланиш механизмига кўра конкурент ва ноконкурент ангиотензин II антагонистларига бўлинади. Лозартан ва эписартан АТ- I рецепторига қайта боғланиб, конкурент антагонистлар ҳисобланади(маълум шароитда масалан: ОЦКнинг камайишига жавоб реакцияси сифатида ангиотензин II миқдорининг ортиши сабабли боғланган жойларидан ажралиб чиқиши мумкин). Валсартан, ирбесартан, кандесартан, телмисартан ҳамда фаол метаболит лозартан EXP – 3174, ноконкурент антагонист таъсирга эга бўлиб, рецепторлар билан боғланиб қолади ва ажралмайди. Валсартан – Диован- Нортивен- Ангиотензин II рецепторлари антагонисти бўлиб ангиотензин II рецепторларини ингибирлайди. Валсартаннинг плейотроп самарага эга. Даллиларга асосланган тиббиёт илмий текшириш марказлари хулосаларидан маълумки валсартан (нортивен) АГда, СЮЕда, буйрак касалликлари ва бошқа бир қатор хасталикларда юқори самарага эга эканлигини кўрсатмоқда. Экспериментал ва клиник текширувлар хулосалари шундан далолат берадики, валсартаннинг юрак-кон томирлари ремодуляция жараёни олдини олишга ижобий таъсир этибгина қолмасдан, балки чап қоринча гипертрофиясини орқага қайтаради. Хусусан, валсартан билан узоқ даволаш чап қоринча размерларини кичрайишига ҳамда миокард қисқарувчанлик функциясини ошишига сабаб бўлади, шунингдек буйрак функциясини яхшилаш хусусияти ҳам кузатилади. Бу албатта гипертония оқибатида нишон аъзо бўлган буйрак зарарланишини олдини олади. Сартанларнинг асосий гемодинамик самараси вазодилатация ҳисобланиб, кон босмини пасайиши билан намоён бўлади. Валсартан таъсири натижасида АД пастлаши мобайнида юрак қисқаришлари сонини ортиши юз бермайди. Нортивен гипотензив самараси сутка давомида бир марта қабул қилинганда кузатилади ва 24 соат мобайнида АБ кўрсаткичини назорат қилиб туришни талаб қилади. Препаратнинг гипотензив таъсири давомийлиги ва стабиллигини кўрсатувчи индекс Т/Р(охирги самаранинг энг юқори самарага нисбати) F.H. Messely фикрига кўра қуйидагича намоён бўлади:

- Валсартаннинг антигипертензив самараси АТ II рецепторларини тўғридан тўғри ингибирлаш натижасида юзага чиқади.
- симпатик нерв системаси активлигини пасайтиради
- натрий ионларининг каналлар орқали қайта сўрилишини камайтиради
- альдостерон ажралиб чиқишини камайтиради
- бош мия ренин-ангиотензин тизими активлигини пасайтиради
- простоциклинлар ажралиб чиқишини стимуллади
- антипролефератив- кон томирлар ремодуляцияси- таъсирлари орқали намоён бўлади.

Хулоса қилиб айтганда, кузатувларимизга асосланиб, сартанларнинг антигипертензив таъсирнинг ўзига хос томонларидан таъкидлаб ўтмоқчимиз: антигипертензив таъсир жинс ва ёшдан қатъий назар самара берди, лекин ок танли ва плазмада ренин активлиги юқори бўлган беморларда самаралироқ таъсир этади. Бундан ташқари самаранинг даражаси тавсия этилган дозага боғлиқ бўлади (систолик АБни пасайиши 320мл/сут дозада 80мг/сут дозага нисбатан самаралироқ таъсири кузатилади). Препаратнинг ўзига хос томонларидан бири препарат қабул қилиш тўхтатилганда ҳам АБ кўрсаткичининг сакраб қўтарилиши кузатилмайди, шунингдек, дастлабки дозада гипотония кузатилмайди. Препаратни қабул қилиш давомида 2 ҳафта ичида самара яққол намоён бўлади, нишон аъзоларини ҳимоялайди. Бу албатта препаратнинг юқори фамакоиктисодиётга эгалигини билдиради.

**ҚИШЛОҚ ОИЛА ПОЛИКЛИНИКАСИ ШАРОИТИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ “КВАРТЕТИ”НИ
САМАРАЛИ АРАРЛАШУВЛАР ОРҚАЛИ ТАШХИСЛАШ ВА ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИНИ ОШИРИШ
Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Долзарблиги: Қишлоқ аҳолиси популяциясида айниқса фертил ёшидаги аёлларда метаболик синдромнинг ривожланиши соғлом авлод яратишда жиддий қийинчиликларни олиб келиши мумкин. Замонавий қарашлар метаболик синдромдаги барча ўзгаришларни бирламчи инсулинорезистентлик ва ундан кейин ривожланган иккиламчи системали гиперинсулинемия билан боғлиқлигини тасдиқлайди. Гиперинсулинемия бир томондан компенсатор характерга эга, чунки тўқималарнинг инсулинга резистентлик ҳолатида глюкозанинг нормал транспорти учун инсулин керак бўлади, иккинчи томондан эса патологик аҳамият касб этади. Гиперинсулинемия ҳолатида метаболик, гемодинамик ва органлардаги патологик жараёнларнинг ривожланиши, оқибатда 2 тип қандли диабетнинг, юракнинг ишемик касалликлари ва атеросклерознинг ривожланиши жадаллашиши кўплаб экспериментал ҳамда клиник текширувларда исботланган. Шунингдек бу жараён фертил ёшдаги аёлларда ҳам ҳомила ривожига, туғруқ даврига салбий таъсир этиш мумкин.

Вазифалар. Олтинқўл туман ҚОП да фертил ёшидаги аҳолиси орасида метаболик синдром (МС) компонентларининг тарқалишини аниқлаш. МС компонентларини тарқалишини фертил ёшига хос хусусиятларини ўрганиш. Фертил ёшдаги аёлларда МС компонентларининг ўзаро боғлиқлигини ўрганиш. Фертил ёшдаги аёлларда МС профилактикасига қаратилган тавсиялар ишлаб чиқиш. **Изланишлар** Олтинқўл тумани ҚОП худудида олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида ҚОП нинг фертил ёшдаги 614 аҳолиси орасидан МСга мойиллиги бор 62 (10,1%) т нафар аёл ажратиб олдик. Махсус текширувларда ажратиб олинган фертил ёшдаги аёлларнинг ёши (15-49 ёш) деярли ҳар хил бўлди. Текширувдаги фертил ёшдаги аёлларда проспектив усулда тўлиқ клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказдик.

Текширувларимиз: Популяцион-эпидемиологик усулда фойдаланиб, олиб борилди. Тахлиллар шуни кўрсатадики, мазкур Олтинқўл туман ҚОПда фертил ёшдаги аҳолиси ўрганилган гуруҳи ўртасида МСнинг тарқалиши ташвишли эканлиги аниқланди. Бир компонентли 31 нафар (50,0%), 2 компонентли 10 нафар (16,1%) ташкил қилган бўлса, 3 та компонентли 1 та (1,6%), 4 та компонентли МС учрамади. 20 нафар (32,2%) аёлда ИС юзага келиш хавфи юқори эканлиги аниқланди. Бу кузатувлар кескин хулосалар учун етарли бўлмасада, лекин ташвишли кўрсаткич бўлиб, бу муаммога ҚОП миқёсида зудлик билан чора тадбир қўллашни талаб қилади. Аралашувлар эса ҚОП шароитида ёрдам олиш мумкинлиги, шароитлар яратилганлигини, узок туман марказига бориб, сарф харажатни қупайтиришга ҳожат йўқлигини кенг жамоатчилик оммасига тушинтиришга йўналтирилди, қабулга келганларга буклетлар тарқатилди, Сан-бюллетень чиқарилди. Бу соҳада аввало, ҚОП ходимларига ва улар орқали худуд аҳолисига суҳбат, ҳамда маърузалар ўтказилди. УАШ тажрибасини узлуксиз ошириб бориши учун туман марказий бирлашмаси терапия бўлими ва Вилоят кардиология диспансери билан доимий алоқада боғланди.

Хулоса: 1. Фертил ёшидаги аёллар ўртасида метаболик синдром келажакда яна кўпроқ тарқалиш хавфи бор. 2. МС кампонентлари фертил ёшдаги аёлларни кенг қамраб бормоқда. 3. Метаболик синдром фертил ёшдаги аёллар ёшидан қатъий назар зарарлайди. 4. УАШ фертил ёшидаги аёллардаги МСга муваффақиятли аралашувда катта роль ўйнаши мумкин.

Тавсия: 1. КВП шароитида метаболик синдром билан фертил ёшидаги аёлларга УАШ кенг тушнатириш ишлари ўтказиши керак. 2. Метаболик синдром билан фертил ёшидаги аёл беморлар, доимий “Д” назорати стандартлар асосида олиб борилиши керак. 3. Метаболик синдром билан беморлар тиббий кўрик натижалари тиббий ҳужжатларда тўла ёритилиши керак. 4. УАШ МС билан фертил ёшидаги аёлларни доимий амбулатор номедикаментоз ва медицинаментоз даволаб туғруқга тайёрлаш керак.

**ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ХАТАРЛИ
ОМИЛЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Xudoyarova N.K., Mamasaliyev N.S., Kalandarov D.M., Sodikova D.T.
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Махсус эпидемиологик текширув 15-35 yoshli homilador ayollar populyatsiyasida (jami 627 nafar homilador tekshirildi) amalga oshirildi. Homiladorlar temir tanqisligi kamqonligi (XTTK) Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari bo'yicha tashxislandi; uning darajasi eritrotsitlar, gemoglobin, gematokrit va zardobdagi temir konsentratsiyasi bo'yicha baholandi.

Aniqlandiki, XTTK 57,7 foizgacha yetib aniqlanadi va uning yuqori ko'rsatkichlari 20-24 va 25-29 yosh guruhlarida qayd etiladi, aynan shu guruhga mansub homiladorlar faol kuzatuvga, ferroprofilaktika va feroterapiyani muntazam o'tkazilishga muxtojlik sezadilar. Homiladorlarda aksariyat TTK ning o'rtacha og'ir va og'ir kechuvchi turlari kuzatiladi: ular ushbu populyatsiyada 59,5 va 52,8 foizdan aniqlanadilar. Olingan natijalar dalolatlaydilkarki XTTK ga

nisbatan akusherlik faoliyat 15-19 yoshli ayollarda ham kuchaytirilishi kerak yoxud bu yoshdagi homiladorlarning xar beshinchisida TTK aniqlanadi.

XTTK ning aksariyat xatarli omillari bo'lib homiladorlarning ijtimoiy holati, homiladorlik pariteti, yashash joylari, mehnat faoliyati turlari va yashash sharoitlari kabilar kuzatildi, yana tasdiqlandiki, XTTK ni 91,0 foiz hollarda o'zgartirilishi / bartaraflanishi imkoniyati mavjud. Buning uchun, bizning olgan natijalarimiz ko'rsatishicha, birinchidan, skringli faoliyatni xar bir akusherlik muassasasida keng joriy etish kerak bo'ladi va uni shior darajasida qoldirmasdan ishlovchanligini ta'minlash lozim bo'ladi; ikkinchidan, ijtimoiy reabilitatsiya va sog'lomlashtirish, ferroprofilaktika hamda ferrotterapiya faqat epidemiologiya natijalardan kelib chiqib takomillashtirilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

КИШЛОҚ ОИЛА ПОЛИКЛИНИКАЛАРИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Худойбердиев Ж.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Гипертония хасталиги билан беморларни назорат ва даволаш ишларини олиб бориш доимий равишда сифатни оширишни талаб этади. Чунки, Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра, ноинфекцион касалликлар, юрак қон- томир касалликлари ичида гипертония хасталиги юқори ўринни эгаллайди, ҳамда аҳолининг меҳнатга лаёқатсизлигига, ногиронлигига, эрта ўлимга сабаб бўлиб, катта ижтимоий хавф тўғдирмоқда. Гипертония касаллигини даволашдан мақсад беморларда артериал босим кўрсаткичини мақсадли кўрсаткичда, 140/90 мм.см.ус.дан оширмаслик ҳамда, ундан ҳам паст натижада ушлаб туриш, яшаш сифатини яхшилаш ва ҳаётини узайтириш, хавф омилларининг олдини олишдир. Ҳозирги дори воситалари бозорида гипертония касаллигини даволашда ишлатиладиган жуда кўплаб препаратлар мавжуддир. Ҳар бир беморга индивидуал ёндашган ҳолда, дори препаратлари тавсия қилиниб, даволаш ишлари олиб борилади. Шунинг учун соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғинида профилактика тадбирларига катта аҳамият бермоқ зарурдир. Бу профилактик тадбирлар ўз навбатида хавф омилларига таъсир қилиб, артериал қон босимининг вужудга келишига тўсқинлик қилиш ва артериал гипертония касаллигининг аҳоли орасида тарқалишини камайтиришдан иборат.

Мақсад: Гипертония касаллигида тиббий назорат ишлари сифатини ошириш.

Вазифалар: 1. Гипертония касаллиги билан касалланган беморларга тиббий хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш. Гипертония касаллиги бор бўлган беморларни эрта аниқлаш, диспансер назоратига олиш ва уларни клиник протокол бўйича олиб бориш. 2. Гипертония касаллиги бор булган беморлар билан ўзини назорат қилиш қоидаларига ўқитиш ишларини олиб бориш. Аҳоли ўртасида гипертония касаллиги хавф омилларининг олдини олиш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш 3. Даволаш ишларини стандарт асосида белгилаш ва олиб бориш

Текширув материал ва методлари Тадқиқот ишлари Андижон вилояти Олтинқўл тумани ҚОП Далварзин худудида ўтказилди. Худудда умумий аҳоли сони **5971**. Шундан эркаклар **2627**, аёллар **3334**, катталар **3424**. Ишни олиб бориш жараёнида худуднинг 40-70 ёшлардаги аҳолиси орасидан тасодиқий танлаш йўли билан 64 нафар кишини ажратиб олинди. Ажратиб олинган аҳолининг ёш ва жинс таркиби деярли ҳар хил бўлиб, проспектив усулда тўлиқ клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказдик. Текширувларимиз: клиник, биокимёвий, статистик-аналитик усуллардан фойдаланиб, олиб борилди. Шунингдек, махсус сўровнома орқали зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва психологик ҳолатлари ҳам ўрганилди. Таҳлиллар шуни кўрсатадики, маскур худуд аҳолиси ўрганилган гуруҳ ўртасида АГнинг тарқалиши 60,1% ни ташкил қилди. 39 беморнинг 15 нафари (25,6%) аёллар, 22 нафари (56,4%) эркакларни ташкил этди.

Хулоса: 1. Тиббий ҳужжатларни ўрганиш ва кузатув услубларидан фойдаланиб текширганимизда, қабулга келган 40 ёшдан ошган беморлар гипертония касаллиги, унинг хавф омиллари, соғлом турмуш тарзи ҳақида кам маълумот олаётганликлари аниқланди.

2. Беморлардан интервью олганимизда, гипертония касаллиги бўйича ўзини-ўзи назорат қилиш қоидаларини кам билишлари аниқланди. Беморлар ва соғлом аҳолини гипертония касаллиги, соғлом турмуш тарзи бўйича ўқитиш учун керакли қўлланмалар, буклетлар, ёдномалар етарли даражада эмас.

Тавсиялар: 1. Ҳар бир УАШ гипертония касаллиги билан диспансер назоратига олинган беморларни клиник протокол бўйича олиб боришга ўқитилиши керак. 2. Тиббий ходимлар ўртасида клиник протокол, қўлланмаларни қўллаш бўйича семинар ўтказиш зарурдир.

3. ҚВП ихтиёридаги дори воситалари рўйхатида қўлланмаларда тавсия қилинган замонавий дори воситаларидан киритилиши лозим. 4. 40 ёшдан ошган аҳоли ўртасида гипертония касаллиги, унинг хавф омиллари, ўзини назорат қилиш қоидалари бўйича суҳбатлар, лекциялар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В СВЯЗИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПИТАНИЯ И НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Худоярова Н.К., Каландаров Д.М., Раубжонов Х.М., Журабоев Б.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Современность диагностики гипертонических кризов (ГК) и «прицельной» коррекции/профилактики этих urgentных состояний в различных возрастных популяциях или климатогеографических регионах.

В целях разработки региональных особенностей выявления распространенности ГК и разработки профилактических мероприятий было проведено одномоментное эпидемиологическое исследование ГК у популяции женщин и мужчин, проживающих в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Обследовано 769 женщин и мужчин в возрасте от 50 до 89 лет. Эпидемиологические исследования включали: измерение артериального давления по общепринятой методике, антропометрическое обследование, ЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты. При проведении сравнительной характеристики полученных данных отмечены значительные различия частоты ГК в зависимости от характера питания обследованной популяции. Самые высокие уровни ГК отмечены при наличии злоупотребления поваренной соли (51,0 %), в 1,5 раза меньше выявлены среди лиц, у которых наблюдалось злоупотребление жирным кислотам (34,8 %, $P < 0,05$) и в 3,6 раза реже зарегистрированы случаи ГК при наличии фактора «Злоупотребление жидкостью» (14,2 %, $P < 0,001$). В трех указанных типах питания ГК I и II-типа наблюдались со следующей частотой соответственно: 50,7 и 51,1 % ($P > 0,05$), 36,2 и 34,3 % ($P > 0,05$), 13,1 и 14,6 % ($P > 0,05$).

Установлены положительные корреляции между распространенностью ГК и такими основными факторами риска как курение, наследственность, стресс и гиподинамия. Так, при наличии курения ГК выявлялся с частотой – 10,0 %, при отягощенной наследственности – 22,3 %, в связи со стрессами – 46,3 % и при наличии гиподинамией – 21,3 %.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют высокую распространенность ГК и нарастание заболеваемости в популяции изученного региона в зависимости от характера питания, курения, стрессов, гиподинамии и отягощенной наследственности. Выявленные/истинные значения распространенности ГК и отмеченные эпидзакономерности его формирования необходимо учитывать при планировании и проведении мероприятий по профилактике ГК в резко континентальных условиях Ферганской долины Узбекистана.

РАЗВИТИЕ ДЕЗАДАПТИВНОЙ ТКАНЕВОЙ ГИПЕРТРОФИИ И ФИБРОГЕНЕЗ В ОРГАНАХ-МИШЕНЯХ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Таштемирова И.М., Мусашайхов У.Х.,
Усманов Б.Б., Якубжанов М.**

Андижанский государственный медицинский институт

Одной из ключевых эпидемиологических тенденций является неуклонный рост в общей популяции числа лиц с метаболическим синдромом (МС). В связи с этим закономерно увеличение распространённости поражения органов – мишеней – сердца, сосудов, почек. В развитии этих поражений играют роль как гемодинамические нарушения, так и каскад метаболических и гуморальных факторов, среди которых особое значение имеют адипокины – медиаторы, продуцируемые непосредственно клетками жировой ткани (адипоцитами). Некоторые из адипокинов, в частности лептин, адипонектин, IL-6, ФНО- α непосредственно индуцируют развитие дезадаптивной тканевой гипертрофии и фиброгенез в органах-мишенях.

Целью исследования явилось изучение уровней адипонектина (АН), лептина и маркеров инсулинорезистентности (ИР) в развитии МС.

Материал и методы. Обследовано 30 больных (20 мужчин и 10 женщин) МС в возрасте $48,7 \pm 0,7$ лет. Согласно общепринятым рекомендациям, у всех пациентов было абдоминальное ожирение (АО). Индекс массы тела (ИМТ) достигал ≥ 30 кг/м². Выраженность ИР оценивали с помощью индекса НОМА.

Результаты исследования показали, что при оценке корреляционной взаимосвязи антропометрических показателей (окружность талии - ОТ и ИМТ) как с ОТ, так и с ИМТ были ассоциированы концентрации инсулина в плазме крови натощак ($r_1=0,39$, $r_2=0,33$), а так же индекс НОМА ($r_3=0,35$), уровень А/Д ($r_4=0,32$), С-пептида ($r_5=0,30$). Обнаружены достоверные прямые корреляции ОТ и ИМТ с признаками поражения органов-мишеней: альбуминурией ($r_6=0,39$) и толщина интима-медиа общей сонной артерии - ТИМ ОСА ($r_7=0,28$). Рост концентрации в плазме лептина был сопряжён с увеличением ИМТ, концентрацией инсулина и С-пептида, индекса НОМА, а также уровня в крови АН, играющего роль физиологического антагониста лептина. По мере увеличения лептинемии отмечено прогрессирование альбуминурии. Увеличение концентрации АН, оказывающего защитное действие на органы-мишени, было ассоциировано со снижением индекса атерогенности (ИА) и увеличением концентрации ХС ЛПВП. Констатирована достоверная обратная корреляция между адипонектинемией и ТИМ ОСА, что косвенно свидетельствует в пользу антиатерогенных свойств АН.

У 25,6% больных был диагностирован синдром обструктивного апноэ во время сна (СОАС), вносящий самостоятельный вклад в формирование поражений органов-мишеней при МС. Наличие СОАС было сопряжено с достоверно большими величинами среднего А/Д, ИМТ, ОТ, концентрацией инсулина натощак и С-пептида. У больных МС страдающих СОАС, достоверно более выражены признаки поражения органов-мишеней: альбуминурия у них была достоверно выше ($r_8=0,31$), ТИМ ОСА была достоверно большей ($r_9=0,30$). При УЗДС ОСА у 34% больных были выявлены атеросклеротические бляшки, у 66,0% - увеличение ТИМ ОСА. Увеличение ТИМ ОСА было свойственно пациентам более старшего возраста, с большими ИМТ и ОТ, с более высоким средним А/Д и уровнями инсулина и С-пептида, 2^x кратным снижением уровня АН, лептинемией.

Заключение. Таким образом, поражение органов-мишеней у больных МС формируется одновременно, а ИМТ и ОТ являются ведущими детерминантами прироста ТИМ ОСА, что косвенно свидетельствует в пользу единства механизмов органного поражения.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И ВЗАИМОВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

**Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Шамсидинова А.С., Юлдашева Г.Т., Междумов О.
Андижанский государственный медицинский институт**

Распространенность метаболического синдрома (МС) приобретает эпидемические масштабы и требует своевременной диагностики, эффективного лечения и профилактики. В основе развития МС лежит целая группа факторов риска атеросклероза с повышенным риском возникновения ИБС. В развитии ИБС большое значение имеют механизмы атеросклероза и оксидативного стресса (ОС).

Целью исследования явился анализ взаимоотношений и взаимовлияния гиперинсулинемии и параметров оксидативного стресса при метаболическом синдроме.

Материал и методы. Обследовано 20 мужчин и 10 женщин в возрасте $50,2 \pm 0,7$ года с диагнозом МС. Контрольную группу составили 10 волонтеров аналогичного возраста. У всех больных определяли глюкозо-инсулиновый гомеостаз и показатели оксидативного стресса.

Результаты исследования показали, что у мужчин базальная инсулинемия (БИ) превышала контроль в 2 раза ($21,9 \pm 0,52$ мкгед/мл), подтверждая наличие гиперинсулинемии (ГИ). Аналогично, отмечены высокие уровни систолического (p<0,01) и диастолического А/Д (p<0,01).

У мужчин отмечена более высокая степень отложения абдоминальной жировой ткани (p<0,001), триглицеридов (ТГ) (p<0,001), ХС ЛПНП (p<0,001). Так же отмечена прямая корреляция БИ с параметрами массы тела: индексом массы тела (ИМТ) ($r=0,32$), объемом талии (ОТ) ($r=0,30$). Уровень БИ прямо коррелировал с ТГ ($r=0,31$), обратно- с ХС ЛПВП ($r=-0,27$). Концентрация малонового диальдегида (МДА) у мужчин превышала контроль в 2 раза (p<0,001). Уровень МДА коррелировал с ОТ и объемом бёдер (ОБ). Уровень каталазы (КА) резко снижался (p<0,001). Отмечена обратная корреляционная связь уровня КА с БИ ($r=-0,28$) и ОТ ($r=-0,29$).

У женщин уровни БИ были значительно ниже. Уровень БИ коррелировал с ОТ ($r=0,30$). Инсулинемия не коррелировала с липидными показателями. Повышенный уровень МДА коррелировал с инсулином. Аналогично мужчинам, у женщин уровень КА резко снижен и отмечена обратная корреляционная связь КА с инсулином ($r=-0,29$).

Инсулинемия влияет на параметры ОС двояким образом – прямо (корреляция МДА), обратно (корреляция с КА) и опосредованно через характеристику более выраженного у них АО (корреляции БИ с ОТ и ОТС с МДА и КА).

Заключение. Полученные результаты позволяют говорить о важной патофизиологической роли инсулинорезистентности и гиперинсулинемии в индукции механизмов абдоминального ожирения и реализации половых различий в интенсивности оксидативного стресса и снижении антиокислительной защиты при метаболическом синдроме.

СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Гипертоническая болезнь является одной из наиболее распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы. При острой гипертензивной энцефалопатии имеет место срыв адаптации мозгового кровообращения.

Гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия – это прогрессирующее диффузное поражение головного мозга, обусловленное недостаточностью его кровоснабжения, что приводит к нарастающему нарушению неврологических функций. В основе развития гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии лежат морфологические изменения артерий и артериол головного мозга, а также развития атеросклероза церебральных артерий.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения у больных АГ диагностируются при внезапном возникновении очаговых (речевых, двигательных, чувствительных, зрительных, координаторных) и/или общих симптомов (головной боли, головокружения, тошноты, рвоты). Преходящие нарушения мозгового кровообращения продолжаются от нескольких минут до нескольких часов, но не более суток и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций.

Целью работы явилось исследование цереброваскулярной недостаточности у больных артериальной гипертонией и распространённости энцефалопатии по возрастным группам у данных больных.

Методы исследования. Нами проанализировано 456 историй болезни больных артериальной гипертонией II стадии различной степени артериальной гипертонии и риска, госпитализированных в терапевтические отделения клиники Андижанского Государственного медицинского института. Из них мужчин составило 188 (42,2%), женщин 268 (58,8%).

Результаты исследования. Симптомы гипертензивной энцефалопатии I стадии обнаружены у 57 пациентов гипертонической болезнью, из них у 31 мужчины (54,3%), женщин соответственно 26 (45,7%). Признаки энцефалопатии I стадии чаще встречаются среди пациентов в возрасте 50-59 лет, при III степени АГ и 4 риска, а в возрасте 60 лет и старше одинакова как у мужчин, так и у женщин.

При АГ II степени риск 3 проявления энцефалопатии были обнаружены у 66,6% мужчин, 33,4% у женщин; при риске 4 – соответственно 83,3%; 16,7%.

При АГ III степени риск 3 признаки энцефалопатии встречались у 44,4 % мужчин, у женщин 45,6%; а при 4 риске соответственно мужчин 51,8%, женщин 48,2%.

Обсуждение результатов исследования. Проведенные нами исследования показывают, что при артериальной гипертонии II степени, риск 3 (высокий) в возрасте 50-59 лет симптомы энцефалопатии чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, а в возрасте 60 лет и старше одинаково как у женщин, так и у мужчин; при риске 4 (очень высокий) симптомы энцефалопатии в 1,5 раза чаще встречаются у женщин. При артериальной гипертонии III степени отмечается тенденция частоты у женщин.

Полученные результаты проведенных исследований, бесспорно, свидетельствуют о связи пола, возраста и степени артериальной гипертонии в развитии цереброваскулярной недостаточности. При хронической артериальной гипертонии повышается верхняя граница ауторегуляции мозгового кровообращения, в связи с процессом ремодулирования в мелких церебральных артериях и артериолах, больные адаптируются к высоким цифрам артериального давления. При острой гипертензивной энцефалопатии имеет место срыв адаптации регуляции мозгового кровообращения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА И ПРОЦЕССОВ ПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекиова Н.Р., Таштемирова И.М., Холикова Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Изучение взаимосвязи нарушений иммунного статуса и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 28 больных в возрасте от 30 до 65 лет страдающих ИБС. Инфаркт миокарда острая стадия. 28 больных были рандомизированы на 2 группы с учетом поставленного диагноза. У 10-ти больных была диагностирована ИБС.QMI; у – 18 больных ИБС.NQMI. Контрольную группу составили 10 относительно здоровых лиц в возрасте 20-45 лет.

Для определения в плазме крови иммуноглобулинов использовали метод радиальной иммунодиффузии в геле в модификации Манчини.

Результаты исследования: уровни интерлейкина-6 у больных ИБС.QMI показатель составил $115,4 \pm 5,3$ Пкг/мл, а у ИБС.NQMI $92,4 \pm 4,0$ Пкг/мл. В контрольной группе показатель ИЛ-6 составил $26,6 \pm 1,2$ Пкг/мл.

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малонового диальдегида (МДА)- вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах $2,1 - 4,4$ нмоль/мл, в среднем $3,6 \pm 0,5$ нмоль/мл. В группе больных ИБС.NQMI отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В группе ИБС.QMI отмечается повышение уровня МДА на 116,6 % по отношению показателям контроля ($p < 0,001$)

Обсуждение результатов: биологические эффекты интерлейкина-6 участие в развитии воспалительных и иммунных реакций, а также в регуляции межсистемных взаимодействий. Обеспечивает взаимоотношения между вегетативной и иммунной систем. Исследования показали, увеличение содержания в крови ИЛ-6 у больных ИБС.QMI коррелирован с тяжестью клинических проявлений.

Заключение. Участие медиаторов иммунного воспаления в схеме заболевания расширяет "базу терапевтического вмешательства" и открывает новые перспективы для повышения эффективности лечения. Уже сейчас серьезно обсуждаются пути воздействия на цитокиновое звено. И не исключено, что вскоре антицитокиновые препараты станут таким же обычным средством лечения больных ИМ. В ходе исследования выявлена значительное изменение процессов ПОЛ при ИМ, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

К ВОПРОСУ О РОЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Хужамбердиев М.А., Узбекиова Н.Р., Таджибоева М.И., Таштемирова И.М., Шамсиддинова А.С., Юлдашева Г.Т., Межлумов О.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на то, что связь метаболического синдрома (МС) с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) хорошо установлена, до настоящего времени роль метаболических нарушений в развитии и прогрессировании структурных изменений миокарда полностью не определена.

Целью работы явилось изучение клинико-патофизиологических особенностей структурно-геометрических изменений левого желудочка у больных метаболическим синдромом и определение факторов, вносящих существенный вклад в развитие и прогрессирование структурных изменений миокарда у этих больных.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 60 пациентов с диагнозом МС (30 мужчин и 30 женщин) в возрасте 35-60 лет (в среднем $47,5 \pm 5,1$ года). Контрольная группа составила 20 человек, сопоставимая по возрасту и полу. МС диагностировали согласно критериям, предложенным Экспертами Национальной Образовательной Программы США по холестерину (2005). Критериями МС считали окружность талии более 94 см у мужчин и больше 80 см у женщин, артериальное давление 130/85 мм.рт.ст. и выше, уровень глюкозы в плазме крови натощак $5,6$ ммоль/л и более. Индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле) рассчитывали по формуле $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$. Состояние структуры левого желудочка оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) в М-, В- и доплер-режимах. Исследования выполняли на ультразвуковом сканере «Sono-Scare» (Китай) по общепринятой методике из парастерального и апикального доступов в 2-, 4- и 5-камерном сечении. Толщину стенок и размеры полостей сердца в фазы систолы и диастолы измеряли в М-режиме по формуле L. Teichhoeltz. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле, предложенной R. Devereux.

Результаты исследования показали, что ИМТ у пациентов с МС в среднем составил $34,4 \pm 3,8$ кг/м², вес пациентов - $110 \pm 12,2$ кг, уровень глюкозы натощак - $7,1 \pm 2,3$ ммоль/л, инсулин натощак - $19,6 \pm 10,8$ мкЕд/мл, С-пептид - $1553,3 \pm 401,7$ пмоль/л, гликированный гемоглобин - $8,8 \pm 1,8\%$.

При анализе данных ЭхоКГ была выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка у 62,5% пациентов: 38,3% - концентрическая гипертрофия, 18,2% - эксцентрическая гипертрофия, 6,0% - концентрическое ремоделирование ЛЖ. Нарушения систолической функции ЛЖ выявлено не было. Нарушения диастолической функции ЛЖ определялись у 39,2% пациентов. Дилатация левого предсердия имела у 28% больных. Проведенный

корреляционный анализ показателей ЭхоКГ и показателей углеводного и жирового обмена выявил следующие взаимосвязи: масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и ИМТ ($r=0,37, p<0,05$), ММЛЖ и вес пациента ($r=0,53, p<0,01$), ММЛЖ и глюкоза натощак ($r=0,42, p<0,05$), ММЛЖ и гликированный гемоглобин ($r=0,71, p<0,01$), размер полости левого предсердия и вес пациента ($r=0,43, p<0,05$), размер полости левого предсердия и уровень инсулина натощак ($r=0,54, p<0,01$), размер полости левого предсердия и С-пептид ($r=0,35, p<0,05$), размер полости левого предсердия и ИМТ ($r=0,62, p<0,01$).

Заключение. Таким образом, полученные результаты указывают на роль углеводных нарушений и ожирения в качестве основных маркеров развития ремоделирования миокарда у больных метаболическим синдромом.

РОЛЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СНИЖЕНИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И АТЕРОГЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н.,

Кодирова Г.И., Мусашайхов У.Х., Китьян С.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Оценка влияния гиполипидемической терапии на атерогенный потенциал плазмы крови и инсулинорезистентность (ИР) у больных метаболическим синдромом (МС). Из группы гиполипидемических препаратов использован статин 4-го поколения розувастатин (роксерва).

Материалы и методы. Обследовано 40 больных МС, средний возраст $56,93 \pm 8,18$ лет, длительность заболевания от 5 до 10 лет. Диагноз МС выставлен с учетом критериев IDF (2005). Липидный спектр определялся путем определения ОХС, ХС ЛПВП, ТГ в сыворотке крови биохимическим методом с использованием экспресс-анализатора "Reflotron Plus" (Roche, Germany). Содержание ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП рассчитывали по формуле W. Friedwald, индекс атерогенности – по формуле А. Климова. Оценку липидного спектра проводили согласно критериям ВОЗ (1999) и IDF (2005). Всем больным, на фоне стандартной терапии, включающей антиангинальные, антиагрегантные и метаболические средства, был назначен препарат розувастатин (Р) в дозе 20 мг в сутки в течении 24 недель.

Результаты. Применение Р дало положительные результаты по ряду клинико-метаболических показателей. По данным офисного измерения АД САД снижалось на 21,8% ($r=0,9404; p=0,0001$), а ДАД - на 15,7% ($r=0,9784; p=0,0001$). Динамика основных параметров липидтранспортной системы на фоне 24- недельной терапии была следующей: уровень ОХС уменьшился на 39,8% ($r=0,5123; p=0,0001$), уровень ТГ на 13,2% ($r=0,9993; p=0,0001$), ХС ЛПНП на 47,4% ($r=0,9969; p=0,0001$), ХС ЛПВП увеличился на 11,2% ($r=0,6953; p=0,0137$), уровень СЖК уменьшился на 17,4% ($r=0,8996; p=0,0001$), ИА на 50,5% ($r=0,9965; p=0,0001$). Наибольшему снижению подверглись ХС ЛПНП, далее – ОХС, СЖК, ТГ. Также наблюдалось положительное влияние Р на окислительно-антиокислительную защиту организма: уровень ПОЛ снижался на 40,2% ($r=0,1284; p=0,0131$) по уровню МДА, а АОЗ организма повышалась на 53,0% ($r=0,9171; p=0,0001$) по уровню КАТ. Р положительно влиял на показатели неспецифического воспаления: уровни ИЛ-6 снижались на 39,3% ($r=0,9092; p=0,00001$), ФНО-а на 35,1% ($r=0,9808; p=0,0001$), уровень вчСРБ, снижался на 45,1% ($r=0,9908; p=0,0001$). Лечение Р привело также к изменению гуморальных маркеров ДЭ: через 24 недели лечения Р отмечено ещё большее достоверное снижение уровней потенциальных маркеров ДЭ – ЭТ-1 на 30,5% ($r=0,4521; p=0,0004$), SVCAM-1 на 23,4% ($r=0,3912; p=0,0005$); ИФР-1 на 22,0% ($r=0,3830; p=0,0005$). Уровень ЭЗВД повысился на 27,1% ($r=0,6955; p=0,0001$). Влияние терапии статинами на показатели углеводного обмена были следующими: концентрация ГН снижалась на 30,0% ($r=0,9859; p=0,00001$), уровень ИРИ уменьшался на 22,3% ($r=0,9309; p=0,0001$), HbA_{1c} и индекс НОМА уменьшились на 29,0% ($r=0,9253; p=0,0001$) и 43,1% ($r=0,9992; p=0,0001$) соответственно.

Выводы. Таким образом, терапия розувастатином пациентов МС свидетельствует о разнонаправленном благоприятном влиянии Р на организм. Р оказывает достаточно выраженный гиполипидемический эффект, нормализуя атерогенный профиль крови и другие важные плейотропные эффекты – от уменьшения ИР до улучшения состояния эндотелия. Р является препаратом выбора в достижении гиполипидемического и плейотропного эффектов у пациентов МС с дислипидемией.

СОСТОЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ЛИПИДНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ МС НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И.,

Бустанов Ш.Ё., Холикова Д., Максудов О.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Коррекция атерогенных нарушений липидного спектра крови является одной из актуальных проблем современной кардиологии. Наряду с традиционными гиполипидемическими средствами (прежде всего статинами, а также фибратами, препаратами никотиновой кислоты) особый интерес в профилактической кардиологии вызывает ряд кардиопротективных и метаболических препаратов, сочетающих в себе способность оказывать определенный липидкорректирующий и антиоксидантный эффект.

Кардиопротективные препараты принимаются больными длительными регулярными циклами, при этом их влияние на атерогенный фон крови далеко не безразлично. Однако характер влияния как хорошо известных (триметазидин), так и предуктала на липидный состав и параметры перекисного окисления крови остается малоизученным. Имеются лишь предварительные данные о липидокорректирующей активности предуктала и противоречивые результаты воздействия триметазидина на уровень липопероксидов крови.

Прием кардиопротекторов и метаболических средств происходит обычно на фоне антиангинальной терапии, которая в свою очередь сама оказывает разнонаправленное влияние на липидный состав крови и состояние процессов СРО. Однако вопросы взаимодействия кардиопротекторов в отношении процессов свободнорадикального окисления и липидного состава крови до настоящего времени остаются не разработанными. В доступной литературе нам не удалось найти клинические исследования, посвященные влиянию ряда антиишемических средств (предуктал) на процессы СРО у больных МС, хотя экспериментальные данные свидетельствуют о способности последнего инактивировать процессы ПОЛ и корректировать липидный состав крови.

Вместе с тем, учитывая принципиально механизм кардиопротекции указанных средств, можно ожидать различия в воздействии препаратов как на уровень липидов крови, так и на содержание липопероксидов.

Терапия предукталом больных МС, принимавших пролонгированные нитраты, улучшает липидный состав крови, уменьшает концентрацию ТГ, повышает содержание ХСЛВП.

ЮИК. АТЕРОСКЛЕРОЗ ХАСТАЛИГИНИ ЁШЛАРДА ТАШХИСЛАШ АЛГОРИТМИ
Хўжамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Бўстонов Ш.Ё., Қодирова Г.И., Қиргизова Х.А.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Бизга маълумки атеросклероз билан боғлиқ юрак-қон-томир патологияси XX асрнинг ўрталаридан бошлаб пандемия характерига эга бўлиб, аҳолини касалланиши ва ўлимнинг асосий сабабчиларидан бири ҳисобланиб келмоқда. Атеросклероз касаллиги эрта аниқланганда ташхис қуйидаги белгиларга асосланган ҳолда қўйилади: паст зичликдаги липопротеинли холестериннинг юқори миқдори, ксантомалар борлиги, ахил пайининг қалинлашуви, ксантелазмалар ва бошқалар. Агарда паст зичликдаги липопротеинли холестериннинг миқдори 13 ммоль/лдан ортиқ бўлса ирсий гиперхолестеринемиянинг гомозиготали шакли ташхиси шубҳасиз бўлади. Касалликка бундай ташхис ХС-ЛНПнинг юқори миқдори минимум икки марта таҳлилларда аниқланиши лозим. Беморда ксантомаларнинг йўқлиги ва ахил пайининг 1.3см дан ортиқ қалинлашмагани касалликни инкор қила олмайди. Касалликни доминант равишда наслдан наслга берилишини аниқлаш учун оилавий анамнез йиғиш лозим, яни беморнинг яқин қариндошларидан бирида ПЗЛПнинг юқори миқдори аниқланган бўлиши керак. Агар беморларда атеросклероз ёшлигидаёқ кузатилса унда беморда касалликнинг наслий характерда эканлигини аниқлаш учун ДНК диагностика тестини топшириши лозим. Ҳозирги кунда дунё бўйлаб учта катта илмий гуруҳ(US MedPed Programm, the Simon BroomRegister Group (UK), Dutch Lipid Clinic Network) ОГХЛ бўйича илмий текширув ишларини олиб боришмоқда.

Британиялик олимлар ОГХЛнинг диагностик критерийларини ишлаб чиқишган бўлиб, қуйидаги ҳолларда беморда ОГХЛ касаллиги борлиги шубҳасиз бўлади:

- Агар 16 ёшдан кичик беморларда қондаги умумий ХС миқдори 6.7 ммоль/л ёки ХС-ЛНП миқдори 4.0 ммол/л дан ортиқ бўлса.
- Ёки катта ёшдагиларда юқори даражадаги терапия фонида умумий ХС миқдори 7.5 ммол/л дан, ХС-ЛНП миқдори эса 4.9 ммол/л дан юқори бўлса.
- Беморнинг ота ёки онасида пайлариди ксантомалар ривожланган бўлса.
- Мусбат аниқланган ДНК тест диагностикаси, яни ЛНП рецептори гени мутацияси ёки В-100 гени мутациясининг аниқланиши.

Шундай қилиб, ташхислаш алгоритми ва ДНК диагностикасининг афзаллиги шундаки болаларда гиперхолестеринемия ва ЮИК ривожланмасдан туриб эрта атеросклероз ташхисини қўйишга ёрдам беради. Бунинг натижасида юрак ишемик касаллиги ривожланмасидан олдин даво чоралари бошланади, чунки даво қанча эрта бошланса инсулт ва миокард инфаркти касалликларининг шунча олди олинади деб ўйлаймиз.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЛИЦИВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ТАКТИКА ТЕРАПИИ.

Эргашбаева Ж., Бойханова Н.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают оставаться одной из наиболее значимых проблем здравоохранения XXI века.

Калицивирусы человека, основными представителями которых являются норо-вирусы и саповирусы, были впервые идентифицированы в 1968 г. Установлено, что они являются вторыми по значимости возбудителями острых гастроэнтеритов у детей после ротавирусов. Преобладание данных вирусов было отмечено во время вспышек небактериальных пищевых токсикоинфекций в Японии, Великобритании, Норвегии, Италии, Новой Зеландии, Ирландии, Финляндии. Считается, что реальное число спорадических случаев в 300 раз превышает число зарегистрированных. В настоящее время возрастает роль норовирусов геногруппы GGI.4 в качестве основной причины вспышек острых гастроэнтеритов во многих странах мира.

Цель исследования. Выявить клинико-иммунологические особенности течения калицивирусной инфекции у детей разного возраста и обосновать способ рациональной терапии.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в АОИБ. В ходе выполнения работы в 2016-2018 годах проведено клинико-лабораторное обследование 230 детей в возрасте от 4 мес. до 16 лет с подтвержденным диагнозом «калицивирусная инфекция». Исследования проводились в динамике заболевания: на 1-2-й день поступления в стационар и в периоде ранней реконвалесценции - через 6-7 дней после первого обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Благодаря анализу структуры ОКИ на базе АОИБ за период с 2016 по 2018 годы установлено, что удельный вес больных с вирусными кишечными инфекциями составил 20,3%

($n=954$). В структуре вирусных ОКИ гастроэнтериты, вызванные калицивирусами, стояли на втором месте после ротавирусов и составляли 26,6% ($n=248$). По нозологическим формам дети с норовирусной инфекцией среди обследованных составили 84,8% ($n=195$), саповирусной - 0,9% ($n=2$), на долю смешанных кишечных инфекций пришлось 14,3% ($n=33$). Основную долю среди смешанных инфекций составляли вирусно-вирусные микст-инфекции - 60,6% (из них в сочетании с ротавирусом 42,4%), а вирусно-бактериальные составили 39,4% (из них в сочетании с сальмонеллезом - 21,2%). Пик заболеваемости КВИ отмечался в возрасте от 1 года до 7 лет. Анализ сезонной частоты обнаружения вирусных агентов показал, что подъем заболеваемости калицивирусными гастроэнтеритами приходился на ноябрь-декабрь (37,8%).

Клинико-иммунологическая характеристика детей с ОКИ калицивирусной этиологии с гладким течением. В ходе анализа заболеваний КВИ в виде моноинфекции норовирусной этиологии ($n=195$) выявлено, что в 32,8% случаев дети поступали из семейных очагов или из детских коллективов, где были зарегистрированы случаи гастроэнтеритов неустановленной этиологии. В 90,8% случаев отмечалось острое начало заболевания без продромального периода. В клинической картине ведущим являлся синдром гастроэнтерита, который характеризовался развитием многократной рвоты в среднем до $7,06 \pm 0,27$ раз у 94,4% детей ($n=188$), болей в животе 35,4% ($n=69$), тошноты 31,8% ($n=62$) и водянистой диареи в 65,1% случаев ($n=127$).

Выводы. В структуре вирусных ОКИ у детей до 26,6% случаев составляет калицивирусная инфекция. Заболевание протекает преимущественно в среднетяжелой форме (87,2%). В 23,6% случаев отмечается негладкое течение КВИ.

Среди заболевших 69,6% составляют дети в возрасте от 1 года до 7 лет. У детей грудного возраста преобладает диарейный синдром (в 100% случаев) над общинфекционным. В то же время у детей школьного возраста диарея сопровождает заболевание лишь в 73,3% случаев, а на первый план выступают повторные рвоты и выраженные симптомы интоксикации в 97,8% случаев.

ИММУНО-СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛОСИМПТОМНЫХ ФОРМ HCV - ИНФЕКЦИИ Эргашбаева Ж., Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Хронический гепатит С (ХГС) широко распространен по всему миру и является важнейшей проблемой здравоохранения многих стран. Согласно расчетным данным ВОЗ, в мире насчитывается до 500 млн. человек, больных вирусным гепатитом С. В мире число инфицированных HCV-инфекцией приближается к 2 млн. человек, что ставит этот вопрос в число актуальных и для нашей страны. Причем, более половины инфицированных - лица молодого возраста (18-39 лет), а значит, данная инфекция относится к разряду социально-значимых заболеваний.

Цель исследования. Оценить характер течения HCV-инфекции и дать патогенетическое обоснование возможности использования иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии больных ХГС.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 180 пациентов с хроническим гепатитом С (средний возраст $33,08 \pm 2,34$ лет), из них - 112 мужчин и 68 женщин. Исследование проведено в три этапа: на первом этапе осуществлялась верификация диагноза каждого пациента, на втором этапе определялась чувствительность к иммуномодулирующим препаратам, на третьем этапе все пациенты были распределены на 4 группы для оценки эффективности комплексной терапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных 180 пациентов, страдающих ХГС, преобладали мужчины - 62,22%. Средний возраст больных составил $33,50 \pm 7,30$ лет. Длительность инфицирования у пациентов составляла от 1 до 10 лет. Так, недавнее инфицирование (до 3-х лет) отмечалось у 48,90% обследованных, у 27,20% больных давность инфицирования составляла от 4-х до 6-ти лет, у 23,90% пациентов давность инфицирования превышала 7 лет.

При выяснении эпидемиологического анамнеза 35,60% обследованных указывали на возможное заражение при внутривенном введении наркотических препаратов, 32,20% - при проведении разнообразных медицинских манипуляций, 12,20% - путем гемотрансфузий. Контакты в семье с больными вирусным гепатитом С отмечали 7,80% пациентов. 7,20% больных являлись кадровыми донорами. И только 5,00% из общего числа обследованных не могли четко указать на возможный путь инфицирования.

В структуре сопутствующей патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта: дискинезия желчевыводящих путей наблюдалась у 21,10% больных, хронический холецистит - у 10,60%, хронический гастродуоденит - у 10,00%, хронический холецистопанкреатит - у 8,30% обследованных, у 4,40% - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 3,30% - хронический панкреатит, у 2,80% - хронический гастрит. Кроме того, у 15 пациентов с ХГС (8,33%) были зарегистрированы заболевания щитовидной железы: аутоиммунный тиреоидит (6,10%) и диффузный нетоксический зоб (2,20%).

Выводы. 1. Хронический гепатит С характеризуется слабо выраженными интоксикационными проявлениями, наличием гепатоспленомегалии более чем у четверти больных и умеренной гиперферментемией. Несмотря на отсутствие выраженных клинико-лабораторных проявлений у больных ХГС имеются значительные морфоструктурные изменения ткани печени и выраженная репликативная активность вируса.

2. У всех больных хроническим гепатитом С наблюдаются изменения в системе антиоксидантной защиты: снижение коэффициента SH/SS, повышение перекисного окисления липидов и активности супероксиддисмутазы, снижение активности каталазы, не зависящее от выраженности цитолитического синдрома и репликативности вируса.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Эрназарова З.Р., Ахмадалиева У.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить клинико-патогенетическую роль специфической жировой дистрофии печени у больных хроническим гепатитом С и оптимизировать на этой основе проводимую им комплексную противовирусную терапию.

Материалы и методы исследования: первоначально под наблюдение было взято 42 пациента с ПЦР-положительным ХГС, не имевших явных клинических признаков цирроза печени. Соотношение лиц мужского и женского пола оказалось равным соответственно 67,3% и 32,7%. Возраст пациентов колебался от 18 до 54 лет.

Результаты исследования: в группу сравнения вошли 36 практически здоровых человек. До момента обследования больные не получали какого-либо противовирусного лечения. После первично проведенных клинико-инструментальных исследований пациенты с избыточной массой тела (ожирением), метаболическим синдромом, сахарным диабетом, гипертонической и коронарной болезнями; регулярно потреблявшие алкоголь и наркотики, принимавшие препараты глюкокортикостероидных или половых гормонов, страдавшие циррозом печени и другими заболеваниями гепатобилиарной зоны, а также лица старше 45 лет в количестве 48 человек были в дальнейшем из исследования исключены.

Все указанные пациенты в той или иной мере представляли группы риска по инфицированию вирусом гепатита С. Во всяком случае, в анамнезе у них были выявлены оперативные вмешательства, переливание крови и ее компонентов, многочисленные инъекции, лечение и удаление зубов, эпизоды наркомании, сексуальные и тесные бытовые контакты с больными ХГС, контакты с биологическими жидкостями человека у медицинских работников и т.п. В клинической картине у наблюдавшихся больных ХГС чаще всего встречались астенический и диспептический синдромы (64,9% и 55,0% соответственно). Реже - болевой (35,1%) и - коагулопатический (12,9%). Гепатомегалия была выявлена у 93 пациентов (47,9%). Пальпаторно печень была умеренно увеличена, слегка болезненна, зачастую изменена ее консистенция. Спленомегалия обнаружена в 2,6% случаев. Физикально у таких больных пальпировался умеренно болезненный край селезенки. В большинстве случаев гепато- и спленомегалия, установленные физикально, подтверждались ультразвуковым исследованием. По данным УЗИ у всех больных ХГС были обнаружены диффузные изменения печени, проявлявшиеся усилением эхосигналов.

При исследовании биохимических показателей крови наиболее часто выявлялся синдром цитолиза. Повышение активности сывороточных АлАТ и АсАТ обнаружено у 52,1% пациентов. Умеренное повышение общего билирубина выявлено у 3 пациентов (1,5%), тимоловой пробы - у 68 (35,0%) и снижение ПТИ - у 19 (9,8%).

Выводы: 1. Количественное содержание в крови таких компонентов липидного обмена как общие липиды, общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности не выходит у больных хроническим гепатитом С за пределы нормальных значений и не зависит от наличия или отсутствия специфической жировой дистрофии печени.

2. У больных хроническим гепатитом С, независимо от наличия или отсутствия специфического стеатоза печени, отмечается повышение в плазме крови уровня малонового диальдегида, а в эритроцитах супероксиддисмутазы при параллельном снижении активности эритроцитарной каталазы.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Эрназарова З.Р., Ахмадалиева У.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. На основании комплексного клинико-биохимического, вирусологического и иммунологического обследования пациентов дать обоснование стратегии и тактики иммунотерапии при ХГС.

Материалы и методы исследования: настоящее исследование состоит из трех частей. При анализе эпидемиологических, клинико-лабораторных и инструментальных данных состояния печени и иммунной системы (первая часть работы) использовались результаты обследования 48 больных ХГС, подтвержденного серологическими и молекулярно-биологическими исследованиями.

Результаты исследования: при детальном анализе клинико-эпидемиологических данных о больных ХГС за 2015-2016г.г. наблюдения (n=48), было показано, что группа пациентов наиболее активного возраста - 18-50 лет остается доминирующей, составляя до 90% всех случаев, при этом преобладают лица молодого возраста (до 30 лет - 68%). За изучаемый период число пациентов, инфицированных ХГС через внутривенное введение наркотиков, уменьшилось в 2 раза: с 58,8% до 23,2%. Количество больных, заражение которых произошло через половой путь передачи, возросло с 6,2% до 14,4% (2008г.). Остается высоким удельный вес больных с неуточненным фактором передачи инфекции (до 22% случаев). Учитывая, преимущественно молодой возраст пациентов, вероятно, имеет место либо скрываемая наркотическая зависимость, либо половой путь инфицирования. У пациентов, которые имели возможность судить о давности заболевания (68% общей выборки, n=259), предполагаемый срок инфицирования составил: до 1года - 12,3%, от 2 до 5 лет - 41,5%, свыше 5 лет - 46,2%. Наиболее распространенным генотипом HCV-инфекции в Андижанской области остается 1в генотип.

У большинства наших пациентов (88,6%) при первичном обследовании в сыворотке крови выявлено изменение функциональных проб печени. Сравнения результатов биохимического исследования сыворотки крови по средним величинам проводилось по критерию Манна-Уитни-Вилкоксона. Для некоторых изучаемых параметров выявлена ассиметричная, отличная от нормальной форма распределения. Это в первую очередь касалось активности ферментов, некоторых показателей МВС-синдрома. Следует отметить, что у пациентов отличались не только

средние значения, но и разбросы метаболических показателей. Сравнение дисперсий по Р-критерию Фишера выявило статистически значимые различия дисперсий в группе обследованных (все $p < 0,001$, кроме общего белка — $p = 0,002$), по сравнению с группой контроля, в том числе и для показателей, не имевших различий: в средних значениях. Это подтверждает известный факт, что при вирусном гепатите страдают в той или иной степени все функциональные пробы печени.

Вывод: стратегия лечения больных ХГС должна учитывать наличие и выраженность признаков иммунной дисфункции. Тактика назначения этих препаратов диктуется степенью и характером выявляемых иммунных нарушений. Включение в схему лечения больных ХГС иммуномодулирующих препаратов ронколейкин® и ликопид после завершения противовирусной терапии комбинацией неpegилированного гГБ-а и синтетического аналога гуанозина (рибавирин), стратегически и тактически оправдано, так как на 31,4% увеличивает ее эффективность.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТИТОМ С У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И АКТИВНОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЭТИХ ИНФЕКЦИЙ

Эрназарова З.Р., Ахмадалиева У.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение широты распространения и клиники гепатита С беременных женщин, определение частоты перинатальной передачи ВГС у детей родившихся от них, особенностей клинической картины перинатально приобретенного гепатита С у этих детей. Для достижения поставленной цели решали ряд задач.

Материалы и методы исследования: работа выполнена в период с 2015 по 2016 год в АОИБ г. Андижана.

Результаты исследования: у 26 женщин ($46,4\% \pm 6,6$) вероятное инфицирование ВГС произошло за 1-3 года до наступления беременности, у 21 ($37,5\% \pm 6,4$) - за 3-5 лет, у 6 женщин ($10,7\% \pm 4,1$) - более 5 лет, а у 3-х женщин ($5,4\% \pm 3,0$) срок инфицирования ВГС составил менее 1 года.

Основной формой течения инфекции был хронический гепатит С, который диагностирован у 48 из 56 наблюдавшихся женщин ($85,7\% \pm 4,7$). У 6 женщин ($10,7\% \pm 1$) к моменту установления беременности диагностирован острый гепатит < периоде реконвалесценции, у 2 ($3,6\% \pm 2,4$) с наличием в крови анти-ВГС диагноз не был уточнен.

Клинические проявления ХГС были отмечены у 12 из 56 женщин ($21,4\% \pm 5,5$) и характеризовались умеренной гепатомегалией при отсутствии желтухи у всех этих женщин, астенодиспепсическими явлениями - у 10, геморрагическим синдромом (в виде единичных экхимозов на конечностях и эпизодических носовых кровотечений) - у 3 из этих женщин. При лабораторном обследовании у 28 из 50 беременных женщин ($56,0\% \pm 7,1$) имело место повышение тимоловой пробы, у 27 ($54,0\% \pm 7,0$) - повышение активности аминотрансфераз. При этом минимальная биохимическая активность отмечена у 23 женщин ($46,0\% \pm 6,6$), умеренная - у 4 ($8,0\% \pm 3,9$).

При анализе амбулаторных карт беременных и историй родов 56 женщин с сочетанием ГС патология течения беременности установлена у подавляющего большинства из них ($89,0\% \pm 4,1$ сл.). Это обусловлено высокой частотой выявления у этих женщин острых или хронических урогенитальных инфекций ($75,0\% \pm 5,7$ сл.), представленных кольпитами трихомонадной, кандидозной, хламидийной этиологии, а так же отягощенным акушерским анамнезом ($69,6\% \pm 6,1$ сл.). В структуре патологии беременности с большей частотой отмечена угроза прерывания беременности и преждевременных родов - в $72,0\% \pm 6,0$ случаев (36 жен.), анемия - в $64,0\% \pm 6,4$ (32 жен.), хроническая фетоплацентарная недостаточность и угроза внутриутробной гипоксии плода - в $67,8\% \pm 6,2$ (38 жен.). В $26,8\% \pm 5,9$ случаев роды завершились операцией кесарева сечения, в том числе в $12,5\% \pm 4,4$ случаев - по экстренным показаниям. В $8,9\% \pm 3,7$ - отмечены осложнения в послеродовом периоде.

Выводы: 1. Ведущим путём распространения ВГС являлось инфицирование при парентеральном введении психоактивных препаратов ($77,9\%$ от числа всех выявленных случаев ВГС). В последние годы отмечено увеличение доли полового пути инфицирования ВГС (до $46,7\%$ в 2007г.) и одновременное снижение удельного веса инфицированных при внутривенном употреблении наркотиков.

2. У детей, рождённых у женщин с сочетанием ГС имело место значительное число ($68,5\% \pm 6,3$) выявляемой патологии в периоде новорожденности: недоношенность ($18,5\% \pm 5,2$), задержка внутриутробного развития ($27,7\% \pm 6,0$), перинатальное поражение ЦНС ($29,6\% \pm 6,1$), затянувшаяся конъюгационная желтуха ($5,5\% \pm 3,0$), анемия ($7,4\% \pm 3,4$). Патологию периода новорожденности у детей, инфицированных вирусом гепатита С, отмечали чаще.

ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕЛИОТРОПНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ИОНОСФЕРЫ

Юлдашева Г.Б., Каландаров Д.М., Каландаров М., Худоярова Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: оценка состояния больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) при воздействии некоторых гелиогеофизических факторов в условиях Узбекистана и разработка методов прогнозирования неблагоприятных геомагнитных ситуаций, способных спровоцировать обострение этих патологий.

Методы: Мы наблюдали 868 пациентов с ССЗ в возрасте от 40 до 70 лет, в период их пребывания в стационаре. Использовался метод наложенных эпох с вычислением средних значений (М) и ошибок средних величин (m). Состояние ионосферы по изучаемому региону, вспышки на Солнце и внезапные ионосферные возмущения были оценены в 26 направлениях и получены кривые по дням каждого месяца в течение трех лет. Прогнозирование гелиотропных реакций проводилось по методике, предложенной З.Зуннуновым (2002).

Результаты. Гелиолабильность более чем в 3,6 раза чаще ($41,5\%$) наблюдалась при спокойном состоянии ионосферы, сравнительно с меньшей частотой отмечена при слабом отрицательном возмущении — $22,3\%$ и в 2 раза

меньше (21,5 %) зарегистрирована при слабом положительном возмущении и минимальный уровень проявился (13,2 %) при умеренном положительном возмущении ионосферы, $r = +0,88$; $P < 0,001$.

Выводы. Есть все основания полагать, что состояние ионосферы, бесспорно, отражается на больных с ССЗ и их можно будет использовать в создании и развитии модели гелиогеофизического прогноза в Узбекистане. Наше исследование подтвердило, что имеется 9 гелиогеофизических факторов, имеющих непосредственное значение при возникновении основных ССЗ среди населения резкоконтинентального климата Узбекистана.

При наличии этих факторов утяжеляется проявление гелиотропных реакций, ухудшается прогноз больных ССЗ и риск развития атеросклеротического континуума резко возрастает.

ПОПУЛЯЦИОННО-КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ – МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

Юлдашева Г.Б., Каландаров Д.М., Раубжонов Х.М., Ибрагимова З.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Как известно, гипертонический криз (ГК) очень опасен по своей ургентности и заслуживает популяционно-клинического освещения по следующим причинам: 1) повышение артериального давления (АД) является независимым фактором риска развития различных органов мишеней и их осложнений, таких как ишемический инсульт (ИИ), геморрагический инсульт (ГИ), энцефалопатия (ЭП), ИБС, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), нефросклероз (НФЗ), почечная недостаточность (ПН) и сужений артерий (СА); 2) причины увеличения количества ГК очень много и в то же время, факторы риска их до сих пор окончательно не идентифицированы; 3) популяционно-клинический алгоритм ранней диагностики и коррекции ГК в условиях Узбекистана еще не разработан и не внедрен в практику.

Цель. Определить популяционно-клинические особенности поражений органов мишеней при гипертонических кризах.

Материал и методы. В ходе популяционно-клинического исследования изучено частота распространенности ГК среди населения 20-89 лет Ферганского региона Узбекистана. Использовались опросные, эпидемиологические, клинические, инструментальные (ЭКГ, Доплер ЭхоКГ) и биохимические исследования. Структурно-функциональные изменения миокарда оценивались методом эхокардиографии в М- и 2Д – режимах (измерялась толщина задней стенки левого желудочка в диастолу, толщина левожелудочковой перегородки, фракция выброса по Simpson, индекс массы миокарда левого желудочка, параметры диастолической функции). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате АВРМ-02 (“Megutex”, Венгрия). В исследование было включено 539 больных ГК, из них ГК I типа – 180 и ГК II типа – 359 мужчин и женщин в возрасте 20-89 лет. ГК и поражение органов мишеней определялись согласно общепринятыми рекомендациями (JNC VI, 1997; JNC VII, 2003).

Статистическая обработка материалов выполнена на компьютере с использованием пакета прикладных программ Excel 7,0 и Biostat 4,03, критериев t Стьюдента и хи-квадрат.

Результаты исследования. В обследованной группе пациентов с ГК была выявлена следующая частота распространенности органов мишеней: ишемический инсульт – 1,1 %, геморрагический инсульт – 0,2 %, энцефалопатия – 8,3 %, ИБС – 12,8 %, ГЛЖ – 35,6 %, нефросклероз – 2,2 %, почечная недостаточность – 4,5 % и сужение артерий – 35,3 %.

Корреляционный анализ показал наличие/различие связи между ГК I- и II-типа и частотой поражения органов мишеней. При этом следует отметить, что в 2 раза чаще поражений органов мишеней (ПОМ) встречается при ГК II типа (66,6 %), чем при ГК I типа (33,4 %). Так, ПОМ при гипертонических кризах I-го и II-го типа регистрировались следующей частотой соответственно: ИИ – 2,2 и 0,6 % ($P < 0,001$), ГИ – 0,0 и 0,3 % ($P < 0,01$), ЭП – 11,7 и 6,7 % ($P < 0,05$), ИБС – 16,7 и 10,9 % ($P < 0,05$), ГЛЖ – 29,4 и 38,7 % ($P < 0,05$), НФЗ – 3,9 и 1,4 % ($P < 0,01$), ПН – 5,0 и 4,2 % ($P > 0,05$) и СА – 31,1 и 37,3 % ($P > 0,05$).

Выводы. Увеличение случаев поражений органов мишеней прямо связано с утяжелением артериальной гипертонии в виде осложненного и неосложненного течения ГК. Как среди популяции, так и у стационарных больных, ПОМ в наибольшей степени наблюдается при ГК II типа.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Юлдашев Р.Н., Косимова Н.Д., Юнусова З.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Достижение ремиссии при депрессивном расстройстве само по себе является значимой целью лечения, так как депрессия является основным фактором снижения качества жизни и повышения затрат на здравоохранение у пациентов с ССЗ, в то же время лечение депрессии может также улучшать и прогноз при ССЗ, что также является привлекательной перспективой.

Цель исследования. оценка степени выраженности депрессивных расстройств у пациентов с ССЗ и их коррекция.

Материалы и методы. Обследовано 211 пациентов с различными ССЗ в возрасте от 18 до 65 лет, из них 104 (49,3%) мужчины и 107 (50,7%) женщин.

Все больные проходили стандартное общеклиническое обследование, которое включало в себя оценку жалоб, анамнеза, физикальное и лабораторно-инструментальные обследования.

Результаты исследования. У всех пациентов, включенных в исследование, была диагностирована АГ. АГ 1 ст. диагностирована у 51 (24,2%), АГ 2 ст. – у 98 (46,4%) и АГ 3 ст. – у 62 (29,4%) пациентов. Мерцательная аритмия значимо чаще наблюдалась у пациентов 3-й группы (ИБС и ИМ в анамнезе) в 2,7 и 1,9 раза по сравнению с

пациентами первой и второй группы соответственно ($p < 0,05$). Инсульт в анамнезе (ишемического или геморрагического характера) также значимо чаще выявлялся в третьей группе, чем в первой и второй – в 4,4 и 2,0 раза соответственно ($p < 0,05$).

Из 211 больных, включенных в исследование, при использовании шкалы Бека у 127 (60,2%) пациента были выявлены признаки депрессивных расстройств. Так, легкая и умеренная депрессия (10-10 баллов) диагностирована у 79 (37,4%) человек, выраженная и тяжелая (> 20 баллов) – у 68 (32,2%) пациентов. Значимых различий между группами выявлено не было, хотя наблюдалась тенденция к утяжелению депрессивной симптоматики у больных третьей группы.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлен высокий уровень депрессивных расстройств у больных с ССЗ, значимо выше, чем в общей популяции, в связи с чем, пациентам с ССЗ рекомендовано проводить скрининг на выявление депрессивных расстройств. Показана высокая эффективность и безопасность СИОЗС пароксетина у данной категории больных.

Лечение депрессивных расстройств у пациентов с ССЗ имеет определенные особенности. Во-первых, существуют значительные опасения относительно возможного кардиотоксического эффекта некоторых антидепрессантов. Во-вторых, в случае если симптомы депрессии возникают в результате стрессового события, связанного со здоровьем (например, расстройство адаптации в результате произошедшего события со стороны сердечно-сосудистой системы), высока вероятность спонтанной ремиссии без скрининга и лечения.

В-третьих, возможности проведения психиатрического лечения у пациентов с основным ССЗ могут варьировать. В-четвертых, хотя наличие легких субсиндромальных симптомов депрессии связано с ухудшением прогноза при ССЗ, неясно, будет ли стандартное лечение депрессии обеспечивать преимущества у пациентов с ССЗ и легкими депрессивными расстройствами.

ОЦЕНКА У МУЖЧИН ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Юлдашев Р.Н., Уринбоев М.О., Исакова Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В силу своей распространённости и влияния на развитие сердечно-сосудистых осложнений артериальная гипертензия (АГ) является одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. Особую тревогу вызывает рост заболеваемости АГ среди лиц молодого трудоспособного возраста, при этом молодые люди представляют собой сложную группу с точки зрения диагностики АГ, что связано с неспецифичностью клинических проявлений АГ у молодых и транзиторным характером повышения артериального давления (АД) в начале развития заболевания. АГ у лиц молодого возраста имеет ряд особенностей, обусловленных, как полагают, высокой распространённостью вегетативных расстройств, гиперкатехоламинемией и высокорениновым гуморальным профилем, однако на сегодняшний день имеется нерешенность многих проблем диагностики, а, следовательно, лечения и профилактики у молодых пациентов с повышением АД.

Цель исследования: определить значение сосудистого возраста и оценить его связь с длительностью артериальной гипертензии у мужчин молодого и среднего возраста с инициальной гипертонической болезнью.

Материал и методы исследования. В клинике АГМИ было обследовано 125 мужчин в возрасте $39,2 \pm 6,7$ лет.

Результаты исследования. При обследовании по классической методике анализировались жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные объективного осмотра

У большинства пациентов с АГ отмечалась головная боль в различных областях головы (85%); головокружение, слабость, зрительные расстройства изолированно встречались гораздо реже (до 15%) без значимых внутригрупповых различий. Выявлена тенденция к увеличению частоты отягощенного анамнеза по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) и СД 2 типа в группах от контроля к пациентам с длительно текущей АГ ($p > 0,05$). Аналогичная тенденция отмечалась и с регулярным курением в группах. Качественные и количественные признаки алиментарного ожирения достоверно чаще по сравнению с контролем выявлялись в I и II группах (ИМТ – $p = 0,004$; объем талии (ОТ) $p = 0,01$; частота ожирения $\chi^2 = 15,6$, $p = 0,015$). При офисной оценке артериального давления (АД) его систолический и диастолический компоненты (САД и ДАД) ожидаемо оказались значимо выше в группах с АГ ($p < 0,001$) по сравнению с контролем.

Выводы. Длительное течение артериальной гипертензии даже на ранних стадиях гипертонической болезни сопряжено с нарушениями углеводного, липидного обменов, нарушением функции почек, что требует контроля данных показателей при первичном обследовании и в динамике.

Высокие расчетные показатели сосудистого возраста имеют четкую связь с длительностью течения артериальной гипертензии у пациентов, следовательно, данный интегральный показатель является вполне применимым для оценки прогнозирования заболевания в повседневной клинической практике.

Сосудистый возраст взаимосвязан с атеросклеротическими изменениями в сердечно-сосудистой системе, а также с жировой дистрофией печени, что свидетельствует о возможности применения данного показателя не только для изолированной оценки функционального состояния сердца и крупных сосудов, но и на уровне целостного организма.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Юлдашев Р.Н., Валиева З.С., Косимова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Стратегическая задача лечения больного АГ – снижение риска сердечно-сосудистых

событий. Такой результат в первую очередь может быть достигнут за счет снижения повышенного АД до целевых значений, определенных в международных и отечественных рекомендациях. Однако необходимо обращать внимание не только на сам факт, но и на быстроту достижения целевых уровней АД (т.н. «агрессивный подход» в лечении АГ). Как показали результаты крупных международных клинических исследований, быстрое достижение целевых значений АД особенно важно у больных высокого риска. В исследовании VALUE в течение первых 6 мес. от начала терапии, когда разница средних уровней АД между группами была наибольшей (в группе амлодипина на 3,8/2,2 мм рт.ст. ниже, чем в группе валсартана), регистрировались наиболее значимые различия в частоте конечных точек.

Цель исследования. Изучить методы комбинированной терапии у больных АГ.

Материалы и методы исследования. Недавно был представлен новый мета-анализ 42 клинических исследований (общее количество включенных 68 больных АГ), в котором был сопоставлен АД-снижающий эффект комбинации любых двух препаратов из классов тиазидных диуретиков, б-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и антагонистов кальция с эффектом одного из препаратов комбинации.

Результаты исследования. Были проанализированы исследования факториального дизайна, в которых сравнивались 4 группы больных: монотерапия одним препаратом, монотерапия другим препаратом, комбинация двух этих препаратов и плацебо.

При использовании диуретика среднее снижение систолического АД (за вычетом снижения АД в группе плацебо) при монотерапии составило 7,3 мм рт.ст. и 14,6 мм рт.ст. в комбинации с препаратами других классов. По такой же схеме оценки в группе б-блокаторов среднее снижение систолического АД составило 9,3 и 18,9 мм рт.ст.; в группе ингибиторов АПФ – 6,8 и 13,9 мм рт.ст.; антагонистов кальция – 8,4 и 14,3 мм рт.ст. соответственно.

Ожидаемое снижение АД от сочетания двух препаратов, предполагающее аддитивный эффект, весьма точно предсказывало наблюдаемое снижение АД. Отношения наблюдаемого к ожидаемому увеличивающаяся снижению АД комбинации каждого класса препаратов с любым другим по отношению к эффекту одного препарата были соответственно для тиазидов, б-блокаторов, ингибиторов АПФ и антагонистов кальция: 1,04 (95% доверительный интервал {ДИ} 0,88–1,20; 1,0 (95% ДИ 0,76–1,24); 1,16 (95% ДИ 0,93–1,39) и 0,89 (95% ДИ 0,69–1,09), а по всем группам вместе – 1,01 (95% ДИ 0,90–1,12). Сравнение этих результатов с опубликованными данными других метаанализов по оценке действия различных доз этих же препаратов показало, что удваивание дозы препарата дает приблизительно только одну пятую от нарастающего снижения АД в случае комбинации препаратов (0,22 {95% ДИ 0,19–0,25}).

Вывод. Таким образом, снижение АД при использовании комбинации двух препаратов из этих 4-х классов препаратов может быть предсказано на основе аддитивных эффектов. Дополнительное снижение АД при назначении комбинации двух различных классов препаратов приблизительно в 5 раз больше, чем снижение при удвоении дозы одного препарата (монотерапия). Это исследование еще раз подтверждает большой потенциал комбинированной терапии в лечении больных АГ.

БАКТЕРИАЛ ВА ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАР ДИАГНОСТИКАСИДА ИШҚОРИЙ ФОСФАТАЗА КУРСАТКИЧИНИ АҲАМИЯТИ

Юлдашев Я.М., Улмасов О.О., Мирзакаримова Д.Б., Пулатов М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Кейинги йилларда уткир ичак инфекцияларни келтириб чиқарувчи этиологик манзарасида ўзгаришлар кузатишмоқда, йиллар давомида ўткир ичак инфекцияларини келтириб чиқарувчи микроблар шигелла ва сальманеллар булиб ҳисобланган бўлса ҳозирга вақтга келиб 50-80% ҳолларда вируслар бўлиб, асосан ротовируслар учрамоқда. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертларининг маълумотига кўра ҳар бир одам миллиондан, яшаш шароитидан қатъий назар ҳаёти давомида ротовирусли гастроэнтеритни ўтказиб жамиятга, тиббиётга қатта иктисодий зарар келтиради. Диарея касалликларини кўп учрашига қарамадан кўп ҳолларда бу касалликларни этиологик манзараси аниқланмай этиотроп даво қўллашда кийинчилик туғдиради. Шундай қилиб диареялар ташхисотини пухта ўтказилиши амалиёт шифокорларини тўғри йуналтирилган даво чораларини буюришда жуда муҳим бўлиб ҳисобланади. Шунинг учун мумкин булган текширув усулларини қўллаш керак. Чунки тўғри қўйилган ташхис ўткир ичак инфекциялари билан оғриган беморларни даволашда шифокор тактикасини тўғри танлаб олишга имкон беради. Баъзи маълумотларга қараганда вирусли ўткир ичак инфекцияларида нейтрофиллардаги ишқорий фосфатазани ортиши кўрсатилган. Шунга асосланиб бактериял ва вирусли диареялар диагностикасида нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза кўрсаткичидан фойдаланишни мақсад қилдик.

Кузатувимизда 98 нафар 14 ёшдан 65 ёшгача бўлган 50 нафари аёл, 48 нафар эркак диарея билан касалланган беморлар бўлиб, бу беморлар бактериял (дизентерия ва сальманеллез ташхисадаги) ва вирус этиологияли деб шубҳа қилинган 2 та гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ беморлари 49 нафарни ташкил қилиб, эркаклар 24 нафар аёллар 25 та ташкил қилган, ташхис клиник-эпидемиологик маълумотлар ҳамда кон, сийдик, нажасни умумий таҳлили ва бактериологик текширув натижалари асосида қўйилган бўлиб 1- гуруҳга ўткир дизентерия- 28 нафар, 21 нафар сальманеллез гастроинтестинал шаклидаги беморлар киритилган. Иккинчи гуруҳга 49 та диарея касаллари бўлган, эркаклар 24 нафар, аёллар 25 нафар булиб вирус этиологияли деб шубҳа қилинганлар киритилган. Гуруҳлар ёши, касаллик оғирлиги, кечиши бўйича бир ҳил. Беморларга ташхис соғлиқни сақлаш вазирлиги 2016 йилда тасдиқлаган стандартлар асосида клиник - эпидемиологик, таҳлилий бактериологик текширувлар ёрдамида қўйилган. Дизентерия беморларини 16 нафаридан Flexneri типидеги, 5 нафаридан Sonne типидеги, 4 нафаридан Boydi типидеги шигелла ажратиб олинган. Сальманеллез беморларини 17 тасидан S . tifimurium, 4 нафаридан S.enteritidis сальманеллари ажратиб олинган. Иккинчи гуруҳдаги беморларда этиологик манзара аниқланмаганлиги сабабли ўткир гастрит, гастроэнтерит, энтерит ташхислари қўйилган бўлиб, енгил шаклда 9 нафари, ўрта оғир шаклда 31 нафари ва 9

нафарида оғир шаклда кечиб, аксарияти - 42 нафари ноябрь- февраль ойларида даволанишга келган, 7 нафари апрель, сентябрь ойларида келган.

Биринчи гуруҳ беморларида касаллик дизентерия ва сальманеллёзга хос булган клиник белгилар билан намоён булган. 2-гуруҳдаги беморларда касаллик истима, катарал белгилар, бош оғриши, қусиш, қориндаги оғрик билан бошланган. Касалликни биринчи кунлари уткир респиратор касалликка шубҳа билан даволанган. Кейинги кунлари касалликка қорин оғриши, ич утиши қўшилган, ич утиш сувсимон мул келган, беморларда сувсизланиш белгилари намоён булган. Терилар қуриқшаган, тургор пастлаган, шиллик қаватлари қуриқшаган ҳолатда қизарган. Склерит, конъюнктивит белгилари 23 нафар беморда яққол, 8 нафар беморда суз даражада намоён булган. Томоқ қизарган, 13 нафар беморда бодамча безлари катталашган. 9 нафар бемор йуталдан шикоят қилган. Нафас тизимида 3 нафар беморда дагал нафас, қуруқ хириллашлар эшитилган. Юрак тонлари ҳамма беморларда тезлашган-тахикардия, тонлари буғиклашган. 28 нафарида артериал қон босими пастлаган. Тил оқ қараш билан қопланган, қуриқшаган, 3 нафарида қуруқ. Беморларда катарал белгилар касалликни биринчи кунидан намоён бўлиб, томоқдаги оғрик, қичишиш, йўтал, бурундан сув оқиши безовта қилган. Бемор қурилганда шиллик қаватлар қизарган, томоқ қизарган, 5 нафар беморда бодамча безлари катталашганлиги аниқланган. Қорин юмшоқ, оғрикли, оғрик асосан кинидик атрофида ва эпигастрий соҳасида. 4 нафар беморда жигар катталашганлиги қайд этилган. Сийиш камайган. Ич утиши 10 мартадан ортиқ, сувли, мул, сариқ рангда бўлган, патологик аралашмалар аниқланмаган.

Кузатувдаги беморлар қонида нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллигини Кеплоу Л.П. усули ёрдамида аниқланди. Бу усулда нафтил-фосфатни эфирдаги эритмаси ишқорий фосфатазани парчалаб азобирикмани диазони тузи билан реакцияга киришиб чўкма беради. Назорат учун 25 нафар соғлом одам текширилганда ишқорий фосфатаза курсаткичи $32,9 \pm 2,1$ шартли бирликка тенг бўлган, беморларда касалликни 2-5 кунлари текширилганда - 1- гуруҳ беморларида оғирлик даражасига қараб ишқорий фосфатаза фаоллиги энгил шаклларида $36,7 \pm 2,7$ шартли бирликкача, ўрта оғир кечганда $41,9 \pm 2,9$ гача, касаллик оғир кечганда $53,2 \pm 4,7$ шартли бирликкача ортанлиги аниқланган. 2-гуруҳ беморларида оғирлик даражасига қараб энгил шаклда кечган беморлардаги курсаткич $29,1 \pm 2,8$, касаллик ўрта оғир кечганда $26,5 \pm 3,1$, оғир кечганда $23,7 \pm 2,9$ шартли бирликкача нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллиги пастлагани аниқланган.

Шундай қилиб, диарея билан касалланган беморларда биринчи марта цитохимик усулда нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллиги бактериал диареяларда ортиши, вирусли диареяларда пастлашини аниқлаб касаллик кўзгатувчиси вирусли ёки бактериал эканлиги ҳақида маълумот олинди, туғри йўналтирилган этиотроп даво усулини қўллашга ёрдам берди. Бу тахлилий усулни ўткир ичак инфекцияларни ташхислашда кенг қўллашга тавсия этамиз.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА НЕЙТРОФИЛЛАРДАГИ ИШҚОРИЙ ФОСФАТАЗАНИ АНИҚЛАШНИ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

**Юлдашев Я.М., Ўлмасов О.О., Юльчибаев М.Р., Пўлатов М.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Юқумли касалликлар ичида энг кўп тарқалган патологиялардан бири бу ўткир ичак инфекциялар бўлиб на фақат тиббиётнинг, балки давлатлар олдида турган ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга долизарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Бутун дунёда кузатилаётган ўткир ичак инфекцияларининг ярмидан кўпроғида этиологик омил аниқланмай қолади ва даволашда шифокорлар этиотроп даво буюришда қийинчиликка учрайди. Кўп ҳолларда диарея «янги» ичак инфекцияси билан қақрилади, яъни вируслар келтириб чиқаради. Этиологик структураси аниқланган ўткир ичак инфекцияларини 60 - 80% вируслар ташкил қилиб, буларни аксарияти ротавирус ва норовирус 2-типага туғри келади. Ҳозирги кунда тиббиётни бирламчи буғинларида ўткир ичак инфекцияларга ташхис қўйишда инфекция қақирувчисини манзарасини аниқлашда қўлланиладиган иммунофермент, полимеразали занжирли реакция усулларини қўллашга замонавий аппаратларни зарурлиги ва юқори малакали врач лаборантни бўлиши кераклиги, ўткир ичак инфекцияларни ташхислашда қақирувчи омилни вирус ёки бактерия эканлигини аниқлашда оддийроқ усулни қўллашни тақозо этади. Баъзи маълумотларга қараганда вирусли ўткир ичак инфекцияларда нейтрофиллардаги ишқорий фосфатазани ортиши курсатилган. Шунга асосланиб этиологик манзараси аниқланмаган, вирусли диарея деб шубҳа қилинган беморларда ишқорий фосфатаза курсаткичинини аниқлаш ва туғри йўналтирилган даво усулини қўллашни мақсад қилдик. Кузатувимизда 49 та ўткир ичак инфекцияси ташхиси билан келган беморлар бўлиб, энгил шаклда 9 таси, урта оғир шаклда 31 нафари ва 9 нафарида оғир шаклда диарея касаллиги кечиб, касаллик Гастрит, гастроэнтерит, энтерит қуринишида намоён булган. Касалларни аксарияти - 42 нафари ноябрь- февраль ойларида кузатилган, 7 таси апрель, сентябрь ойларида келган. Касаллик истима, катарал белгилар, бош оғриши, қусиш, қориндаги оғрик билан бошланган. Касалликни биринчи кунлари уткир респиратор касалликка шубҳа билан даволанган. Кейинги кунлари касалликка қорин оғриши, ич утиши қўшилган, ич утиш сувсимон мул келган, беморларда сувсизланиш белгилари намоён булган. Терилар қуриқшаган, тургор пастлаган, шиллик қаватлари қуриқшаган ҳолатда қизарган. Склерит, конъюнктивит белгилари 23 нафар беморда яққол, 8 нафар беморда суз даражада намоён булган. Томоқ қизарган, 13 нафар беморда бодамча безлари катталашган. 9 нафар бемор йуталдан шикоят қилган. Нафас тизимида 3 нафар беморда дагал нафас, қуруқ хириллашлар эшитилган. Юрак тонлари ҳамма беморларда тезлашган-тахикардия, тонлари буғиклашган. 28 нафарида артериал қон босими пастлаган. Тил оқ қараш билан қопланган, қуриқшаган, 3 нафарида қуруқ. Беморларда катарал белгилар касалликни биринчи кунидан намоён бўлиб, томоқдаги оғрик, қичишиш, йўтал, бурундан сув оқиши безовта қилган. Бемор қурилганда шиллик қаватлар қизарган, томоқ қизарган, 5 нафар беморда бодамча безлари катталашганлиги аниқланган. Қорин юмшоқ, оғрикли, оғрик асосан кинидик атрофида ва эпигастрий соҳасида. 4 нафар беморда жигар катталашганлиги қайд этилган. Сийиш камайган. Ич утиши 10 мартадан ортиқ, сувли, мул, сариқ рангда бўлган, патологик аралашмалар аниқланмаган.

Кузатувдаги беморлар қонида нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллигини Кеплоу Л.П. усули ёрдамида аниқланди. Бу усулда нафтил-фосфатни эфирдаги эритмаси ишқорий фосфатазани парчалаб азобирикмани

диазоний тузи билан реакцияга киришиб чўкма беради. Назорат учун 25 та соғлом одам текширилганда ишқорий фосфатаза курсаткичи $32,9 \pm 2,1$ шартли бирликка тенг бўлган, беморларда касалликни 2-5 кунлари текширилганда оғирлик даражасига қараб - энгил шаклларда $29,1 \pm 2,8$, касаллик ўрта оғир кечганда $26,5 \pm 3,1$, оғир кечганда $23,7 \pm 2,9$ шартли бирликкача нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллиги пастлагани аниқланган. Беморларни даволашда патогенетик даво билан бирга вирусга қарши препаратлар берилганда яхши самара берган.

Шундай қилиб вирусли диареялар деб шубҳа қилинган текширувдаги беморларда нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллигини пастлаганлиги аниқланди. Бу усулни қиммат эмаслиги, юқори технологик аппаратларни зарурати бўлмаслиги ва цитохимик усулда нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза курсаткичини аниқлаш оддийлиги, ҳар қандай лабораторияларда қўйиш мумкинлигини ҳисобга олиб диарея касалликларини ташхислашда амалиётда кенг қўллашга тавсия этамиз.

БАКТЕРИАЛ ВА ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАР ДИАГНОСТИКАСИДА ИШҚОРИЙ ФОСФАТАЗА КУРСАТКИЧИНИ АҲАМИЯТИ

**Юлдашев Я.М., Улмасов О.О., Мирзакаримова Д.Б., Пулатов М.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Кейинги йилларда уткир ичак инфекцияларни келтириб чиқарувчи этиологик манзарасида ўзгаришлар кузатилмоқда, йиллар давомида ўткир ичак инфекцияларини келтириб чиқарувчи микроблар шигелла ва сальманеллар бўлиб ҳисобланган бўлса ҳозирга вақтга келиб 50-80% ҳолларда вируслар бўлиб, асосан ротовируслар учрамоқда. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертларининг маълумотида кўра ҳар бир одам миллатидан, яшаш шароитидан қатъий назар ҳаёти давомида ротовирусли гастроэнтеритни ўтказиб жамиятга, тиббиётга катта иқтисодий зарар келтиради. Диарея касалликларини кўп учрашига қарамадан кўп ҳолларда бу касалликларни этиологик манзараси аниқланмай этиотроп даво қўллашда қийинчилик туғдиради. Шундай қилиб диареялар ташхисотини пухта ўтказилиши амалиёт шифокорларини тўғри йўналтирилган даво чораларини буюришда жуда муҳим бўлиб ҳисобланади. Шунинг учун мумкин булган текширув усулларини қўллаш керак. Чунки тўғри қўйилган ташхис ўткир ичак инфекциялари билан оғриган беморларни даволашда шифокор тактикасини тўғри танлаб олишга имкон беради. Баъзи маълумотларга қараганда вирусли ўткир ичак инфекцияларида нейтрофиллардаги ишқорий фосфатазани ортиши кўрсатилган. Шунга асосланиб бактериал ва вирусли диареялар диагностикасида нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза кўрсаткичидан фойдаланишни мақсад қилдик.

Кузатувимизда 98 нафар 14 ёшдан 65 ёшгача бўлган 50 нафари аёл, 48 нафар эркак диарея билан касалланган беморлар бўлиб, бу беморлар бактериал (дизентерия ва сальманеллэз ташхисидида) ва вирус этиологияли деб шубҳа қилинган 2 та гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ беморлари 49 нафарни ташкил қилиб, эркаклар 24 нафар аёллар 25 та ташкил қилган, ташхис клиник-эпидемиологик маълумотлар ҳамда қон, сийдик, нажасни умумий таҳлили ва бактериологик текширув натижалари асосида қўйилган бўлиб 1- гуруҳга уткир дизентерия- 28 нафар, 21 нафар сальманеллэз гастроинтестинал шаклидаги беморлар киритилган. Иккинчи гуруҳга 49 та диарея касаллари бўлган, эркаклар 24 нафар, аёллар 25 нафар бўлиб вирус этиологияли деб шубҳа қилинганлар киритилган. Гуруҳлар ёши, касаллик оғирлиги, кечиши бўйича бир ҳил. Беморларга ташхис соғлиқни сақлаш вазирлиги 2016 йилда тасдиқлаган стандартлар асосида клиник - эпидемиологик, таҳлилий бактериологик текширувлар ёрдамида қўйилган. Дизентерия беморларини 16 нафаридан Flexneri типидидаги, 5 нафаридан Sonne типидидаги, 4 нафаридан Boydi типидидаги шигелла ажратиб олинган. Сальманеллэз беморларини 17 тасидан S . tifimurium, 4 нафаридан S.enteritidis сальманеллари ажратиб олинган. Иккинчи гуруҳдаги беморларда этиологик манзара аниқланмаганлиги сабабли уткир гастрит, гастроэнтерит, энтерит ташхислари қўйилган бўлиб, энгил шаклда 9 нафари, ўрта оғир шаклда 31 нафари ва 9 нафаридида оғир шаклда кечиби, аксарияти - 42 нафари ноябрь- февраль ойларида даволанишга келган, 7 нафари апрель, сентябрь ойларида келган.

Биринчи гуруҳ беморларида касаллик дизентерия ва сальманеллэзга хос булган клиник белгилар билан намоён булган. 2-гуруҳдаги беморларда касаллик истима, катарал белгилар, бош оғриши, қусиш, қориндаги оғрик билан бошланган. Касалликни биринчи кунлари уткир респиратор касалликка шубҳа билан даволанган. Кейинги кунлари касалликка қорин оғриши, ич утиши қўшилган, ич утиш сувсимон мул келган, беморларда сувсизланиш белгилари намоён булган. Терилар қуриқшаган, тургор пастлаган, шиллик қаватлари қуруқшаган ҳолатда кизарган. Склерит, конъюнктивит белгилари 23 нафар беморда яққол, 8 нафар беморда суст даражада намоён булган. Томоқ кизарган, 13 нафар беморда бодамча безлари катталашган. 9 нафар бемор йўталдан шикоят қилган. Нафас тизимида 3 нафар беморда дағал нафас, қуруқ хириллашлар эшитилган. Юрак тонлари ҳамма беморларда тезлашган- тахикардия, тонлари буғиклашган. 28 нафаридида артериал қон босими пастлаган. Тил оқ қараш билан қопланган, қуруқшаган, 3 нафаридида қуруқ. Беморларда катарал белгилар касалликни биринчи кундан намоён бўлиб, томоқдаги оғрик, кичишиш, йўтал, бурундан сув оқиши безовта қилган. Бемор қурилганда шиллик қаватлар кизарган, томоқ кизарган, 5 нафар беморда бодамча безлари катталашганлиги аниқланган. Қорин юмшоқ, оғрикли, оғрик асосан кинидик атрофида ва эпигастрий соҳасида. 4 нафар беморда жигар катталашганлиги қайд этилган. Сийиш камайган. Ич утиши 10 мартадан ортик, сувли, мул, сариқ рангда бўлган, патологик аралашмалар аниқланмаган.

Кузатувдаги беморлар қонида нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллигини Кеплоу Л.П. усули ёрдамида аниқланди. Бу усулда нафтил-фосфатни эфирдаги эритмаси ишқорий фосфатазани парчалаб азобирикмани диазоний тузи билан реакцияга киришиб чўкма беради. Назорат учун 25 нафар соғлом одам текширилганда ишқорий фосфатаза курсаткичи $32,9 \pm 2,1$ шартли бирликка тенг бўлган, беморларда касалликни 2-5 кунлари текширилганда - 1- гуруҳ беморларида оғирлик даражасига қараб ишқорий фосфатаза фаоллиги энгил шаклларда $36,7 \pm 2,7$ шартли бирликкача, ўрта оғир кечганда $41,9 \pm 2,9$ гача, касаллик оғир кечганда $53,2 \pm 4,7$ шартли бирликкача ортанлиги аниқланган. 2-гуруҳ беморларида оғирлик даражасига қараб энгил шаклда кечган беморлардаги курсаткич $29,1 \pm 2,8$, касаллик ўрта оғир кечганда $26,5 \pm 3,1$, оғир кечганда $23,7 \pm 2,9$ шартли бирликкача нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллиги пастлагани аниқланган.

Шундай қилиб, диарея билан касалланган беморларда биринчи марта цитохимик усулда нейтрофиллардаги ишқорий фосфатаза фаоллиги бактериал диареяларда ортиши, вирусли диареяларда пастлашини аниқлаб касаллик кўзгатувчиси вирусли ёки бактериал эканлиги ҳақида маълумот олинди, туғри йуналтирилган этиотроп даво усулини қўллашга ёрдам берди. Бу тахлилий усулни ўтқир ичак инфекцияларни ташхислашда кенг қўллашга тавсия этамиз.

СУРИНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В ДА ТРОМБОГЕМОМОРРАГИК СИНДРОМ

Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б., Маматхужаев А.С.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долизарблиги. Вирусли гепатит В (ВГВ) касаллиги ҳозирги кунда тиббиёт фани ва соғлиқни сақлаш амалиёти учун тула ҳал қилинмаган долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Маълумки, суринкали вирусли гепатит «В» да гемостазнинг бузилиши аҳамиятли бўлиб, геморагик синдромни ривожланишига асос ҳисобланади. Суринкали вирусли гепатит «В» да жигар паренхимасидаги некротик яллиғланиш жараён ривожида қон – томир тизимини узгариши кузатилади, яъни қоннинг гемокоагулятив хусусияти бузилади, касалликнинг оғир шаклларида эса асорат сифатида кучли геморагик синдром касалликнинг якунини белгилаб қўяди. Бундай ҳолат касалликни даволашда қатта қийинчилик туғдиради, чунки геморрагияларнинг ўз вақтида билиш ва уни олдиндан айта олиш учун клиник белгилар ҳар доим ҳам етарли бўла олмайди.

Шундай қилиб, коагуляция жараёнидаги бузилишларни вақтида билиш, профилактика ва даволаш тадбирларини амалга ошириш, қон ивиш тизимини фақат вирусли гепатит В нинг асоратли кечиши билан оғриган беморларда текшириб қолмай, балки барча ҳолатларида ҳам текширишга зарурат пайдо бўлади. Бу эса янги дори препаратларни гемостаз тизимига таъсирини урганишни тақозо этади. Шундай доривор моддалардан бири Berberis туридаги усимлик бўлиб, у биологик актив моддаларга бойдир. Оддий қора зирк (berberis vulgaris) ни қон ивиш тизимига, жигар фаолиятига ҳар томонлама таъсирини тахлилий хайвонлардаги экспериментал текширувлар тасдиқлаган.

Маълумки, Барбарис (Berberis vulgaris) препарати қон тўхтатувчи, гемопоезни кучайтирувчи, тинчлантирувчи ва спазмолитик таъсирдан ташқари яхши самарага эга ўт хайдовчи доривор усимлик ҳисобланади. Табиий келиб чиқиши, организмга ёмон таъсирини йўқлиги бошқа дориларга нисбатан афзаллигидир.

Шуларни ҳисобга олиб суринкали вирусли гепатит В беморларида тромбоземоррагик узгаришни аниқлаш ва унга Berberis vulgaris препаратини таъсирини урганишни мақсад қилиб қўйдик.

Текширув усуллари: бизни қузатувимизда 24 ёшдан 32 ёшгача булган 61 нафар суринкали вирусли гепатит В билан касалланганлар бўлиб, вирусли гепатит В эпидемиологик, клиник ва тахлилий усуллар билан тасдиқланган. Қон ивиш тизимини- тромбоземоррагик синдромни урганиш учун тромбозластограф (ТЭГ) курсаткич (қон ивиш вақти - Р, умумий қон ивиш вақти – Р+К, коагуляция индекси – С₁, ивиш эластиклиги - МЕ) ларини аниқлаш билан амалга оширдик. Текширилган беморларда суринкали вирусли гепатит В авж олган даврда ТЭГ курсаткичлари гипоккоагуляцияни қузатувчи белгиларни аниқладик.

Препаратни самарасини билиш мақсадида беморларни ёши ва касаллик оғирлиги буйича бир хил булган 2 гуруҳ булинди: 31 нафари биринчи (асосий) гуруҳ, 30 нафари иккинчи (назорат) гуруҳи. Иккала гуруҳ ҳам бир хил шароитда даволанди, асосий гуруҳ анъанавий даволаш усулига қўшимча Барбарис вульгарис томиридан тайёрланган 2%ли қайнатмадан 100 мл дан овқатдан 30 дақиқа олдин қунига 3 маҳалдан 14-18 кун давомида истеъмол қилди.

Бу препаратни асосий таъсир қилувчи моддаси Берберин ва алколоидлар йиғиндисидан иборат бўлиб ҳисобланади. Препарат самарасини суринкали вирусли гепатит В беморлардаги асосий клиник белгиларини камайишига қараб баҳоладик.

Текширув натижалари: Клиник қузатувдан шу нарса маълум булдики, қора зирк препарати билан даволанган беморларда касалликни белгиларидан кам қувватлик, бош оғриги, қайфиятни ёмонлиги, уйқуни бузилиши, иштаҳани пастлиги, теридаги қичишиш назорат гуруҳига нисбатан 6-7 кун эрта йўқолган. Кейинроқ, тери ва склерадаги сарикликликни йўқолиши, жигарни қисқариши 8-10 кун эрта қузатилган. Сийдик ва нажасни ранги назорат гуруҳига нисбатан 4-6 кун эрта уз ҳолига қирган. Қиёсий гуруҳлар орасидаги ғисоблар ишончли ($P < 0,01-0,001$).

Berberis vulgaris сурункали вирусли гепатит В беморларини биохимик курсаткичларига ва тробоземоррагик синдромга ижобий таъсир қурсатган. Бу препарат таъсирида қондаги билирубин микдори, трансферазалар (АСТ ва АЛТ) фаоллиги тезроқ меъёрлашган, протромбин индекс курсаткичи, тромбоцитлар сони орган, ТЭГ курсаткичлари (қон ивиш вақти - Р, умумий қон ивиш вақти – Р+К, коагуляция индекси - С₁ ивиш эластиклиги - МЕ)га ижобий таъсир қурсатиб меъёрга яқинлашган.

Хулоса: Шундай қилиб, захираси етарли, Ўзбекистонда кенг тарқалган доривор усимлик оддий қора зиркдан тайёрланган препарат суринкали вирусли гепатит В ни клиник кечишига, биохимик курсаткичларига ва тромбоземоррагик синдромни бартараф этишга ижобий таъсир қурсатди. Салбий таъсири аниқланмади, беморлар яхши қабул қилишди. Олинган маълумотларга асосланиб оддий қора зирк (berberis vulgaris)дан тайёрланган препаратни тиббиёт амалиётида сурункали вирусли гепатит В беморларини даволашда кенг қўллашга тавсия этиш мумкин.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ

Юнусова З.В., Косимова Н.Д., Юлдашев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Говоря о последнем, следует отметить, что в исследованиях, посвященным ВРС у лиц с нормальным АД, мы не встретили специальных указаний на выделение лиц с высоким нормальным АД, и, соответственно, о данных о ВРС у этой категории обследуемых.

Цель исследования: сравнительное изучение особенностей вегетативной регуляции сердечного ритма на

начальных этапах формирования АГ у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях обследовано 102 мужчины, которые были разделены на 3 группы. В группу 1 (контрольную) вошли 32 человека (средний возраст 24,5±3,6 лет) с оптимальным АД (<120/80 мм.рт.ст) и нормальным АД (120-129/80-84 мм.рт.ст). В группу 2 (34 человека, средний возраст 27,1±3,0 лет) включены лица с высоким нормальным АД (<130-139/85-89 мм.рт.ст.). Группа 3 была сформирована из 36 мужчин (средний возраст 28,4±2,4 лет) с АГ 1 степени (АД>140-159/90-99 мм.рт.ст), включение обследуемого в ту или иную группу происходило по результатам измерений офисного АД и изучения предшествующей медицинской документации.

Результаты исследования. Полученные нами результаты подтверждают данные, согласно которым развитие АГ сопровождается снижением ВРС (при этом ответ на вопрос, является ли изменение функционального состояния регуляторных систем при росте АД первичным или вторичным, остается открытым и ответ на него, очевидно, можно будет получить только при проведении дополнительных длительных исследований); в то же время ряд исследователей полагают, что развитие АГ связано с ростом ВРС или не связано с изменениями последней; вероятно, подобные противоречия связаны с упоминавшейся выше неоднозначностью показателей ВРС и отсутствием сегодня единого мнения относительно их трактовки, а также различиями в методических подходах к определению ВРС, сложностью патогенеза АГ и формирования контингентов обследуемых.

Рост централизации управления сердечным ритмом в нашем исследовании подтверждается достоверно более высокими значениями ИН в группах 2 и 3, чем в группе 1; отсутствие снижения SDNN в группах 2 и 3 (что также подтверждало бы тезис о росте централизации) объясняется, по нашему мнению, недостаточной информативностью этого показателя при 5-минутной записи, что требует, его оценки по результатам 24-часового мониторинга.

Вопрос о том, является ли усиление централизации управления сердечным ритмом реакцией на развивающийся вегетативный дисбаланс или последний является следствием развивающейся централизации, требует дальнейшего изучения.

Вывод. Таким образом, развитие АГ сопровождается изменениями ВРС, которые заключаются в росте симпатической и снижении парасимпатической активности, а также централизации управления сердечным ритмом; указанные изменения начинаются при переходе от нормального к высокому нормальному АД.

ПРИМЕНЕНИЕ КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Юнусова З.В., Юлдашев Р.Н., Косимова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Наиболее актуальная задача кардиологии – предотвращение сердечно-сосудистых осложнений (ССО). В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации сердца и Коллегии кардиологов 2006 года основными компонентами профилактики являются: прекращение курения, контроль артериального давления, достижение целевых значений липидов, регулярная умеренная физическая активность, контроль массы тела и гликемии, применение антиагрегантов и антикоагулянтов, блокаторов системы ренин-ангиотензин-альдостерон, б-блокаторов, вакцинация против гриппа. При первичной и вторичной профилактике атеросклероза назначение антиагрегантов (в первую очередь ацетилсалициловой кислоты – АСК) целесообразно и показано всем лицам с высоким риском ССО при отсутствии противопоказаний.

Цель исследования. Изучить эффективность клопидогрела у больных ишемической болезнью сердца

Материалы и методы исследования. Клиническая эффективность клопидогрела в виде монотерапии у больных хронической ИБС в клинике АГМИ. В неё о были включены 85 больных с клиническими проявлениями атеросклероза: ИМ, ишемический инсульт, поражение периферических артерий.

Результаты исследования. Абсолютное снижение риска всех серьезных сосудистых событий за 2 года терапии показано для пациентов с ИМ или инсультом в анамнезе и для больных со стабильной стенокардией ($p=0,0005$), периферическим атеросклерозом ($p=0,004$) и мерцательной аритмией ($p=0,01$), а также за 3–4 недели терапии у больных с острым ИМ или инсультом. Польза антиагрегантной терапии существенно перевешивает связанный с ней риск больших экстракраниальных кровотечениях. Наиболее изученным антиагрегантом является АСК в суточной дозе 75–150 мг, по крайней мере, такой же эффективной, как и более высокая дозировка. Клопидогрел приводил к снижению частоты серьезных сосудистых событий на 10% по сравнению с АСК.

Больные получали клопидогрел 75 мг или АСК 325 мг/сут. в течение 1–3 лет. Клопидогрел приводил к значимому снижению частоты новых ишемических осложнений (ИМ, ишемического инсульта, сердечной смерти): отмечено 939 событий в основной и 1020 – в контрольной группе (снижение относительного риска – 8,7%, $p=0,043$). Максимальная польза достигнута в отношении снижения риска ИМ (на 19,2%). Кроме того, было установлено достоверное снижение частоты повторных госпитализаций по поводу ишемических событий или кровотечений у больных, получавших клопидогрел, по сравнению с теми, кто принимал АСК: с 13,7 до 12,6% (снижение относительного риска – 7,9%).

Последующий анализ исследования позволил выделить 5 групп больных высокого риска, у которых польза от применения клопидогрела наиболее значима: операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ), наличие более одного ишемического события в анамнезе; поражение нескольких сосудистых бассейнов; сахарный диабет и гиперхолестеринемия.

Вывод. В заключение необходимо подчеркнуть, что длительное применение клопидогрела является эффективным и безопасным методом вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у больных с различными формами ишемической болезни сердца (в том числе при операциях реваскуляризации миокарда).

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОМИОПАТИЙ

Юнусова З.В., Ибрагимова З.А., А.А.Сабиров

Андижанский государственный медицинский институт

Медицинское и социально-экономическое значение проблемы диагностики и лечения кардиомиопатии чрезвычайно велико. В нашей республике и за рубежом обращаемость пациентов к врачам различных специальностей (кардиологам, терапевтам, невропатологам и др.) по поводу боли в сердце, на одышку, утомляемость достаточно высока.

Кардиомиопатия (КМП) – это собирательное название ряда заболеваний, основным проявлением которых является изменение сердечной мышцы. Точные причины развития данного процесса – неизвестны, но в настоящее время врачи научились довольно точно отличать кардиомиопатию от других патологий и пороков сердечнососудистой системы. Диагноз первичная или вторичная кардиомиопатия ставится в тех случаях, когда изменение мышцы сердца не связано с врожденными аномалиями развития, клапанными пороками, системными заболеваниями сосудов, перикардитом, артериальной гипертензией и редкими патологиями, при которых поражается проводящая система сердца.

Цель работы: Определить возможностей эхокардиографии в диагностике кардиомиопатии, у больных с заболеваниями сердца.

Объектом для исследования послужили 35 больных (мужчин и женщин) с заболеваниями сердца, сопровождаемые КМП.

Результаты: Учитывая разнообразие проявлений КМП при применении ультразвуковой диагностики, решено сформировать синдромальный подход к доплерографической диагностике такого рода патологии сердца.

По-нашему исследования у 45,7% больных были выявлены признаки дилатационной КМП (ДКМП), среди 28,5% больных встречалась гипертрофическая КМП (ГКМП). Лишь у 25,7% больных выявлены симптомы рестриктивной КМП (РКМП).

Структура КМП выглядела следующим образом: у больных в возрасте до 40 лет наибольший процент наблюдался при ДКМП и РКМП, соответственно в 56,3% и 23,5% случаев, ГКМП в этом возрасте наблюдалась лишь в 20,2% случаев.

У больных в возрасте 41-50 лет наибольший процент КМП, наблюдались в формах ДКМП и ГКМП, соответственно в 42% и 34% случаев, РКМП в этом возрасте наблюдалась лишь в 24% случаев.

У больных в возрасте 51-65 лет наибольший процент наблюдались ДКМП и ГКМП, соответственно в 31,7% и 32,8% случаев, РКМП в этом возрасте наблюдалась лишь в 35,5% случаев.

Данные нашего исследования, показывает, что частота эхоизменений, при КМП, выглядело так: при ДКМП - полость ЛЖ резко увеличена; стенка ЛЖ незначительно гипертрофирована; сократимость ЛЖ: гипокинезия; полость ЛП увеличена; полость ПП увеличена; полость ПЖ увеличена; фракция выброса снижена.

При ГКМП - полость ЛЖ уменьшена; стенка ЛЖ выражено гипертрофирована; сократимость ЛЖ: гиперкинезия; полость ЛП увеличена; полость ПП не увеличена; полость ПЖ не увеличена; фракция выброса повышена.

При РКМП - полость ЛЖ уменьшена; стенка ЛЖ незначительно гипертрофирована; сократимость ЛЖ: гипокинезия; полость ЛП дилатирована; полость ПП не увеличена; полость ПЖ не увеличена; фракция выброса снижена.

На основании теоретических выводов вытекает практическое значение проведенного исследования: врачам ультразвукового исследования при обследовании больных с заболеваниями сердца, обращать внимание на наличия КМП; при наличии КМП обязательно консультирование в комплексной терапии соматической патологии, совместно с кардиологом.

ULTRASOUND EVALUATION OF LIVER PARASITIC DISEASES

Yunusova Z.V., Madaminova N.E., Ibragimova Z.A., Sabirov A.A.

Andijan State medical institute

The problem of effective diagnosis of parasitic diseases of the liver and related changes of the hepatobiliary system remains relevant to modern medicine, and to date, especially in endemic areas. Due to the widespread, high level of contamination of the working population, parasitic diseases are not only medical, but also an important social and economic problem.

Parasitic diseases do not have specific clinical and laboratory features, long flowing secretly, have a pronounced polymorphism, often lead to complications and relapses, which greatly reduces the possibility of radical surgical treatment.

Objective: To determine the diagnostic capabilities of ultrasound mechanical cholestasis in parasitic diseases of the liver.

The object for the study were 25 patients (men and women) to the parasitic diseases of the liver.

The research for the study of parasitic forms of liver disease, accompanied by mechanical cholestasis, allowed to make theoretical conclusions, in particular, that 44% of patients with signs of liver echinococcosis were identified among patients alveococcosis rate was 20%. Only 36% of patients had symptoms of helminth invasion of the liver.

The structure of the liver parasitic diseases as follows: for men the highest percentage of parasitic diseases of the liver, accompanied by mechanical cholestasis was observed in echinococcosis and Alveococcosis, respectively, 56% and 44% of cases, helminth infestation of the liver in this group was not observed.

In women, the highest percentage of parasitic diseases of the liver, accompanied by mechanical cholestasis was observed in echinococcosis and Alveococcosis, respectively 50% and 40% of cases, helminth infestation of the liver only in 10% of cases was observed in this group.

In children, the greatest percentage of the liver was observed in parasitic diseases and echinococcosis Alveococcosis respectively 13% and 10% of the liver helminth infestation was observed at this age, 77% of cases.

The frequency of the ultrasonic syndromes in parasitic diseases of the liver, accompanied by mechanical cholestasis, looked like this: festering cysts - 16%; jaundice (yellowing of the skin, mucous membranes and sclera (whites of the eyes) due to an increase in the blood and tissue levels of bilirubin (bile pigment (coloring material)), arising due to the obstruction of the bile ducts (moves, which moves the bile)) - 40 %; portal hypertension - 16%; cyst rupture with emptying the abdominal cavity or hollow organs (stomach, intestines) - 48%; hepatic insufficiency (a set of symptoms characterized by impaired liver function or depression due to its tissue damage) - 28%; calcification (calcium deposition in tissues of salts dissolved in the blood and tissue fluids) the cyst wall - in 32%

Conclusions: All patients with biliary hypertension recommended holding ultrasound to detect parasitic liver disease, assess the spread of parasitic processes involved in the process of caval and portal gates surrounding organs and tissues, which is a determining factor in the tactics of further examination, treatment and choice of adequate surgical intervention.

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ЛЕГКИХ

Юлдашева Г.Т., Акбарова Ш.Э., Ботирова Б.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. До сих пор туберкулез легких (ТБЛ) является одним из тяжелых инфекционных заболеваний. Важно своевременно выявлять патологический процесс, на что и нацелено контрольное флюорографическое обследование населения.

Цель исследования: выявление особенностей рентгенологического исследования при диагностике ТБЛ типичной и нетипичной локализации.

Материал и методы. Проведен анализ 79 пациентов в возрасте 32-44 лет, находившихся на обследовании и лечении в Туберкулезной больнице Андижанской области. Всем пациентам проводилась рентгенография органов грудной клетки, линейная томография легких на рентгеновском диагностическом аппарате «Диакон». Компьютерная томография проводилась на базе ГУЗ ОКБ на аппарате Optima CT 660.

Результаты. При уточнении локализации ТБЛ оказалось, что типичное расположение в S1,2,6 наблюдалось в 71 случае (89,9%). Среди ТВС легких нетипичной локализации наиболее часто отмечалось расположение в S8,9,10 – в 3 случаях (3,8%). С одинаковой частотой ТБЛ локализовался в Sах – в 2 случаях (2,5%) и S4,5 – в 2 случаях (2,5%). В 1 случае (1,2%) патологический процесс располагался в дополнительной доле v. azygos.

При уточнении формы ТБЛ нетипичного расположения чаще всего встречался инфильтративный туберкулез - в 5 случаях из 8 (62,5%). Наиболее часто данная форма ТВС легких локализовалась в Sах – 2 случая (40%), с одинаковой частотой в дополнительной доле v. azygos – 1 случай (20%), в S4,5 – 1 случай (20%), в S8,9,10 – 1 случай (20%). Очаговый туберкулез встречается реже – в 2 случаях из 8 (25%). С одинаковой частотой данная форма ТБЛ локализовалась в S4,5 – 1 случай (50%) и в S8,9,10 – 1 случай (50%). При ТБЛ нетипичного расположения туберкулема встретилась реже всего – 1 случай из 8 (12,5%) – с локализацией в S8,9,10 – 1 случай (100%) (Рис. 1). При установлении формы ТБЛ типичной локализации в S1,2,6 были выявлены: 28 случаев инфильтративного туберкулеза (40%), 12 случаев очагового туберкулеза (17%), 1 случай туберкулемы (1%) (Рис. 2), 30 случаев других форм туберкулеза (42%).

Оказалось, что общая рентгеносемиотика при нетипичной локализации ТБЛ без существенной разницы показателей не отличалась от типичной.

При анализе историй болезни пациентов с ТВС легких нетипичной локализации длительность лечения чаще всего составляла более 24 месяцев – 7 случаев из 8 (87,5%). Реже длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 1 случай из 8 (12,5%). Для пациентов с ТБЛ типичной локализации в S1,2,6 чаще всего длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 45 случаев из 71 (63%). В 26 случае из 71 (37%) наблюдался переход в другие формы туберкулеза.

Выводы: При выявлении ТБЛ нетипичной локализации необходимо использование комплексного рентгенологического исследования. Комплексное рентгенологическое исследование является высокоинформативным методом, позволяющим уточнить локализацию ТБЛ, позволяет оценить протяженность, форму и фазу заболевания в соответствии с принятой классификацией.

Нетипичная локализация ТБЛ вызывает трудности дифференциальной диагностики. Наиболее часто при нетипичном расположении встречалась инфильтративная форма ТБЛ. Общая рентгеносемиотика при нетипичной локализации ТБЛ без существенной разницы показателей не отличалась от признаков ТБЛ типичного расположения. Выявление ТБЛ нетипичной локализации влияет на длительность лечения, которое при этом более продолжительно и составляет чаще более 24 месяцев.

ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГИПОПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Юлдашева Н.Э., Солиев Д.К., Солиев К.К., Абдувахובה Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучение вопросов медицинской реабилитации больных с гипопластической анемией, является одной из актуальных задач современной гематологии. С тех пор как клиническая гематология осваивала все больше современных средств исследования, изучаются факторы и механизмы развития, эффективность современных методов лечения гипо и апластической анемии.

За последние десятилетия отмечается рост показателя заболеваемости гипо и апластической анемией, что следует отнести за счет загрязненности среды (ионизирующие излучения и др), питания, чрезмерного потребления

медикаментов, вирусных заболеваний. При остром течении апластической анемии средняя выживаемость **140** дней, причем смертность у детей 50%, у взрослых 70% случаев.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в последнее десятилетие находилось 25 больных с приобретенной двухростковой гипопластической анемией, в возрасте от 15 до 25 лет.

Методами исследования служили показатели периферической крови с гемоцитопеническими синдромами, результаты миелограммы, ультразвуковые исследования селезенки, печени при необходимости другие исследования.

Результаты исследования. Всем больным проведено комплексное лечение, прежде гемокомпонентные трансфузии: отмытые одногруппные, эритроцитарные массы, тромбоциты, гормонотерапия - преднизолон в дозе 1 мг/кг веса больного, фолиевая кислота, витамин В₆, рибоксин при сердечных симптомах и другие. В исходе заболевания решающее значение имеет ранняя диагностика, своевременная госпитализация и лечение. После стабилизации показателей эритроцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов по согласию больных и их родственников подвергали к спленэктомии.

Наблюдение показывает, что в результате комплексного лечения длительную ремиссию удалось получить у 8 из 25 больных. В том числе до 2 лет у 2 больных, до 3 лет-2 больных, до 5 лет-2 больных, до 7-1 больного, более 7 лет-1 больного. Следует отметить, что из них 2 больных прожили до 7 и более 7 лет. У обоих больных были произведены спленэктомия, также одна женщина из них смогла забеременеть и родить девочку, остальные погибли дожив до 6-7 месяцев или до 1 года от основного заболевания или его осложнения в виде заболевания органов дыхания или от сепсиса и т.д.

Выводы. Таким образом, профилактика и медицинская реабилитация достигается благодаря усиленному комплексному лечению, здесь важное значение имеет спленэктомия в ранних этапах заболевания, после которого одна молодая женщина даже успела забеременеть и родить девочку.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПТРАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В, С, D

Юсупов А.С., Алимов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Парентеральные вирусные гепатиты остаются серьезной проблемой не только для здравоохранения Республики Узбекистан, но и для многих стран мира. Несмотря на проводимые мероприятия по снижению заболеваемости вирусными гепатитами, в Узбекистане на сегодняшний день растет число больных хроническими вирусными гепатитами В, С и D.

в настоящее время при лечении вирусных гепатитов используется ряд препаратов, обладающих гепатопротективным действием. среди них особое место занимает препарат гептрал обладающий детоксикации, мембранопротекции и регенерации печени.

цель: изучить эффективность препарата гептрал при лечении хронических вирусных гепатитов в, с, d.

материал и методы. эффективность гептрал изучалась у 30 больных хроническими вирусными гепатитами в (хвгв), с (хвгс) и d (хвгд) в возрасте от 12 до 60 лет. в контрольной группе, состоящей из 13 больных, проводили только традиционное лечение. в основной группе из 17 больных помимо традиционного лечения, мы проводили лечение препаратом гептрал.

клинический диагноз ставился на основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторного обследования и данных ультразвукового обследования печени и желчевыводящих путей. при лабораторном обследовании больные проходили через следующие исследования: общий анализ крови, мочи, кала; биохимические исследования сыворотки крови – уровень общего билирубина и его фракций, активность алат и асат, уровень общего белка, исследование коагулограммы, птв. клинический диагноз подтверждался методом ифа, пцр и данными УЗИ печени и желчевыводящих путей.

результаты и обсуждение. у обследованных больных встречаемость таких симптомов, как общая слабость, снижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, увеличение печени и селезенки, желтушность кожи и склер в середине лечения в первой группе отмечалась в среднем у 53,5±2,64% больных, а во второй группе у 40,7±2,05% больных. к концу лечения соответственно эти показатели составили 21,3±1,12% и 4,1±0,5% (p<0,05). согласно результатам биохимического обследования, активность алат в основной группе на 20-ый день лечения, по сравнению с показателями контрольной группы значительно снизилась (p<0,05). кроме этого, уровень общего билирубина в контрольной группе на первый день исследования составлял 146,4±13,4 мкмоль/л, на 20-ый день - 58,3±12,4 мкмоль/л. у больных основной группы этот показатель на первый день обследования составлял 174,7±12,3 мкмоль/л, на 20-ый день 46,7±10,2 мкмоль/л. значит, в основной группе восстановление мембран и детоксикации гепатоцитов происходило быстрее, чем в контрольной группе. к концу курса лечения в основной группе отмечалось значительное улучшение клинико-лабораторных данных.

Выводы. Включение гептрал в комплексное лечение больных хроническими вирусными гепатитами приводит к более раннему (в среднем в 1,3 раза) восстановлению нарушенных функций печени и улучшению состояния больных.

Более раннее улучшение общего состояния и исчезновение симптомов интоксикации, достоверное улучшение лабораторных показателей сокращает сроки лечения больных в стационаре.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЖЕНЩИН

Юнусов Р.С., Мадумаров И. Т., Кучкаров А.М., Муминов М.К., Мирзаев М.О., Жалилов А.О.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы: Ретроспективно была проанализирована 51 медицинская карта женщин, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Критерии отбора для исследования: наличие типичного болевого синдрома и подъем сегмента ST на электрокардиограмме более 1 мм в 2 и более отведениях. Группу сравнения составили 186 пациентов мужского пола, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST за этот же период.

Все больные с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST были разделены на две группы. Первая группа - крупноочаговый инфаркт миокарда (наличие локальных нарушений сократимости по данным эхокардиографического исследования, снижение амплитуды зубца R, наличие патологического зубца Q по данным электрокардиографии).

Вторая группа - мелкоочаговый инфаркт миокарда (без указанных изменений). Диагноз сахарного диабета устанавливался у больных на основании повышения глюкозы крови натощак $> 6,1$ ммоль/л, или после нагрузочной пробы с глюкозой через 2 часа $> 11,1$ ммоль/л, или случайного определения гликемии в любое время вне зависимости от приема пищи $> 11,1$ ммоль/л, или диагноз был установлен ранее.

Результаты: Большинство женщин, поступивших с диагнозом острый коронарный синдром, имели возраст старше 50 лет. Госпитальная летальность у женщин с острым коронарным синдромом была выше, чем у мужчин. Женщины с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST по сравнению с мужчинами гораздо чаще страдали сахарным диабетом. В 92,5% случаев острым коронарным синдромом с подъемом сегмента у женщин развился крупноочаговый инфаркт миокарда, и лишь в 4,8% случаев развивался мелкоочаговый инфаркт миокарда. В то же время у мужчин в 68,5% случаев развивался крупноочаговый инфаркт миокарда, а в 31,5% случаев - мелкоочаговый инфаркт миокарда. По данным коронароангиографии в 30% случаев у женщин выявлено множественное поражение коронарных артерий (наличие атеросклеротических бляшек в 3 и более артериях).

Заключение: Женщины, поступившие с диагнозом острый коронарный синдром за период 2015-2016 годы, составляют 21,5% от общего числа пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, средний возраст женщин ($64,95 \pm 1,91$ лет) статистически значимо превышает средний возраст мужчин ($54,9 \pm 1,9$ лет) с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Летальность у больных с острым коронарным синдромом женского пола статистически значимо превышает таковую у мужчин (11,7% и 2,4% соответственно). В большинстве случаев у больных с острым коронарным синдромом женского пола развивался крупноочаговый инфаркт миокарда (95,2%), по сравнению с больными мужского пола (68,5%). У женщин с острым коронарным синдромом чаще, чем у мужчин, диагностируется сахарный диабет (29,4% и 6,7% соответственно).

ОСТРАЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ ST Юсупов Ш.И. Мадумаров И. Т. Саттаров Р.М. Муминов М.К. Мирзаев М.О. Жалилов А.О. Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы: Объектом исследования явились 56 пациентов, госпитализированных в течение первых 24 часов от момента развития STEMI, которым выполнена успешная по ЭКГ-критериям тромболитическая терапия (ТЛТ). Критерием эффективной ТЛТ являлось снижение амплитуды элевации ST на 50% и более от исходного уровня в отведении с максимальной элевацией через 3 часа от момента ее начала. Всем больным проводилась Холтеровская мониторированная регистрация ЭКГ.

Результаты: В исследование включено 17 больных, у которых по данным телеметрии были зарегистрированы эпизоды реэлевации сегмента ST. Эпизодом реэлевации сегмента ST считали появление преходящего подъема сегмента ST в инфаркт-связанных отведениях амплитудой 0,1 мВ и более, продолжительностью не менее 1 мин. Установлено, что в среднем за 2,4 (1,5; 2,9) часа мониторинга у больных регистрировалось 3 (2;6) эпизода преходящей элевации сегмента ST, продолжительностью $18 \pm 3,5$ мин. Анализ клинической картины, сопровождавшей реэлевацию сегмента ST, позволил выделить преимущественно безболевого характер данного электрокардиографического феномена (82,4%). Только у 3 пациентов (17,6%) преходящая элевация сегмента ST сопровождалась клинической картиной типичного ангинозного приступа ($p=0,05$).

Заключение: Безболевого эпизоды реэлевации сегмента ST могут быть своевременно выявлены только при ЭКГ-мониторинге. Дальнейшие исследования в этом направлении с разработкой программного обеспечения для высоко достоверной диагностики рецидивов ишемии в режиме реального времени, заслуживают серьезного внимания.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ ИНФЕКЦИИ Юсупова М.Б., Алимов М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время остро встает вопрос о распространении ВИЧ-инфекции среди населения и принимает глобальный характер по проблемам его выявления.

Лабораторные исследования на ВИЧ-инфекцию преследуют следующие цели:

1. Тестирование донорской крови.
 2. Диагностику ВИЧ инфекции.
 3. Эпидемиологическое слежение за распространённостью ВИЧ-инфекции.
 4. Назначение лечения и мониторинг его эффективности.
- Исследования проводятся в трёх направлениях.
1. Индикация ВИЧ и его компонентов (вирусологические).
 2. Выявление анти-ВИЧ (серологические).
 3. Определение изменений в иммунной системе.

Так, методы лабораторной диагностики ВИЧ делятся на специфические и неспецифические. Среди специфических методов наиболее распространены серологические методы исследования (ИФА, иммуноблоттинг), в основе которых лежит выявление антител к антигенам вируса. Данные методы являются основными при лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции. Метод ИФА является скрининговым (то есть отборочным). Существуют четыре поколения тест-систем. В настоящее время используются, в основном, тесты третьего и четвертого поколений. Преимуществом четвертого поколения является то, что с помощью этих тестов можно определить наличие раннего антигена вируса (p24), который позволяет диагностировать ВИЧ инфекцию в более ранние сроки с момента заражения (с 12 дня).

Для ранней диагностики ВИЧ инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, применяется метод ПЦР (полимеразная цепная реакция). Этот метод был открыт в 1983 году Кэри Б.Мюллисом, за что он был удостоен Нобелевской премии. Часто ПЦР описывают как метод, с помощью которого учёные могут находить иглоку в стог сена и затем строить стог из этих игл. «Иглоу» является малосенький фрагмент генетического материала, а ПЦР не только обнаруживает его, но и делает из него много копий (сотни, миллионы копий). К неспецифическим методам исследования относится подсчет количества CD4+ -клеток. Так, CD4+ клетки являются рецепторными и содержатся в Т-лимфоцитах (Т-хелперы), эндотелиальных клетках, эпителиальных клетках ЖКТ, дендритных клетках, фолликулярных клетках лимфатических узлов. Все лаборатории оснащены современными видами аппаратуры и оборудования, исследования ведут квалифицированные специалисты.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. При лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции необходимо следовать алгоритму исследований.
2. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции включает в себя два этапа: установление самого факта заражения и определение стадии заболевания.

**ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА УНИНГ АХОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИГА ҚАРШИ
ХАРАКАТЛАР ТЎҒРИСИДА
Юсупова М.Б., Алимов М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти**

ОИВ инфекциясининг бизнинг худудга кириши ва аҳоли орасида тарқалишининг олдини олиш мақсадида давлатимиз томонидан мақсадли ва режали ҳаракатлар амалга ошириб келинмоқда.

Кўп йилга мўлжалланган Стратегик дастур ва Ўзбекистон Республикасини Қонунлари қабул қилинди. Ушбу ҳужжатларда ҳаракатларнинг асосий йўналиши фаолият кўрсатиб келаётган барча давлат ва нодавлат ташкилот ҳамда муассасаларнинг ваколатлари келтирилган.

Профилактик ишлар биринчи навбатда, аҳолининг ушбу касаллик тўғрисидаги хабардорлигини оширишга қаратилди. Ушбу мақсадда барча ўқув масканларининг, умумтаълим мактаблардан то олий ўқув юртларни ўқув дастурларига “ОИВни олдини олиш” мавзуси киритилди. Шу мақсадда аҳоли орасида “ОИВ касаллигини олдини олиш” мавзусида суҳбатлар ўтказиш, маърузалар ўқиш савол-жавоб давралари, радиоэшиттириш ва телекўрсатувлар ташкил қилиш, рўзномаларда мақолалар чоп этиш аҳоли орасида буклет ва эслатмалар тарқатиш, аҳоли тўпланадиган жойларга плакатлар ёпиштириш каби чора тадбирлар амалга ошириб келинмоқда. Барча ўқув юртларида, умумтаълим мактаблардан тортиб то олий ўқув юртларигача, ўқув дастурларига ушбу мавзу киритилди.

Поликлиникалар қошида, ОИВнинг олдини олиш масалалари ва химоя воситалари олиш учун “Ишонч хона”лари очилган. Шу ерда тиббиёт фанини охириги ютуқлари амалиётга киритиб келинмоқда. Масалан: хавfli биологик суюклик, тўқима ва беморлар билан мулоқотда ОИВ юқишининг олдини олиш ҳамда беморларни даволаш мақсадида вирусга қарши таъсир қилувчи махсус дориларни қўллашдир.

Замонавий тахлилий текширишлар касаллиқни эрта даврларида аниқлаш билан бир қаторда, ушбу вирус туфайли жароҳатланган иммун тизим ҳолатини баҳолаш имконини бермоқда.

Охириги йилларда “Занжирли полимераз реакцияси” деб ном олган, ўта мураккаб текширув технологияси амалиётга киритилди. Бу усул ёрдамида касаллик қақирувчиси борлигини энди туғилган чақалоқда аниқлаш билан бир қаторда бемор қонида қанча вирус мавжудлигини билиш мумкин. Олиб борилган ҳаракатлар ўз самарасини кўрсатмоқда. Инъекцион гиёҳвандлар орасида касалланиш даражаси кескин камайди. Масалан: 2000-2001чи йиллари ОИВга чалинганлар орасида уларнинг улуши 80-100%ни ташкил этган бўлса, бу рақам 10%дан ошмайди.

2014 йилда ОИВнинг бемор онадан болага ўтиши умуман қузатилмади.

Юқорида келтирилганлардан келиб чиқадики ОИВинфекциясининг олдини олиш ва уни аҳоли орасида тарқалишига қарши ҳаракатларни амалга оширишда барча давлат ва нодавлат ташкилот, муассасалар ҳамда аҳолини барча қатлами фаол қатнашиши зарур.

**INOCULATION AGAINST RABIES
Yusupova M.B.
Andizhan State Medical Institute**

It is recommended – in case of high risk-factors – to carry out preventive measures against rabies long before possible contact. For this purpose it's possible to use any of the modern antirabific vaccine obtained from cell cultures. Laboratory personnel, veterinaries, people of other professions (especially foresters) who are in a constant contact with animals, persons attending enzootic foci of rabies and who can contact with the diseased animals, are strictly recommended inoculation against rabies before possible contact.

It is recommended to carry out vaccination before possible contact with animals modern antirabific vaccine obtained from cell cultures. This vaccine is given intramuscularly three times a day in the dosage of 0,5-1ml(dosage depends on the selected vaccine) (from 7-28 days).

Post-contact prophylaxes with modern antirabific vaccine obtained from cell cultures (sometimes combined with antirabific immunoglobuline) is planned according to the type of contact with the diseased animal. In this case vaccine is given intramuscularly 4-5 times a day in the dosage of 0,5-1ml for 4 weeks.

Persons who have been undergone the complete course of pre- or post-contact prophylaxes with modern antirabific vaccine, 2 dosages of one of the selected vaccines every three days is quite enough. In this case antirabific immunoglobuline is not administered.

The same measures are recommended to inoculated persons in whom neutralizing antibodies titres to the rabies viruses is not less than 0,5ME/ml. According to the requirements of World Health Organization antirabific diploid cellular vaccine is considered "the golden standard" among all antirabific vaccines obtained from cell cultures (1 dosage of any vaccine for intramuscular injection).

Vaccine obtained from cell cultures must contain not less than 2,5ME of antigen. In spite of the usage of modern vaccines, post-contact prophylaxes proved to be non-effective approximately in 1 case among a million persons. Scrupulous analyses showed that severe impairments of the head and neck or broken recommendations proved to be the reasons of non-efficiency of prophylaxes.

Complete course of post-contact prophylaxes with antirabific vaccines obtained from the brain of an adult animal consists of 23 rather painful injections. Besides, the efficiency of such vaccines is lower than that of obtained from cell cultures. Obviously, antirabific vaccines obtained from the brain of an adult animal cannot be recommended for prophylaxes against rabies before possible contact.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Якубов Н. И., Фазылов А.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) занимает особое место среди острых заболеваний органов брюшной полости в связи с распространенностью и тяжелым течением. Наиболее часто ОП поражает людей молодого и среднего, то есть наиболее трудоспособного возраста, а среди пациентов, перенесших тяжелый острый деструктивный панкреатит (ОДП), 50-70% становятся инвалидами. За последнее десятилетие его частота возросла в 10–15 раз, особенно увеличилось количество деструктивных форм. Уточнение формы ОП необходимо для определения дальнейшей тактики лечения. Основным методом диагностики является ультразвуковое исследование, дополнительными — магнитно-резонансная томография и компьютерная томография.

Цель исследования: изучение диагностических возможностей различных методов лучевой диагностики при выявлении острого деструктивного панкреатита (ОДП).

Методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) органов брюшной полости.

Материал исследования: Нами было обследована 19 больных ОДП, в возрасте от 28 до 60 лет, находившихся на лечении во взрослой клинике ТашПМИ, ТашиУВ, Андижанского филиала РНЦЭМП на ультразвуковых аппаратах SONOSCAPE 5000, MINDRAY 500 и на МРТ аппарате Siemens Symphony 1,5 Тесла.

Результаты исследования: По данным УЗИ у всех пациентов с ОДП было выявлено изменение эхогенности паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) (в 74.6% выявлялось ее понижение и в 25.4% — повышение); у 18 пациентов (95.9%) выявлена неоднородность эхоструктуры ПЖ и более чем в 80% обнаружен воспалительный инфильтрат в проекции ПЖ. Выпот в брюшной и плевральных полостях отмечался у 13 (75.1%) и 6 (27.2%) пациентов соответственно. В позднем периоде заболевания выявлены участки некроза у 6 (28%) пациентов. По данным МРТ увеличение и отек ПЖ выявлено в 78% и 97% соответственно; у всех пациентов выявлен отек жировой клетчатки и скопление свободной жидкости. Секвестры ПЖ выявлены у 5 (21%), а некроз ПЖ у 7 (36%) пациентов.

Выводы: УЗИ остается методом первой очереди в ранней диагностике ОДП, однако имеет меньшую чувствительность и специфичность. Наиболее информативным методом считается МРТ, однако оптимальным сроком для его выполнения служат 7-10 сутки с момента начала заболевания. Прогнозирование, либо раннее выявление ОДП позволяет избрать адекватную лечебно-диагностическую тактику.

ВОЗРАСТНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОРГАНИЗМА ОТ УРОВНЯ АЛЛЕРГЕННОЙ АКТИВНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛИ 18 (экспериментальное исследование)

Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Хасанова Ш.А.

Андижанского государственного медицинского института

Для выявления значения возрастной зависимости были проведены экспериментальные исследования на 72 молодых морских свинках (новорождённых, двухнедельных, трехнедельных, месячных): (из них опытных-52, контрольных-20). Аллерген из производственной пыли готовили по общепринятой методике. Активную сенсibilизацию и анафилактические реакции воспроизводили общепринятыми способами. Для сенсibilизации морским свинкам аллерген вводили трехкратно в количестве 0,5 мг/кг (по белковому азоту), подкожно в смеси с 1,0 мл АКДС-вакцины.

Разрешающую дозу специфического аллергена вводили внутривенно (задняя лапка) 1 количестве 2-5 мг/кг на 16-21 день после последней сенсibilизирующей инъекции. Оценку тяжести общего анафилактического шока и вычисление анафилактического индекса (АИ) проводили по Wiegelaetal., пассивную кожную анафилаксию

воспроизводили по Ovary, а клеточную анафилаксию, (реакцию непрямо́й дегрануляции тучных клеток) по Schely в модификации А.Л.Польнера Все цифровые данные обработали методом вариационной статистики. Результаты исследований. Проведенные исследования показали, что у молодых морских СВИНОК, сенсibilизированных экстрактом из производственной пыли отмечался анафилактический шок средней (21,2%) и легкой тяжести (30,7%). У контрольных животных симптомы анафилактического шока отсутствовали. Степень тяжести клинического течения анафилактического шока четко зависела от возраста подопытных животных. По мере увеличения возраста животных увеличивалась и частота тяжелых случаев анафилактического шока. В целом частота тяжелых и смертельных случаев клинического течения анафилактического шока у молодых животных была реже в 2,3 раза ($P < 0.05$). Показатель АИ также зависал от возраста животных, АИ у месячных естественно не отличалась от АИ половозрелых ($P < 0,05$), что свидетельствует об идентичности реактивности животных. Аллергенную активность экстракта из производственной пыли удалось установить также и по данным пассивного переноса повышенной чувствительности от активно сенсibilизированных животных интактным.

Положительные результаты пассивной кожной анафилаксии свидетельствуют о наличии специфических гомоцитотропных антител (ГЦА) в сыворотке крови активно сенсibilизированных животных. Титр ГЦА находился в разных пределах, что указывало, на наличие индивидуальных особенностей аллергической реактивности организма. Об аллергенной активности экстракта из производственной пыли свидетельствуют также и положительные решения непрямо́й дегрануляции тучных клеток. При постановке данной реакции с сывороткой крови активно сенсibilизированных животных частота непрямо́й дегрануляции тучных клеток достигает 20-35%.

Выводы: 1. Экстракт из производственной пыли хлопчатобумажного объединения обладает четко выраженными аллергенными свойствами.

2. Организм молодых морских свинок, обладает реактивным на воздействие аллергена из производственной пыли хлопчатобумажного объединения, о чем свидетельствует: а) развитие активной сенсibilизации при парентеральном введении специфического аллергена из производственной пыли;

б) развитие анафилактического шока различной степени тяжести и клинического течения.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ “СКРЫТОЙ” ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ

Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Байбекова Г.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из основных этиологических факторов развития остается хроническая HBV-инфекция хронических диффузных поражений печени. Считается, что мутации и развитие латентной инфекции без экспрессии своих антигенов позволяет уходить от иммунного надзора и сохранять свое существование в организме человека. В связи с этим, возникает вопрос о роли латентной HBV-инфекции в развитии хронических поражений печени.

Цель исследования: Изучить распространенность латентной HBV-инфекции среди детей на основе серологических маркеров гепатита В у ПЦР положительных больных.

Материалы и методы исследования: Обследовали 60 больных детей с ХВГВ. Проводили ПЦР- анализ для выявления ДНК ВГВ и иммуноферментный анализ для определения серологических маркеров ГВ.

Результаты исследования: Нами были изучены серологические маркеры ГВ у больных с ХВГВ диагнозом, который ставился на основе клинических и лабораторных данных. Анализ исследований, посвященных изучению скрытой HBV-инфекции, позволяет определить данную проблему с наличием признаков репликации вируса в отсутствие HBsAg в сыворотке крови. Как показали наши данные, у 48,3% (29) больных был выявлен HBsAg в сыворотке крови, а у 51,7% (31) больных детей, несмотря на положительный результат ПЦР анализа, не выявлен HBsAg. В это время, проведенный количественный ПЦР-анализ у HBsAg-негативных больных показывает, что у 3,3% (2) больных детей вирусная нагрузка составила $10^{6,8}$ копий/мл, у 38,4% (23) больных $10^{4,54 \pm 0,12}$ копий/мл, а у 10% (6) больных - менее $10^{2,58 \pm 0,16}$ копий/мл. В развитии латентной HBV-инфекции предполагается участие нескольких механизмов, такие как мутации в области С и Х генов и микст-инфекции ряда вирусов, которые снижают или ингибируют репликативную активность вируса. Кроме этого, вследствие мутации в S-гене вируса изменяется структура HBsAg, который не улавливается антителами, сорбированными на полистироловой подложке лунок ИФА наборов. В связи с этим, латентная HBV-инфекция может быть причиной развития посттрансфузионного гепатита и поражения печени у реципиентов, кроме этого, не исключается онкогенный потенциал латентной HBV-инфекции.

Выводы: Результаты исследования диктуют необходимость оптимизации диагностики, а также разработку дополнительных мероприятий по дальнейшему снижению заболеваемости ВГВ, особенно его скрытых форм, так как у 51,7% больных детей, несмотря на наличие признаков репликации вируса, отсутствует HBsAg в сыворотке крови.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОХРОМА С ПРИ РАЗВИТИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Махсудова Х.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Каждую минуту погибают около полумиллиона эпителиоцитов и столько же появляются вновь. Слизистая оболочка кишечника обладает хорошей регенерационной способностью. Влияние *S.Typhi murium* на клеточное обновление в кишечнике еще недостаточно изучено и представляет большой интерес для исследователей. В ответ на повреждение клеток увеличивается выход из митохондрия цитохром С. Углубленное исследование патогенетической роли характера гибели клеток при остром сальмонеллезе позволит предложить новые пути повышения эффективности лечения, что приведет к снижению частоты хронизации и/или бактерионосительства.

На основании вышеизложенного перед нами поставлена цель - изучить содержание цитохрома С в динамике развития сальмонеллезной инфекции.

Работа проведена на 60 белых беспородных крысах-самцах массой тела 100-120 гр. Экспериментальный сальмонеллез воспроизводили введением per os *S.typhi murgim* из расчета 1 млрд.микроорганизмов на 100 гр. массы тела животных. Животных забивали путем декапитации на 1,4,7,10 сутки после заражения. В крови животных содержание цитохром С определяли спектрофотометрическим методом.

Результаты исследования показали, что содержание цитохрома С в крови повышается во сроки исследования. Так, повышение содержания цитохрома С на 1; 4; 7 и 10 сутки исследования было в 1,28; 1,78; 2,45 и в 2,8 раз выше по сравнению с данными животных интактной группы.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют об увеличении выхода из митохондрий цитохром С в ответ на повреждение ДНК и могут быть показателем выраженности апоптоза.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Хожиматов Р.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В нашей стране и за рубежом чрезвычайно актуальна проблема травмы носа в связи с продолжающимся их ростом у детей. Переломы лицевого скелета занимают первое место среди травм головы.

Цель исследования. Совершенствование диагностики и улучшение результатов лечения детей с травмами носа.

Материал и методы исследования. Наши исследования основываются на данных лечения 90 больных с переломами костей носа в областной детской больнице. По возрасту больные распределялись таким образом: до 3-х лет - 17 (19%), 3-7 лет - 20 (22%), 7-14 лет - 53 (59%). Мальчиков было 67 (74%), девочек 23 (26%). Клинический осмотр включал: определение симметричности контуров лица, ссадин, гематом, ушибов мягких тканей, видимых деформаций носа. Пальпаторный осмотр: определение целостности костей носа, костных ступенек, инфильтратов. Из инструментальных методов исследования осуществляли: рентгенографию лицевого и мозгового черепа в прямой и боковой проекциях, компьютерную томографию (КТ).

Результаты. Особенностью переломов костей носа является ее проекция на среднюю черепную ямку, которая способна к амортизации при ударах. С данным фактом также связана тяжесть черепно-мозговой травмы, которая представлена сотрясением головного мозга (90%).

Выводы. Применение алгоритма оказания помощи при переломах костей носа у детей позволяет избежать развития осложнений, достигнуть оптимальных анатомических и функциональных результатов.

ОЦЕНКА СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ.

Яминова Н.Х., Ниязова Ё.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Результаты исследований последних лет расширяют список заболеваний, ассоциированных с ожирением. Выявлена связь между нарушениями липидного и углеводного обмена, развитием инсулинорезистентности и заболеваниями желудочно-кишечного тракта [Богомолов П.О., Шульпекова Ю.О., 2004].

В общей популяции распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) составляет в среднем 20 и 3% соответственно. В США жировую дистрофию печени имеют более 34% взрослого населения, в Японии — 29% [Ройтберг Г.Е. 2010]. По данным Университетской хирургической клиники США, до 70% холецистэктомий выполнено у пациентов с избыточной массой тела. Кроме того, у женщин желчнокаменная болезнь (ЖКБ) диагностируется чаще, чем у мужчин.

Цель исследования. Изучить распространенность заболеваний органов пищеварения у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании проанализирована распространенность заболеваний органов пищеварения у 1504 пациентов: 659 с избыточной массой тела - индекс массы тела (ИМТ) 25,0-29,9 кг/м², 610 с ожирением (ИМТ >30 кг/м²) и 235 с нормальными показателями (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²), последние составили контрольную группу. Все обследованы в поликлиническом отделении и отделении гастроэнтерологии и гепатологии клиники Андижанского государственного медицинского института.

Результаты и обсуждение. Каждый третий пациент имел избыточную массу тела (34,4%), каждый четвертый (25,3%) страдал ожирением. Среди заболеваний органов пищеварения наиболее часто встречались: неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) - 83,4% ($p=0,35$, $p<0,001$), неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) - 13,1% ($\chi^2=0,14$, $p<0,001$), желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - 41,8% ($\chi^2=0,05$, $p<0,05$); стеатоз поджелудочной железы - 86,4% ($\chi^2=0,20$, $p<0,001$). Число пациентов с инсулинорезистентностью (ИР) при ожирении составило 61,3%.

Распространенность стеатоза печени при ожирении в 2,7 раза, а НАСГ в 8 раз выше, чем среди пациентов с нормальным ИМТ. Частота ЖКБ, стеатоза поджелудочной железы при ожирении в 2 раза превышает аналогичные показатели по сравнению с группой с нормальным ИМТ. ИР отмечена у 60% пациентов с ожирением, что в 4 раза выше, чем в контрольной группе (15,2%).

Вывод. Ожирение является модифицируемым фактором риска, и применение соответствующих мер профилактики будет способствовать снижению роста заболеваний органов пищеварения.

БРАДИАРИТМИЯ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Аминова Н.Х., Ниязова Ё.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Варикозная болезнь является одной из весьма распространенных болезней лиц трудоспособного возраста, однако донозологическое состояние страдающих этой болезнью остается малоизученным.

Среди основных факторов риска возникновения варикозной болезни нижних конечностей принято выделять следующие: семейная предрасположенность, сидячий образ жизни (гиподинамия), длительное пребывание в вертикальном положении, запор, беременность (Введенский А.Н. Варикозная болезнь. – Л., 2005). Однако парциальный вклад каждого из факторов риска возникновения варикозной болезни остается недостаточно исследованным, что не позволяет разработать донозологическую диагностику и сконцентрировать меры профилактики, направленные на устранение важнейших факторов риска этого заболевания.

Целью данной работы было сравнительное исследование парциального вклада каждого из 4 основных факторов риска варикозной болезни (1 – семейная предрасположенность, 2 – гиподинамия, 3 – нарушение регулярности ритма стула, 4 – повышение массы тела) для выявления доминирующего фактора риска возникновения варикозной болезни и для разработки научно обоснованных мер донозологической профилактики этого заболевания.

Материалы и методы. Исследование выполнено с помощью методов ауроритмометрии и хроноэнтерографии, а также с применением опросников по отдельным элементам качества жизни.

Обследованы 64 пациента (женщин 30, мужчин 34, возраст от 20 до 84 лет), страдающих варикозной болезнью в течение от 1 года до 10 лет. Методом хроноэнтерографии в течение 7 дней одной недели исследовали околосуточный ритм эвакуаторной функции кишечника с обязательной маркировкой частоты и фазы этого ритма и подсчетом числа дней с реализацией этой функции и числа дней за неделю с отсутствием опорожнения кишечника. Семейную предрасположенность к возникновению геморроя определяли анамнестически, склонность к гиподинамии выясняли по пятибалльной оценке уровня физической активности. Нарушение регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника определяли по специально заполненным пациентами таблицам, дающим возможность отмечать реализацию этой функции в течение каждого из четырех периодов суток (утро – от 06 до 12 часов, день – от 12 до 18 часов, вечер – от 18 до 24 часов и ночь – от 24 до 06 часов) в период 7 дней недельного обследования. Акрофазу циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника определяли по периоду суток, на который приходилось наибольшее число реализаций этой функции. Эуэнтерию определяли как осуществление регулярного ритма эвакуаторной функции кишечника с частотой 7 дней в неделю со стулом (или 7 раз/нед). Брадиэнтерию определяли как замедление частоты циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника до уровня 5-6 раз в неделю (I стадия брадиаритмии), до уровня 3-4 раза в неделю (II стадия брадиаритмии) и уровня 1-2 раза в неделю (III стадия брадиаритмии).

Результаты и их обсуждение. Брадиаритмия трех стадий была диагностирована у 62 из 64 обследованных пациентов, то есть нарушение регулярности ритма стула имело место у 97% пациентов с варикозной болезнью. Брадиаритмия I стадии (при частоте стула 5-6 раз в неделю) была диагностирована у 3 из 62 пациентов, то есть у 5% больных с варикозным поражением нижних конечностей. Брадиаритмия II стадии (при частоте стула 3-4 раза в неделю) выявлена у 30 из 62 больных (48%). Брадиаритмия III стадии обнаружена у 29 из 62 больных (47%) с нарушенным ритмом работы кишечника. Отсутствие утренней акрофазы циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника выявлено у 61 из 62 больных, то есть у большинства (98%) пациентов с брадиаритмией, страдающих варикозной болезнью.

Почти каждый третий пациент (20 из 64 обследованных, то есть 31% лиц с варикозной болезнью) принимал слабительные средства (преимущественно препараты сенны).

Семейная предрасположенность к заболеванию варикозной болезнью обнаружена у 29 из 64 обследованных пациентов, то есть у 45% пациентов с варикозной болезнью.

Склонность к гиподинамии, определенная по низкому уровню физической активности (1-2 балла по пятибалльной системе), была обнаружена у 24% лиц с варикозной болезнью.

Изучение индекса массы тела у лиц с варикозной болезнью показало, что дефицит массы тела имели только 2 из 64 обследованных больных (3%), нормальный индекс массы тела выявлен у 31 из 64 пациентов (48%). Избыток массы тела (более 25 кг/м²) имел место у 31 из 64 обследованных (49%). Ожирение (более 30 кг/м²) диагностировано у 7 из 64 больных варикозной болезнью (11% пациентов).

Таким образом, доминирующим и устранимым фактором риска возникновения варикозной болезни следует считать замедление регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника в виде брадиэнтерии I, II и III стадии с частотой стула от 1 до 6 раз в неделю и со смещенной акрофазой этого ритма (от физиологически оптимальной утренней фазы в послеполуночное время).

Выводы.

1. Брадиэнтерия – замедление частоты циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника ниже 7 раз в неделю – является практически в 2 раза более значимым фактором риска возникновения варикозной болезни (диагностирована у 97% больных), чем семейная предрасположенность к этой болезни (45% пациентов).

2. Брадиэнтерия у пациентов, страдающих варикозной болезнью (97% больных), является почти в 4 раза более значимым фактором риска возникновения этой болезни, чем гиподинамия (24% больных).

3. Брадиаритмия у лиц с варикозной болезнью (97% больных) выявляется почти в 9 раз чаще, чем ожирение (11% пациентов).

4. Брадиэнтерия – урежение ритма стула ниже 7 раз в неделю – является доминирующим фактором риска возникновения варикозной болезни у женщин и мужчин, так как встречается в несколько раз чаще, чем такие факторы риска, как семейная предрасположенность, гиподинамия или ожирение.

5. Донозологическая профилактика возникновения варикозной болезни должна быть направлена, прежде всего, на устранение зависящего от образа жизни человека доминирующего фактора риска этой болезни – бродизантерии. Восстановление утренней фазы циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника является ключевым моментом перехода от бродизантерии к эуэнтерии, для которой характерна устойчивая привычка к утреннему опорожнению кишечника.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ.

Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальной эту проблему можно назвать в связи с тем, что распространенность гепатогенных язв (5,5-24,0%) более высокая, чем язвенной болезни желудка (7,0-10,0%), и требует оптимизации их лечения.

Цель исследования: оптимизировать лечение гепатогенных эрозивно-язвенных патологий желудка с учетом изученных нами отдельных патогенетических механизмов их развития.

Материалы и методы. На базе отделения гастроэнтерологии и гепатологии клиники АндГосМИ в период с 2012 по 2015 гг. обследованы 120 больных с гепатогенной эрозивно-язвенной патологией желудка, из них 72 на фоне ЦП и 48 – ХАГ. У больных изучены клиничко-биохимические, морфологические, иммунологические и микробиологические показатели.

Результаты и их обсуждение. Нами изучена семидневная схема щадящей антихеликобактерной терапии для больных с гепатогенными эрозивно-язвенными патологиями желудка, включающая пантопразол, кларитромицин, амоксицилин и оптимизированная приемом на протяжении 6 недель гепатопротектора – УДХК на ночь и пребиотика – лактулозы по 15 мл 3 раза в день. Эта схема учитывает такие выявленные нами особенности гепатогенных эрозивно-язвенных патологий желудка, как слабую выраженность их клинической симптоматики: (11,1±3,2)% при ХАГ и (14,6±5,1)% при ЦП, но достоверную выраженность синдрома холестаза, а также пониженную кислотообразующую функцию желудка (КОФ). Средний показатель КОФ – (3,17±0,19) против (1,33±0,08) при ЯБЖ. Также выявлена I-II степень контаминации СОЖ *H. pylori* у 94,4-89,6% больных ГЯ и получены данные о высокой распространенности дисбиоза II ст. – (78,8±7,2)% при ЦП и (80,0±9,2)% при ХАГ, осложненных ГЯ. Достоверно выше нормы до лечения уровни IL-1Я, 2, 8, ФНО-α и противовоспалительного IL-4. Своевременная щадящая оптимизированная схема лечения ГЯ и гепатогенных эрозивно-язвенных патологий желудка привела к достоверным положительным сдвигам всех показателей и заживлению ГЯ соответственно у 70,59 % и 80,0% больных.

Выводы.

1. Необходимо обязательное активное выявление гепатогенных эрозивно-язвенных патологий желудка для своевременного лечения этого часто скрытого осложнения ХПП.

2. Своевременная оптимизированная щадящая терапия позволяет предупредить грозное осложнение гепатогенных эрозивно-язвенных патологий желудка – кровотечение.

II - ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Акбаров Н.А., Аккузиев И.К., Мухитдинова М.К., Кадиров К.З., Исроилов Ш.Ш.,
Андижанского филиала РНЦЭМП.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Инородные тела дыхательных путей у детей встречаются часто. Данная проблема не потеряла своей актуальности из-за развития тяжелых осложнений. По данным литературы инородные тела дыхательных путей у детей часто встречаются в возрасте от 3 мес. до 5 лет.

Цель: повысить эффективность лечения при обтурации дыхательных путей инородным телом у детей.

Результаты. В отделении детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП в период с 2013 по 2017 г на лечение с инородными телами дыхательных путей поступили 186 детей, из них 174 (85%) составили дети до 5 лет, мальчики-130 (71%), девочки-56 (29%) . Поднашим наблюдением в 5 случаях инородное тело находилось в течение 1 года, в одном случае в течение 3 лет, в остальных случаях инородное тело находилось от 10 дней до 3 месяцев.

Инородное тело длительно находившееся в дыхательных путях приводит к эндобронхиту с последующим развитием гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей. Очень важно дифференцировать обструкцию дыхательных путей, вызванной инородным телом с инфекцией или аллергическим процессом. При диагностике инородного тела дыхательных путей у детей большую роль играют жалобы больного и анамнестические данные: наличие на фоне полного здоровья внезапного приступообразного кашля и шумного дыхания. В клиническом течении инородных тел бронхов можно выделить три периода: острые респираторные нарушения, скрытое течение и осложнения. Степень выраженности воспалительной реакции зависит от длительности пребывания инородного тела в дыхательных путях. Успех лечения тяжелых осложнений инородного тела дыхательных путей у детей зависит от своевременной ранней диагностики. Диагноз подтверждается рентгенографией грудной клетки и бронхоскопией, а при возможности последующей компьютерной диагностикой. Всем больным должна проводиться лечебно-диагностическая бронхоскопия.

Из поступивших больных с поздними обращениями наблюдаются такие осложнения как абсцесс легкого в 1 случае, ателектаз легкого в 2 случаях, хронические пневмонии с развитием бронхоэктатической болезни - 2, этим больным назначена повторная бронхоскопия с санацией бронхов и антибактериальная терапия.

У детей раннего возраста рано возникает гнойный эндобронхит, лечение его создает трудности из-за нарушения дренажной функции бронхов, вследствие повышения вязкости мокроты, что способствует развитию гнойно-воспалительных заболеваний легких.

Заключение: тщательно собранный анамнез, своевременная рентгенография грудной клетки и проведение лечебно-диагностической бронхоскопии с последующим удалением инородного тела, предупреждает развитие гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Усмонов Ш.А., Акбаров Н.А., Халилов Ш.К., Шевкетова Л.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт
Андижанского филиала РНЦЭМП

Спаечная болезнь – одна из актуальных проблем хирургии, она в 90 % случаев становится причиной кишечной непроходимости. Профилактика и лечение спаечной болезни у детей до настоящего времени остаётся важной задачей детской хирургии. Одним из общеизвестных факторов, приводящих к этому процессу, является инфицирование брюшной полости микрофлорой, устойчивой к действию антибиотиков. Длительно сохраняющийся воспалительный процесс брюшной полости приводит к усиленному образованию спаек.

В отделение детской хирургии А.Ф.РНЦЭМП за последние 5 лет поступили 96 больных детей со спаечной болезнью. Девочек было – 70, мальчиков – 26 в возрасте от 1 до 18 лет. Из этого числа больных со спаечной болезнью у – 35 ранее были произведены различные виды операций. Преобладало число больных с гнойным перитонитом по поводу деструктивных форм аппендицита – 27, после лапаротомии по поводу травм органов брюшной полости – 7. В остальных случаях спаечная болезнь развивалась после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и на фоне различных врожденных спаек 46. У большинства больных заболевание начиналось приступом острых болей в животе, после погрешностей в диете, активных движений и физической нагрузки. Диагностика спаечной непроходимости основана на анамнезе (перенесенные ранее операции на органах брюшной полости), объективного осмотра (наличие послеоперационных рубцов, задержка стула и газов, вздутие живота, рвота) всё это даёт основание установить диагноз спаечной непроходимости. Для точной постановки диагноза применяются лабораторные и рентгенологические методы исследования. На обзорной рентгенографии брюшной полости у 90 % больных выявлены раздутые петли тонкой кишки и чаши Клойбера. Контрастная рентгенография позволила выявить деформации, перетяжки, что в комплексе с клинической картиной позволило установить локализацию и распространённость спаечного процесса. Больные с ранней спаечной кишечной непроходимостью в основном подвергались консервативному лечению. Последняя направлена на отмену кормления, назначения комплекса мероприятий, с целью усиления перистальтики кишечника, инфузионную терапию. Из числа 50 больных со спаечной кишечной непроходимостью лишь в 35 случаях консервативное лечение недало желаемого результата. У 35 больных выполнены различные оперативные вмешательства, 31 случаях

произведено рассечение спаек и резекция тонкой кишки анастомоз конец-конец, в 4 случаях наложен «У» образный анастомоз. Всем больным лечебные мероприятия, начатые в предоперационном периоде, были продолжены в послеоперационном периоде. В ряде случаев для профилактики пареза кишечника больным была произведена перидуральная анестезия.

Таким образом, тщательное, целенаправленное лечение в пред- и послеоперационном периоде разрешит вопросы профилактики спаячной болезни у детей. Углубленное исследование проблемы вызывают необходимость изучения патогенетических аспектов развития именно ранней спаячной болезни у детей.

БОЛАЛАРДА РЕГИДРАЦИОН ТЕРАПИЯ ЎТКАЗИШГА КЎРСАТМА

Абдуллаева Д.А, Каримова О.А, Акбарова Р.М, Умарова М.А

Анджон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади: Регидратция ва дезинтоксикация, болалар организмида йўқотилган суюқлик ўрнини қуйидаги воситалар яхши тўлдиради.

Усуллар: Биз текширган болалар ичида организмида глюкоза ва тузларнинг етшмаслиғи аниқладик. Бундай болалар тез-тез МИТ касаллиғига учраган бўлиб улар организмига керакли озукалар тузли ва глюкоза эритмалар кераклиги аниқланди. Ҳозирги вақтда глюкоза осон ўзлаштириладиган кимматли озук материали манбаи бўлиб, у ёнганида тўқималарда организмнинг ҳаётини фаолияти учун зарур бўлган аҳамиятли микдорда энергия ажралиб чиқади. Натрий ва хлор ионларининг организмда ўзининг тақсимланишини назорат қилувчи, кислота- ишқор мувозанатини бошқарувчи, кон плазмасида ва ҳужайрадан ташқари суюқликда мувофиқ осмотик босимни тутиб турувчи ҳужайрадан ташқари суюқликнинг муҳим аорганик компонентларидир. Глюкоза, натрий хлорид эритмаси калориялар ва электролитлар манбаи сифатида кимматлидир.

Қўлланилиши: Глюкоза ва натрий хлорид эритмалари турли касалликларда, қусиш ич кетиш, тана ҳароратини тушириш, пневмониянинг оғир оқибатида қўлланилади. Операциядан кейинги даврда, коллапсда, шокда (турли кон ўрнини босувчилари ва шокка қарши суюқликлар қомоненти сифатида) йўқотилган суюқлик ўрнини тўлдириш учун операция вақтида ва ундан кейин кон плазмаси ҳажмини тутиб туриш учун, организмда карбонсувлар етишмовчилигининг ўрнини қоплаш учун, геморрагик диатезларда, дезинтоксикация мақсадида инфузион даволаш учун, шунингдек бошқа препаратлар эритмаларини тайёрлаш учун қўлланади. **Қўллаш усули ва дозалари.** Болалар организмига қуйиладиган суюқликлар албатта бола ёши ва оғирлиғига қараб вена ичига (в/и) томчилаб юборилади соатига 5 мл/кг тезликда қўлланади. Юборилган олдин эритмани 36-38°C гача иситиш керак. Препаратни йирик периферия веналар таъсирланишини иложи борича қамайтириш учун кичик диаметрли игналар ёрдамида секин юбориш тавсия қилинади. Болалар учун максимал суткалик доза 200 мл ни ташкил қилади. Препаратни гематокрит ва қондаги электролитлар концентрацияси назорати остида ўтказилади. Юборилган ва йўқотилган суюқлик мувозанатини ҳар 6 соатда аниқланади.

Ножуя таъсирлари: Препарат қўлланганда турли реакциялар кузатилиши мумкин. Масалан бош оғриши, ҳароратнинг кўтарилиши, фебрил реакция, инъекция қилинган жойда инфекция, экстравазация ва гиперволемиа, кўнгил айниши, қусиш, коринда оғрик, диарея, иситма, тахикардия, артериал гипертония, буйрақлар фаолиятининг бузилиши, шишлар, ҳансираш, безовталиқ. Ҳолсизлик, мушаклар тортишиши ва гипертонуси пайдо бўлиши мумкин. Эритмани катта микдорда юбориш организмни хлоридли ацидозга, гипергидратацияга олиб келиши мумкин. Реакциялар пайдо бўлганида юборишни тўхтатиш, пациент ҳолатини баҳолаш мувофиқдир.

Натижа: Шунинг тасдиқладики агар болалар организмига керакли суюқлик қуйилмаса ёки ортиқча қуйилса бола организмда ҳар-ҳил ножуя ҳолатлар бўлиши кузатдик.

БОЛАЛАРДА КАМҚОНЛИК КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ФЕРРОНАЛ

35 ПРЕПАРАТИНИ ҚЎЛЛАШ

Абдуллаева Д.А., Каримова О.А., Акбарова Р.М., Умарова М.А.

Анджон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади: Кам қонлиқнинг олдини олиш мақсадида болалар организмига ферронал 35 сиропини ичириб, унинг организмга қандай таъсир қилиши кузатдик.

Усуллари: Болалардаги камқонлиқни даволашда ҳозирги замон гематологияси анча ютуқларга эришганлиғига қарамай, камқонлиқни даволаш эффективлиғи енгил ва ўртача оғир шаклларини ўсиш суръатини ортиши бу касалиқни даволашни такомиллаштиришни талаб этади. Ушбу касалликларда меъда ичак трактини ферментатив фаолиятини стимуллаш камқонлиқни даволаш эффектив усулларида бири бўлиши мумкин

Қўлланилиши: Ушбу ишнинг мақсади камқонлиқни даволашда Ферронал 35 сиропини қўллаш эффективлиғини 5 ёшгача бўлган, 30 нафар камқонли касал болалар текширилди. Барча беморларда камқонли гемоглобин микдори 100г/л паст, эпителиал, астеноневротик, маҳаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатилган. Ферронал 35 сиропини 1 чой қошиқдан ичирилди. Жами муолажалар 10 кунни ташкил этди. Барча беморларга ферронал 35 сиропи ёшига мос равишда 5 мг/кг дан кунлик дозани ташкил этган ҳолда тавсия этилган. Ферронал 35 сиропини қабул қилгандан сўнг болалар иштахаси очилди.

Ферронал 35 сиропи қўлланилган 15 нафар беморда кон кўрсаткичини даволашнинг 6-7 кунлари ижобий ўзгаришларга олиб келиб, беморлар терисини ва шиллик пардаларининг рангпарлиғи, терининг қуруқлиғи ва терининг тулаши, тирноқлар ва сочлар дистрофияси, анорексия, ангуляр стоматит белгилари, астеноневротик ва эпителиал синдромларида нисбатан эртароқ ижобий ўзгаришлар кузатилди.

Ножуя таъсирлари: Камдан-кам ҳолатларда кўнгил айниш, қайд қилиш, қорин дам бўлиши мумкин.

Хулоса: Шундай қилиб, болаларда Ферронал 35 сиропини қўллаш ҳеч қандай ножуя таъсир кўрсатмади. Аксинча болаларда меъда ичак тракти ферментатив фаолиятини стимуллаш, темирнинг меъда ичак трактида

сурилиши фаолиятини яхшилашга камқонлик белгиларининг эртарок барҳам топилишга олиб келди. Ферронал 35 препарати фақатгина ёш болаларда эмас балки катталарга ва хомиладор аёлларда қўллаш ҳам яхши натижа беради.

Тавсия: Ферронал 35 сиропи болаларга тавсия қилишдан мақсад дори осон сурилиб болалар, сесканмасдан осон қабул қилишади ва ҳеч қандай ноҳўя тасири йўқ.

ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА АНЕМАДОКС ПРЕПАРАТИНИНГ АСКОРБИН КИСЛОТАСИ БИЛАН БИРГА ҚЎЛЛАНИШИ

Абдуллаева Д.А., Каримова О.А., Акбарова Р.М., Умарова М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Зарбдорлиги: Темир танқислиги камқонлигини даволашда ҳозирги замон гематологияси анча ютуқларга эришганлигига қарамай, темир танқислиги камқонлигини даволаш эффективлиги енгил ва ўртача оғир шакллари ўсиш суръатининг ортиши бу касалликни даволашни такомиллаштиришни талаб этади. Ушбу касалликларда меъда-ичак тракти ферментатив фаолиятини стимуллаш темир танқислиги камқонлигини даволаш эффектив усулларидан бири бўлиши мумкин.

Мақсад: Ушбу ишнинг мақсади темир танқислиги камқонлигини даволашда тотема билан биргаликда аскорбин кислотасини қўллаш эффективлигини аниқлаш.

Натижалар: Темир танқислиги камқонлигини даволашда тотема билан биргаликда аскорбин кислотасини қўллаш эффективлигини 10 ёшгача бўлган, 50 нафар темир танқислиги билан касалланган болалар текширилди. Барча беморларда темир танқислиги камқонлигининг гемоглобин миқдори 100г/л дан паст, эпителиал, астеноневротик, маҳаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатилган беморларни 25 нафар фақат анемадокс берилди, қолган 25 нафар анемадокс препарати 2%ли аскорбин кислотаси эритмаси анемадокс препарати қабул қилингандан 5 минут кейин 2,5мл дан ичирилди. Жами муолажалар 10 кунни ташкил этди. Барча беморларга анемадокс препарати ёшига мос равишда 5 мг/кг дан кунлик дозани ташкил этган ҳолда тавсия этилган. Анемадокс препарати ва аскорбин кислотаси 2% эритмаси қўлланилганда ноҳўя таъсирлар кузатилмаган. Анемадокс билан 2% аскорбин кислотасини биргаликда энтерал йўл билан қўлланилган 25 нафар беморда кон кўрсаткичини даволашнинг 6-7 куни ижобий ўзгаришларга олиб келиб, беморларда тери ва шиллик пардаларнинг рангпарлиги, терини куриклиги ва терининг тўлаши, тирноқлар ва сочлар дистрофияси, анорексия, ангуляр стоматит белгилари астеноневротик ва эпителиал синдромлари фақат тотема қўлланилган гуруҳга нисбатан эртарок ижобий ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, меъда ичак тракти ферментатив фаолиятини стимуллаш болаларда темирни меъда ичак трактида сурилишининг фаоллашишига олиб келиб, темир танқислиги камқонлиги белгиларини эртарок барҳам топилишига олиб келади.

ОЦЕНКА ЛАПАРОТОМИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Абдуллаева М.А., Зияева Э.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Последние годы характеризуются широким внедрением в клиническую практику эндоскопических методов, которые позволяют совершенствовать как диагностику, так и лечение многих гинекологических заболеваний.

Первоначально лапароскопия применялась лишь с диагностической целью. За рубежом и в нашей стране опубликовано большое количество работ, посвященных лапароскопической семиотике гинекологических заболеваний. Постепенно, с появлением в арсенале эндоскопистов более современного оборудования и инструментов, таких как волоконная оптика, ксеноновые источники света, эндовидеокамеры, лапароскопический доступ стал все более широко применяться для хирургического лечения гинекологических заболеваний.

Цель исследования: Оценить степень травматичности операций, выполненных различными доступами в гинекологии.

Методы исследования: обследовано 140 женщин, которым было произведено оперативное лечение лапароскопическим и лапаротомическим доступом. Послеоперационное течение оценивали по шкале травматичности оперативного вмешательства. Учитывались следующие параметры (температурная реакция, болевая реакция, двигательная активность, перистальтика кишечника, мочеиспускание, клинические показатели крови, уровень молекул средней массы) оценивались по балльной (0,1,2 балла) системе. Легкая степень травматичности от 0 до 4 баллов, средняя степень - от 5 до 9 и тяжелая - от 10 до 14 баллов. Показаниями для операции были следующие диагнозы: эндометриоз, опухоли и опухолевидные образования матки и придатков. Средний возраст пациенток составил 36,2±0,4 года.

Результаты исследования: при использовании лапароскопического доступа легкая степень травматичности выявлена в 85% наблюдений, средняя степень - у 15%. При использовании лапаротомического доступа (аналогичных гинекологических патологиях) легкая степень травматичности выявлена у 8,3% пациенток, средняя - у 60% и тяжелая - 31,7%.

Вывод: Лапароскопический доступ оперативного вмешательства является более бережным, щадящим по сравнению с лапаротомическим доступом. Пациентки после лапароскопических операций активны, не испытывают болевых ощущений и проблем с мочеиспусканием. У такого контингента женщин наступает ранняя трудоспособность и социальная реабилитация.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТАДИИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ СО СТЕПЕНЬЮ НАРУШЕНИЯ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА КИШЕЧНИКА И ПАРАМЕТРАМИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА.

Абдуллаева У.У., Косимов И.А., Каримов А., Хайруллина А.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Предотвращение распространения ВИЧ-инфекции занимает особое место среди проблем здравоохранения, что обусловлено глобальным ростом ВИЧ-инфекции, значительными социально-экономическими последствиями эпидемии, отсутствием средств надежной специфической профилактики и значительными расходами на лечение [Малый В.П., 2014].

Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи степени нарушения микробного пейзажа кишечника с параметрами клеточного иммунитета (CD4+, CD8+, ИРИ) и стадией ВИЧ инфекции.

Результаты: исследование проводилось на базе клиники Республиканского центра по борьбе со СПИДом, нами было обследовано 65 пациентов, находившихся на стационарном лечении в данной клинике. У этого контингента пациентов в анамнезе отмечалась диарея свыше 1 месяца, не связанная с побочными эффектами антиретровирусной терапии, основными жалобами при поступлении были слабость, вялость, отсутствие аппетита, диарея более 1 месяца. По половому признаку пациенты распределились следующим образом 48 мужчин (73,8%) и 17 женщин (26,1%), по возрасту пациенты от 18 до 35 лет- 49 (75,3%), 36-60 лет- 16 пациентов (24,6%). В зависимости от стадии ВИЧ инфекции- 52 пациента (80%) с III стадией ВИЧ инфекции, 13 пациентов (20%) с IV-А стадией ВИЧ инфекции. При III стадии ВИЧ-инфекции у 22 пациентов (42,3%) количество CD4+ клеток осталось в норме, но у большего количества пациентов отмечалось повышение уровня CD8+ клеток, следовательно иммунорегуляторный индекс (CD4+/ CD8+) был понижен у 43 пациентов (82,6%) из 52. В IV-А стадии ВИЧ-инфекции у большинства пациентов отмечалось уменьшение количества CD4+ клеток 10 пациентов (76,9%) из 13, а также увеличилось количество CD8+ клеток 12 пациентов (92,3%). Было отмечено, что у 51 пациента с ВИЧ-инфекцией быстрее увеличивалось количество Т- супрессоров, чем уменьшалось количество Т-хелперов, следовательно иммунорегуляторный индекс снижался быстрее, чем количество CD4+ клеток.

Вывод: Можно сделать следующее заключение, что изменение параметров клеточного иммунитета определенные при IV-А стадии ВИЧ-инфекции только на 2,2% чаще, чем при III стадии, но при IV-А стадии чаще снижается количество Т- хелперов (85,8%).

МЕТОДЫ ЛАПАРОСКОПИИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Абдуллаев Р.Н., Зияева Э.Р., Абдуллаева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Обширные данные зарубежной литературы и все увеличивающееся количество публикаций отечественных авторов позволяет с уверенностью говорить, во-первых, о возможном дальнейшем развитии оперативной лапароскопии как отдельной области гинекологии, во-вторых, об огромных перспективах совершенствования техники оперативной лапароскопии и расширении показаний к лечению различных заболеваний лапароскопическим доступом; в-третьих, о необходимости постоянного обобщения и анализа накопленных клинических наблюдений.

Материалы и методы исследования. В клинике АГМИ выполнено 64 диагностических и лечебных лапароскопий, 11 лапароскопических гинекологических операций по экстренным показаниям.

Результаты исследования. Лапароскопии и операции выполнялись дежурными хирургами. 76,4% (57 пациентам) лапароскопия выполнялась для исключения острой хирургической патологии, 23,6% (18 пациенток) - с подозрением на гинекологические заболевания.

Патология внутренних половых органов была выявлена у 24 больных (32,3%), из них у 14,4% (11 больных) потребовалась операция, в 41 % случаев (31 больных) выполнена лечебная лапароскопия (осушивание, дренирование брюшной полости, введение в малый таз дренажей и микроиригаторов), в 12 % случаев (9 больных) пациентки в оперативном вмешательстве не нуждались.

Лапароскопические операции выполнены по поводу: внематочная беременность- 54,74% (41), разрыв кисты яичника, перекрут кисты, апоплексия яичника, кровоизлияние в кисту - 33,52% (25), воспалительных заболеваний гениталий 12% (9), кроме того, по поводу перфорации матки, перекрута маточных труб, гемоперитонеума после лапаротомных операций.

Объем операций выбирался согласно правилам хирургии и гинекологии. Выполнялись тубэктомии, аднексэктомии, эндоскопический гемостаз, резекция маточных труб с формированием сальпингостомы, коагуляция очагов эндометриоза, сальпингостомии, кистэктомии, резекции яичников, дренирование брюшной полости, в том числе и через кольпостому.

Длительность операций составила 12-50 минут, в среднем 24,4 минуты, длительность наркоза- 15- 57 минут, в среднем 27,5 минут. Пребывание больных в стационаре составило 5-9 дней (в среднем 5,3 койко-дня).

При сравнении этих характеристик с группой больных, оперированных лапаротомным доступом (при тех же показаниях к операции), показатели составили: длительность операций от 45 минут до 1 часа 35 минут (в среднем 1 час 15 минут), длительность наркоза от 45 минут до 1 часа 35 минут (в среднем 1 час 20 минут), пребывание больных в стационаре от 8 до 18 суток, в среднем 11,3.

Вывод. Таким образом, мы считаем целесообразным применение лапароскопии в urgentной гинекологии в диагностических и лечебных целях. Этот метод диагностики и лечения эффективен, малотравматичен, позволяет женщине быстро восстановить репродуктивную функцию, а также является экономически выгодным, так как сокращает сроки пребывания женщины в стационаре и на больничном листе.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Абдуллаев Р.Н., Собирова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Миома матки является одной из наиболее актуальных проблем гинекологии из-за широкой распространенности и «омоложения» данного заболевания, а также того отрицательного влияния, которое эта патология оказывает на состояние здоровья и репродуктивную функцию женщин.

Хотя консервативные методы терапии обладают относительно высокой результативностью, хирургическое лечение миомы матки продолжает оставаться ведущим. Вместе с тем, несмотря на проводимую по современным стандартам антимикробную профилактику (АМП), в ряде случаев хирургическое вмешательство сопровождается возникновением послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений. В этой связи вопросы патогенеза, диагностики и терапии миомы матки заслуживают пристального внимания.

Цель: оптимизация эндоскопических операций у больных с миомой матки и анемией с использованием препарата Эпокрин в предоперационной подготовке.

Материалы и методы исследования. Обследовано 55 пациенток с миомой матки и анемией, сочетающейся с различной гинекологической патологией. Средний возраст больных составил 35,6±0,3 года.

Результаты исследования. Методом оперативного доступа у первой группы, состоящей из 27 пациенток, явилась лапароскопия, у второй группы из 28 пациенток – лапаротомия. В первой и второй группе у 28 женщин в предоперационном периоде проводилась традиционная антианемическая терапия (препараты железа, витамины), у остальных 27 пациенток в комплексе с традиционным лечением использовался препарат Эпокрин.

Расчет дозы и длительность применения препарата проводились индивидуально под динамическим контролем клинико-лабораторных исследований. Препарат вводился подкожно, с расчетом 200 ед/кг массы тела. Для оценки эффективности терапии проводилось исследование клинического анализа крови, активности эритропоэтина в сыворотке крови, показателей обмена железа (сывороточное железо, трансферин, ферритин). Особое внимание уделялось возрастанию показателей гемоглобина, гематокрита и артериального давления.

Анализ полученных результатов показал, что у женщин в предоперационном периоде которых применялся препарат Эпокрин, прослеживается четкая и устойчивая нормализация показателей состояния эритроцитов.

Выводы: Эпокрин является эффективным и хорошо переносимым препаратом, который в предоперационном периоде позволяет коррегировать состояние анемии у больных с миомой матки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ КАПИЛЛЯРОТОКСИКОЗЕ У ДЕТЕЙ

Абдулхакова Р.М., М.Ш.Ганиева

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Целью настоящей работы явилось определение факторов риска поражения почек у детей при геморрагическом васкулите (ГВ) с разработкой в последующем прогностических критериев и тактики лечения посткапилляротоксических гломерулонефритов.

Цель работы: Выявить особенности клинических признаков нефропатии при геморрагическом васкулите.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 58 больных вторичным постваскулитным гломерулонефритом, получавших стационарное лечение в нефрологическом отделении и отделении гематологии ОДММЦ города Андижан. Возраст больных – от 3 до 18 лет. При анализе условий проживания, влияющих на частоту развития ГВ с почечным синдромом у детей, оказалось, что больные из сельских районов области имеют поражение почек в 2 раза чаще по сравнению с городскими жителями. В возрастном аспекте наиболее поражаемой группой оказались дети в возрасте от 8 до 14 лет. Выявленная тенденция беспокоит в плане уязвимости почек детей младшего школьного возраста с угрозой развития непрерывно-рецидивирующего течения нефротической или смешанной форм хронического гломерулонефрита. При сравнительном анализе сезонности заболевания формами ГВ с почечным синдромом оказалось, что наиболее часто госпитализация больных детей осуществляется в I и II кварталах (зимнее-весенний период), что, по-видимому, связано с пиком заболеваемости ОРВИ и обострениями хронических очаговых инфекций в этот период.

Результаты исследования. Более чем в половине случаев (54%) непосредственная причина запуска «аллергической пурпуры» с почечными проявлениями оставалась нераспознанной. Структура почечного синдрома при ГВ в наших наблюдениях оказалась представленной следующим образом: смешанный вариант у 37% детей, изолированный мочевого синдром – у 42,7%, стойкий нефротический синдром – у 66%, стойкая гематурия – у 14% детей.

У 2 больных из группы наблюдения были указания на перенесенное подобно ГВ заболевание без конкретного подтверждения (родители указывали на наличие 6-12 месяцев назад геморрагической сыпи, лечили амбулаторно). Исход болезни у этих больных был неблагоприятный из-за развития прогрессирующего так называемого вазоренального синдрома с исходом в ХПН.

Выводы. Жители сельской местности чаще и тяжелее болеют геморрагическим васкулитом.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПОДРОСТКОВОЙ ВОЗРАСТИ

Абдуназаров Ф.Т., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Раннее выявление нарушений сосудистого тонуса, раскрытие причин и факторов, способствующих их возникновению и прогрессированию, необходимо для построения научно обоснованной системы профилактических мероприятий. Ряд авторов предполагают, что развитие истинных гипотензивных состояний происходит в детском

возрасте, и они могут в дальнейшем трансформироваться в гипотоническую болезнь взрослых, быть фактором риска нарушений церебральной гемодинамики и ишемической болезни сердца (ИБС)

Целью данной работы явилось изучение частоты артериальной гипотензии среди сельских школьников в возрасте 11-15 лет. Объектом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ одного из районов Андижанской области, в которых в момент обследования обучались 15235 детей в возрасте 11- 15 лет. Обследовано 1505 детей обоего пола (729 мальчиков, 776 девочек), что составило 10%-ную выборку из популяции. Число наблюдений в возрастно-половых выборках детей колебалось от 137 до 203. Этапы исследования состоялись из первичного (скрининг) исследования и трех периодов проспективного наблюдения, через каждые шесть месяцев.

Материал и методы исследования. Установлено, что 50 перцентильное распределение систолического артериального давления (САД) у мальчиков в возрасте 11-15 лет колеблется от 92 до 102 мм.рт.ст., а у девочек 96-100 мм.рт.ст. С 12 летнего возраста 50-я кривая распределения уровня САД у девочек на 2-4 мм.рт.ст. ниже, чем у мальчиков ($P<0,05$). Показатели 50- перцентильного распределения уровня диастолического артериального давления (ДАД) у детей в возрасте 11-15 лет составили соответственно у мальчиков от 56 до 64, а у девочек 54 - 62 мм.рт.ст. ($P>0,05$) Нижняя 5-я кривая распределения САД у мальчиков и у девочек в возрасте 11-15 лет колеблется соответственно от 72 до 80 и от 74 до 78 мм.рт.ст., что статистически достоверно отличается от 5-й кривой распределения уровня САД детей г. Москвы (84-92 и 93-97 мм.рт.ст., $P<0,001$).

Артериальная гипотензия (АГП) среди сельских школьников в возрасте 11-15 лет довольно распространенное состояние (соответственно у девочек – 14,3, мальчиков – 12,6) . Частота АГП среди наших школьников существенно больше, чем данные РФ и соответствует распространению АГП в популяции школьников Владикавказа.

Нами при сравнительном изучении как общего удельного веса, так и частоты диастолической (ДГП) и систоло-диастолической артериальной гипотензии (СДГП) среди мальчиков и девочек статистические различия не обнаруживались ($P>0,05$). Лишь отмечено увеличение частоты систолической артериальной гипотензии (СГП) у девочек в возрасте 13-15 лет (5,89%, напротив 4,7% мальчиков, $P<0,017$), за счет чего увеличен общий удельный вес СГП в популяции девочек (5,54%, напротив 3,43%, $P<0,024$). У мальчиков как в возрасте 11-12 лет (4,0%), так и в возрасте 13-15 лет (4,6%) имеет место тенденция к увеличению частоты СДГП, по сравнению девочек аналогичных возрастов (2,15% и 3,5%, $P<0,01$).

Таким образом, выборочные (рандомизированные) исследования у детей школьного возраста позволяют установить частоту и различные формы артериальной гипотензии. Для установления их устойчивости, а также генеза, видимо, требуется длительное проспективное исследование.

ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

**Абдуразакова З.К., Усмонов Д.А., Акбарходжаева М.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность. Инфекционный (септический) эндокардит (ИЭ) – воспалительное поражение клапанных структур сердца, пристеночного эндокарда, эндотелия в зоне врожденного порока магистральных сосудов, обусловленное прямым внедрением возбудителя и протекающее чаще всего по типу сепсиса, остро или подостро, с циркуляцией возбудителя в крови, эмболиями, иммунологическими изменениями и осложнениями. Чаще всего поражаются митральный (МК) и аортальный (АоК) клапаны, реже – трикуспидальный клапан (ТК), как правило, у инъекционных наркоманов. Частота осложнений (сердечная недостаточность, эмболии, септическая аневризма) остается высокой даже при правильном лечении, в 10% случаев ИЭ возникает повторно. В отсутствии лечения ИЭ обычно приводит к смерти.

Целью настоящей работы является показать разнообразие поражения клапанов сердца у больных с ИЭ.

Материал и методы исследования: исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ, в исследование были включены дети с ИЭ и проведен ретроспективный анализ архивных историй болезни детей находившихся на лечении в клинике ТашПМИ с диагнозом ИЭ за период с 2012 по 2018гг: 8 мальчиков , средний возраст $11,5\pm 4,8$ лет, от 6 до 18 лет; и 7 девочек, средний возраст $10\pm 4,2$ лет. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ).

Результаты и их обсуждение: уплотнение створок клапанов диагностировано у всех больных (n = количество человек): МК – $n=3$, ТК – $n=2$, АоК $n=2$, МК и ТК $n=7$, МК и АоК $n=1$. Формирование недостаточности клапанов выявлено у 12 человек (80% случаев): трикуспидальная недостаточность (ТН) $n=6$ (40%), аортальная недостаточность (АоН) $n=3$ (20%), митральная недостаточность (МН) и АоН – $n=2$ (13,3%), МН и ТН – $n=1$ (6,7%). Вегетации обнаружены у 10 человек (66,6%); чаще наблюдались на ТК ($n=6$), реже – на АоК, МК ($n=4$). Кальциоз МК и АК выявлен у 3 больных, стеноз АоК – у 1 человека. Таким образом, при ИЭ происходит значительная морфофункциональная перестройка МК, ТК и АоК. Полиморфная картина поражения клапанов по данным ЭХОКГ является косвенным отражением разнообразного клинического течения данного заболевания, а также необходимости использования дифференцированных подходов в диагностике и лечении ИЭ.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Абдурашидов А.А., Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей респираторными аллергиями и их более тяжелое течение. По результатам ряда исследователей, распространенность РА в Республике Узбекистан варьирует от 1,7%

до 7,2%, что обусловлено не только влиянием внешних региональных факторов, но и использованием различных методов диагностики. В настоящее время её рассматривают как мульти-факториальное полигенное заболевание. Развитие хронического аллергического воспаления дыхательных путей, лежащего в основе бронхиальной астмы, может быть обусловлено рядом факторов (генетическая предрасположенность к атопии и гиперреактивности бронхов, повышенному синтезу определенных цитокинов, нарушения нейро-иммунно-эндокринного комплекса и др.).

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. Оценка ФВД проводилась всем детям до назначения базисной терапии и спустя 3 месяца после начала лечения. Кроме того, дважды было проведено анкетирование детей по адаптированным опросникам для детей - Тест по контролю над БА у детей (АСТ): до назначения базисной терапии и спустя 3 месяца после начала лечения.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные у общей группы детей с лёгким течением бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания достоверных изменений показателей форсированной жизненной емкости лёгких (ФЖЕЛ) и объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) не отмечалось. Однако 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 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 флюометрических 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.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Хомидова М.Э., Хомидовой Г.Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценить влияние анемии на течение хронической болезни почек у детей, выявить зависимость между уровнем гемоглобина, эндокринной и выделительной функцией почек.

Методы исследования: Среди пациентов, наблюдающихся в Андижанском областном МПДБ за период с 2015 по 2016 гг., было обследовано 105 детей с диагнозом ХБП. Среди пациентов 27 девочек и 78 мальчиков в возрасте от 2 лет до 17 лет.

Результаты исследования: Дети разделены на две группы по уровню гемоглобина на момент поступления в стационар: 1 группа - дети с уровнем гемоглобина < 120 г/л - 51 человек, 2 группа - дети с уровнем гемоглобина 120 г/л - 377 человек.

В обеих группах преобладали девочки: 62,8% в 1 группе и 57,8% во 2 группе. Большинство детей были в возрасте от 8 до 14 лет, однако в 1 группе отмечается большее число детей дошкольного возраста и полное отсутствие детей до 3 лет. Средний возраст детей в 1 группе - $10,8 \pm 3,7$ лет, а во 2 группе - $11,7 \pm 4,2$ лет.

Диагноз ХБП пациентам был выставлен в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Длительность заболевания у обследованных детей колебалась от 6 месяцев до 17 лет и составила в среднем 6,2 года.

Наиболее часто встречающейся нозологией у детей с ХБП являлся хронический ТИН - 39,5%. В большинстве случаев - 154 - генез хронического ТИН был смешанным, в 4 случаях - поствирусным, в 5 - дизметаболическим и еще в 6 случаях - токсико-аллергическим. На втором месте по частоте - 30,8% - хронический ПН. В большинстве случаев в процессе обследования установлен вторичный характер данного заболевания. Только в 13 случаях из 132 была исключена сопутствующая нефрологическая патология обструктивного и необструктивного характера и хронический пиелонефрит признан первичным. Частота ХГН в целом составила 29,9%, из них 4,4% составили случаи вторичного ХГН - на фоне системных заболеваний соединительной ткани (2 - ювенильный идиопатический артрит, 1 - ювенильная склеродермия, 11 - СКВ) и смешанной формы геморрагического васкулита (6 случаев).

Поскольку у всех детей диагностирована хроническая патология почек, за время проведения нашего исследования дети поступали на плановую госпитализацию в соответствии с планом диспансерного наблюдения и при обострении основного процесса от 1 до 9 раз. С учетом повторных поступлений проанализировано 656 историй

болезни. Так как в стадии ХБП динамический показатель и может изменяться как в сторону повышения при прогрессировании болезни, так и в сторону понижения под воздействием терапии, ее оценка проводилась по данным всех госпитализаций.

Вывод: 1. Анемический синдром сопровождает додиализный период ХБП у 20% детей. Его распространенность неуклонно возрастает параллельно деградированию выделительной функции почек с 17,0% на I стадии до 36,4% на V стадии болезни.

2. Анемический синдром способствует более быстрому снижению выделительной функции почек, оцененной по СКФ. Однако в большей степени он связан с косвенными (клиническими и лабораторными изменениями) проявлениями, характерными для прогрессирования ХБП. Четкая зависимость между анемией и снижением СКФ проявляется только на поздних стадиях болезни

3. Основными предикторами развития анемии на додиализном этапе ХБП является возраст 4-7 лет, основной диагноз ХГН, особенно вторичный на фоне заболеваний соединительной ткани, выявление сопутствующей соматической патологии, снижение минеральной плотности костной ткани, лейкоцитурия, повышение уровня мочевины в сыворотке крови и установленная по СКФ V стадия болезни.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Хомидова М.Э., Хомидовой Г.Ж.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Установление возрастных особенностей метаболизма железа и состояния факторов гемопоза в норме и при патологии, включая антенатальный период, и совершенствование лабораторно-клинической диагностики его нарушений для обоснования методов эффективного лечения и разработки оптимальных схем профилактики ЖДС на современном этапе.

Материалы и методы исследования: На большом клиническом материале проведено исследование параметров метаболизма железа более чем у 105 детей и подростков из различного социума и подтверждено, что у грудных детей ДЖ, прежде всего, связан с алиментарным фактором и социальным статусом семьи.

Результаты исследования: В соответствии с поставленной целью, на протяжении раннего онтогенеза человека определены значения и изучено взаимодействие железосодержащих и железорегулирующих протеинов и ряда других соединений, отражающих метаболизм железа (щелочная и кислая изоформы ферритина, железо, Тф, ЭПО, рТфР, вит. В12, фолаты, гепсидин); измерены уровни цитокинов (ФНО-а, ИЛ-6), участвующих в регуляции обмена железа.

Обследованные плоды и новорожденные дети в зависимости от гестационного возраста (ГВ) были разделены на группы, в каждой из которых определены значения изучаемых показателей: у плодов 5-10 нед (1 и 2 группы) - суммарно во всех тканях, у плодов 11-15 нед (3 группа) -раздельно в тканях печени и селезенки, у развивающихся плодов 26-35 нед (4 и 5 группы), а также у новорожденных детей 35-41 нед (6 и 7 группы) - в пуповинной крови. Установлены закономерности становления метаболизма железа в раннем онтогенезе человека, ассоциированные с гестационным возрастом плода, о чем свидетельствует достоверная корреляция ГВ с уровнем железа ($r=0,9398$, $p<0,001$), ЩФ ($r=0,9597$, $p<0,0001$), рТфР ($r=0,9293$, $p<0,0001$), гепсидина ($r=0,8183$, $p<0,001$), ЭПО ($r=0,8889$, $p<0,0001$), ФЭ ($r=0,9297$, $p<0,0001$).

Участие железосодержащих и железорегуляторных белков в поддержании высокой активности пролиферативных и пластических процессов подтверждается тесными взаимосвязями между содержанием железа и ЩФ ($r=-0,894$, $p<0,0001$), ЩФ и рТфР ($r=0,8399$, $p<0,0001$), ЩФ и ЭПО ($r=0,9193$, $p<0,0001$), железа и гепсидина ($r=0,8897$, $p<0,001$), ФЭ и ЭПО ($r=0,9067$, $p<0,0001$), что позволяет использовать показатели ЩФ, рТфР и гепсидина в качестве важных прогностических маркеров нарушений внутриутробного развития плода, а ЭПО и ФЭ - для оценки степени гипоксии.

Установлено, что высочайший провоспалительный паттерн цитокинов (ИЛ-6 и ФНО-а) характерен только для раннего эмбриогенеза (до формирования плаценты), дальнейшая динамика их содержания на протяжении внутриутробного развития отражает четкий баланс процессов альтерации и апоптоза, на что указывает достоверная корреляция между ФНО-а и ЩФ ($r=0,9197$, $p=0,00001$), ФНО-а и рТфР ($r=0,8789$, $p<0,0001$).

Выводы: 1. Установлено, что даже простые диетические мероприятия (исключение из рациона цельного молока, включение продуктов, богатых железом, их раздельное использование с продуктами, тормозящими абсорбцию железа) позволяют сократить заболеваемость ЖДС у детей раннего возраста на 1638%, сроки реабилитации детей и подростков с ЖДА - в 80,7% случаев.

2. Снижение частоты ЖДС у детей и подростков возможно только при совместной работе и усилиях врачей-педиатров, родителей, работников социальных служб, что позволит своевременно проводить профилактику ДЖ в группах высокого риска.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ

Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Хомидова М.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить генетические и иммунологические механизмы формирования клинических проявлений целиакии у детей и подростков и определить оптимальные подходы к реабилитации больных и профилактике заболевания.

Материалы и методы исследования: Обследовано 88 детей больных целиакией, находившихся на

стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении МПДБ г. Андижана.

Результаты исследования: Проведенный анализ свидетельствует о поздней диагностике заболевания в общей группе больных целиакией (7,31 ±0,61 лет). Особое внимание обращает на себя запоздалая диагностика глютеновой энтеропатии у больных с атипичной формой (8,29±0,99 лет), диагноз Ц у детей с атипичным течением болезни установлен в среднем на 18 месяцев позже по сравнению с типичной Ц (6,74±0,77 лет).

Соотношение мальчики : девочки оказалось одинаковым, несмотря на то, что в развитых странах заболеваемость среди мальчиков выше в 1,5 раза. Зарегистрирована одинаковая выявляемость типичной и атипичной форм болезни, в то время как в городе Андижана соотношение типичная : атипичная целиакия равно 1:7. Пациенты с типичной целиакией отличались осложненным течением перинатального периода (хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) (p=0,001), угроза прерывания беременности на всем протяжении (p=0,007), гестоз (p=0,001), анемия (p=0,020), асфиксия в родах (p=0,001)), что способствовало рождению детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). Выявлено, что ЗВУР в 2 раза чаще (67% против 33%) наблюдалась среди пациентов с типичной Ц. Диагноз у всех пациентов с ЗВУР установлен значительно раньше, чем в общей группе детей (3,62 года против 7,62 лет, p=0,0330).

Среди пациентов с типичным симптомокомплексом Ц сопряженная патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наблюдалась чаще: так хронический гастродуоденит встречался в 86% случаев против 67% при атипичной Ц (p=0,0402), дисфункция билиарного тракта у 63% детей против 44% при атипичной (p=0,0094), лямблиоз в 51% против 26% при атипичной Ц (p=0,0001), описторхоз регистрировался лишь среди пациентов обследуемой группы (14%). Анализ морфометрических критериев СОТК показал, что минимальные патологические изменения, соответствующие 1-И стадии по классификации Марша, характеризуют течение ЦА (63% против 24% при типичной) (p=0,0455, p=0,0001), собственно атрофические изменения в сочетании с гиперплазией криптального отдела (стадии ША-ШВ) зарегистрированы при ЦТ (77% против 38% при атипичной). Отставание в физическом развитии (ФР) отмечено у 63% детей с целиакией, причем чаще среди мальчиков (70% против 56% у девочек). Снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), нарушение осанки, сколиоз чаще наблюдались среди больных с атипичной Ц (31% против 21%; 78% против 18%; 6% против 2% соответственно). Анемия выявлена у 67% пациентов с Ц. Тиреопатии зарегистрированы у 17% больных, частота этого ассоциированного состояния не зависела от пола ребенка и формы болезни.

Вывод: К особенностям клинических проявлений целиакии относятся: одинаковая частота встречаемости типичной и атипичной формы, отсутствие различий в заболеваемости между мальчиками и девочками, высокая частота развития дефицитных состояний (задержка физического развития (63%), анемия (67%), задержка полового развития (28%), снижение минеральной плотности костной ткани (25%)) и ассоциированных заболеваний (тиреопатии (17%)), более ранняя манифестация энтерального синдрома и сочетанное поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Адиллова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Хомидова М.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить показатели иммунологической реактивности в ранние и отдаленные сроки при различных видах врожденных обструктивных уропатий, осложненных вторичным пиелонефритом, обосновать тактику ведения и рационального лечения больных с учетом выявленных иммунных нарушений с помощью проведения магнитоинфракрасной лазерной терапии.

Материал исследований: Для решения поставленных задач были проведены клинические наблюдения и исследования с применением общеклинических, инструментальных, клинико-лабораторных и биохимических методов, выполненных в отделениях и лабораториях Андижанской областной детской больницы.

Результаты исследования: Нем начала обструктивного пиелонефрита у наблюдаемых детей осуществлялась на основании изучения данных анамнеза, физикальных методов обследования, обобщения клинических проявлений заболевания, клинико-лабораторных, биохимических и инструментальных исследований.

Из общего числа наблюдаемых нами больных (113 детей) 55,7 % составляли мальчики, а 44,3 % - девочки. 80,4% больных проживали в г. Андижане и других городах и райцентрах Андижанской области, 19,6% - в сельской местности Андижанской области. Все наблюдаемые больные относились к группе часто болеющих детей. В анамнезе у них наблюдались повторные острые респираторные вирусные инфекции, острые бронхиты, ангины, перенесенные пневмонии. Следует отметить, что почти у половины наблюдаемых больных с обструктивным пиелонефритом (47,9% случаев) выявлялась наследственная отягощенность в отношении заболеваний мочевой системы. Так, 12,7% матерей больных детей (по их словам) в течение жизни перенесли острый пиелонефрит, а 2,8% отцов - острый гломерулонефрит, 11,9% матерей страдали различными формами хронического пиелонефрита, у 10,8% родителей (преимущественно - отцов) был диагностирован уролитиаз, а 6,3% отцов и матерей в детском возрасте подвергались реконструктивным и органоуносящим операциям по поводу гидронефроза, 3,5% родителей были в свое время прооперированы по поводу "кисты почки".

При поступлении в стационар 21,4% больных предъявляли жалобы на тупые, ноющие боли в области поясницы и учащенное мочеиспускание, а 10,8% больных жаловались на периодические боли в пояснице различной интенсивности. При осмотре у всех больных отмечалось правильное телосложение, у 84,3% - удовлетворительное, а у 15,7% больных - пониженное питание. У 44,0% больных при поступлении отмечалась бледность кожных покровов, у 22,1% - бледность видимых слизистых. У 28,4% детей выявлялась обложенность языка белесовато-серым налетом, при пальпации живота у 17,6% больных диагностировался синдром «пальпируемой опухоли в животе». У 4,8% больных ровный безболезненный край печени выступал из-под края реберной дуги на 1-1,5 см, а у 2,1% детей пальпировалась селезенка, выступающая из-под края реберной дуги на 1 см.

У 50 больных отмечалась 2 стадия врожденного гидронефроза по Н.А.Лопаткину. У 42 наблюдаемых больных 3а стадия врожденного гидронефроза. У 60 наблюдаемых больных с врожденным гидронефрозом был выявлен левосторонний, а у 32 больных - правосторонний патологический процесс. У 14 больных был диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс, у семи - обструктивный уретерогидронефроз в следствии стенозирования предпузырного или интрамурального отдела мочеточниково-пузырного сегмента.

Вывод: У больных хроническим обструктивным пиелонефритом с сохранной функцией почек при поступлении в стационар, перед выпиской и через три месяца после выписки выявляются сдвиги показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, неспецифической резистентности организма.

ГАЗООБМЕН В ЛЕГКИХ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ КИСЛОРОДА В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ

Акбарова Г.Х., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Проведено изучение массопереноса O_2 в легких при повышенной и пониженной концентрации кислорода в артериальной крови. В качестве моделей измененного транспорта кислорода были выбраны естественные модели - онтогенетическая и хроническая гипоксемия при легочной патологии в сочетании с экзогенным изменением концентрации O_2 во вдыхаемом воздухе от 7% до 100%.

Для анализа использованы данные, полученные на 287 наркотизированных собаках разного возраста, 100 практически здоровых людей и 156 легочных больных в фазе ремиссии с хронической гипоксимией различной степени. На основании экспериментальных данных была построена имитационная модель, учитывающая влияние P_{O_2} в альвеолярном газе, артериальной, смешанной венозной крови, величины шунтирующего кровотока, неомогенности легких диффузионных свойств легких и ряда других факторов на содержание кислорода в артериальной крови.

Показано, что основным механизмом, обуславливающим наличие альвеоло-артериальной разницы по O_2 при дыхании атмосферным воздухом, является венозная примесь, возникающая за счет анатомического шунтирования и неомогенности легких. При снижении концентрации кислорода во вдыхаемом газе существенное значение для оксигенации крови в легких имеют значение степень неомогенности и диффузионные свойства легких. Причем при более резкой гипоксии роль последнего фактора возрастает. Увеличение концентрации кислорода более 25% практически полностью компенсируют имеющиеся диффузные нарушения. Ведущим механизмом ответственным за наличие возрастающего альвеоло-артериального градиента в этих условиях является сброс венозной крови в артериальное русло, а при дыхании смесями с 80-100% главную роль играют анатомические легочные шунты. По мере увеличения P_{O_2} скорость изменения содержания кислорода в артериальной крови резко падает (при увеличении P_{O_2} в артериальной крови со 150-200 г Па до 600 г Па содержание кислорода увеличивается менее чем на 10%), а артериальная венозная разница возрастает до 300-400 г Па.

Результаты исследований показывают, что наиболее эффективно оксигенация крови в легких происходит при напряжении O_2 в артериальной крови около 200-140 гПа; дальнейшее увеличение P_{O_2} для компенсации гипоксемии нецелесообразно.

Разработанная нами модель позволяет приближенно оценить концентрацию кислорода во вдыхаемом газе, необходимого для обеспечения указанного напряжения по результатам индивидуального обследования больного.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТХАРКИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

Акбарова Г.Х., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Изменение бронхиальной секреции при воспалительных процессах в бронхиальном дереве, обуславливающие нарушение мукоцилиарной активности дренажной, защитной функции, диктует необходимость назначения отхаркивающих средств. Одна из главных биологических функций бронхиальной секреции состоит в противоинфекционной защите и обеспечивается наряду с другими факторами - секреторными иммуноглобулинами.

Нами представлены результаты исследования секреторного иммуноглобулина А в мокроте у больных с обострением бронхита до и после приема отхаркивающих средств. Содержание иммуноглобулинов в мокроте определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Для разграничения сывороточного секреторного иммуноглобулинов А, свободного секреторного компонента, каждый образец исследовали с анти а сывороткой, анти секреторной сывороткой и соответствующими им стандартами. Исследовано в динамике 56 больных, среди них у 12 диагностирован необструктивный бронхит, у 44 обструктивный. Исследование проводили первые 5 дней поступления в стационар. Антибиотики в этот период не назначались. Все больные получали настой термопсиса.

При поступлении у всех больных в мокроте преобладал секреторный иммуноглобулин А. Соотношение секреторного и сывороточного IgA в мокроте составляло в 1 группе 58,4-41,6% во 2 группе 59,1-40,9%. По окончании приема термопсиса соотношение секреторного и сывороточного IgA изменилось, в 1 группе 41,7%-58,3% во 2 группе 39,7%-61,3%. Намечившаяся тенденция к преобладанию сывороточного иммуноглобулина А в мокроте после приема термопсиса особенно проявлялась у больных с эндоскопической картиной диффузного гнойного бронхита, что по видимому связано с повышением проницаемости слизистой, а также с усилением бронхиальной секреции не только за счет воспалительного процесса, но и как результат влияния термопсиса. Клинически у этих больных после приема термопсиса отмечено улучшение откашливания мокроты без усиления ее гнейности. При выписке из стационара те же показатели соответственно были в 1 группе 67,7- 33,3% во 2 группе 52,3%-47,7%. В обеих группах вновь отмечено преобладание секреторного IgA, но у больных с обструктивным бронхитом показатели ниже исходных.

У больных 1 группы эндоскопически очаговый бронхит, несмотря на преобладание сывороточного IgA после приема отхаркивающих средств, отмечена достоверная тенденция к количественному увеличению содержания

секреторного IgA как после приема термонсиса, так и в момент выписки ($P < 0,05$). У больных в этой группе был достигнут положительный эффект. У больных с обструктивным бронхитом и аналогичной эндоскопической картиной достоверного количественного увеличения секреторного IgA выявить не удалось. Клиническая эффективность лечения таким методом значительно лучше, чем у больных с очаговым необструктивным бронхитом.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК, СИМУЛИРУЮЩИЕ КЛИНИКУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

**Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Усмонов Ш.А., Халилов Ш.К., Кадиров К.З., Яхёев С.М.
Андижанского филиала РНЦЭМП
Андижанский медицинский институт**

Актуальность. Диагноз острого аппендицита при наличии сходных с ним по клинической признаком заболеваний женских половых органов всегда прост. Особенно это представляет определённую трудность для хирургов.

Целью данного сообщения является определение правильной диагностики и лечения при заболеваниях органов женской половой сферы у девочек.

Материалы и методы исследования. За последние 3 года (2015-2017) в отделении детской хирургии АФРНЦЭМП было госпитализировано 142 девочек в возрасте от 12 до 18 лет с предварительным диагнозом острого аппендицита. Все больные находились под наблюдением, обследованы и проходили консультацию гинеколога. Необходимые исследования проводились согласно протоколу.

Результаты и их обсуждения. По ходу обследования из 142 у 47 исключен диагноз острый аппендицит, с соответствующей рекомендацией выписано, 23 больные переведены в гинекологическое отделение. У 72 оперированных больных операционной находкой оказались следующие патологии. У 19-апоплексия правого яичника, у 17- разрыв кисты яичника, у 2-перекрут кисты яичника, у 14-сальпингиты, у 2-катаральный аппендицит тазового расположения. Следует учесть что у всех гинекологических больных червеобразный отросток был изменен вторично и к операции привлекались гинекологи. У 18 больных выявлен острый аппендицит и различного ряда воспалительные процессы органов малого таза.

Считаем необходимым собирать тщательно и подробно анамнез. Учитывать менструальный цикл за последние пол года, жалобы больных на чувство тяжести или хронических болей в животе. Следует помнить, что разрывы яичника часто встречаются в пре и пубертатном возрасте, усиливающиеся боли наблюдаются в момент разрыва и боль над лоном иррадирует в правую подвздошную область и несколько книзу. Воспаление придатков имеют много общего с острым аппендицитом. Болезненность и увеличение придатков при ректальных и УЗИ обследованиях удерживает хирурга от утверждения диагноза острого аппендицита. При гинекологических заболеваниях напряжение мышц брюшной стенки отсутствует или слабо выражен.

В заключение следует отметить, что при сомнительных случаях тщательный и углублённый сбор анамнеза, полноценное совместное обследование и наблюдение больных в отделениях хирургии и гинекологии уменьшает долю диагностических и тактических ошибок, способствует эффективности лечения больных.

БОЛАЛАР ЎРТАСИДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН АНЕМИАНИ ДАВОЛАШ

**Аманов К.К., Махпиева Г.К.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Мақсади: Аскариндоз натижасида келиб чиққан анемияни даволаш асосий мақсад килиб олинди.

Текшириш натижалари: Қўйилган мақсадим амалга ошириш мақсадида 50та 7-14 ёшли болалар (30 нафар қиз бола, 20 ўғил бола) танланди. Текширув ва даволаш болалар поликлиникаси ва уй шароитида олиб борилди. Даволаш муолажаси бошлангунча периферик кон (умум қабул килинган усул билан) ва ахлат текширилди (гижжалар ёки уларни тухуми аниқланди). Болаларга Тимьян мойи буюрилди. 3 та 10 кунлик цикл оралиғида 1 хафтадан танаффус. 7-10 ёшга - 2 томчи, 7-14 ёшга -3 томчидан берилди. Курс муддати 45 кунни ташкил қилди.

Сўнгра болаларга антианемик препаратлар- кобавит 10 мг дан 2 маҳал берилди (1 ой). Даволаш натижаси шуни кўрсатдики қондаги гемоглобин миқдори 40-45 г/л га ортди (даволашгача 65-70г/л бўлса, даволангандан кейин 105-115 г/л ни ташкил қилди).

Хулоса: болаларда аскариндоз касаллиги натижасида келиб чиққан анемияни даволашнинг энг самарали усули Тимьян мойи ва антианемик препарат кобавитдир.

Бу препаратлар табиий фитоиммуномодуляторлар бўлиб организмга ноҳўя таъсир кўрсатмайди, уни қўллаш усули оддий, икисодий жиҳатдан жуда энгил ва даволашни уй шароитида ҳам олиб бориш мумкин.

ГИЖЖАЛАРНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ ВА ПРОФИЛАТИКАСИ

**Аманов К.К., Махпиева Г.К.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Гижжа касаллиги ёки гельминтозлар кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, уларни паразит ҳолда яшовчи куртлар, гижжалар чақиради.

Мақсад: гижжаларнинг эрта диагностикаси ва профилактикаси.

Гельминтоз билан катта ёшдаги кишилар ҳамда болалар касалланиши мумкин. Гельминтозларнинг энг кенг тарқалган даври болаларнинг жадаллик билан ўсиш, яъни 1,5-2 ёшдан 7 ёшгача бўлган даврига тўғри келади. Гельминтозларнинг саломатликка кўрсатаётган салбий таъсири болаларнинг балоғат ёшига қадар давом этади. Агар

болалар шу давр ичида табиий йўл билан гижжалардан тозаланиб олмаса, улар хаётининг кейинги даврларида ҳам яхши ривожланмайди, турли касаликларга кўп чалинади. Шу кунларда ер юзида инсоннинг касалланишига сабаб бўладиган гижжаларнинг 250 дан ортик турлари мавжуд.

Энг сўнгги маълумотларга кўра ҳозирги даврда ер юзидаги аҳолининг 2/3 қисми гельминтоз билан касалланган. Бу айтиб ўтилган сонлар ва гижжаларнинг организмга кўрсатаётган кўпдан кўп зарарли таъсири биз тиббиёт ходимлари олдида катта масъулиятли ишлар турганини кўрсатади.

Гижжалар организмда қайси органда жойлашишидан катъий назар, албатта, хар- хил таъсир кўрсатади. Острицалар, аскаридалар, пакана гижжа ва бошқалар аксарият аппендицитга сабаб бўлади. Бундан ташқари улар механик, рефлектор ва токсик таъсир қилади. Гижжалар тери кичимаси, тошмалар, дерматоз каби патологик ҳолатларни чақиради.

Гижжа юқтирган болаларда касаллик аломатлари турли-туман бўлиши мумкин. Улар яхши ўсмайди, озиб кетади, ақлий ривожланишдан ортда қолиб кетиши, дангаса, хаёлпараст, инжиқ, уйқучан, лоқайд ёки қайсар, тажанг бўлиб қолиши мумкин. Гижжалар инсон организми учун кучли аллерген ҳисобланади ва организмдаги хар хил аллергияларни, масалан экзема, эшакем, кичима, нейродермит касаллигини чақиради.

Хулоса: Ҳозирга келиб гижжаларнинг энг зарарли жониворлар эканлигига шак-шубҳа қолмади. Шу туфайли ҳам фарзандларингизни тез-тез тиббий кўриқлардан ўтказиб, саломатлигини назорат қилиб бординг.

ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Арзиеков А.Г., Умарова М.А., Ахмеджанова Г.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время отмечается нарастание социально-психологической дезадаптации детей и подростков, которая требует особого внимания специалистов, в частности, школьных врачей.

Целью работы является сравнительно - возрастное изучение степени выраженности клинических проявлений дезадаптации у детей.

Результаты. Как свидетельствуют результаты исследования, полная дезадаптация выявлена у детей 12-17 лет $29,6 \pm 3,58$; $P > 0,05$ (22,4% и 36,0%, у мальчиков и девочек) больше, чем у младших школьников $22 \pm 3,38$ (16,5% и 28,1%; соответственно у девочек и у мальчиков). Такое соотношение отмечается и по II степени дезадаптации (14,5% и 25,6%; 10,4% и 19,4%; $P > 0,05$ соответственно у девочек и мальчиков) возрастные периоды 12-17 и 7-11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7-11 лет, и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12-17 лет с дезадаптацией выявлен нарушением только один из 3-х показателей.

Вывод. Таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте ($15,7 \pm 1,18$), среди подростков школьного возраста ($29,4 \pm 1,9$; $P < 0,001$) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности, оно связано с началом вегетативно-эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста.

РАСТИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.

Арзиеков А.Г., Умарова М.А., Ахмеджанова Г.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. С давних времен используются и имеется много сведений об использовании растительных средств в повседневной практике врача. Роль врача – лечить болезнь, восстанавливать здоровье. Здоровье – естественное состояние человека, а это значит, восстановить целостность и равновесие в организме. В настоящее время отмечается глобальное загрязнение среды обитания, в том числе и проблемы повышенного радиоактивного фона, способствующих развитию патологических состояний как у взрослых, так и у детей различного возраста. Полезные компоненты лекарственных растений – это продукты обмена в живом организме. Кроме того, вместе с основным веществом в растениях имеются вспомогательные вещества, которые могут благотворно влиять на организм и повысить его защитные силы.

Цель исследования: изучить лекарственные растительные средства и оценить их эффективность у больных детей с бронхолегочной патологией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 18 больных детей в возрасте от 3 до 12 лет с бронхолегочной патологией. В фармакотерапию были включены наряду с лекарственными средствами (антибиотиками) «Флорица» - концентрат пихты, ели, сосны и кедра и из чаев Берендея «Отрада», в составе которой имеются корни - алтеи и аира, травы - ромашки и донника и плоды льна посевного; рекомендованы в оптимальной дозе с учетом возраста ребенка. Мы обратили внимание на показатели общего состояния, такие как: кожные покровы, температуру, кашель, отделение мокроты, улучшение аппетита и повышение двигательной активности. Продолжительность исследования составила месяц.

Результаты и обсуждение. После применения вышеуказанных растительных веществ на 2-3 сутки отмечалось улучшение дренажной функции легких, исчезновение или уменьшение кашлевого рефлекса у детей. При комплексном лечении лекарственными растениями длительность заболевания сокращалась на 3-5 дней и удлинялась фаза ремиссии, что доказывает повышение естественных адаптивных способностей организма.

Выводы. Таким образом, совместное применение лекарственных растений при бронхолегочной патологии способствует сокращению длительности заболевания, быстрому улучшению дренажной функции легких и удлинению фазы ремиссии.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Арзибекова У.А., Махмудова Б.Ш., Пазилжанова М.П.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Современная классификация хронического гепатита (ХГ) предполагает использование морфологической картины хронического гепатита, полученные путем биопсии печени (Коржакова И.Т. и соав., 2001). Морфологическое исследование является «золотым стандартом» диагностики ХГ и циррозов печени (Потапов А.Н., 2004). Однако использование биопсии печени в педиатрии затруднено по объективным и субъективным причинам. Поэтому требуется поиск критериев оценки активности процесса в печени на основании лабораторных и данных ультразвуковой диагностики (УЗД).

Целью работы явилось сопоставление УЗД и клинико-лабораторных данных исследования печени у детей при ХГ.

Материал и методы исследования. Обследованы 11 детей в возрасте 6-14 лет путем проведения УЗД исследования по поводу диагностики ХГ в условиях отделения старшего возраста ГДБ г. Андижан. Исследование сосудов портальной системы и паренхимы печени проведено на аппарате Logig-9 (GE) с использованием датчиков 5,0-8,0 мГц. Этиологически гепатиты распределялись - хронический гепатит В (7), хронический гепатит С (3), аутоиммунный гепатит (1).

Результаты исследования и их обсуждение.

Показано, что общие ЭХО-признаки, характерные для ХГ, были гепатомегалия (с учетом возраста) различной степени выраженности и гиперэхогенность (уплотнение) паренхимы печени: высоко эхогенные тяжистые структуры с ровным контуром по ходу воротной вены, независимо от этиологии ХГ (8), указывало на ЭХО-признаки минимальной выраженности фиброза. Неравномерное утолщение, тяжистые структуры печени были характерны (3) для фиброза тяжелой степени (из них 1 – аутоиммунный гепатит). При этом у детей отмечалось увеличение объемного кровотока по сосудам портальной системы. Следовательно, УЗД данные печени могут служить ориентировочным маркером фиброза паренхимы печени.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕБИОТИЧЕСКОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Арзибекова У.А., Махмудова Б.Ш., Инакова Б.Б., Пазилжанова М.П.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) характеризуется высокой распространенностью среди детей и подростков и имеет большую медико-биологическую и социальную значимость. Одним из нарушений со стороны ЖКТ является изменение качественного и количественного состава микрофлоры, населяющей пищеварительный тракт (дисбактериоз). Функциональное значение микробиоты для организма человека заключается как в поддержании локальных (местный иммунитет кишечника), так и в осуществлении системных функций путем реализации дистанционных и внутриклеточных взаимодействий. Пребиотики, являясь одними из необходимых компонентов питания, относятся к биологически активным добавкам немикробного происхождения, не перевариваемым в кишечнике, способным посредством стимуляции роста и метаболической активности нормальной микрофлоры кишечника оказывать позитивный эффект на организм. К ним относятся пищевые волокна, потребление которых для населения, проживающего в условиях радиоэкологического неблагополучия, от доли сложных углеводов должно составлять не менее 10%.

Целью данного исследования была оценка обеспеченности рационов питания детей дошкольного возраста пищевыми волокнами во взаимосвязи с состоянием их здоровья.

Методы и результаты. Анализ рационов питания обследованного контингента детей выявил дефицит пищевых волокон более чем у 2/3 детей дошкольного возраста, поступление которых с пищей всего лишь на 49,2% удовлетворяет потребностям организма. За счет домашнего питания в будние дни потребление пищевых волокон было компенсировано дополнительно на 25,1%, с учетом домашнего питания в выходные дни – на 85,8% от должного уровня. Выявленный дисбаланс в поступлении пищевых волокон не мог не отразиться на состоянии микробиоты организма, что проявляется в специфической симптоматике функциональных нарушений ЖКТ, среди которых преобладают различные проявления дисфункции кишечника (35,1%), снижение аппетита (14,9%) и запоры (13,9%).

Вывод: выявленный дефицит пребиотиков в рационах питания дошкольников наряду с имеющимися признаками дисбиотических нарушений более чем у 1/3 детей указывает на необходимость осуществления целенаправленной коррекции организованного питания.

К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Проблема профилактики и лечения детей с дефицитом железа, с его клиническими проявлениями (латентный дефицит железа - ЛДЖ, железодефицитная анемия - ЖДА) является исключительно актуальной, требующей унификации этиологических и патогенетических принципов и подходов с учетом региональных особенностей возникновения и развития данной патологии.

Одним из основных способов ликвидации дефицита железа является ферротерапия, которая составляет основу патогенетического лечения. Однако, существующие антианемические средства не лишены побочных свойств и не

всегда оказывают желаемый эффект. Поэтому поиск и создание новых, наиболее эффективных, дешевых и удобных для применения антианемических препаратов является весьма актуальным.

Учитывая это, нами разработана и применена в клинической практике новая композиция натриевой соли орто-карбоксисбензоилферроцена в пищевом яблочном соке, которая названа «Ферман» (имеется разрешения фармкомитета за № 211-15-823).

Ферман в своем составе не содержит дополнительных наполнителей и в отличие от Ферроцерона, имеет сладкий вкус, слабо ароматный запах легко усваивается организмом, что открывает большие возможности для его широкого применения в педиатрии.

Под наблюдением находились (в амбулаторных условиях) 158 детей с железодефицитной анемией в возрасте 1-15 лет.

С учетом возраста они были распределены на 3 группы: I группа - дети в возрасте до 3- лет (49 больных); II группа - дети в возрасте 3-6 лет (50 больных) и III группа - 59 детей в возрасте 7-15 лет. Диагноз ЖДА ставили на основании общепринятых критериев.

Ферман назначался детям I группы по 5 мл (в 1 мл фермана содержится 3,12 мг элементарного железа) 3 раза в день; дети II группы получали по 10 мл 3 раза в день и дети III группы получали по 15 мл 3 раза в день в течение 20-25 дней. Применение препарата в таких дозах не оказало побочного действия ни у одного больного. Фон фармакологической терапии был одинаковым во всех группах.

Об эффективности проводимой терапии судили по изучению в динамике (5-й, 10-й, 25-й дни) количественных и качественных показателей периферической красной крови и обмена железа.

Анализ полученных данных показал, что у больных с ЖДА во всех возрастных группах сывороточного железа в процессе лечения неуклонно увеличивался, начиная уже с 5-го дня терапии и нормализовался к 25 - му дню лечения.

Значительное повышение сывороточного железа приводит к уменьшению в динамике общей железосвязывающей способности сыворотки. За это же время коэффициент насыщения трансферрина железом увеличивается в 4-4,5 раза по сравнению с исходным уровнем.

В конце курса лечения во всех возрастных группах отмечалось достоверное увеличение уровня гемоглобина. Суточный прирост гемоглобина составил в исследуемых группах в среднем 2,23 г/л; 2,13 г/л; 2,28 г/л соответственно. Такое ежедневное увеличение уровня гемоглобина позволяет считать терапию весьма эффективной. Анализ морфометрических показателей эритроцитов в динамике выявил положительные сдвиги, т.е. купирование или тенденция к нормализации ЖДА коррелируют и с другими исследованными показателями.

Таким образом, предложенная нами новая композиция ферроцерона в яблочном соке (Ферман) оказывает выраженный терапевтический эффект и имеет хорошие органолептические свойства, что немаловажно в педиатрической практике.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

В отечественной литературе данные о распространенности дефицита железа (ДЖ) у детей по большинству регионов отсутствуют. Кроме того, нет данных о факторах риска развития не только дефицита железа в целом, но и железодефицитной анемии (ЖДА) и латентного дефицита железа (ЛДЖ), что затрудняет проведение лечебно - оздоровительных и профилактических мероприятий. Проведение исследований по выявлению факторов риска развития ЖДА и ЛДЖ у детей в Республике Узбекистан, где почти каждый второй или третий ребенок страдает дефицитом железа, является исключительно важным обстоятельством.

Исходя из этого нами поставлена цель - изучить факторы риска развития дефицита железа (ДЖ), выделив при этом наиболее значимые из них для детей республики.

Объектом исследования была репрезентативная выборка детского населения Андижанского вилоята, состоящая из 4419 детей в возрасте 1-15 лет.

С целью выявления, измерения и сравнительной оценки степени влияния различных факторов на ДЖ к исследуемой группе больных подобрана группа из 1285 детей того же возраста. Измерение проводилось с помощью тетракорического коэффициента (показатель соответствия). По его величине определено их весовое значение. Рассчитан относительный риск (ОР).

При выявлении и учете факторов риска развития ДЖ акцент делался на основные управляемые факторы со стороны матери (социальное положение, количество детей; медико-биологические - число беременностей и родов, осложнения беременности и родов, экстрагенитальные заболевания; экологические факторы - влияние окружающей среды, наличие пестицидов) и со стороны ребенка (медико-социальные факторы: недоношенность, дети из двойни, дети с малой массой и избыточной массой тела при рождении; вскармливание ребенка: естественное, смешанное, искусственное, несбалансированное вскармливание и питание; организованность; медикобиологические: перенесенные заболевания респираторной системы и желудочно-кишечного тракта, инфекционные, паразитарные и фоновые заболевания у детей раннего возраста, наличие хронических очагов инфекции; экологические факторы: влияние окружающей среды - загрязнение атмосферного воздуха, наличие пестицидов в крови).

Для изучения влияния факторов внешней и внутренней среды на возникновение дефицита железа исследовано 36 социально - биологических факторов, из них 28 оказались статистически значимыми. По уровню надежности из всех факторов наиболее значимыми оказались фактор питания, экологический фактор, заболеваемость ОРВИ, а также состояние здоровья матери, её возраст и образование.

Таким образом, многофакториальное эпидемиологическое исследование позволяет выявить контингент детского населения, имеющий высокую степень риска возникновения дефицита железа. Установлено, что у детей из групп риска дефицит железа возникает в 18,5 раз чаще, чем в общей популяции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ У БЕРЕМЕННЫХ

Арзикулова Д.А. Мамажанова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучить частоту перинатальной патологии у беременных с бактериальным вагинозом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 58 историй родов женщин у которых был диагностирован бактериальный вагиноз. У 92 % (49) была диагностирована колонизация влагалища бактериями вида *Gardnerella vaginalis*.

У 27 женщин бактериальный вагиноз протекал бессимптомно, у наблюдались такие клинические проявления, как обильные выделения белого или серого цвета, с неприятным «рыбным» запахом.

Все женщины получали местное лечение: метронидазол гель местно в течении 7 дней. Исход беременностей: у 15-ти женщин роды закончились преждевременно, у 13-рождение ребенка с низкой массой тела, у 23- преждевременный разрыв плодных оболочек, у 4-хориоамнионит, у 3-послеродовый эндометрит.

Вывод: Клиническое значение бактериального вагиноза является неоспоримым, поскольку нарушение в вагинальном микробиоценозе способствует развитию акушерской патологии.

НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева Д.А., Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: В настоящее время отмечается нарастание социально-психологической дезадаптации детей и подростков, которая требует особого внимания специалистов, в частности школьных врачей и детские психоневрологов (Арзикулов А.Ш., Ахмедова Д.И., 2005).

Целью работы является сравнительно - возрастное изучение степени выраженности клинических проявлений дезадаптации у детей.

Материал и методу: Основным методом исследования были клиника - психологический и эпидемиологические. Степень адаптации детей (7-11 лет, $n=950$) и подростков (12-17 лет, $n=550$) оценивались по методике Горской Е.А. (2004), в модификации М.Л.Аграновского, А.Ш.Арзикулова (2005).

Результаты: Как свидетельствуют результаты исследования, полная дезадаптации выявляющие у детей 12-17 лет $29,6 \pm 3,58$; $P > 0,05$ (22,4% и 36,0%, у мальчиков и девочек) больше, чем у младших школьников $22 \pm 3,38$ (16,5% и 28,1%; соответственно у девочек и у мальчиков). Такое соотношение отмечается и по ИИ степени дезадаптации (14,5% и 25,6%; 10,4% и 19,4%; $P > 0,05$ соответственно у девочек и мальчиков) возрастных периодов 12-17 и 7-11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7-11 лет, и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12-17 лет с дезадаптации выявлен нарушенным только один из 3-х показателей.

Выводу: Таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте ($15,7 \pm 1,18$), среди подростков школьного возраста ($29,4 \pm 1,9$; $P < 0,001$) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности это связано с началом вегетативно-эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН.

Ахмадалиева Н.Ж. Мамажанова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучение эффективности и безопасности комбинированной терапии генитального герпеса препаратами Валцикловир гидрохлорид per os местно крем Пенцикловир.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 34 женщины с первичным генитальным герпесом. В первую группу вошли 16 пациенток, получавших традиционную терапию, включающую Ацикловир 200мг 5 раз в день per os 7 дней и воздействие местно на очаг поражения кремом Ацикловир 5раз в день 10 дней. Вторая группа из 18-ти пациенток получали валцикловир гидрохлорид (ГИПОВИН) 300мг 2раза в сутки 6дней с локальным воздействием на очаг поражения кремом пенцикловир (ГЕРПЕС-СТОП) в течение 5 дней.

Результаты и обсуждение. У пациенток первой группы наблюдали побочные эффекты в виде дисбактериоза (20%),аллергические реакции у одной пациентки(6,5%). Кроме того 5 женщин отказались продолжать и сократили курс лечения из-за длительности и дороговизны, что привело к рецидиву генитального герпеса. Во второй группе ($n=18$) клинические проявления генитального герпеса-интоксикация, зуд, жжение, высыпания уменьшились на 3-4-й день, а к 7-му дню полностью исчезли. Отказа от лечения в этой группе не было.

Вывод. Таким образом, опыт применения метода лечения генитального герпеса комбинированной терапией, включающей валцикловир гидрохлорид(ГИПОВИН)per os и местно пенцикловир (ГЕРПЕС-СТОП) свидетельствует о его высокой эффективности и безопасности.

ОЦЕНКА И ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ахмеджанова Г.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Провести оценку функционирования правого желудочка при систоле у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Было обследовано 189 детей с бронхиальной астмой в возрасте 6-17 лет. С помощью тест контроля были сформированы группы. Первую группу составили 124 ребенка (65,6%) с неконтролируемым течением болезни, а группу сравнения - 30 пациентов (15,9%) с частично контролируемой и 35 пациентов (18,5%) – с контролируемой БА. Группу контроля составили 30 условно здоровых детей. Поскольку рассчитать морфофункциональные показатели правых отделов сердца технически трудно в связи со сложной геометрической формой и анатомическими особенностями ПЖ и наличием эмфиземы легких, для определения функции правого желудочка, мы использовали метод определения систолической экскурсии плоскости трикуспидального кольца, что отражает систолическую функцию ПЖ. Для характеристики степени нарушения систолической функции правого желудочка определяли систолическую экскурсию плоскости трикуспидального кольца путем определения точки соединения плоскости кольца трикуспидального клапана со свободной стенкой правого желудочка, показатель в норме для детей школьного возраста составляет 2,47 мм и чем меньше степень экскурсии плоскости трикуспидального кольца, тем больше степень нарушения систолической функции ПЖ.

Результаты. У детей с неконтролируемым течением болезни $2,24 \pm 0,09$ см и был достоверно меньше по сравнению с детьми контрольной группы, что говорит о тенденции к нарушению систолической функции ПЖ у данной категории детей.

Выводы. Определение показателя трикуспидального кольца позволяет выявить нарушения систолической функции правого желудочка у детей с бронхиальной астмой.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ» В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА

Ахмеджанова Г.С., Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: применение препарата «Анаферон детский» в традиционном лечении рецидивирующих бронхитов.

Материал и методы исследования: препарат «Анаферон детский» был назначен 12 детям, находившимся на стационарном лечении с диагнозом рецидивирующий бронхит. 7 (58,3%) детей на фоне традиционного лечения получали «Анаферон детский», 5 (41,6%) детей лечились традиционным способом. Анализ результатов лечения проводился на основании клинического выздоровления.

Результаты и обсуждение: «Анаферон детский» назначался по схеме указанной в аннотации в первые сутки 8 таблеток, первые 5 приемов по 1 таблетке каждые 30 минут, последующие 3 приема - через каждые 2-3 часа по 1 таблетке сублингвально. Со 2 по 5 день болезни принимали по 1 таблетке 3 раза в день в зависимости от клинической выраженности заболевания. Кроме того, по показаниям, дети получали патогенетически обусловленную базисную терапию. Как показывают результаты наших наблюдений, включение в комплексную терапию «Анаферона детского» способствовало сокращению продолжительности всех проявлений рецидивирующего бронхита. Особенно показательным было достоверное ($p < 0,05$) влияние препарата на динамику температурной реакции, которая нормализовалась - уже на 2 день и к концу 3-х суток у 7 (58,3%) детей из контрольной группы, длительность проявления основных симптомов сократилась в среднем на 3,4 дня, катаральные явления в носоглотке и аускультативные изменения в легких достоверно ($p < 0,05$) уменьшались на 3-5-е сутки, а в группе сравнения температурная реакция держалась в течение 3-4 дней, катаральные явления в носоглотке и аускультативные изменения в легких достоверно уменьшались на 5-7-е сутки. Как показывают, лабораторные данные, в общем анализе крови уровень лейкоцитоза нормализовался уже на 3-сутки после применения в контрольной группе, в то время как в группе сравнения лейкоцитоз держался 5-6 дней.

Вывод: Таким образом, анализ результатов наблюдений за динамикой клинических и лабораторных показателей у детей, принимавших данный препарат, позволил установить уменьшение тяжести и продолжительности основных проявлений заболевания, путем нормализации основных факторов защиты. Включение данного препарата в комплексную терапию рецидивирующего бронхита является достаточно эффективным и безопасным.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЗМОМ

Абдуллаева Д.А., Умарова М.А., Каримова О.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на достижения современной ревматологии, терапия ревматизма до настоящего времени недостаточно эффективна. Рост частоты случаев затяжных и латентных форм процесса делает вопросы совершенствования лечения их особенно актуальными. Коррекция выраженных иммунологических нарушений, имеющих у таких больных может быть одним из звеньев патогенетической терапии.

Целью данной работы было определение эффективности применения левамизола при ревматизме у детей.

Обследовано 64 детей в возрасте 6-15 лет, больных ревматизмом. У всех обследованных детей более первичная атака и активная фаза заболевания. Все дети получали антиревматическую терапию. У 31 детей в

лечебный комплекс, включен левамизол. Левамизол назначали в суточной дозе 2,5 мг/кг, В течение 5 недель 2 раза в неделю. Побочных явлений при применении левамизола по такой схеме не отмечалось.

При поступлении у всех больных снижено количество «Т» -лимфоцитов и содержание иммуноглобулина «М», а количество «О», «В»- лимфоцитов и содержание иммуноглобулинов «А», «Г» повышены по сравнению с нормой.

На фоне применения левамизола отмечена более выраженная положительная динамика клинических проявлений заболеваний. На 4-5 день раньше исчезали явления интоксикации, на 2-3 день раньше восстановились адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы, начиналась положительная клиническая и электрокардиографическая динамика кардиальных изменений. Помимо общего клинического действия, левамизол оказывал положительное влияние на показатели клеточного и гуморального иммунитета, причём сдвиги начинались раньше и более выраженными, чем в группе больных не получавших иммуномодулирующий препарат.

Степень иммуномодулирующего эффекта зависела от выраженности нарушений, и более тем выше, чем значительно отклонялась от нормы исходные показатели.

Таким образом, положительное влияние левамизола как на клиническое течение, так и на иммунологические показатели детей, страдающих ревматизмом, позволяет рекомендовать включение его в комплексное лечение детей, больных с ревматизмом.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Абдуллаева Д.А. Каримова О.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Учитывая актуальность проблему ЖДА, перед нами более поставлена **цель**: изучить ранние симптомы и лабораторные показатели ЖДА у детей раннего возраста.

Железодефицитная анемия- симптомакомплекс, в основе которого лежит нарушение синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа, развивающегося при различных патологических состояниях. ЖДА страдает 80%-85% всех пациентов с анемией. Женский пол болеет значительно чаще, чем мужской. По данным ВОЗ 1 788 600 000 жителей земли страдает железодефицитной анемией.

Материал и методу обследования дети от 5 до 10 лет всего 400детей. Примененее общее принятие методы исследования, как общий осмотр детей, лабораторные методы исследования содержания гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, цветного показателя в зависимости от пола детей.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного анализа более выявлено, что у 90% обследованных детей низкие показатели красной части крови, у 87% выявлена легкая степени, а у 10% случаев средней степени тяжести ЖДА. Одним из симптомов анемии установлена усталость (86%), слабость (78%), бледность кожных покровов (78,7%), снижение аппетита (80%), низкая масса тела детей (30%).

Таким образом, результаты исследования показали, что ЖДА не только сопровождается снижением показателей крови, но и влияет на физическое, психомоторное развитие детей школьного возраста.

Учитывая данную ситуацию, с читаем необходимым проведение массовой профилактики и лечение ЖДА у детей в раннего возраста.

ГИПЕРВИТАМИНОЗ –Д ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ.

Абдуллаева Д.А., Умарова М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Гипервитаминоз-Д кўпинча витамин Д ни кўп микдорда баъзан даволаш ,баъзан профилактик максадда кўланилгандан кейин келиб чиқади.Гипервитаминоз Д кўпинча витаминД ни 10000000ХБ ўтказганда содир бўлади, баъзан эса қисқа муддат 4-8 хафталик оралигида витамин-Д даволаш курси 4000-8000ХБ тавсия этилганда ҳам кузатилиши мумкин.Бу ҳолатларида ҳал қилувчи ролни организмга витамин Д ни ортқича сезувчанлигини ортиб кетиши кузатилади.Гипервитаминоз-Д патогенезида витамин Д ни хужайра мембранасига, модда алмашинувига, гиперкалцемиа оқибатлари, миокарда, алвеолаларда,ошқозон деворларида,ичакларда, кальций тузларини чўқиши кузатилади.Клиник белгиларига кўра гипервитаминозни 3 хил даражаси фаркланади.

- 1- Енгил даража токсикоз кузатилмайди, иштахаси пасайган, кўп терлаш, таъсирчанлик, уйку бузилиши ,огирлик кушилиши камайиши, кальцийни сийдик билан ажралишини купаиши. Сулкович синомаси ижобий.
- 2- Ўртача даражаси.Ўртача токсикоз, иштаха камайиши, қусиш, огирлик кушилиши,гиперкалцемиа,гипомагнемия, гипофосфатемия,гиперцитремия,Сулкович синомаси кескин ижобий.
- 3- Огир даражаси, кучли токсикоз,тўхтавсиз қусиш, кам микдорда огирлик юқотилиши, асоратлар кўшилиши,биохимик кўрсаткичларни кескин ўзгариши.

Кузагувимизда бўлган ва рахит касалигини 1-2 даражалари билан витамин Д даволанаётган 12 та бемор бўлиб, уларни зардобдаги кальций микдори аниқланди ва уларда гипервитаминоз Д ни биринчи белгилари иштахани камайиши, қусиш, огирлик камайиши ва 2 хафтада 1 марта Сулкович синамаси аниқланди, гипервитаминоз Д ни биринчи белгиси кузатилиши биланок дархол витамин Д тухтатилди ва витамин А тавсия этилди.

Шундай қилиб гипервитаминоз Д профилактикасини ўз вақтида ташкил этилиши бола организмда кечадиган қайтмас функционал баъзан органик ўзгаришларни олдини олади.

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Заболевания почек и мочевыводящих путей растут год от года и превратились в серьезную педиатрическую проблему. Высокой частоте во многом способствуют врожденные пороки развития почек и мочевых путей у детей. Своевременная диагностика врожденных пороков развития почек имеет очень большое значение, так как рано начатое лечение предупреждает тяжелые, часто необратимые осложнения. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является скрининговым методом при выявлении пороков развития почек у детей. Факторы риска развития данной патологии служат показанием к проведению ультразвукового исследования у детей, это: наследственнаяотягощенность почечной патологией, артериальная гипертензия в молодом возрасте у ближайших родственников, вредные привычки родителей, наличие у ребенка более 5 малых внешних аномалий, внутриутробные инфекции, наличие эпизодов немотивированного повышения температуры, дизурия, боли в животе и в области поясницы, повышение АД, изменение количества выделяемой мочи, изменения в анализах мочи, изменение цвета и запаха мочи.

Результаты. За 5 лет (2012 и 2018) нами обследовано детей в возрасте от рождения до 3 лет с врожденными аномалиями мочевой системы. Наиболее частой патологией был гидронефроз – 54, причем у 10 детей наблюдался двусторонний процесс. Другие аномалии встречались реже (удвоение ЧЛС – у 10 детей; сращение - подковообразная у 2 и L-образная почка у 1 ребенка). Агенезию почки имели 3, а гипоплазию 8 детей; кистозные изменения почек обнаружили у 4 детей. Для односторонней агенезии характерно отсутствие почки с одной стороны и увеличение размеров противоположной почки вследствие компенсаторной гипертрофии. Агенезия клинически ничем не проявляется до возникновения воспалительных изменений в единственной почке. При гипоплазии почка нормальной формы и структуры, но уменьшена в размере. Клинические проявления возникают при присоединении инфекции. Диспластическая почка характеризуется уменьшением размеров и недоразвитием ее структуры, сосудов и чашечно-лоханочной системы. Клинически обычно проявляется артериальной гипертензией и симптомами пиелонефрита. Врожденной аномалией является сращение почек. Подковообразная или L-образная почка клинически никак не проявляет себя, иногда дети могут испытывать боль. Такая почка предрасположена к возникновению в ней воспаления, появлению камней и развитию гидронефроза. Удвоение почки – наиболее часто встречающаяся аномалия количества почек у детей. Удвоенная почка не имеет каких-либо проявлений и обнаруживается у ребенка случайно. Данная аномалия способствует нарушению оттока мочи, может приводить к возникновению гидронефроза (обструкции пиелоретрального сегмента). Такая почка подвержена воспалительным заболеваниям. При УЗИ выявляется расширение лоханки и чашечек. Подтверждает диагноз экскреторная урография. У детей первых месяцев жизни необходимо проводить дифференциальный диагноз гидронефроза с пиелостазией - функциональным расширением ЧЛС, которое исчезает самостоятельно в течение 3-6 мес. Для эхографической дифференциальной диагностики используется проба с лазиксом. Среди аномалий строения почек большое значение имеют кисты. Обнаружение подобной аномалии может произойти случайно. Часто пациент обращается к врачу с жалобами на боль в животе. При мультикистозе (односторонний процесс) практически вся почка представлена кистами. Мультикистозная почка не функционирует. Клинически может проявляться тупой ноющей болью в поясничной области, артериальной гипертензией. Поликистоз почек характеризуется увеличением размеров обеих почек, множественными кистами при уменьшении функционирующей паренхимы. Симптомы болезни обусловлены либо самими кистами (артериальная гипертензия, тупая ноющая боль в поясничной области, гематурия, пиурия), либо проявлениями почечной недостаточности. Солитарная (простая) киста почки – наиболее часто это случайная находка, поскольку специфических симптомов нет. Клинически солитарная киста может проявляться тупой ноющей болью в поясничной области, повышением артериального давления. При пороках развития почек часто наблюдаются аномалии почечных сосудов, диагностике которых помогает доплерографическое исследование.

Вывод. Таким образом, врожденные аномалии развития почек нередко встречаются у детей, на ранних этапах протекают бессимптомно, часто выявляются только при возникновении в них воспалительного процесса или развитии почечной недостаточности. Своевременная диагностика и лечение позволяют предотвратить или отдалить тяжелые, часто необратимые поражения почек.

АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где сформированы и циркулируют полирезистентные штаммы патогенных микроорганизмов, пневмонию чаще всего вызывают микробные ассоциации. В большинстве случаев антибактериальная терапия не всегда может быть эффективной, что является показанием к проведению активной иммунизации поливалентными вакцинами.

Отечественные препараты, представленные различными модификациями антисинегнойной вакциной, бесклеточной поликомпонентной вакциной из антигенных комплексов клебсиел, стафилококка, кишечной палочки и протей оставались надежным средством профилактики внутрибольничной пневмонии (ВП). Новой вехой в активной иммунизации явился созданный (2010 г) препарат стафило-протейно-синегнойная адсорбированная (СПСА) вакцина, явившейся эффективной в лечении терминальной почечной недостаточности, гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей стафилококко-синегнойной природы. Однако, в профилактике различных гнойно-воспалительных заболеваниях легких у детей данный препарат продолжает изучаться.

Цель исследования: Изучение профилактической направленности СПСА вакцины на частоту развития гнойно-легочных осложнений у детей в ОРИТ.

Материалы и методы: Исследовано 57 детей (1-10 лет) с различными хирургическими, нейрохирургическими, соматическими заболеваниями, госпитализированных в ОРИТ как в послеоперационном периоде, так и в тяжелом состоянии по основной патологии. Всем больным с 1-2 суток проводили искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), стандартную инфузионную поддержку, эскалационную тактику антибактериальной терапии, синдромальную программу. Исследовали показатели периферической и центральной гемодинамики; общепринятые исследования крови; бактериологические параметры микрофлоры зева, крови, мочи; иммунологические показатели (первичное и вторичное звено иммунитета), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Осуществлялся мониторинг сроков и частоты развития пневмонии по критериям: гипертермия более 38,5⁰С, или гипотермия менее 36,5⁰С; появление гнойной мокроты; появление нового инфильтрата на рентгенограмме грудной клетки; лейкоцитоз более 10 тыс кл/мкл или лейкопения менее 4 тыс. кл/мкл. Динамику исследований проводили на 1, 3,10,15 сутки.

Результаты и обсуждение: Пациентов (1 группа), с целью профилактики ВП, однократно вакцинировали СПСА, введением подкожно, в дозе 0,5 мл, в первый день нахождения в ОРИТ. Контрольную группу (2 гр) составили аналогичные пациенты архивной документации, без применения СПСА. Динамика формирования ВП в группе вакцинированных пациентов показала ее развитие у 36,8% , в то время как в контроле – 56,1%. Если в 1 гр. ВП развивалась в среднем на 9,3-4,2 сут., то во 2 гр. – на 6,0-2,2 сут.

Динамика показателей ЛИИ не была отмечена существенной разницей между уровнем интоксикации в обеих группах, составляющая на первые сутки 4-8 баллов. Если на первые сутки иммунный статус характеризовался выраженным лейкоцитозом (20,5 тыс. кл/мкл), относительной лимфопенией (до 9%) без снижения абсолютных и относительных значений Т- и В-лимфоцитов, то в дальнейшем наблюдении (10-15 сут) отмечено снижение лейкоцитоза на 19%- 23%, с ростом относительного числа лимфоцитов на 15% -32%. Но во 2 группе отмечено сохранение умеренного лейкоцитоза (13-14 тыс. кл/мкл) в течении всего периода наблюдения с тенденцией к углублению относительной лимфопении на 16% (5-10 сутки) и на 13% (10-15 сут).

Сравнительный анализ гуморального звена иммунитета отмечен низким титром Ig A в 1 гр. и IgM – во 2 гр. В период 5-10 суток титр IgA нарастал до 24%, к 10-15 суткам – на 53% в 1 группе, в то время как во 2 гр. – он повысился лишь на 15% к 15 суткам. Нарастание титра IgM отмечено выраженность в 1 группе на 5-10 сутки, а во 2 группе – только к 1-5 суткам. Пиковые значения IgG достигали к 15 сут. повышение на 56% в 1 гр., только на 33% - во 2 гр. Анализ фагоцитарного звена был определен устойчивой тенденцией к росту резервных возможностей функциональной активности фагоцитов, о чем свидетельствовала динамика коэффициента клеточной активации в ответ на дополнительные антигенные раздражители.

Вывод. Таким образом, перспективность применения СПСА вакцины характеризуется нарастанием концентрации IgM и нормализации уровня IgA со второй недели госпитализации в ОРИТ, с уменьшением частоты ГП.

БРОНХИАЛ АСТМАГА ЧАЛИНГАН БОЛАЛАРДА ВЕГЕТАТИВ РЕАКТИВЛИКНИ ТЕКШИРИШ

Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. БЖССТ маълумотларига кўра бронхиал астма инсонлар ўртасида сурункали касалликлар орасида энг кўп учрайдиган касалликлар каторида туради. Ушбу касаллик кейинги пайтларда сезиларли даражада “ёшариб” бормоқда.

Касалликнинг ретроспектив тахлили кўрсатишича, касаллик 50% ҳолатларда эрта болалик ёшида, 15% ҳолатда эса бир ёшгача бўлган даврида учрайди. Бироқ БА ни замонавий ташхисоти маълумотига кўра, касаллик асосан 2 – 3 ва баъзан 4 ёшли болалар ўртасида кўп учраётган экан

Изланиш мақсади. Изланишдан асосий мақсадимиз, бронхиал астмага чалинган болаларда вегетатив вегетатив реактивликни тўғри баҳолаш ва буни ўзлаштириш натижасида касалликни даволаш ва асоратларини олдини олишдан иборат.

Текшириш материалари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармокли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 та бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Текширув натижалари. Вегетатив таъминотни орто-клиностатик синамада текшириш.

Ортостатик синамалар – ортостатистик юклама таъсири остида юзага келувчи қон айланиши ҳар- хил параметрларининг динамикасини ўлчашга асосланган функционал диагностика тестлари ўтказилди.

Ортостатик синамалар ўтказиш учун 2 турдаги жисмоний юклама қўлланилди - актив (бемор турганда ва ётганда) ва пассив (тез-тез айланадиган столда, бунда скелет мускуллари гемодинамик адаптацияга камроқ таъсир қилади).

Ўлчашлар натижалари асосида график тузилди, бунда абсциссалар ўқи бўйича – вақт, мин, ординаталар ўқи бўйича – АБ ва пульс кўрсаткичлари. Натижалар АБ ва пульс эгрилигининг ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда чекинишлар даражаси ва характери бўйича баҳоланди. **ноҳушлик хисси пайдо бўлмайди, пульс тана ҳолатини ўзгартиришда +/- 20 та/мин (ўсмирларда - +/- 25 та/мин), систолик АБ қисқа вақт тушади ортостада 1-2 мин га, диастолик эса бутун синама вақтига кўтарилади. АБ тебраниши нормада 10 мм. смб. уст. (болаларда 5 мм. смб. уст.).**

Хулоса: Ушбу усул тиббиёт институтлари талабаларига бронхиал астмага чалинган беморларда вегетатив реактивликни баҳолаш учун ва тўғри ташхис қўйиш учун кўникма шакланишида педагогик технология сифатида ўрганилаётган. Талабалар ушбу касалликни динамикасини баҳолашни ўзлаштироқдалар.

АКТИВНОСТЬ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В МЕМБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С НАРУШЕНИЯМИ ВЕГЕТАТИВНОГО И ТИРЕОИДНОГО СТАТУСОВ

Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Основным звеном в патогенезе функциональных изменений органов и систем при БА у детей является развитие дыхательной недостаточности, проявляющаяся расстройством внешнего, легочного и тканевого дыхания, гипоксией и гипоксемией. Под влиянием гипоксии и гиперкапнии нарушается функциональное состояние ЦНС и нервно-рефлекторная регуляция жизненно важных функций организма. Вследствие нарушенных функций важнейших органов и систем в организме наступают сдвиги в обмене веществ. Нарушение газообмена и окислительно-восстановительных процессов, гипоксия и гипоксемия приводят к активации анаэробного окисления недоокисленных продуктов метаболизма.

Цель исследования. Изучить активность про- и антиоксидантной системы в мембранах эритроцитов у детей бронхиальной астмой с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. Проведенное исследование выявило нарастание интенсивности свободнорадикальных процессов на фоне прогрессирующей недостаточности антиоксидантных систем в лимфоцитах детей, больных БА, углубление проявлений иммунодефицита по Т-звену. В период обострения заболевания отмечается значимый подъем уровня МДА у больных 1 группы до $2,79 \pm 0,11$ нмоль/л, во 2 группе - $8,23 \pm 1,11$, что превышает контроль в 2,33 раза и 2,9 раза соответственно по группам, а ДК достигает уровня у больных 1 группы до $3,27 \pm 0,09$ Е/мл, во 2 группе - $5,61 \pm 0,69$. Полученные результаты свидетельствуют об значительной активации процессов ПОЛ. Уровень СОД снизился в 1 группе на 99,5%, во 2 группе - на 99,6%, что говорит о структурно-функциональных изменениях в мембране лимфоцитов.

Активация ПОЛ и АОС, как результат этого, наличие изменений в липидной структуре являются основанием для проведения лечебных и профилактических мероприятий, направленных на коррекцию указанных нарушений.

Вывод: Таким образом, проведенные исследования установили существенную патогенетическую роль нарушения антиоксидантной функции в организме при БА у детей. Изменения в системе ПОЛ-АОС являются ведущим механизмом нарушения функционирования лимфоцитов.

Потерю функциональной активности иммунокомпетентных клеток при БА можно связать с дисбалансом оксидантной и антиоксидантной систем. Анализ новых данных о патогенезе БА позволяет заключить, что значительное и длительное повышение интенсивности ПОЛ является важнейшим механизмом формирования БА, снижает функциональную активность лимфоцитов, обуславливает формирование иммунодефицита и, как следствие, тяжелое течение заболевания.

БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИ КЕЧИШИ ОГИРЛИГИНИНГ ТУРЛИ БОСКИЧЛАРИДА ВЕГЕТАТИВ РЕГУЛЯЦИЯ ВА ВЕГЕТАТИВ СТАТУСНИНГ ЮЗАГА

Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Бронхиал астмада вегетатив регуляциянинг бузилиши адренергик ва холинергик звеноларга боғлиқ ҳолда амалга ошади. Патологик жараён ривожланишида вегетатив баланснинг ушланиб туришида компенсация ҳолатига етиб олишни, адекват периферик қон оқими ва нормал бронхиал тонус таъминлайди.

Изланиш мақсади. Болаларда бронхиал астмани кечиши оғирлигининг турли босқичларида вегетатив регуляция ва вегетатив статуснинг юзага келиш хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар қўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 та бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. КИГ нинг параметрлари тахлили кўрсатишича, 1 – гуруҳ беморларда симпатовагус мувозанат ВНТ нинг симпатик қисми тинч пайтида симпатикотония кўринишида (45,8%) ёки гиперсимпатикотония (20,8%) назорат гуруҳи билан солиштирганимизда (22,5% ва 2,5%) устун келар экан.

БА билан хасталанган беморлар сони ВНТнинг эйтоник мувозанати 1 – ва 2 – гуруҳларда деярли бир хил бўлади (18,0% и 22,2%).

Бироқ беморларда жараён оғир кечганида симпатикотония фони сезиларли даражада кучли ифодалангани ва 27,8% ҳолатларда кузатилса, ЧВТнинг гиперсимпатикотония варианты 18,5% ҳолатларда кузатилиши маълум бўлди.

Бу гуруҳда 35,2% ҳолатларда БВТ нинг ваготоник йўналиши кузатилиши аниқланди. ВР ни ўрганишида аниқландики, нормал реактивли беморлар микдори 1 – ва 2 – гуруҳларда деярли бир хил бўлар экан (23 (47,9%) и 20 (37,0%).

Бироқ ВНТнинг симпатик ва парасимпатик бўлимларининг бундай мувозанат ҳолати ортостазда солиштирилиши бўйича 2 марта камайиши мумкин.

1 – гуруҳдаги болаларда ортикча симпатик активлик парасимпатик бўлимнинг нормал тонуси вақтида дезадаптив реакция билан характерланди ва керакли даражага (52,1%) ёки ошиқча (37,5%) вегетатив таъминотга етди.

Бундай вариант, вегетатив нерв тизими функциясининг касаллик қўзғалган шароитда, нейрогуморал

активлик ортиши ва гипоксияга қулай мослашган жавоб реакция сифатида юқори даражаси билан характерланади.

БА билан хасталанган беморларни 2 – гуруҳида вегетатив реактивлик ортостатик номутаносиблик билан, артериал гипотензия ва асимпатикотонияни кўп бўлиши (40,7%) билан характерланади, бу 1 – гуруҳда аналогик реакция частотаси ортиши ва назорат гуруҳидаги кўрсаткич билан солиштирганда (16,7% ва 5,0% мувофик) келиши кузатилди.

Индивидуаль ритм вариабел параметрлари тахлили кўрсаткичларига кўра, ВР нинг норма ва гиперсимпатикотоник вариантлари оғир кечган БА да симпатик тонуснинг активлиги қанча бўлса, парасимпатик тонус шунча пасайиши кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, БА га чалинган беморларда вегетатив гомеостаз хусусиятларини, юқори бошланғич симпатикотонус, гиперсимпатикотоник вегетатив реактивлик, етишмовчилик билан борадиган ва аралаш вегетатив таъминот шакллари натижалари билан баҳоланди.

БА да КОС натижалари ва юрак ритми ички структураларини ўрганиш шундан далолат берадики, бунда симпато-адренал ва гипоталамо-гипофизарно-буйрак усти беши тизими унинг захира имкониятлари “сусайиши” рўй берди.

БАни даволашни ишлаб чиқилган давомли усули вегетатив гомеостазни коррекция қилиш режаси ва вегетотроп препаратлар қўллаш усулларида олиб борилади.

БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ТУРЛИ ДАРАЖАЛАРИДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ.

**Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Изланиш долзарблиги. Бронхиал астма устида олиб борилган илмий изланишлардан маълум бўлишича, ушбу касалликнинг турлича оғирлик даражада кечишида тиреоид функция кўрсаткичларининг ўзгаришларини солиштирма тадқиқотлари олиб борилмаган бўлиб, биз ўз ишимизда эндемик буқоқ худуд саналган Ўзбекистоннинг Фарғона водийсида яшовчи инсонларда текширувлар олиб бориш катта аҳамиятга эга саналади.

Изланиш мақсади. Болаларда бронхиал астма нинг турли даражаларида қалқонсимон безнинг функционал ҳолатини аниқлашдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 та бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Қалқонсимон без дисфункцияси 2 – гуруҳдаги бемор болаларда, шу муаммони ҳал этиш учун ҚБ функцияси сақланган бошқа гуруҳдаги болалар билан солиштирма тахлил ўтказилади ва бунда у болаларда вегетатив бузилишлар кузатилмайди.

Бронхиал астмага чалинган болаларда ҚБнинг функционал ҳолатини ўрганиш натижалари кўрсатишича (жадв. 4.4), БА нинг кечишининг оғирлик даражалари тиреоид гормонларнинг функциясини пасайишидан келиб чиқиши маълум бўлди.

Енгил ва ўрта оғир даражаларда кечган БА билан хасталанган беморларда тирейодтиронин ва тироксин гормонлари концентрациясини пасайиши туфайли келиб чиқиши аниқланди.

Бироқ шунга қарамадан ТТГ томонидан жавоб реакциясининг ижобий бўлиши кузатилди ($P < 0,01$). БА нинг оғирлик даражаси билан ТТГ секрециясини сезиларли ўсиши кузатилди ($P < 0,001$).

БА да T_4 даражасининг пасайиши адаптациясининг эндокрин механизмлари мавжудлиги аҳамиятлидир. T_3 нинг жадал ўзгариш натижаларининг тахлили шуни кўрсатдики, унинг симпатоадренал тизимни юқори активлиги шароитида ва доимий такрорланувчи зиддиятли ситуацияларда фаолияти ортар экан.

ТТГ нинг юқори даражада ортиши оғир астма хуружи даврида ТТГ/ T_3 коэффициенти ошиши ва ТИ ($P < 0,001$) ни пасайиши оғир БА хуружи даврида ҚБ нинг гормонини қучли дефицити фонида кечишидан гувоҳ беради.

Нафас йўллари обструкциясини функциясини “лаборатор гипотиреоз” фонида ТГ нинг ноадекват кўтарилишидан гувоҳ беради, керакли даражада кислотали тикланувчи жараёнларни ушлаб туриш учун етарли бўлмайди. Бу эса ўз навбатида бронхообструкцияни шиш механизмида муҳим аҳамият касб этиши билан характерланади.

Хулоса. Шубҳасизки, ушбу гормонни тегишли касалликка таъсири моҳиятини аниқлаш бугунги кунда ҚБ ни субклиник кечиши, умумий T_3 ва T_4 даражасини роли норма доирасида қолишига боғлиқ бўлмоқда.

Қалқонсимон безнинг бирмунча иммунологик кўрсаткичлари бизга тиреопероксидаза ва тиреоглобулинга аутоантителани бошланғич боғлиқлик кўрсаткичи енгил БА да, максимал кўрсаткичи эса оғир БА ($P < 0,001$) да роль ўйнайди. Олинган натижаларимиздан АТ-ТГ ни ҚБ ни аутоиммун зарарланишлари билан кечишига боғлиқлиги аниқланди.

БРОНХИАЛ АСТМАГА ЧАЛИНГАН БОЛАЛАРДА ВЕГЕТАТИВ ДИСФУНКЦИЯНИ КАРДИИНТЕРВАЛОГРАФИЯ УСУЛИДА ТЕКШИРИШ

**Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Изланиш долзарблиги. Охирги 3 – 4 ўн йилликда болалар популяциясини расмий статистик кузатув натижалари тахлилига кўра, бронхиал астма тарқалиши ва темпи етакчилик қилмоқда.

Эпидемиологик текширувлардан маълум бўлишича, инсонларнинг 4 – 8% ушбу касаллик билан хасталанган. Болалар ўртасидаги кўрсаткич эса 15% гача эга эканлиги кўрилди.

Бронхиал астма касаллиги аллергиялик – яллиғланишли касалликлар қаторига киритилиб, асосида фақатгина болалар организмнинг турли антигенларнинг таъсири эмас балки, генетик омиллар катта рол ўйнайди

Изланиш мақсади. Изланишдан асосий мақсадимиз, бронхиал астмага чалинган болаларда вегетатив вегетатив нерв тизимини кардиоинтервалография усулида тўғри ташхислаш ва буни ўзлаштириш натижасида касалликни даволаш ва асоратларини олдини олишдан иборат.

Текшириш материалари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 та бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишлари асосланган.

Текширув натижалари. Вегетатив нерв тизимини кардиоинтервалография (КИГ) усулида текширилди. Бошланғич вегетатив тонус (ИВТ) ва вегетатив реактивлик (ВР) ҳисобланди. Кардиоинтервалография бу адаптация ва компенсатор реакцияларни баҳолашнинг носпецифик усулидир. Беморларни текшириш учун А. М. Вейн ва ҳам муаллифлар томонидан таклиф қилинган қоидалардан фойдаланилди:

- текширишлар оч қоринга ёки овқатдан 2 соат кейин;
- эрталабки соатларда, в/и манипуляцияларидан олдин ўтказилди;
- қайта КИГ текширишлари сутканинг худди шу вақтида ўтказилди;
- битта текширув узоқлиги 40 минутдан ортиқ бўлмади.

КИГ кўрсаткичи бирканалли электрокардиографда қоғоз ҳаракати 25 мм/с тезлигида, боланинг тепага қараб 3-5 минут ётганидан сўнг тинч ҳолатда рўйхатга олинди, кўшимча ҳаяжонни олдини олиш мақсадида бола ва унинг онаси билан муолажа тўғрисида психолог суҳбат ўтказди.

Хулоса: Ушбу усул тиббиёт институтлари талабаларига бронхиал астмага чалинган беморларда кардиоинтервалография усулини баҳолаш, тўғри ташхис қўйиш учун кўникма шаклинишида педагогик технология сифатида ўрганиляпти. Талабалар ушбу касалликни динамикасини баҳолашни ўзлаштирадилар.

FOR PGP'S DIARY: EXUDATIVE CATARRHAL DIATHESIS. THE TACTIC OF PGP.

Abdullayeva M.E., Bakhavadinova Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.

Andijon state medical institute

Exudative catarrhal diathesis of the skin and mucous layers repetitive infiltration of the inflammatory process in injured deskvamative trend during the evening, and is characterized by the development of allergic reactions. Most of the time since the birth of children with signs of exudative diathesis can be observed in the first 3 months. During pregnancy, plus milk, citrus fruits, coffee, chocolate and other allergen-rich consumer products show many signs of exudative diathesis, especially children of parents. Diagnostics up to paying attention of these: children's eczema exudative component to clear the rash of secondary complications of infection tendency. Diathesis appear to be strongly expressed in the blood moderate leucocytosis, eosinophilia, lymphocytosis, monocytosis, Ect slight increases, sometimes the norm - or hypochromic anemia. Differential diagnosis: exudative diathesis neurodermatitis, fungal skin injuries, lymphatic distinguish hypoplastic diathesis.

GPs in accordance with the tactics of rational nutrition - protein, fat, carbohydrates than the age of the child should be given appropriate attention to the need to comply with the norms of feeding. When the breast-fed child ECD removed from the mother's diet obligate allergens. Antihistamine drugs (Procardia 0.025 mg / kg / day, tavegil 0.025 mg / kg / day, suprastin 1-2 mg / kg / day) in the morning and in the evening is recommended. Head of hair damage, sulfur and salicylic acid (salicylic acid and 1 part sulphur 100), Sorbolen cream is recommended. The cream is applied before going to sleep and the next day with the children's shampoo and wash procedure is repeated 3 times a week. The face, the body and the folds of skin lesions, sulfur and salicylic acid cream Sorbolen (PART 2 100 parts of sulfur and salicylic acid) or 1% hydrocortisone ointment applied. Scrotum damage hydrocortisone and nystatin or ketoconazole creams mixture of equal amounts. Children bathing in warm water, wipe with a soft towel after bathing, the air and the sun Tub is recommended to remove the hair of the head mass Messiah, just in time to change a diaper, wet, delicate and sensitive skin parcels of zinc in low light (thin) layer drive is recommended.

RECOMMENDATIONS ON NUTRITION OF CHILDREN AFTER 6 MONTHS.

Abdullayeva M.E., Bakhavadinova. Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.

Andijon state medical institute

Growth and neuropsychic development are the main indicators of a child's health. Of the many factors that can influence these processes, nutrition is one of the leading places. Healthy should be considered nutrition, which provides normal growth, child development, disease prevention and resistance to adverse environmental factors Food for complementary foods is the food of the transition period and food from the family table. The complementary feeding must be timely, adequate in nutritional terms (rich in energy, proteins, micronutrients), correct, i.e. The child is fed in accordance with his requests and signs of saturation, the frequency of feeding and the method of food intake corresponds to this age), culturally acceptable (the food must have a convenient for consumption consistency, a varied taste, aroma, appearance and structure, which determines its perception by the child), safe, affordable.

Timely introduction of complementary foods contributes to the strengthening of health, improving the nutritional status of the correct physical development of infants. Feeding is introduced at the age of 6 months. Neuromuscular coordination is formed by 6-8 months. Children sit without support, First teeth appear, sufficient flexibility of the tongue is formed to swallow harder food lumps. There are skills of self-feeding, growing strength of sucking and moving of the emetic reflex from the middle to the back of the third of the tongue. The appearance of the first chewing movements. Thus, by the age of six months the child becomes physiologically mature and developed to take on other foods (complementary foods).

STAGES OF THE CHILD'S TRANSITION TO THE FAMILY TABLE FOOD
Abdullayeva M.E., Bakhavadinova Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.
Andijon state medical institute

Transition of an infant from exclusively breast milk to food from a family table is carried out in several stages. These stages form a continuous process, pass relatively quickly and smoothly. Children have different readiness for complementary feeding and it is necessary to recognize individual schemes in the rate of introduction of various products for complementary foods.

By 6 - 7 months, you need to choose the type of food that the child can successfully consume and swallow - it's mashed potatoes (vegetable, fruit), gluten-free grains (rice, corn) Well-cooked and mashed liver and meat. To 7-12 months. The following skills are formed: the child sits without support, transfers objects from one hand to another. Cleans the spoon with your lips. Bites and chews Carries out lateral movements of the tongue and movement of food to the teeth. By this age, recommending the following types of products: chopped or chopped dishes and foods that can be eaten by hand: Well-cooked and scroled in the meat grinder liver and meat. Ripe boiled vegetables and fruits (banana, melon, tomato) Cereals (wheat, oats, bread). By 12-24 months, skills of rotational masticatory movements, and stability of the jaws are formed.

There are categories of complementary foods. Which should be introduced in stages: the food of the transition period (from 6-9 months). Food from the family table (to 1 year). It is important to observe the principle of gradualness of accustoming to home food. The child has a special perception of new food. Taste papillae of the tongue perceive 4 primary taste qualities: sweet, bitter, salty, sour; Children eat more if the food is varied; Lure is perceived after 8-10 times, after 12-15 times - a positive perception of food. The child learns to have fun with new food.

It is necessary to follow the best recommendations: The first lure is best given in the morning; When the child is ill, the introduction of complementary foods should not be prescribed; Each subsequent lure is introduced after the child has adapted to the previous one. Thus, the correct introduction and selection of food products is a guarantee of healthy nutrition and proper growth and development of the child during the introduction of new food gradients into the diet.

TRADITIONAL TACTICAL ERRORS IN THE TRANSITION OF THE CHILD FROM BREASTFEEDING TO FAMILY TABLE FOOD.

Abdullayeva M.E., Bakhavadinova. Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.
Andijon state medical institute

The correct introduction and selection of food products is a guarantee of healthy nutrition and proper growth and development of the child during the introduction of new food gradients into the diet, but in many cases tactical mistakes are made when introducing the first complementary foods, such as its early introduction. In this case, breast milk can be replaced by food for complementary foods, and this will lead to a decrease in the production of breast milk and to an insufficient intake of energy and nutrients. The child is exposed to the risk of exposure to pathogens present in food and drink. Increased risk of dyspeptic diseases and food poisoning due to immaturity of the intestines. Fertility returns quickly to the mother. In children up to 5 to 6 months, there is no neuromuscular coordination to form a food lump, transferring it to the oral cavity and swallowing, head movements and support of the spine are not developed, it is difficult to maintain the position for successful absorption and ingestion of semi-solid foods. The introduction of solid food is impeded by a vomitive reflex.

Another tactical error is the later introduction of complementary foods. In this case, insufficient intake of energy and nutrients from one breast milk can lead to a delay in growth and malnutrition. A deficiency of micronutrients (iron, zinc) is developing. There is no development of motor skills (chewing) and a positive perception of the child's new taste and structure of food. The ability to eat "solid" food requires the maturation of the nervous, digestive, urinary and protective systems. Thus, tactical mistakes made during the introduction of complementary foods can result from mildly subtle at first glance nutrition disorders to severe, which can seriously affect the growth and development of the child of early age

FREQUENTLY SICK CHILDREN: IMMUNOCORRECTIVE THERAPY WITH DRUGS OF THE BACTERIAL AND VEGETABLE ORIGIN.

Abdullayeva M.E., Bakhavadinova. Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.
Andijon state medical institute

According to WHO, children of the first 3 years who have been ill at least 5-6 times a year are referred to the group of often ill children (FBD). Subsequently, these children have a decrease in the functional activity of immunity, chronic inflammatory processes in the respiratory system are formed, which leads to a disruption of physical and neuropsychic development. Modern medicine, based on evidence-based principles, is aimed at immunocorrection and immune rehabilitation, and, naturally, the question of choice drugs, one of which may be the immunocorrectors of bacterial (ribomunyl is a combined preparation containing ribosomal fractions of bacteria and proteoglycans of Klebsiella pneumonia .The drug's activity is based on activation Specific and nonspecific immunity) or plant (tonzilgon, including herbs, which have a local anti-inflammatory and antiseptic effect and promote local non-specific factors of body protection) of origin.

We studied the schoolchildren of the first and second grades belonging to the BWA group. Were carried out as preventive in the season of acute respiratory disease, as well as therapeutic measures with the use of drugs Ribonil and Tonzylgon for immunocorrection in their alternate combination. The results of the study showed that in the process of rehabilitation in the group of children who received a combination of immunocorrectors of bacterial and plant origin, the episodes of ARI were reduced by 2.6 times. Consequently, the combined use of immunocorrectors of plant and bacterial origin affects the frequency, duration (shortening) of the period of the disease, as well as the delay in the timing of another acute respiratory disease and the prevention of complications, in addition, children with respiratory allergic have the same positive results.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Абдуллаева О.И., Даминова М.Н., Таджиев Б.М., Юсупов А.С., Халикова Ш.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Цитопатогенное действие герпесвирусов усиливается на фоне иммунодефицитных состояний. В этой связи герпетическая инфекция (ГИ) является одним из важных СПИД — индикаторным заболеванием.

Цель исследования — изучить особенности герпетической инфекции ВИЧ инфицированных пациентов.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей. Под наблюдением находились 57 больных, в возрасте от 1 года до 15 лет, которые находились на учёте в НИИ Вирусологии МЗ РУз. Группу сравнения составили 23 ВИЧ инфицированных детей без ГИ, того же возраста. Лабораторные методы исследования включали проведение общего анализа крови, мочи, кала, изучение иммунного статуса, уровня CD4 клеток; Серологический метод: методом ИФА в крови определены антитела к ЦМВ и вирусу простого герпеса (ВПГ).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что у всех диагностировали различные формы хронической ГИ, реактивация которой имела место в 21(36,85%), а рецидивирующее течение - в 36(63,16%) случаев. При сравнительной оценке тяжести заболевания видно, что ГИ чаще выявлялась у ВИЧ-инфицированных больных в стадии 2Б и 3Б, то есть преобладало число больных с прогрессирующим течением ВИЧ-инфекции. Выявлены следующие клинические симптомы: лихорадка встречалась в 50(87,72%) случаев, в том числе постоянного характера — в 9(15,79%); лимфоаденопатия — в 12(21,06%) случаев (чаще, наряду с другими, увеличивались подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы, в том числе в 5(8,78%) случаях увеличение лимфоузлов имело генерализованный характер); поражение кожных покровов — в 53(92,99%) случаев; грибковые поражения желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы — в 52(91,23%) случаев; бронхообструктивный синдром — в 40(70,18%); гепатомегалия — в 42(73,69%) случаев; генерализованная бактериальная инфекция — в 20(35,09%) случаев. Герпетические поражения кожи в виде сгруппированных пузырьков с серозным содержимым отмечали не только в местах их типичной локализации - на губах, крыльях носа. У инфицированных ВИЧ ежемесячные рецидивы лабиального герпеса регистрировали у 13(61,9%) больных. Для всех рецидивов у ВИЧ-инфицированных больных характерна большая частота и выраженность клинических проявлений.

Учитывая очень широкий спектр поражений - от кожи и слизистых оболочек до внутренних органов и ЦНС, диагностика ГИ на фоне ВИЧ-инфекции достаточно сложна. Герпес кожи и слизистых оболочек подтверждали методом ПЦР в 10,53 % пациентов с поражением слизистой ротоглотки и полости рта у 15,79 % пациентов с нетипичным поражением кожи (эрозивно-язвенным, геморрагически-некротическим, импетигоподобным). В 75,44 % случаев при типичном характере сыпи на коже в виде везикул диагноз не вызывал сомнения. Положительные результаты ПЦР при исследовании крови, подтверждающие вирусемию и свидетельствующие о репликации ВПГ на системном уровне, получили в 66,6 % больных с генерализованной ГИ. Вирусемия сопровождалась герпетическим эзофагитом (22,2%), пневмонией (11,1 %). Поражались не только пищевод, легкие, прямая кишка, но и ЦНС. Герпетическая этиология энцефалита подтверждена 100 % у больного с генерализованной ГИ при исследовании ликвора методом ПЦР.

Выводы: Таким образом, на фоне вторичного иммунодефицита, обусловленного ВИЧ, ГИ приобретает генерализованный характер с множественными поражениями внутренних органов и ЦНС.

БОЛАЛАРДА СЕПСИСНИНГ ҲОЗИРДАГИ КЕЧИШИ ВА УНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ

Абидов А.Б., Бобожонов Ш.Ж., Ташпулатова Ш.А.
Тошкент тиббиёт академияси

Сепсис аввалдан ва хозирга қадар соғлиқни сақлаш муассасалари ўртасидаги асосий муаммолардан бўлиб қолмоқда. Сепсисдан ўлим ҳолатлари, ташхис қўйишнинг қийинлиги, даволаш чораларининг етарлича эмаслиги, қўзғатувчиларни антибиотикларга резистентлиги қийинчиликлар туғдирмоқда. Сепсис фақат Ўзбекистон республикасида эмас балки МДХ давлатлари орасида ўлим сонининг кўплиги, даволаш ва ташхис усулларининг мураккаблиги билан ажралиб туради. Қасалхонада сепсис билан даволанаётган болаларга кетадиган сарф харажатлар бошқа назологияли болаларни даволашдаги харажатлардан 8-10 мартаба ортқидир.

Сепсисни келтириб чиқарадиган қўзғатувчилар бактериялар, замбуруғлар, вирусла ва бошқа касаллик келтириб чиқаришга мойил микроорганизмлар. Бактериялар келтириб чиқарадиган септик ҳолатлар 95% ҳолатни ташкил этади. Граммусбат микроорганизмлардан асосан *S.aureus*, *S. Epidermidis*, *S. Pneumoniae* лар кейинги вақтларда кўпроқ учраб турибди. Кўпроқ стационар шароитида узок вақт даволанган болаларда антибиотикларни нотартиб равишда қўллаш ва қасалхона ичидаги штаммларнинг резистентлиги сабаб бўлмоқда. Ўткир сепсис септикопиемия ёки септицемиа клиник шаклида кечиши мумкин.

Септикопиемия юқори тана ҳарорати ва бир вақтда теридаги йирингли ўчоқлар билан кечади.

Септицемиа – бактериялар токсикоз белгиларининг кучли бўлиши, аммо йирингли ўчоқларнинг бўлмалиги билан фарқланади.

Стафилококкли сепсисда терида ва тери ости клетчаткасида йирингли ўчоқларнинг бўлиши, тана ҳароратининг узок вақт давом этиши, болаларда ривожланишдан орқада қолиш кўпроқ кузатилмақда.

Шуни тақидлаб ўтиш керакки кенг таъсирли антибиотикларнинг турли хиллари ишлаб чиқарилиши билан касаллик бир мунча камайиб бормоқда, аммо маълум муддатдан кейин бактерияларнинг резистентлиги ортиб бормоқда.

Ишнинг мақсади бактериял этиологияли сепсисни самарали даволаш.

Кузатилган да 1 – чи гуруҳ беморларда клиник белгилар 2 ойдан кейин яна қайталанди. “-чи гуруҳдаги беморларда клиник соғайиш 80% беморларда кузатилди. Қайтадан клиник белгилар пайдо бўлиши 10- 15% беморларда 7-8 ойдан кейин кузатилди.

Кузатилган да 1 – чи гуруҳ беморларда клиник белгилар 2 ойдан кейин яна қайталанди. “-чи гуруҳдаги беморларда клиник соғайиш 80% беморларда кузатилди. Қайтадан клиник белгилар пайдо бўлиши 10- 15% беморларда 7-8 ойдан кейин кузатилди.

Шундай қилиб бактериял этиологияли септикопиемия билан касалланган беморларда Стафилококка қарши антифагин (вакцина) ва Витрум кидц препарати бериш яхши самара бериши кузатилди.

ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПЕДИАТРИИ Базарова М.У., Махмудова Б.Ш., Пазилжанова М.П. Андижанский государственный медицинский институт

Стремительное развитие иммунологии в последние годы сопровождается использованием расширенных панелей моноклональных антител (МКА) при изучении показателей иммунного статуса (Хайтов Р.М. и соавт., 1998). Расширение использования показателей клеточного иммунитета позволяет с высокой точностью характеризовать иммунофенотипические и (или) функциональные особенности иммунокомпетентных клеток крови у детей с нарушениями иммунного статуса (Лебедев Б.Аю, 2003). В числе важнейших маркеров, используются в составе панели МКА на кафедре в сотрудничестве с ЦНИЛ АндГосМИ при обследовании детей с различными патологиями.

Среди иммунных показателей важнейшими являются CD₃⁺ (зрелые Т-лимфоциты, норма 59-85%, абсолютное число – норма 1100-4100), CD₄⁺ (Т-хелперы/ индукторы, норма 29-57%, в абсолютном количестве – 600-2800), CD₈⁺ (Т-супрессоры, цитотоксические клетки, норма – 10-38%, в абсолютном количестве – 500-1900), CD₁₉⁺ (В-лимфоциты) (норма – 6-25%, абсолютное количество – 260-1500). Эти клеточные популяции являются традиционными для клинической иммунологии. Кроме того, при анализе результатов исследования оценивали соотношение CD₄/CD₈, индекс иммунологической резистентности – ИИР, являющиеся традиционным показателем в клинической иммунологии (норма – 0,4-3,6). Нам представляется, что вышеприведенные маркеры Т-клеточной популяции лимфоцитов позволяют выявить иммунофенотипические особенности больных детей (первичные и вторичные иммунодефициты) и оценить влияние проводимых иммунокорректирующих препаратов в динамике комплексного лечения больных детей.

ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Ботиров А.Р., Абдуллаева М.Э., Ганиев А.Г., Садикова Н.Б. Андижанский государственный медицинский институт Ташкенская медицинская академия

Актуальность проблемы. Атопический дерматит (АД) занимает ведущее место в структуре аллергических заболеваний и потому остается актуальной проблемой современной медицины. АД является хроническим аллергическим лихенифицирующим воспалением кожи, возникающим в результате готовности иммунной системы к развитию аллергической реакции, сопровождается кожным зудом и частым инфицированием. Показатель распространенности АД продолжает увеличиваться во всем мире.

Цель исследования. Исследовать клинико-лабораторные показатели и состояние иммунологической реактивности, иммуномодулирующий и противорецидивный эффекты «Эдем» у детей младенческой формы атопического дерматита.

Задачи исследования. Сопоставить клинико-иммунологические показатели у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию, и у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем»

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в период с 2015 по 2017 г. находилось 62 ребёнка (24 мальчика и 38 девочек) в возрасте 12-15 лет со среднетяжёлым течением атопического дерматита (АД). Первая группа больных атопическим дерматитом (31 пациент) получила комплексную общепринятую терапию, вторая группа больных атопическим дерматитом (31 пациент) – комплексное лечение в сочетании с «Эдем». У наблюдаемых детей подросткового возраста с атопическим дерматитом изучали данные анамнеза и общеклинические показатели, проводили клинико-лабораторные и иммунологические исследования. Обследование больных атопическим дерматитом и все лечебные мероприятия осуществляли с письменного согласия самих пациентов и их родителей.

Результаты исследования. В периоде клинической ремиссии у первой группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию констатировалось повышение уровней иммуноглобулина G (p<0,001), иммуноглобулина M (p<0,001), общего иммуноглобулина при отсутствии достоверных сдвигов уровня иммуноглобулина A в сыворотке крови у больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с препаратом «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечалось повышение уровней иммуноглобулина G (p<0,001) и иммуноглобулина M (p<0,02) при отсутствии статистически достоверных изменений уровней иммуноглобулинов A и E, циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови. На

основании результатов исследований сделать заключение о диагностической значимости изучения параметров иммунологической реактивности при тяжёлом течении атопического дерматита у детей раннего возраста и обосновать целесообразность включения «Эдем» в комплексное лечение больных. У больных младенческой формой атопического дерматита, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечается нормализация большинства параметров иммунологической реактивности.

Выводы. Проведение больным младенческой формой атопического дерматита комплексного лечения в сочетании с двумя курсами «Эдем» с интервалом между ними в три месяца обеспечивает наступление полной клинической ремиссии, продолжительность которой превышает в семь раз продолжительность клинической ремиссии у больных младенческой формой атопического дерматита, получавших только комплексную общепринятую терапию.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Базарова Ф.Ф., Арзибекова У.А., Пазилжанова М.П.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вирусные инфекции в перинатологии представляют серьёзную опасность для плода и нередко являются причиной всего спектра антенатальной патологии (мертворождение, пороки развития органов, задержка внутриутробного развития), а также могут быть причиной различных гематологических изменений.

Цель исследования. Выявить возможные особенности изменений в гемограмме новорожденных и детей раннего возраста с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции.

Материал и методы исследования. Обследованы 35 новорожденных и детей первых месяцев жизни по поводу обследования TORCH-инфекции. ИФА-маркеры последних (токсоплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, герпес I – II, цитомегаловирусная инфекция) проводились с помощью тест-системы «Вектор- Бест»: определение антител G, M, A и программного белка указанных вирусов. После уточнения диагноза дети распределялись на две группы: серопозитивные (n = 15) и серонегативные (n – 20). Материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. При анализе полученных данных выявлено, что матери серопозитивных детей по TORCH-инфекции во время беременности страдали угрозой прерывания беременности (60,0% против контрольной, т.е. дети с серонегативными маркерами TORCH-инфекции - 25%, P<0,01), преэклампсией (77,8% против 40,0%, P<0,01), анемией (23,3% против 75,0%, P<0,05). У 80% матерей (против 45%), детей с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции наблюдалось осложненное течение родовой деятельности: преждевременное излитие околоплодных вод (46,6%), длительный безводный период (20,0%), кесарево сечение (13,5%). Следовательно, у многих матерей с иммунологическим маркером TORCH-инфекции имеет место осложненное течение беременности и родов.

В анализе крови у детей с ИФА-маркерами TORCH-инфекции чаще выявлялась анемия с $Hb \leq 120$ г/л (73,3% против 60,0%, P<0,05), тромбоцитопения ≤ 50000 /МНЛ (26,7% против 15,0%, P<0,05), нейтропения (40,0% против 20,0%, P<0,05) и лимфопения (20,0% против 10,0%, P<0,05). Отличительными особенностями периферической крови новорожденных и детей первых месяцев жизни с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции явилось уменьшение общего количества лейкоцитов ($5636,8 \pm 659,2$ против $6397,9 \pm 305,9$, P<0,05), уменьшение относительного содержания лимфоцитов ($65,7 \pm 3,1\%$ против $75,5 \pm 1,54\%$, P<0,01), уменьшение палочкоядерных нейтрофилов ($4,27 \pm 0,18$ против $3,29 \pm 0,26\%$, P<0,05), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – ЛИИ ($0,41 \pm 0,08$ против $0,19 \pm 0,01$, P<0,01), гранулоцитарно-агранулоцитарного индекса – ГАИ ($0,49 \pm 0,06$ против $0,28 \pm 0,05$, P<0,05), общего индекса интоксикации – ОИИ ($0,89 \pm 0,04$ против $0,37 \pm 0,05$, P<0,001), увеличение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – ИСНЛ ($0,54 \pm 0,04$ против $0,19 \pm 0,09$, P<0,05) и соотношения нейтрофилов к моноцитам – ИСНМ ($7,49 \pm 0,18$ против $0,29 \pm 0,09$, P<0,05).

Вывод. У новорожденных и детей первых месяцев жизни при наличии серопозитивных маркеров TORCH-инфекции выявляются определенные гематологические изменения периферической крови. Это, по-видимому, связано с непосредственным действием вирусов внутриутробной инфекции на гемопоэтические клетки. Требуется продолжение научного поиска в определении специфичности гематологических изменений в зависимости от этиологической структуры TORCH-инфекций.

ПОКАЗАТЕЛИ РАЗЛИЧНЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НА ФОНЕ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Болтабаева М.М., Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В литературе имеются многочисленные сведения, указывающие на связь иммунологических сдвигов с функциональным состоянием щитовидной железы при гломерулонефрите у детей.

Цель исследования: Выявить иммунологические нарушения при тиреоидной дисфункции на фоне гломерулонефрита у детей.

Материал и методы исследования. Обследовано 80 детей с острым и хроническим гломерулонефритом и были выявлены признаки иммунопатологических изменений не только почек, но и щитовидной железы, что нашло свое отражение в появлении в крови антител к антигенам щитовидной железы и повышении показателя повреждаемости нейтрофилов при постановке реакции с этими антигенами.

Полученные результаты. У детей с различными клиническими синдромами острого гломерулонефрита при поступлении в стационар обнаруживались циркулирующие в крови геммагглютинирующие антитела к антигенам щитовидной железы, надпочечника, поджелудочной железы и инсулина. Вместе с тем, при всех клинических

синдромах острого гломерулонефрита имело место значительное увеличение показателя повреждаемости нейтрофилов (ПШН) при постановке теста с этими антигенами ($P < 0,001$). Аналогичные результаты были получены при постановке реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) и реакции повреждаемости нейтрофилов с антигенами щитовидной железы у больных с различными клиническими формами хронического гломерулонефрита. При этом сдвиги иммунологических показателей у детей с различными клиническими формами хронического гломерулонефрита оказались более выраженными, чем при аналогичных клинических синдромах острого гломерулонефрита. Результаты исследований свидетельствуют о том, что у детей с различными клиническими синдромами острого гломерулонефрита в начальном периоде заболевания и у детей с различными клиническими формами хронического гломерулонефрита в периоде обострения почечного процесса имеют место неодинаковые сдвиги показателей функционального состояния щитовидной железы, а также признаки иммунопатологических изменений эндокринных желез.

Выводы: Данные, полученные в ходе этих исследований, позволили авторам рекомендовать включение в комплексный план лечения больных гломерулонефритом тиреоидина (при пониженной функции щитовидной железы) и йодистого калия (при пониженной функции органа).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Болтабаева М.М., Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. ВИЧ- нефропатия – главная причина хронической болезни почек (ХБП) у ВИЧ-инфицированных больных, определяющей почечную и общую выживаемость. ВИЧ-инфицированные в большей степени, чем общая популяция, подвержены развитию гломерулонефрита, ассоциированного с вирусами гепатитов В и С (криоглобулинемического), а при развитии злокачественных опухолей - мембранозной нефропатии и АА-инфицированных больных - амилоидоза.

Цель исследования. Определить клинические особенности ВИЧ-нефропатии у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 5 ВИЧ инфицированных ребенка с поражением почек.

Результаты наблюдений. Особенности клинической картины ВИЧ-ассоциированной нефропатии являлась высокая протеинурия и быстрое прогрессирование почечной недостаточности. АД оставалось нормальным. При назначении лекарств, подавляющих активность ВИЧ, функции почек улучшались. При отсутствии лечения (родители 1 ребенка отказались от специфического лечения) ВИЧ-ассоциированная нефропатия протекала с клиникой прогрессирующей почечной недостаточности. Остальным 4 детям лечение ВИЧ-ассоциированной нефропатии проводили под контролем специалиста центра по вопросам борьбы со СПИДом в форме комбинированной противовирусной терапии с обязательным условием назначения лечения до развития выраженной почечной недостаточности. Также в комплексе с базисными препаратами предпочтение отдавалось ингибиторам АПФ (каптоприл, эналаприл, фозиноприл, периндоприл), противовирусным препаратам – виферону и т.д. Очевидно, что больным даже с нефротическим синдромом не назначались глюкокортикоиды и цитостатики. При терминальной почечной недостаточности применяли методы заместительной почечной терапии (гемодиализ).

Вывод. Необходим постоянный контроль за функциональным состоянием почек с целью раннего выявления отклонений и своевременной коррекции нарушений.

ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Болтабоев Ф.И., Мирзакаримов Б.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить методы диагностики эхинококкоза печени.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач мы обследовали 76 пациентов с диагнозом эхинококка печени.

Результаты исследования: Одним из наиболее эффективных методов диагностики объемных поражений печени является ультразвуковое исследование. Неосложненная эхинококковая киста представляет собой сферическое образование правильной формы с гладкими стенками, жидким содержимым. Могут выявляться дочерние кисты в виде септ, округлых образований внутри кист, локализованных утолщений стенки кисты или компактных эконегативных участков. При осложненном цистном эхинококкозе наблюдается изменение эхосигналов, их нерегулярность, угасание части из них свидетельствует о некротических изменениях содержимого кисты. Контур кисты теряет свою четкую очерченность. При частичной гибели кисты, отслоении кутикулярной оболочки от фиброзной стенки наблюдается феномен «трещины стенки», или «плавающей оболочки». При вскрытии кисты в желчный проток или брюшную полость наблюдается уменьшение размеров кист. При толстостенных и кальцифицированных кистах регистрируются сильные эхосигналы от передней стенки кисты, за которой выявляется как бы ультразвуковая дорожка. На компьютерных томограммах эхинококковые кисты визуализируются в виде участков гомогенно пониженной плотности с четкими ровными контурами. Могут выявляться дочерние кисты, некротические участки и кальцифицированная оболочка. Границы инфицированных кист менее четкие, кисты могут содержать воздух, «плавающие» оболочки кисты.

Выводы: 1. Заболеваемость эхинококкозом в Республике Узбекистан имеет тенденцию к возрастанию, наибольшее число случаев заболевания регистрируется в зоне долин; его распространенность обусловлена плотностью народонаселения, низкой санитарно-просветительной работой, неудовлетворительными материально-бытовыми условиями проживания, отсутствием массовых профилактических осмотров.

2. Неинвазивность, быстрота, простота и в силу эффективности ультразвуковое исследование является основным

методом в комплексной диагностике и интраоперационной профилактике эхинококкоза печени и органов брюшной полости, а в сочетании с компьютерной томографией позволяет в 100% случаев установить точную локализацию паразита и решает выбор, объем, тактику хирургического вмешательства.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Болтабоев Ф.И., Мирзакаримов Б.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить клинические особенности и вопросы диагностики эхинококкоза печени.

Диагноз эхинококкоза устанавливается на основании клинической картины заболевания (неспецифическое поражение различных органов), при наличии эпидемиологического анамнеза (контакт с зараженными животными), с обязательным учетом данных рентгенологического исследования, радиоизотопного обследования, ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

В лабораторных условиях заболевание подтверждается при помощи следующих специфических методов: микроскопическое исследование мокроты – обнаружение возбудителя эхинококкоза; микроскопическое исследование мочи – обнаружение возбудителя эхинококкоза; иммунологические методы исследования: реакции непрямой гемагглютинации (РНГА), латекс-агглютинации, двойной диффузии в геле, иммуноэлектрофореза (ИЭФ) и встречного иммуноэлектрофореза (ВИЭФ), флюоресцирующих антител (РФА), сколекспреципитации, иммуноферментный анализ (ИФА) – обнаружение антигенов возбудителя, а также специфических антител IgG в сыворотке крови.

К неспецифическим методам лабораторной диагностики эхинококкоза относится общий анализ крови (ОАК). Дифференциальная диагностика эхинококкоза проводится с новообразованиями в пораженных органах.

Выводы: исследование играет важную роль в выявлении эхинококкоза печени. Вышепредложенная классификация должна помочь врачам в дифференциально-диагностическом поиске и в подборе правильной тактики лечения пациентов с данным заболеванием.

ЎТКИР ОБСТРУКТИВ БРОНХИТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА АНТИВИРУС ВА АНТИГИСТАМИН ПРЕПАРАТЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзу долзарблиги. Ўткир обструктив бронхит бронхларнинг инфекциян яллиғланиш касаллиги бўлиб, у кўпинча эрта ёшли болаларда учрайди. Касаллик асосан тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳасизлик, йўтал, масофадан хириллашларнинг эшитилиши, экспиратор хансирашлар билан кечади.

Материал ва усуллар: Текширув Андижон вилоят кўп тармоқли болалар тиббий марказининг пульмонология бўлимида ўтказилиб, 46 нафар 2 ойдан 3 ёшгача бўлган ўткир обструктив бронхит билан хасталанган бемор болалар назоратга олинди.

Натижалар: Ўткир обструктив бронхит билан оғриган бемор болаларда объектив текширув ва умумий клиник таҳлиллар натижаларига кўра беморларнинг 70 % 1 ёшгача бўлган болалар ташкил қилди. Касаллик билан оғриган бемор болаларнинг аксариятида (80 %) экссудатив-катарал диатез мавжудлиги аниқланди. Касаллик ривожланишида этиологик омил бўлиб асосан юқори нафас йўлларида вирусли инфекциялари сабаб бўлган. Барча беморларда клиник таҳлиллар натижаларига кўра танқислик анемияси (98%) ва 45 % холатларда эозинофилия аниқланди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Уларнинг 1-гуруҳига антибиотик ва сальбутамол қўлланилди. 2 гуруҳига вирусга қарши ва антигистамин воситалар билан биргаликда муколитик воситалар қўлланилди.

Текширув натижаларига кўра иккинчи гуруҳдаги беморларда тезроқ касаллик белгилари бартараф бўлди ва нафас етишмовчилиги ва интоксикация йўқолди.

Хулоса: Ўткир обструктив бронхит даволашда антигистамин ва антивирусли препаратлар қўллаш касалликка самаралироқ таъсир кўрсатиши аниқланди.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из наиболее частых патологических состояний в структуре заболеваний органов мочевой системы являются дисметаболические нефропатии различного генеза.

Материал и методы исследования. Сравнительное исследование эффективности препарата «Канефрон Н» было проведено у 80 детей, находившихся в отделении нефрологии и урологии. В динамике лечения отмечалось снижение частоты микрогематурии, особенно к 30 дню, несколько чаще в основной группе. В динамике лечения препаратом Канефрон Н частота выявления гематурии постепенно снизилась к 30 дню терапии и наблюдалась только у единичных детей (4 ребенка). Аналогичная динамика, но менее значимая наблюдалась при лечении витаминами. Сходная динамика имела место и в отношении гипероксалурии у детей обеих групп: в основной группе частота гипероксалурии постепенно снижалась и к 30 дню терапии она наблюдалась только в четверти случаев. В отличие от этого, при лечении витаминами отмечалось менее значимое снижение частоты гипероксалурии, и к 30 дню терапии она наблюдалась трети случаев. Сравнение среднего уровня оксалатов в моче у детей обеих групп выявил сходную динамику. У детей, получавших лечение Кудесаном, было более значимое снижение среднего уровня оксалатов в моче, по сравнению с контрольной группой. Уже к 10-му дню терапии у 1/3 детей обеих групп

исчезла оксалатно-кальциевая кристаллурия (ОКК). Кристаллурия сохранялась у 20% детей основной группы к 30 дню лечения и более чем у четверти детей группы сравнения. При анализе мембраностабилизирующего и антиоксидантного действия Канефрон Н выявлено: улучшение показателей фибринолитической способности мочи отмечалось у 90% детей обеих групп. Средний уровень фибринолитической способности мочи был выше на Канефроне Н на 20% на 10 день и на 30% - на 30 день терапии по сравнению с группой контроля; схожая картина наблюдалась при анализе содержания в моче липидов, гликозаминогликанов и перекисей на фоне проводимой терапии. Исследование функционального состояния почек – показателей ацидоаммиогенеза (уровень титруемых кислот и аммиака) и концентрационной способности почек (по осмолярности мочи), так же показало определенные преимущества препарата «Канефрон Н» над комплексом витаминов.

Выводы: Эффективность лечения комплексом витаминов временная и после окончания лечения вновь отмечается ухудшение изучаемых показателей, что указывает на необходимость проведения повторных курсов терапии дизметаболической нефропатии.

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В литературе приводятся довольно многочисленные, но противоречивые сведения, указывающие на функциональные нарушения щитовидной железы при гломерулонефрите у взрослых лиц и детей.

Материал и методы исследования. У наблюдаемых нами детей с острым и хроническим гломерулонефритом без нарушения функции почек, обследованных при поступлении в стационар, до назначения комплексной патогенетической и симптоматической терапии у детей с различными клиническими синдромами острого гломерулонефрита в начальном периоде заболевания были неоднозначными.

Результаты: При нефритическом синдроме острого гломерулонефрита имело место значительное повышение уровня с белками йода (СБИ) и увеличение концентрации тироксина (Т_д) в сыворотке крови (P<0,001), а у детей с нефротическим синдромом заболевания констатировалось уменьшение содержания СБИ и Т₄ при небольшом повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови (P<0,05-0,001). У больных с изолированным мочевым синдромом острого гломерулонефрита достоверных изменений содержания СБИ и тиреоидных гормонов в крови не отмечалось, а у детей со смешанным синдромом острого гломерулонефрита регистрировалось понижение уровня трийодтиронина (Т₃) в сыворотке крови (P<0,001). Вместе с тем, у детей с различными клиническими синдромами острого гломерулонефрита отмечались изменения величины коэффициентов Т/Т₄, ТТГ/Т₃ и ТТГ, что указывало на наличие внутрипериферической и центрально периферической диссоциации в тиреоидном гомеостазе. У больных с нефротическим и изолированным мочевым синдромами регистрировалось увеличение коэффициента ТТГ/Т₃ (P<0,05, <0,001); коэффициент ТТГ/Т₄ был снижен при нефритическом и повышен при нефротическом синдроме острого гломерулонефрита (P<0,02, <0,001). У больных нефротической формой хронического гломерулонефрита имело место понижение уровня СБИ в сыворотке (P<0,001), тогда как при гематурической и смешанной формах заболевания существенных изменений содержания связанного с белками йода в сыворотке крови не отмечалось.

Выводы: Достоверных сдвигов содержания трийодтиронина и тиреотропного гормона в сыворотке крови детей с различными клиническими формами хронического гломерулонефрита не обнаруживалось. У больных нефротической формой ХГН констатировалось значительное снижение, а при гематурической форме - повышение уровня тироксина в сыворотке крови (P<0,001).

СДВИГИ ГУМАРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ганиев А.Г., Абдуллаева М.Э., Баховитдинова З.М., Сахибова М.Д

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Атопический дерматит (АД) является одним из самых часто встречающихся заболеваний в детском возрасте. Его распространённость среди детей в экономически развитых странах мира колеблется от 10 до 28%, а в структуре аллергических болезней у детей доля атопического дерматита составляет 50-75%.

В течение последних десятилетий отмечался прогрессирующий рост заболеваемости атопическим дерматитом. В европейских странах в популяции детей, рождённых до 1960 года, распространённость атопического дерматита колебалась от 1,4 до 3,1%, у детей, рождённых в 1960-1970 годах, распространённость атопического дерматита колебалась от 3,8 до 8,8%, а среди детей, рождённых после 1970 года, распространённость атопического дерматита выросла до 20,4%. Несмотря на большое количество исследований, посвящённых изучению проблемы атопического дерматита, остаётся недостаточно изученным характер иммунных нарушений у детей раннего возраста с тяжёлым АД, являющимся одним из часто встречающихся клинических вариантов заболевания. Это обстоятельство побуждает искать новые методы исследования больных.

Цель и задачи исследования. Исследовать клинико-лабораторные показатели, изменения параметров иммунологической реактивности и фагоцитарной активности нейтрофилов при младенческой форме АД в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии.

Объект исследования. Под наблюдением находилось 25 детей (15 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 8 месяцев до 3 лет с тяжёлым течением АД. Для оценки состояния иммунитета у всех больных исследовали концентрацию иммуноглобулинов (Ig) G, A, M, E и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке

крови. Содержание иммуноглобулинов G, A, M в сыворотке крови у больных АД определяли методом радиальной иммунодиффузии с использованием моноспецифических антисывороток.

Результаты исследования. В периоде обострения заболевания у общей группы больных младенческой формой АД отмечалось значительное снижение уровней иммуноглобулина G, иммуноглобулина A и иммуноглобулина M, резко выраженное повышение уровня иммуноглобулина E в сыворотке крови. В периоде клинической ремиссии у больных АД обнаруживалось понижение уровней иммуноглобулина G и иммуноглобулина M, выраженное повышение уровня иммуноглобулина E при отсутствии достоверных изменений уровня иммуноглобулина A в сыворотке крови. Уровень иммуноглобулина G в сыворотке крови у больных АД в периоде клинической ремиссии был выше его уровня в периоде обострения заболевания. В периоде обострения заболевания у детей раннего возраста с АД констатируются изменения гемограммы, свойственные аллергическому воспалению, нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета, снижение неспецифической резистентности, высокие уровни общего иммуноглобулина E и интерлейкина-1бета в сыворотке крови. Исследований фагоцитарной активности нейтрофилов свидетельствуют о том, что в периоде обострения заболевания у больных младенческой формой тяжёлого атопического дерматита констатировалось значительное снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,001$), фагоцитарного индекса ($p < 0,001$) и НСТ-теста ($p < 0,001$). В периоде клинической ремиссии у больных атопическим дерматитом тоже выявлялось снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,01$) и фагоцитарного индекса ($p < 0,01$), хотя изменения этих показателей были менее выраженными, чем в периоде обострения заболевания. Значения НСТ- теста у больных атопическим дерматитом в периоде клинической ремиссии существенно не отличались от таковых у практически здоровых детей.

ВЫВОДЫ. В периоде обострения заболевания у детей раннего возраста с тяжёлым атопическим дерматитом констатируются изменения гуморального звеньев иммунитета, снижение неспецифической резистентности, высокие уровни общего иммуноглобулина E и интерлейкина-1бета в сыворотке крови. Для объективной оценки активности аллергического воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии у детей раннего возраста, страдающих АД, рекомендуется исследовать в динамике параметры гуморального звеньев иммунитета, неспецифической резистентности в сыворотке крови.

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Баховитдинова З.М., Нишонова Д.В., Юнусов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Распространённость бронхиальной астмы существенно влияет на критерии её диагностики и методике изучения. Большинство статистических данных базируется на показателях, полученных при обращении пациентов в лечебные учреждения. Однако эти результаты не соответствуют истинной распространённости заболевания в связи с поздней диагностикой, особенно на ранних стадиях и в лёгких случаях болезни, ибо в официальной статистике фигурируют преимущественно среднетяжёлые и тяжёлые формы бронхиальной астмы с частыми приступами. В настоящее время выделяют ещё одну группу признаков, наследование которых приводит к развитию бронхиальной астмы - предрасположенность к повышенному синтезу определённых цитокинов. В частности, картированы гены, контролирующие продукцию цитокинов: 5q 31.1 - ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-9, ИЛ-13, ГМ-КСФ (стимулируют продукцию иммуноглобулина E, функции тучных клеток, базофилов, эозинофилов); 6q 21.3 - ФИО -а (плейотропный воспалительный цитокин); 12q 14, 24-33 - ИФН- γ (ингибитор Th2-лимфоцитов). При этом ИЛ-4 играет существенную роль в атопическим иммунном ответе как за счёт переклечения клеточного ответа в сторону Th2-подобных клеток, так и путём влияния на индукцию выработки иммуноглобулина E B-лимфоцитами. Это позволяет отнести ген ИЛ-4 или гены факторов, регулирующих его экспрессию, к числу генов- «кандидатов», ответственных за развитие предрасположенности к атопии и бронхиальной астме.

Цель: изучение основных показателей гуморального и клеточного иммунитета, уровня цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-2, ФНО-а) в сыворотке крови и полиморфизма генов цитокинов (С-590Т IL-4, С - 597А IL10 и Т-330G IL2,G-308A TNFA) у детей с атопической бронхиальной астмой (АБА) с различным уровнем контроля над заболеванием.

Материалы и методы исследования: обследовано 29 детей с контролируемой АБА (КАБА) и 21-с неконтролируемой АБА (НАБА). Контрольная группа - условно здоровые дети ($n = 25$). Все обследованные - узбеки в трех поколениях. Диагноз, тяжесть и уровень контроля заболевания были определены в соответствии с GINA. Субпопуляции клеток иммунной системы в крови определяли с помощью проточной цитометрии. Уровень цитокинов в сыворотке крови измеряли с помощью ELISA-2014. Генотипирование однонуклеотидных полиморфизмов проводили с помощью ПЦР и анализа длины рестриктных фрагментов с последующей детекцией в агарозном геле. Частоты генотипов были протестированы на отклонение от Харди- Вайнберга (HWE) по точному критерию Фишера.

Результаты: показаны достоверные различия сывороточного уровня ФНО-а, ИЛ-4, IgE и относительного количества CD8+ (повышены), в то время как уровень CD3+ клеток и относительное количество CD4+ снижены у больных детей с НАБА по сравнению с КАБА ($p < 0,05$). В группе КАБА наблюдалась более низкая концентрация ИЛ-10 в сыворотке, которая ассоциирована с наличием аллельного варианта IL10 A-597. Показана ассоциация аллельного варианта IL-4 T-590 с НАБА.

Вывод: уровень ФНО-а, ИЛ-4, IgE и CD3+, CD4+, CD8+ клеток идентифицированы в качестве маркеров неконтролируемого течения АБА у детей. Полиморфизмы промоторных регионов генов IL-4, IL10, IL2, TNFA ассоциированы с аллергическим воспалением и могут рассматриваться в качестве кандидатных маркеров неконтролируемого АБА.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Абдуллаева М.Э., Нишонова Д.В., Сахибова М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей бронхиальной астмой (БА) и их более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов аллергических заболеваний внесло много нового в представление о формировании болезни. Однако, несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей и совершенствовать методы их противорецидивной терапии. Совершенствовать методы первичной и вторичной профилактики атопической бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. В ходе работы нами обследовано 58 детей школьного возраста (от 7 до 15 лет) с различными степенями тяжести БА. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей аналогичного возраста, не имеющих перенесенной патологии в последние 5 недель наблюдения. У наблюдаемых детей с БА изучались данные анамнеза и общеклинические показатели, проводились клинико-лабораторные, инструментальные, аллергологические и иммунологические исследования.

Результаты исследований. Изучение аллергологического анамнеза показали, что у большинства детей (68,4%) в детстве имело место аллергический диатез по типу экссудативно-катарального, у 47,4% больных – уртикарные сыпи на лице, спине, 15,8% страдали эпизодической и сезонной крапивницей, у 10,5% больных – непереносимость к антибиотикам. Указанные изменения свидетельствуют о наличии эквивалентных проявлений БА у наблюдаемых больных. У многих детей отмечалось сочетание бронхиальной астмы с *атопическим дерматитом*. У наблюдаемых нами детей с атопической бронхиальной астмой сопутствующий атопический дерматит отмечался в 58,3% случаев. Основу заболевания у таких детей часто составляет поливалентная сенсибилизация к аллергенам домашней пыли, эпидермальным, пищевым и лекартвенным аллергенам. Течение бронхиальной астмы у таких детей часто тяжелое, сопровождалось выраженной эозинофилией и гипервентиляционными нарушениями. Важное место при бронхиальной астме у детей занимают *гипервентиляционные нарушения*, которые включают неадекватную гипервентиляционную реакцию на различные воздействия.

Исследования показали, что у больных БА патологические отклонения в показателях красной крови отсутствуют. За исключением относительного и абсолютного количества эозинофилов. Количество последнего оказалось достоверно высоким у больных БА, что подтверждает о длительно сохраняющемся аллергическом процессе в организме. А еще эозинофилию считают одним из постоянных признаков аллергических заболеваний при этом, преобладание сегментоядерных нейтрофилов указывает на инфекционный генез заболевания.

Вывод. БА у детей сопровождается яркими клиническими проявлениями. Изучение аллергологического анамнеза с достоверной точностью помогает диагностировать это заболевание, которое подтверждается или дополняется при генеологическом исследовании.

У детей, страдающих бронхиальной астме, отмечаются в анамнезе наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, выявляются признаки пищевой и лекарственной аллергии, поливалентной сенсибилизации организма к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам. В периоде обострения заболевания у детей с бронхиальной астме констатируются изменения гемограммы, свойственные аллергическому воспалению и изменений функциональное показателей респираторного тракта.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ГОРОДЕ АНДИЖАН ЗА 2017 ГОД

Ганиев А.Г., Баховитдинова З.М., Нишонова Д.В., Джалилов Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА), являющаяся одним из самых распространённых хронических заболеваний в детском возрасте, требует дальнейшего изучения в плане исследования предрасполагающих и причинно-значимых факторов, механизмов патогенеза и особенностей клинического течения, совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики. По данным официальной медицинской статистики лёгкие формы бронхиальной астмы у детей составляют 20%, среднетяжёлые - 70% и тяжёлые - 10%, в то время как исследования, проведенные по опроснику программы ISAAC, позволили выявить лёгкое течение бронхиальной астмы у 80,4%, среднетяжёлое – у 15,0% и тяжёлое - у 4,6% детей с данной патологией.

Цель работы. Оценить контроль бронхиальной астмы у пациентов в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы исследования. Для 62 детей амбулаторных пациентов с БА в возрасте от 10 до 17 лет (в среднем 14 лет, 14 % мальчики) и 18 детей от 4 до 9 лет (в среднем 6,5 лет, 68 % мальчики) была заполнена узбекская версия вопросника по контролю симптомов астмы (ACQ-5). Взрослые дети отвечали на вопросы самостоятельно, за детей до 10 лет вопросник заполняли родители. Исследование проводилось в феврале-марте 2017 года.

Результаты исследования. Длительность БА составила от 1 месяца до 17 лет (в среднем 13,4 года). 3 % больных на момент обследования проживали в неблагоприятных условиях (дома отапливаются углем и дровами), 1 % пациентов с БА на момент обследования проживали близко к промышленным заводам. Средний балл вопросника

АСQ-5 составил 1,77, при этом у детей до 10 лет - 0,87 балла, у детей до 17 лет - 1,86 балла ($p < 0.001$). У 52 % пациентов выявлена неконтролируемая астма (АСQ>1,5): у 21 % детей и 55 % лиц старше 10 лет. Полный контроль БА отмечен у 21 % больных, при этом у детей до 10 лет чаще (53 %), чем у детей до 17 лет (8 %, $p < 0.001$). Среди пациентов с полным и частичным контролем у 47 % пациентов была легкая астма, у 48 % - средней тяжести и 5 % составили больные с тяжелым течением БА. Отсутствие контроля отмечено в 11 % случаев при легкой астме, в 57 % и 32 % при средней тяжести и тяжелой БА, соответственно. Выявлено ухудшение контроля астмы с увеличением возраста пациентов ($r = -0.4$, $p < 0.001$) и длительности астмы ($r = 0.2$, $p < 0.001$). Контроль БА у детей, проживающих в неблагоприятных условиях, было хуже (2,40 балла), чем у детей проживающих в удовлетворительных условиях (1,73 балла, $p < 0.01$).

Вывод. Выявлен низкий уровень контроля БА в реальной клинической практике. У детей старшего возраста длительность течения астмы ассоциированы с более низким контролем.

ОСОБЕННОСТИ СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ АЛЛЕРГОЗОМ

Ганиев А.Г., Нишонова Д.В., Джалилов Д.А., Кодиров М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Достигнутый в последнее время прогресс в изучении механизмов развития респираторных аллергозов (РА) позволил представить новую концепцию его патогенеза, согласно которому основу заболевания составляет хронический аллергический воспалительный процесс в дыхательных путях и связанная с ним гиперреактивность слизистых респираторного тракта. Эта концепция предопределила новую стратегию в лечении больных РА, базирующуюся на проведение противовоспалительной терапии с применением ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС).

Цель исследования. Изучить особенности спирометрических показателей внешнего дыхания, определить степени нарушения вентилиционной способности легких и наличие обструкции бронхов.

Задачи исследования. Для этой цели оценивают следующие параметры: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ), и отношение ОФВ/ФЖЕЛ. В современных приборах (спирометр, пневмотахометр) информация выдается в абсолютных значениях и процентах к должным величинам этих показателей. Показатель ОФВ, в норме составляет не менее 80% от должной величины, умеренным снижением считается уровень ОФВ! от 79 до 70%, заметное снижение - менее 70%, значительное снижение - менее 60%. Нижней границей нормы ОФВ/ФЖЕЛ у детей можно считать 78%.

Результаты исследования. У детей с легким течением РА в периоде обострения заболевания достоверных изменений показателей форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ) не отмечалось. Однако у них обнаруживалось понижение пиковой скорости выдоха (ПСВ), снижение максимальных объемных скоростей потока кривой, соответствующих 25, 50 и 75% форсированной жизненной емкости легких (МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅) и средних значений максимальных объемных скоростей потока в интервалах от 25 до 75% и от 75 до 85% форсированной жизненной емкости легких (СМОС₂₅₋₇₅, СМОС₇₅₋₈₅). В периоде ремиссии болезни у пациентов с легким течением РА флюометрические показатели не отличались существенно от этих показателей у практически здоровых детей контрольной группы.

Вывод. Представленные результаты собственных исследований свидетельствуют о том, что выраженность нарушения бронхиальной проходимости при РА зависит в большей мере от тяжести течения заболевания, кроме того, значительными нарушениями функции внешнего дыхания может явиться основой для развития дыхательной недостаточности и функциональных расстройств со стороны многих органов и систем.

ВЕГЕТОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ганиева М.Ш., Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Кузиев Д.В., Юнусов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Проблема часто болеющих детей является одной из наиболее актуальных проблем в педиатрии. Различные аспекты проблемы ЧБД в настоящее время интенсивно изучается, однако многие её вопросы остаются недостаточно разработанными. Так, недостаточно изучены механизмы развития часто рецидивирующей респираторной патологии аллергического генеза у детей. В последние годы наметилась тенденция роста частоты возникновения этой патологии. Недостаточно изучены процессы регуляции вегетативного статуса, во многом определяющего реактивность организма детей, часто болеющих респираторной аллергией. Требуется совершенствование методов лечения и реабилитации этого контингента больных.

Цель исследования: изучение состояния вегетативного статуса и эффективности вегетотропной терапии у детей часто болеющих респираторными заболеваниями

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 35 детей в возрасте от 4 до 10 лет, часто болеющих простудными респираторными заболеваниями. У обследованных детей анализировались жалобы, анамнез, собиралась генеалогическая информация; проведены лабораторные исследования, включавшие общие анализы крови, мочи, анализ кала на яйца глистов, рентгенологические исследования. Всем обследованным детям были проведены исследования вегетативного статуса с использованием данных опроса и объективного исследования, а также кардиоинтервалографии (КИГ). Дети условно разделены на 2 группы: в 1-ю группу (основную) вошли 19 детей, которым в комплекс лечения мы подключили вегетотропную терапию; 16 детей, находившихся на традиционном лечении, составили контрольную группу. Для сравнения тонуса вегетативной нервной системы ЧБД и здоровых детей в качестве контрольной группы №2 мы взяли 15 здоровых детей

аналогичного возраста. Распределение типов вегетативной нервной системы у часто болеющих детей по сравнению со здоровыми детьми характеризовалось как в стадии острых проявлений, так и в стадии ремиссии существенным возрастанием частоты ваготонического исходного вегетативного тонуса. Увеличение активности парасимпатического отдела ВНС в структуре вегетативного обеспечения обследованных больных способствовало, по –видимому, частым рецидивам респираторной аллергии с развитием отёка слизистой дыхательных путей и обильной секреции её желёз, а также спазму мышц бронхов.

Кроме того у ЧБД отмечалось, возрастание частоты гиперсимпатикотонической и асимпатикотонической вегетативной реактивности. Нормальная вегетативная реактивность встречалась значительно реже, чем у здоровых детей. Это указывало на истощение защитных механизмов вегетативной нервной системы и формирование гиперреактивности верхних дыхательных путей и бронхов у детей часто болеющих простудными заболеваниями и респираторными аллергиями.

Полученные результаты послужили основанием для назначения обследованным больным вегетотропной терапии. Вегетотропная терапия включала медикаментозные методы и назначалась с учётом показателей исходного вегетативного тонуса (ИВТ).

Назначались: физиотерапия (электрофорез на воротниковую зону с натрия бромидом) при исходной симпатикотонии, кальция хлоридом-при ваготоническом вегетативном типе; фитотерапия (седативные травы :настойка пиона ,валерианы при симпатикотоническом типе и адаптогены: настойка женьшеня, элеутерококка- при ваготонии.

Кроме того, включали препараты прямого вегетотропного действия (препараты белладонны-при исходной ваготонии, седуксен –при симпатикотонии) и непрямого вегетотропного действия, назначавшиеся независимо от типа ВНС: ноотропы (аминолон, пирацетам, глутаминовая кислота), а также средства, улучшающие кровообращение в сосудах головного мозга – циннаризин, кавинтон, никотиновую кислоту.

Полученные результаты показали, что при наличии в обеих группах снижения показателей общей продолжительности дней обострений в году, среднего числа обострений за год, показатель средней продолжительности каждого обострения респираторной аллергии оказался достоверно сниженным лишь в основной группе, т.е. у детей, получавших вегетотропную терапию.

Таким образом, включение в состав комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий вегетотропной терапии способствует нормализации вегетативного статуса и снижению частоты и продолжительности рецидивов у детей, часто болеющих респираторными аллергиями.

К ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ЗАКАЛИВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Ганиева М.Ш., Убайдуллаева С.Ф., Кузиев Д.В., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

На современном этапе развития страны важное социальное значение придаётся проблемам охраны здоровья детей. В этом плане особого внимания заслуживают профилактические мероприятия, проводимые в организованных коллективах- детских садах и школах. Известно, что среди многих факторов, влияющих на показатели высокой заболеваемости в организованных коллективах, могут быть недостатки проведения закаливания и физического воспитания, составляющих основу повышения неспецифической сопротивляемости детского организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды.

Цель исследования: целью настоящей работы явилось изучение влияния закаливающих процедур на показатели физического развития, показатели периферической крови, заболеваемость детей, а также нетрудоспособность матерей по уходу за больным ребёнком.

Материал и методы исследования: исследования велись в четырёх типовых детских комбинатах, в которых были отобраны 480 практически здоровых детей в возрасте 3-6 лет; из них 300 подверглись в течение 2,5 лет систематическому закаливанию, а остальные 180 детей составили контрольную группу. В работе применен комплекс закаливающих процедур, включавших контрастные внешнетемпературные воздействия (пробежки из «холодной» в «тёплую» комнату), водные процедуры (контрастные обтирания общие и ножные контрастные ванны, контрастный душ, купание в бассейне), солнечные ванны, занятия на открытом воздухе при обязательном музыкальном сопровождении и танцевальных элементах. При проведении закаливающих процедур соблюдались принципы постепенности, систематичности, последовательности с учётом здоровья ребёнка и его эмоциональной сферы.

Результаты и их обсуждение: с учётом возрастных особенностей наблюдаемые дети были подразделены на две группы: первую группу составили дети 3-4 лет, а вторую группу –дети в возрасте 5-6 лет. Влияние закаливания на физическое развитие детей оценивалось по динамике массы тела, роста и жизненной ёмкости лёгких.

При сравнении результатов исследований показателей физического развития детей обеих возрастных групп перед закаливанием и спустя 2,5 года после систематического закаливания в сравнения с этими показателями у детей контрольных групп, следует, что масса тела, рост, жизненная ёмкость лёгких у детей первой и второй возрастных групп ,систематически получавших закаливающих процедуры, оказались соответственно в 1,3, 1,4 и 1,6 раза выше этих показателей у детей, не получавших закаливания.

Наряду с этим, у детей обеих возрастных групп, получавших закаливающие процедуры, отмечался и более значительный прирост уровня гемоглобина и содержания эритроцитов в периферической крови ,нежели у детей аналогичного возраста в контроле .

При изучении структуры общей заболеваемости наблюдаемых детей обнаружено что доля болезней органов дыхания при этом составляет 86,3%, из них 62,8% приходится на острые случаи респираторной патологии. Закаливающие процедуры, проведённые в течение 2,5 года, способствовали уменьшению заболеваний органов

дыхания и ЛОР патологии более чем в 4 раза, в 5 раз – заболеваний кожи и инфекционных заболеваний и т.д. Анализ экономической эффективности закаливающих процедур показал что в закаливаемой группе в среднем на 1 ребёнка приходилось 1,4 пропущенных дня, в контрольной же группе -10,3 дня, т.е. в 8,7 раза больше, чем у детей основной группы, что привело к экономической потере по оплате больничных листов более чем в 8 раз по сравнению с группой закаливаемых детей.

Выводы: 1.Под влиянием непрерывного комплексного контрастного закаливания детей наблюдается интенсивное нарастание показателей массы тела, длины тела, ЖЁЛ, резервных возможностей периферической крови.

2.Снижение заболеваемости на фоне закаливающих процедур привело к 8 кратному снижению экономических потерь по оплате больничных листов.

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Исследованиями гепатологов установлено, что вирусные гепатиты В и С и беременность оказывают взаимноотягщающее влияние. Проявлениями этого влияния является высокий процент недонашивания - угроза прерывания беременности встречается в 2,5 раза чаще, чем у здоровых беременных; плацентарная недостаточность - признаки внутриутробной гипоксии плода и синдром задержки внутриутробного развития встречаются в 22-25%, создается угроза инфицирования. У большинства больных беременность не оказывает отрицательного влияния на течение заболевания и не представляет риска для матери.

Течение хронического вирусного гепатита у беременных характеризуется, как правило, низкой активностью и редкостью обострений.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы: нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение: Особенности течения настоящей беременности свидетельствовали, что каждая вторая беременная не состояла на учете по беременности в женской консультации (33, или 44%). У пациенток исследуемой группы в большинстве случаев беременность протекала на фоне различных осложнений. Наиболее часто в ранние сроки встречались: угроза прерывания беременности - 17,2% случаев, ранний токсикоз - 21 беременная (28%), анемия беременных - 6 (8%) случаев. Неосложненное течение первой половины беременности наблюдалось у 32 женщин (42,7%). Фазы обострения вирусного гепатита в первой половине беременности не наблюдалось ни у одной пациентки.

Вторая половина беременности протекала на фоне угрозы прерывания беременности у 10 (13,3%) пациенток, анемия наблюдалась в 38,7% (29 женщин) случаев, умеренная преэклампсия выявлена у 25 беременных (33,3%). Нарушения со стороны мать-плацента-плод (гемодинамические нарушения, задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП)) диагностированы у 19 беременных (25,3%), многоводие - у 6 (8%) пациенток, маловодие - у 5 (6,7%). Диагноз «холестаза» был выставлен 2 женщинам - 2,7%, обострение ВГС с ухудшением общего состояния наблюдалось у 1 беременной - 1,3%. У 16 (21,3%) женщин течение второй половины беременности протекало без осложнений.

Выводы. Основываясь на наших данных и данных литературы, достоверно можно утверждать, что трансплацентарная передача ВГ В и антител ВГ С существует, так как, согласно полученным данным, у 6,7% новорожденных выявлен HBsAg, у 58,7% обнаружены антитела к ВГ С. В 36% случаев HBsAg и антитела к ВГС не были обнаружены. Однако для решения вопроса о возможном инфицировании ребенка необходимо повторное лабораторное исследование крови на наличие вирусных антител и РНК/ДНК в 1-, 3-, 6-, 12-, 18- месяцев беременности.

ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) по данным зарубежных авторов осложняет течение от 2 до 8% всех беременностей, при этом тяжелая форма развивается в каждом десятом случае [1,6]. Ежегодно в мире регистрируется 8,5 миллионов случаев ПЭ. В разных странах в структуре материнской смертности ПЭ и ее осложнения ежегодно занимают II-IV место. Установлено, что за последнее десятилетие материнская летальность в мире при ПЭ снизилась практически двукратно: с 110 тысяч в 1999 году до 60 тысяч в 2014, известно, что ПЭ каждый год является причиной смерти 500 тысяч новорожденных. В то же время в мире наметилась отчетливая тенденция к увеличению встречаемости тяжелых форм этого осложнения беременности: тяжелая ПЭ в 2011 году зарегистрирована в 27,14 случаях на 1000 родов, в 2012 году – в 30,28 на 1000 родов. ПЭ остается одной из основных причин заболеваемости новорожденных (640-780‰) и перинатальной смертности (18-30%).

Таким образом, ПЭ по-прежнему представляет одну из самых серьезных и, к сожалению, нерешенных проблем современного акушерства.

Цель исследования: изучить клинические особенности преэклампсии и разработать методы современной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования: с 2009 по 2013 годы в АОПЦ было родоразрешено 24961 беременных. За этот период диагноз «тяжелая преэклампсия» был поставлен 244 женщинам, что составляет 0,98% от

всех родоразрешенных в стационаре. Все пациентки были включены в основную группу первого этапа исследования.

Результаты исследования: Очевидно, что большинство обследуемых – это женщины от 19 до 34 лет (80%), пациентки позднего репродуктивного периода (35 лет и старше) составили 16% (39 человек).

Все беременные проживали в удовлетворительных социально-бытовых условиях. Большая часть пациенток имела среднее (94 человека; 38,52%) и среднее специальное образование (67 человек; 27,46%) и являлись жителями сельской местности (140 человек; 57,36%)

В структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных с тяжелой ПЭ основную долю составили заболевания сердечно-сосудистой системы (51,08%), среди которых преобладала гипертоническая болезнь. Обращает на себя внимание большое количество пациенток с ожирением (87 человек;

46,77%), вплоть до его морбидных форм. Генез ожирения уточнить не всегда представлялось возможным и в группу эндокринопатий данные пациентки изолированно по этому признаку отнесены не были. На III месте среди заболеваний, сопутствующих ПЭ, стоит патология почек (32,26%), преимущественно хронический пиелонефрит (52 наблюдения). Кроме того, имелись беременные с заболеваниями щитовидной железы, сахарным диабетом (I типа и гестационным), а также 16 человек (8,6%) с хроническим холециститом.

Выводы. У большей части беременных Ставропольского края с тяжелой ПЭ 1.(58,2%) наблюдается классическая симптоматика ПЭ с наличием триады Цангемейстера. Тяжелая ПЭ значительно влияет на срок и метод родоразрешения (абдоминально родоразрешены 70,5%, досрочное родоразрешение имело место в 61,07% наблюдений).

Характерна низкая масса новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ (2240,92 гр., SD 836,66), большая часть (65,7%) оценивается по Апгар в 5-7 баллов, выхаживание детей требует длительного пребывания в стационаре с переводом на второй этап выхаживания (67,35%) и использования современных реанимационных мероприятий (ИВЛ, препараты сурфактанта).

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИНГ КЛИНИК НАМОЁН БЎЛИШИ.

**Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.
Андижон Давлат тиббиёт институти**

Изланиш долзарблиги. Гепатит С касаллиги ер юзида кенг тарқалган касалликлар гуруҳига кириб, дунё аҳолисининг 3% га яқини гепатит С касаллигига чалинган. Гепатит С касаллиги кўп ҳолларда симптомсиз кечиб, сурункали турга ўтиши, жигар сиррози ва карциномаси билан асоратланиши мумкин.

Бу касалликда, тахминан 17- 25% ҳолларда «Гепатит С» касаллигининг ўткир шакли билан касалланган беморларда спонтан соғайиш кузатилади, колган беморларда касаллик ўз вақтида ташхисланмаслиги ва даволанмаслиги боис, жигар хужайраларининг сурункали яллиғланиши ривожланиб, оғир асоратларга олиб келади.

Изланиш мақсади: илмий изланишдан асосий мақсад – ҳомиладор аёллар ўртасида кузатилаётган гепатит С хасталигини клиник кечишини ўрганган ҳолда уларда замонавий ташхис қўйиш ва даволаш масалаларини ишлаб чиқишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари: биз ўз олдимизга қўйиб олган вазифамизни бажариш учун Андижон вилояти 2 – туғруқ комплексига мурожаат қилиб келган, анамнезидан гепатит С билан хасталанган бемор аёллардан жами 45 нафари танлаб олдик.

Текширув натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Кузатув давомида аёллардан 13,3% ҳомиланинг «Гепатит С» касаллиги билан зарарланиши кузатилган. 20% беморларда ҳомиладорлик даврида уйқучанлик, ҳолсизлик, иш қобилиятининг пасайиши, кўнгил айниши, иштаҳанинг пасайиши, тана вазнининг камайиши, ўнг қовурға равоғи остида дискомфорт ҳисси кузатилган. 23,7% беморларда клиник белгилар кузатилмагани ҳолда қондаги ферментлар микдорининг ўзгариши ва гестозлар аниқланган. 3,7% беморларда касаллик теридаги тошмалар ва бўғим оғриқлари белгилари кузатилиши билан намоён бўлган. 33,6% беморларда қусиш, кўнгил айниши, ўнг қовурға равоғи остида оғрик, сийдик рангининг ўзгариши, тери қопламлари ва склеранинг саргайиши, жигар ва талоқ ўлчамларининг катталаниши аниқланган. Бироқ туғруқ ўз вақтида бошланиб, ҳомиланинг соғлом дунёга келиши қайд этилган. 17% беморларда касаллик оғир кечганлиги боис, ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ҳомиланинг муддатидан олдин туғилиши (2 аёлда), ўлик ҳомила туғилиши (3 аёлда), ҳомиладорликнинг эрта даврларида бола ташлаш (2 аёлда) ҳолати юз берган.

Биз текширган ҳомиладор аёлларда эса, айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида жуда оғир кечиши (3-16, 4%) беморларда кузатилди. Ҳомиладор аёлларда касалликнинг энгил кечиши фақат 3,9% да, оғир кечиши эса 28,2% да кузатилди.

Хасталикнинг оғир кечиши ҳомиладорликнинг иккинчи ярми, бевосита туғруқдан кейинги давр ҳамда аёлларнинг эмизикли даврларида кузатилди.

Текширган ҳомиладор аёларимизда сариклик даврининг 4-6 кунларида бемор аёлнинг аҳволи оғирлашиб, ниҳоятда ҳолсизланиши, кўнгил айниб, тез-тез қусиши кузатилди. Беморнинг юрак уриши сусайиб, томир уриши тезлашди. Жигар юмшоқланиб, ҳажми кичрайиб кетди. Бемор оғиздан ҳам жигарнинг хиди кескин сезилиб турди. Бемор аёлларда туғруқ (чала туғиш ёки бола ташлаш) содир бўлганда ҳам 1-3 чи кунда касалликнинг кечиши кескин оғирлашди.

Хулосалар. 1. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, гепатит С вируси она сутида қон зардобига нисбатан кам микдорда бўлади. Шу боис ҳам она сути билан болани эмизиш бола соғлигига хавф туғдириши тўғрисидаги фактлар ўз тасдиғини топгани йўқ. Бироқ она кўкрагидаги шилинишлар болага касаллик ўтиш хавфининг ортишига олиб келади.

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИ КЕЧИШИ

Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М., Мамадиева М.С.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Изданиш долзарблиги. Гепатит С ҳозирда кўп мамлакатлар аҳолиси орасида кенг тарқалган касаллик ҳисобланади. У жигар хужайралари ичига жойлашиб (А ва В вируслардан фарқли равишда), уларни аста-секинлик билан емириб боради ва вақтида аниқланилмаса, сурункали тусга ўтиб, оғир асоратларга олиб келиши мумкин бўлган касалликдир.

Изданиш мақсади: илмий изланишдан асосий мақсад – ҳомиладор аёллар ўртасида кузатилаётган гепатит С хасталигини кечишини ўрганиш ва уларда замонавий ташхис қўйиш ва даволаш масалаларини ишлаб чиқишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари: биз ўз олдимишга қўйиб олган вазифамизни бажариш учун Андижон вилояти 2 – туғруқ комплексига мурожаат қилиб келган, анамнезидан гепатит С билан хасталанган бемор аёллардан жами 45 нафарини танлаб олдик.

Текширув натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Текширув мақсадларида олинган гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг 17% биринчи ҳомиладорлик, 83% такрорий ҳомиладорлик аниқланган. Уларнинг яшаш манзилгоҳлари текширилганда 66% туман аҳолиси, 34% шаҳар аҳолиси эканлиги аниқланди. Эпидемиологик анамнези таҳлил этилганда, 3,8% бошидан турли операцияларни ўтказганлиги, 22,5% турмуш ўртоғи ўз иши юзасидан хориж давлатларида бўлганлиги, 15,6% биринчи туғруқ кесар-кесиш операцияси орқали амалга оширилганлиги, 21% беморлар тишларини даволатганлиги, 25,7% доимий равишда педикюр ва маникюр хизматидан фойдаланиши аниқланди. Беморларнинг 11,4% касаллик сабабларини аниқлаш имкони бўлмади.

Беморларда касалликнинг қуйидаги шакллари аниқланди: беморларнинг 27,5% касалликнинг ўткир шакли, 72,5% касалликнинг сурункали шакли аниқланди. Касалликнинг ўткир шакли 11,7% ҳолда енгил, 68,3% ҳолда ўрта оғир, 20,4% ҳолда оғир шаклда ўтди. Айрим беморларда касалликнинг атипик шакллари кузатилди: 9,8% беморларда сариксиз шаклда, 23,7% ҳолда касалликнинг билинар билинмас шакли аниқланди.

«Сурункали гепатит С» ташхиси бўйича беморлар қуйидаги оғирлик даражалари бўйича тақсимланди: «Минимал фаоллик даражаси»-3 беморда, «Паст фаоллик даражаси»-5, «Ўртача фаоллик даражаси»-3, «Юқори фаоллик даражаси»-2 беморда аниқланди.

Хулосалар: 1. Ҳомиладор аёлларнинг 28% да ўткир гепатит С, 72% да сурункали гепатит С касаллиги аниқланилган. 88,6% беморларда парентерал аралашув анамнезида борлиги тасдиқланган. Вирусли гепатит С касаллигида ҳомиладор аёллар доимий равишда акушергинеколог, терапевт ва инфекционист кузатуви остида бўлишлари лозим. 23,7% беморларда касалликнинг клиник белгилари кузатилмаган. Уларда туғруқ жараёни ва туғруқ усули касалликнинг кечишига қараб аниқланиши лозим. Гепатит С касаллигининг она сути орқали берилмаслигини эътиборга олган ҳолда кўкрак сути билан эмизишни тўхтатмагани маъқул.

2. Ҳомиладор лекин гепатит С хасталигига чалинган аёлларда ўтказилган таҳлиллар натижаларига қўра, айрим ҳомиладор аёлларда қон зардобиди трансминазалар миқдори камайиши (32,8%), қондаги айланиб юрган вирус миқдори ҳам пасайиши аниқланган (24,6%). Бу ҳолат ҳомиладор аёллар иммунитет тизимининг ўзгариши ва қонда жинсий гормонлар эстрогенлар миқдорининг ортиши билан боғлиқ.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Парентеральные вирусные гепатиты (ВГ) являются одной из наиболее важных проблем современной гепатологии и инфекционной патологии человека, так как по темпам прироста и масштабу распространенности на земном шаре они значительно превосходят заболеваемости другими инфекциями.

Так, по данным ВОЗ ежегодно 3-4 миллиона человек инфицируются вирусом гепатита С, более 240 миллионов человек имеют хронические поражения печени, обусловленные вирусом гепатита В.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы: нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение: средний возраст беременных составил 25,1±3,72 года. Хронический вирусный гепатит В был диагностирован у 25 обследованных (33,3%), 49 женщин с хроническим вирусным гепатитом С (65,3%) и 1 женщины с вирусными гепатитами В и С (1,3%).

Данные оценки социального статуса выявили неблагополучие в исследуемой группе: безработные, исключая домохозяйки, - 10 (13,3%); не замужем, исключая гражданский брак, - 8 (10,7%); большинство пациенток имели вредные привычки: табакокурение в 29 случаях (38,7%), алкогольная зависимость наблюдалась у 4 пациенток (5,3%), наркомания выявлена у 10 (13,3%) пациенток.

При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии установлено, что более половины женщин группы (66,7%) в детстве были часто болеющими и перенесли по несколько детских инфекций. Наиболее частыми, у взятых нами на учет беременных были диагностированы заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь) - 15,9%, заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит) - 13,3%. У 18 женщин (24%) был выявлен гепатит А. При анализе информированности женщин о диагнозе вирусного гепатита В или С до беременности только 19 пациенток (25,3%) из всей исследуемой группы знали о существовании диагноза. Согласно данным ВОЗ в развитых странах лишь у 1/4-1/3 молодых женщин диагноз хронического ВГ устанавливается до беременности.

Данные оценки репродуктивной функции свидетельствовали практически о равном соотношении перво- и повторнородящих - 45 (60%) и 30 (40%) соответственно. Обращает внимание, что среди первородящих перво-беременных было всего 24 пациентки (53,3%), преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша - 13,7% или проведением медицинского аборта - 26,7%. Гинекологический анамнез отягощен у каждой второй пациентки, наиболее часто встречались: воспалительные заболевания органов малого таза - 18,6% случаев; инфекции, передаваемые половым путем, - 17,2%.

Выводы. 1. Тестирование на маркеры вирусного гепатита В и С трижды (в каждом триместре беременности) является рутинным методом обследования, позволяющим выявить бессимптомное носительство вируса гепатита, но не исключающим возможности дальнейшего инфицирования.

2. Вирусные гепатиты В и С оказывают отрицательное влияние на течение беременности как первой, так и второй половины, вызывая угрозу прерывания беременности (13,3%), плацентарную недостаточность (25,3%), умеренную и тяжелую преэклампсию (33,3%). У каждой 3-й беременной (32%) наблюдаются изменения биохимических показателей крови (общего билирубина, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы) в сторону увеличения.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Хакимов Ш.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Проблема здоровья плода и новорожденных с большой массой тела (≥ 4000 г) остается малоизученной областью неонатологии и педиатрии. Актуальность данного вопроса обусловлена в первую очередь высокой частотой осложненных родов, интранатальных потерь и повреждений.

Удельный вес родов с крупным плодом остается значительным и составляет в среднем 8,0-20,0% (Мельникова Ю.В., Протопопова Н.В. 2010, Негмаджанов Б.Б. и соав. 2003, Henriksen T., 2008). Крупная масса тела плода (≥ 4000 гр) при рождении является фактором риска высокой перинатальной заболеваемости и смертности из-за частого травматизма матери и плода (Каримова Д.Ф. и соавт., 2001, 2003). Имеются сообщения о более частом поражении ЦНС новорожденных, имевших при рождении крупную массу тела (Ибрагимов Р.Р. 2001, Хурасова А.Б. 2002, Савельева Г.М., 2008). Механизмы развития рождения детей с большой массой тела до конца не изучены. Очевидно, они имеют особенности регионального, генетического и средового характера, что требует более углубленных исследований в этом направлении.

Цель исследования. Изучить факторы риска, способствующие рождению детей с большой массой тела.

Материал и методы исследования. Для ретроспективного и проспективного анализа данных отобраны 84 новорожденных с массой тела ≥ 4000 гр. при рождении (основная группа), контрольную группу составили 80 детей с массой тела 2800-3999 гр., отобранные методом случайных чисел из числа родившихся в 2017 году в областном перинатальном центре Андижана.

Изучались клиничко-анамнестические данные рожениц по течению беременности и родов, данные новорожденных (антропометрия, оценка тяжести по Апгар, зрелости по Баллард).

Материал обработан методом параметрической (t- критерий Стьюдента) и непараметрической статистики (ТМФ) с угловым преобразованием (ϕ) для относительных величин (Лакин Г.Ф., 1990) на программе Microsoft office XP (Excel, 2003).

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что новорожденные с большой массой тела имели высокие значения массы ($4249,8 \pm 32,5$ против $3240,3 \pm 54,9$ гр. контрольного, $P < 0,001$), длины тела ($54,7 \pm 0,27$ против $52,6 \pm 0,40$ см, $P < 0,001$), окружности головы ($36,5 \pm 0,09$, против $34,2 \pm 0,13$, $P < 0,001$) и груди ($34,5 \pm 0,07$ против $32,4 \pm 0,18$, $P < 0,001$), а также массоростового показателя - МРП ($77,5 \pm 0,70$ против $61,5 \pm 0,45$ усл ед, $P < 0,001$).

Нам представляется, что матери новорожденных с большой массой тела и контрольной группы статически не различались по количеству перво - ($29,8 \pm 4,99\%$ против $28,8 \pm 5,1\%$ контрольного, $P > 0,05$) и повторнородящих ($70,2 \pm 4,99\%$ и $71,2 \pm 5,1\%$, $P > 0,05$). При этом среднее количество родов в обеих группах рожениц ($2,34 \pm 0,009$ и $2,58 \pm 0,008$, $P > 0,05$) также статистически не различались.

По среднему возрасту ($25,8 \pm 0,04$ и $25,1 \pm 0,39$ лет), обе группы рожениц также были сопоставимыми ($P > 0,05$).

Роженицы основной группы, по сравнению с контрольной, имели большой срок беременности ($39,9 \pm 0,15$ против $39,4 \pm 0,11$ нед, $P < 0,01$), масса ($73,9 \pm 0,87$ против $65,0 \pm 1,14$ кг, $P < 0,001$), длина тела ($16,9 \pm 0,80$ против $15,7,9 \pm 1,17$ см, $P < 0,001$), индекс Кетле ($27,2 \pm 0,31$ против $26,0 \pm 0,04$ усл. ед, $P < 0,001$).

Результаты анализа течения родов выявили значительную его отягощенность у рожениц основной группы. Так, у них часто выявляются дородовое или раннее излитие околоплодных вод ($27,4\%$ против $15,0\%$ контрольного, $P < 0,0025$), повреждения мягких тканей промежности ($22,6\%$ против $5,0\%$, $P < 0,001$), дистония плечиков ($13,4\%$ против $3,75$, $P < 0,013$), отслойку нормально расположенной плаценты ($25,0\%$ против $10,0\%$, $P < 0,001$), высокая частота признаков преэклампсии ($66,7\%$ против $45,0\%$, $P < 0,002$), фоновых и экстрагенитальных заболеваний ($72,8\%$ против $60,0\%$, $P < 0,002$), анатомического и функционального узкого таза ($10,7\%$ против $2,5\%$, $P < 0,015$), что явилось показанием к проведению эпизио- и перинеотомии ($14,3\%$ против $3,75\%$, $P < 0,006$), акушерских щипцов и вакуум экстракции ($7,14\%$ против $2,5\%$, $P > 0,05$), планового и экстренного кесарево сечения ($22,6\%$ против $8,75\%$, $P < 0,006$).

Неблагоприятным исходом родов также явилась высокая частота гипоксии плода ($34,5\%$ против $22,5\%$, $P < 0,043$) и асфиксии новорожденных ($45,2\%$ против $30,0\%$, $P < 0,021$).

Таким образом, среди рожениц основной группы сконцентрированы факторы риска, способствующие и формирующие детей с большой массой тела. Результаты данного сообщения вызывают необходимость дальнейшего углубленного изучения здоровья новорожденных с большой массой тела во взаимосвязи с состоянием здоровья их матерей.

ТЕЧЕНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ХОЛЕСТАТИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Инакова Б.Б., Арзибекова У.А., Пазилжанова М.П., Махмудова Б.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным литературы, частота дискинезии желчевыводящих путей (ДЖП) и ею обусловленная желчекаменная болезнь (ЖКБ) среди детей школьного возраста в последние годы увеличивается (Запруднев А.М. и соав., 2005).

Цель исследования изучить клинко-эпидемиологические особенности дискинезии желчевыводящих путей (ДЖП) и желчекаменная болезнь (ЖКБ) у детей школьного возраста.

Материал и методы исследования. Обследованы 17 детей в возрасте 11-17 лет школьного возраста. Среди них преобладали девочки (12), чем мальчики (5). У 15 детей установлена дискинезия желчевыводящих путей, у 2 - желчекаменная болезнь. Проводилось ультразвуковое диагностическое (УЗД) исследование печени и желчевыводящих путей, общеклинические и биохимические исследования крови (содержание билирубина и его фракции, АЛТ и АСТ).

Результаты исследования и их обсуждение. Факторами риска ДЖП и ЖКБ явились выраженная гиподинамия, связанная со школьными и внешкольными учебными и компьютерными нагрузками, нарушениями режима питания (отсутствие завтрака, плотный обед или ужин), характер питания (жирная пища, хот-дог).

Характерными симптомами ДЖП и ЖКБ были «пузырные» симптомы (Боаса, Керра, Ортнера, Мерфи) (64,7%), боли в правом подреберье преимущественно приступообразного характера, чувство тяжести и распирания (35,3%), диспепсические расстройства – тошнота (52,9%), рвота (29,4%), иктеричность склер (17,6%). У 1 ребенка с ЖКБ и у 3 с ДЖП при УЗД брюшной полости отмечались аномалии развития желчного пузыря (перетяжка, изгиб), что приводило к нарушению оттока желчи, способствовало развитию холестатической желтухи. У остальных (13) детей при УЗД отмечалось утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря, холестаза в полости желчного пузыря.

Таким образом, ДЖП является актуальной проблемой в педиатрии для профилактики желчекаменной болезни и холестатических циррозов печени.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ Камилджанова Г., Улмасов М., Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М. Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Самую большую опасность для беременных представляет ВГ, особенно во II и III триместрах беременности, когда часто наблюдаются неблагоприятные исходы. Так, летальность при ВГ в эти сроки беременности в 25-30 раз выше, чем при ГВ. Наибольший риск для беременной с ВГ связан с выкидышем во II триместре беременности, преждевременными или своевременными родами в острой стадии болезни. Именно после выкидыша или родов наблюдается обострение основного заболевания, трудно поддающееся или не поддающееся лечению. При ВГ наблюдается также наиболее высокая заболеваемость новорожденных и перинатальная потеря детей.

При ГВ также выявляется неблагоприятное воздействие острой вирусной инфекции на организм беременной, плода и новорожденного, однако оно менее выражено по интенсивности, чем при ВГ.

Цель исследования. изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с вирусными гепатитами.

Материалы и методы исследования. Мы изучали течение ВГВ, особенности течения беременности, родов, послеродового периода, периода новорожденности при этой разновидности гепатита у 75 беременных; наблюдение проведено нами в АОПЦ.

Результаты исследования. Частота наиболее тяжелых исходов для женщины и для новорожденного варьировала в зависимости от стадии ВГ. Наихудшие клинические результаты отмечены при острой стадии заболевания, особенно при ЭГНАВ, в несколько меньшей степени - при ГВ.

В то же время при любой форме ВГ наилучшие исходы наблюдаются у тех женщин, у которых роды проходили в периоде реконвалесценции острой вирусной инфекции. Так, например, послеродовой период в острой стадии ГВ характеризуется большим количеством акушерских осложнений (32,6%). В то же время в группе реконвалесценток ГВ акушерские осложнения были у 19,3 % рожениц; в контрольной группе болели 6,1 % рожениц.

Заболеваемость новорожденных, матери которых рожали в острой стадии ГВ, составила 62,2 %, в группе реконвалесценток ГВ - 43,5 %.

Заболеваемость и тяжесть течения ГА и ГВ мало зависят от срока беременности. Иная картина наблюдалась при ВГ: наиболее часто (73,8%) тяжелую форму болезни диагностировали при беременности более 20 нед. Из общего числа больных с тяжелой формой 11,5 % были в I триместре беременности, 70,5% - во II, 18% - в III триместре. Необходимо подчеркнуть, что все летальные исходы были во второй половине беременности. Частота летальных исходов среди женщин с тяжелой формой заболевания возрастала прямо пропорционально сроку беременности от 20 % на 20-21-й неделе до 75 % - на 40-й неделе; летальность коррелировала с частотой самопроизвольного прерывания беременности.

С акушерских позиций наиболее частой патологией, наблюдаемой при ВГ, является досрочное самопроизвольное прерывание беременности. Так, при ВГ из 42 беременных самопроизвольные абортты во II триместре беременности были у 15 больных, преждевременные роды - у 7 больных. Преждевременные роды среди больных беременных произошли у 38%; среди реконвалесценток ГВ - у 10,5%, среди здоровых рожениц - у 7,8%.

Вывод. Так как велика возможность передачи вируса гепатита группы В ребенку от матери, то большую

роль играет иммунопрофилактика инфицирования, которая проводится сразу же после рождения ребенка. Проведение комбинированной профилактики предотвращает заболевание в 91 – 96 процентах случаев у детей, входящих в группу высокого риска.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ
Камилджанова Г., Улмасов М., Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В 90% случаев инфицирование ребенка происходит при контакте с материнской кровью и влагалищными выделениями при естественных родах. Поэтому женщины с гепатитом В рожают исключительно через кесарево сечение в инфекционных роддомах или отделениях. Также важно учитывать, что у таких беременных преждевременное родоразрешение случается втрое чаще, чем у остальных женщин, и ложиться в роддом им рекомендуется заранее.

Уже после родов врачи принимают меры по обеспечению защиты новорожденного. В первые 12 часов ему показано введение анти-В-сыворотки. Повторная вакцинация проводится в 3 и 6 месяцев. Эффективность подобных мер составляет 95%. Непривитые дети заражаются при контакте с матерью в 95% случаев, у 80% развивается хронический гепатит. Кормить грудью ребенка после прививания можно, если нет других противопоказаний и состояние матери нетяжелое.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами.

Материалы и методы исследования. По нашим данным, частота позднего токсикоза беременности у больных ГВ составила 21,7 %; поздний токсикоз у больных ГВ никогда не достигал тяжелых степеней. Повышение артериального давления, отеки, протеинурия скорее характерны для неинфекционных болезней печени, сопровождающихся желтухой (холестатический гепатоз беременных, острый жировой гепатоз беременных). Необходимо отметить высокую частоту преждевременных родов в исследуемой группе - 38%.

Результаты исследования. Влияние ГВ на течение беременности проявляется прежде всего в том, что при этой вирусной инфекции многократно повышается риск невынашивания беременности: из 722 беременных самопроизвольные аборт были у 18 больных, преждевременные роды - у 105 больных, невынашивание составило 17%.

Нами подробно исследована группа из 92 больных (1975-1985), которые рожали в остром периоде ГВ; в этой группе преждевременные роды были у 36 женщин (38%).

Течение беременности при ГВ характеризуется повышенной частотой патологии и заболеваемости. Так, ранний токсикоз был у 32 женщин (34,8%), экстрагенитальные заболевания - у 27 женщин (29,3%), в том числе 5 беременных были оперированы во время беременности до начала ВГ (аппендэктомия, митральная комиссуротомия, удаление кисты яичника и др.); у 6 беременных были острые респираторные заболевания, у 6 - заболевания мочевыводящих путей; 4 беременные получали парентеральное лечение по поводу анемии. Повышенная заболеваемость во время беременности неизбежно приводит к возрастанию парентеральных манипуляций, что в свою очередь повышает риск заражения ГВ. Следует со всей определенностью сказать, что в большинстве случаев такой контаминации можно было избежать, если пользоваться одноразовым инструментарием и, главное, избегать необязательных, а порой и ненужных назначений.

По-прежнему многие акушеры и гематологи при анемиях у беременных без достаточных оснований назначают инъекции препаратов железа, внутривенные вливания, переливания крови и ее заменителей. К чему это может привести, подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Вывод. Женщинам, планирующим беременность, следует заранее сдать анализы на гепатит С, чтобы выявить случайное заражение. После получения отрицательного результата и до наступления беременности нужно соблюдать осторожность и предпринимать все вышеперечисленные меры профилактики. Если у беременной все же подтвердился этот диагноз, не стоит впадать в депрессию, так как риск родить здорового ребенка довольно высок, а излишние волнения могут навредить здоровью матери и плода.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИИ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Камолова Х.Д., Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт

По данным United States Cancer Statistics частота злокачественления сложной гиперплазии эндометрии составляет 5%, простой атипической г.э. 8-15%, сложной атипической г.э. 32%.

Целью данного исследования было определить распространенность различных форм патологических состояний эндометрия в пременопаузе.

Материалом настоящего исследования послужил ретроспективный анализ 75 клинических историй болезни женщин в базе 2-роддома за 2016-2017. Распределение женщин по возрастным группам следующее: 45-48 лет – 44,4%, 49-51 лет – 29%, 52-54 лет – 26,2%.

Результаты гистологического исследования соскобов слизистой матки: простая гиперплазия эндометрия – 63,6%, сложная г.э. – 18,2%, простая г.э. с атипией – 6,8%, сложная г.э. с атипией – 11,4%. Первое место в структуре экстрагенитальной заболеваемости принадлежит болезням ССС: артериальной гипертензией страдают (30%) женщин, ишемической болезнью сердца (18%); вторым заболеванием желчевыводящих путей (13,3%), третьим хроническим заболеванием пищеварительных органов (9%), сахарным диабетом страдают (9%) женщин, заболеваниями щитовидной железы – (4,4%).

Выявлена высокая частота сопутствующих гинекологических заболеваний : миома матки 64,4%, киста яичника – 31%, аденомиоз – 20,5, хронические воспалительные заболевания половой системы – 38%. Меры по профилактике гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе должны проводиться в репродуктивном периоде и включать коррекцию метаболических расстройств, нормализацию массы тела и коррекцию менструальной функции.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТКИ

Камолова Х.Д., Парниева Д.А., Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время в практической гинекологии применяется клиничко-морфологическая классификация доброкачественных гиперпластических заболеваний матки (миомы матки, аденомиоза, гиперплазии эндометрия), выделяющей три последовательные стадии гиперпластического синдрома. Это позволяет в каждом случае индивидуально разрабатывать лечебно-диагностический алгоритм и четко формировать группы риска по развитию злокачественных эпителиальных опухолей яичников, эндометрия и молочных желез.

Актуальность. Несмотря на общность факторов риска и механизмов развития, высокую распространенность сочетанных поражений, клиничко-диагностические алгоритмы при миоме матки (ММ), аденомиозе (АМ) и гиперплазии эндометрия (ГЭ) носят строго нозологический характер без учета частого метахронного развития второго-третьего заболевания, а также высокой частоте сочетания с опухолями и гиперпластическими процессами яичников и молочных желез. Это обуславливает необходимость детальной разработки и внедрения клинически адаптированной классификации патологий данной группы, что позволит индивидуализировать лечение и с клиничко-морфологических позиций сформировать группу высокого риска по злокачественным новообразованиям женской репродуктивной системы, и, возможно, других органов.

Цель. На основании детального изучения клиничко-анамнестических, морфологических особенностей больных с различными вариантами изолированного или сочетанного поражения матки ГЭ, ММ и АМ разработать алгоритм ведения больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями, а также патогенетически обоснованной системы лечения, профилактики рецидивов и формирования группы высокого риска по злокачественному эпителиальному поражению эндометрия, яичников и молочных желез.

Материал и методы. В исследование включено 47 больных ГЭ, ММ и АМ или их сочетанием (средний возраст 48,6±6,1лет). Анализ проводился в зависимости от возраста (репродуктивный, перименопауза, постменопауза), наличия эндокринопатий и их варианта, наличия и характера жалоб и симптомов, характера поражения матки: изолированная/сочетанная патология, заключительного морфологического диагноза. Использованы клинические, инструментальные методы, морфологическое исследование соскобов или тканей удаленных маток.

Результаты. Выделены и подробно охарактеризованы три клиничко-морфологические стадии развития доброкачественных гиперпластических заболеваний матки и дополнительных критериев диагностики. Применен алгоритм лечения и профилактики прогрессирования. Обнаружена высокая частота доброкачественных опухолей и гиперпластических процессов яичников, мастопатии, рака молочных желез.

Заключение. Применение стадийного подхода к диагностике и лечению гиперпластических заболеваний матки обеспечивает снижение темпов прогрессирования, частоты рецидивов и улучшает фертильность у женщин детородного возраста, а также позволяет точнее сформировать группу риска по злокачественным эпителиальным опухолям органов репродукции.

ГИПЕРПАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ И БЕСПЛОДИЕ ГИСТЕРОСКОПИЯ – МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Камолова Х.Д., Парниева Д.А., Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Диагностика и лечение внутриматочной патологии у женщин с бесплодием сохраняет свою актуальность в настоящее время из-за высокой частоты встречаемости в популяции. В настоящее время гистероскопия признана золотым стандартом изучения патологии полости матки и используется как для уточнения характера, так и для лечения ее патологии. При простой гиперплазии эндометрия информативность диагностической гистероскопии составляет 94,5%, тогда как трансвагинального ультразвукового исследования – 68,6%.

Целью исследования явилось выбор оптимальной тактики лечения гиперплазии эндометрий у больных, планирующих беременность.

Нами проведено обследование и лечение 14 пациенток с жалобами на отсутствие беременности при регулярной половой жизни, при исключении трубно-перитонеального фактора, у которых была выявлена патология эндометрии по данным УЗИ. В исследование были включены женщины репродуктивного возраста с ГПЭ, планирующие лечение бесплодия. Всем больным производилась гистероскопия или гистерорезектоскопия с электрокоагуляцией основания полипа, раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием полученного материала и дальнейшим назначением гормональной терапии. Пациентки были распределены по данным гистологического исследования на 3 группы. Первую группу составили пациентки с железистой ГЭ (n5). Во вторую группу вошли женщины с железисто-кистозной ГЭ (n4). Третью группу составили женщины, у которых были выявлены полипы (n5) (железистые, железисто-фиброзные и фиброзные).

Патогенетическая терапия бесплодия, связанная с ГПЭ была направлена на удаление патологически измененного эндометрия и нормализацию эндокринных и метаболических процессов в организме. При железистой и железистокистозной ГПЭ после раздельного выскабливания цервикального канала и полости матки назначалась

циклическая гормональная (эстрогенгестагенная) терапия в течении 6 месяцев с дальнейшим УЗ-контролем. При полипах эндометрия было произведено их удаление с последующим выскабливанием слизистой оболочки матки под контролем гистероскопии. Гормональное лечение рекомендовалось при сочетании железистых или железистокистозных полипов с аналогичными формами ГПЭ в течении 6 месяцев с проведением контрольного УЗИ для контроля качества проводимой терапии через пол года. У пациенток 1 группы с железистой ГЭ беременность наступила у 3 пациенток (60%), у больных 2 группы с железисто-кистозной ГЭ 50%(2). Рецидивов полипов после проведения гистерорезектоскопии с электрокоагуляцией основания полипа не наблюдалось, при этом беременность наступила у 3 пациенток (60%).

Гистероскопия является «золотым стандартом» для постановки диагноза и лечения патологий матки, препятствующих наступлению беременности. Гиперплазия эндометрия наряду с трубно-перитонеальным фактором, спаечным процессом, эндометриозом, является одной из основных причин нарушения репродуктивной функции у женщин. Гистероскопия признана наиболее информативным методом диагностики гиперпластических процессов эндометрия, позволяющей выбрать правильный и эффективный метод лечения.

АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ И ЭНДОМЕТРИАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПАЗИЯ, ИХ ОТЛИЧИЕ

**Камолова Х.Д., Парпиева Д.А., Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Диагностические критерии эндометриальной интраэпителиальной неоплазии позволяет выявить более тяжелые поражения эндометрии, сопряженные с высоким риском рака эндометрии. Такой подход представляется перспективным для оптимизации тактики ведения пациенток с выделением группы нуждающихся в более длительной гормонотерапии и мониторинге состояния эндометрии больных.

Актуальность. В настоящее время в клинической практике используют классификацию ВОЗ 2014 года, предполагающую разделение гиперплазии эндометрии (ГЭ) на две группы: ГЭ без атипии и атипическая ГЭ. Однако данная классификация предполагает использование также термина эндометриальная интраэпителиальная неоплазия (ЭИН) в качестве синонима атипической ГЭ, в то время как диагностические категории имеют различные критерии. В частности диагноз ЭИН не предполагает обязательного наличия атипии эпителиоцитов, а только говорит о том, что эпителий пораженных желёз должен отличаться от железистого эпителия в окружающем эндометрии.

Цель исследования: выявить наличие атипических эпителиоцитов в гиперплазированной ткани эндометрия, связи этого наличия с тяжестью заболевания, чтобы избежать недооценки степени тяжести заболевания.

Материалы и методы. Проведено пилотное исследование, включено 22 женщины с гистологическим диагнозом ГЭ без атипии. Выполнен кюретаж эндометрия с последующим гистологическим исследованием и оценкой препаратов тремя независимыми патологами. Результаты: при проведении гистологического исследования был поставлен диагноз сложная Гиперплазия эндометрия без атипии (по классификации ВОЗ 2003), гиперплазия эндометрия без атипии (по классификации ВОЗ 2014).

Заключение: Диагностические критерии ЭИН в образцах ГЭ без атипии позволяет выявить более тяжелые поражения эндометрия, сопряженные с высоким риском рака эндометрия. Такой подход представляется перспективным для оптимизации тактики ведения и выделения группы пациенток, нуждающихся в более длительной гормонотерапии и мониторинге состояния эндометрия.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППОВЫХ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ АНТИГЕНОВ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

**Касимов Д.С., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт**

В последние годы вполне обоснованно возрос интерес к генетическим факторам, предрасполагающим к развитию различных заболеваний и инфекции мочевых путей в частности. Согласно литературным данным, при наличии Р- фимбрий у микроорганизма и Р-антигенов у макроорганизма увеличивается вероятность реализации микробно-воспалительного процесса органов мочевой системы. Кроме того, общепризнанным является генетическая обусловленность противоиногокционного иммунитета. В работах последних лет есть указания на различные варианты иммунного ответа у детей гетеро- и гомозиготных по MN антигенам эритроцитов крови.

В популяции, имеющей комплекс MN антигенов, отмечается снижение возможностей противомикробной защиты.

Целью исследования явилось анализ зависимости уровня иммуноглобулинов сыворотки у детей, перенесших инфекцию мочевых путей в периоде раннего детства, от наличия эритроцитарных антигенов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Касимов Д.С., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт**

Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире.

Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74 детей, от 1 года до 2-х лет - 29 детей, от 2 до 3 лет - 22 детей. Среди больных преобладали дети первого года жизни.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/, десфераловой сидерурии.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 ребенка (53,6%), со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 14 ребенка (11,3%). Следует отметить, что из 41 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преобладают дети до 1 года.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов - 95 детей (76,0%), отсутствие аппетита - у 91 (72,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела - у 70 (56,6%), появление частых срыгиваний - у 69 детей (55,2%) и рвоты - 18 (14,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи - 56 (44,8%), сухость и выпадение волос - 52 (41,6%), ломкость и истончение ногтей - 25 (20,8%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее, боковых поверхностях грудной клетки -16 (12,8%). У детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - "лакированный язык" - 32 (25,5%), так называемые "заеды" в углах рта, ангулярный стоматит - 31 (24,5%).

Нами также были отмечены отклонения в психомоторном развитии, особенно четко проявляющиеся на 1-ом году жизни: дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, позже начинали говорить (71 - 56,6%). У 96 (78,8%) детей выявлено в той или иной степени снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения; дети были малоподвижными, вялыми - 57 (45,6%), плаксивыми, капризными - 44 (35,2%); снижен интерес к окружающему, игрушкам. Выявлены были также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (64 - 51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) была выявлена гепатомегалия и увеличение селезенки, оба органа определялись пальпаторно.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне-тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 95 (76,0%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%).

Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Касимова Ш., Каримов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Физиологические изменения, происходящие во время беременности, в частности, набухание слизистой оболочки бронхов, высокое стояние и ограничение движения диафрагмы затрудняют отхождение мокроты. Эти обстоятельства создают благоприятные условия для затяжного течения острого бронхита у беременных. Бронхит чаще всего развивается вследствие инфекционного, и в частности, вирусного поражения и нередко сочетается с ларингитом и трахеитом.

Обычно на течение беременности острый бронхит не оказывает влияния, однако при его затяжном течении возможно развитие внутриутробного инфицирования плода. В этой связи необходимо лечение заболевания уже на ранних стадиях его развития. Лечение бронхита заключается в борьбе с интоксикацией и восстановлении нарушенной функции бронхов. В этом случае больным назначают пить: горячий чай с медом и лимоном, молоко с содой или со щелочной минеральной водой, липовый чай, отвары чабреца, термопсиса, мать-и-мачехи. Возможно применение отхаркивающих и муколитических средств (бромгексин, бисольвон), а также противокашлевых средств (либексин, глаувент). При осложненном и затяжном течении бронхита, которое сопровождается развитием гнойных процессов, необходимо проведение антибактериальной терапии: со II триместра могут применяться полусинтетические пенициллины, цефалоспорины. При выявлении признаков внутриутробной инфекции применяют максимальные терапевтические дозы препаратов с целью создания необходимой лечебной концентраций антибиотиков в крови плода и околоплодных водах.

Цель исследования: Изучить современные методы исследования беременных с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы обследовали 30 беременных пациентов с диагнозом бронхиальной астмой.

Результаты исследования: Беременные, страдающие бронхиальной астмой, должны находиться на диспансерном учете у терапевта в женской консультации. В ранние сроки беременности показана госпитализация больной в терапевтический стационар для ее обследования и решения вопроса о сохранении беременности. Последующее наблюдение за беременной осуществляется совместно с терапевтом. При ухудшении состояния больной требуется срочная госпитализация при любых сроках беременности. Обязательна госпитализация в

стационар за 2-3 недели до родов для обследования и подготовки к родоразрешению.

Больные бронхиальной астмой рожают обычно через естественные родовые пути при доношенной беременности. В том случае, если состояние пациентки ухудшается, лечение неэффективно, появляются симптомы легочно-сердечной недостаточности, показано досрочное родоразрешение. Тяжелая дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, аномальная родовая деятельность, гипоксия плода служат показаниями для родоразрешения путем кесарева сечения. В раннем послеродовом периоде у женщины, страдающей бронхиальной астмой, возможно развитие кровотечения. Послеродовой период нередко сопровождается гнойно-воспалительными осложнениями. У 15% родильниц наблюдается обострение бронхиальной астмы.

Вывод. Обычно на течение беременности острый бронхит не оказывает влияния, однако при его затяжном течении возможно развитие внутриутробного инфицирования плода. В этой связи необходимо лечение заболевания уже на ранних стадиях его развития.

Более благоприятное влияние на течение беременности, родов и состояние плода оказывает хронический обструктивный бронхит. При появлении признаков бронхообструкции, сопровождающейся латентной дыхательной недостаточностью, беременность переносится труднее.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЛЕГОЧНЫМИ ЭМБОЛИЯМИ

Касимова Ш., Каримов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Легочная эмболия – редкое осложнение при беременности, возникает во время раннего послеродового периода, особенно, после тяжелых родов и послеродовом кровотечении. Венозный тромбоз наблюдается в 0,29 случаях из 41. При обследовании большого числа беременных женщин был обнаружен поверхностный флебит у 12 из 32 и глубокий флебит у 2 из 10.

Цель исследования: Изучить современные клинические особенности и методы лечения гнойное - воспалительные заболевания верхних дыхательных путей у беременных.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы обследовали 41 беременных пациентов с диагнозом заболевании верхних дыхательных путей .

Результаты исследования: Во время пред- и послеродового периодов случаи тромбофлебита выявлялись у 1 из 19 пациенток и 1 из 22 соответственно.

Более, чем 75% случаев флебита были обнаружены в первый месяц после родов, особенно, в первые 3 дня. Вены икроножной области были поражены в 50 % случаев. Легочная эмболия была выявлена у 0.4 из 10 пациенток (13 из 32 беременных) и 10 из этих случаев имели место в первый месяц послеродового периода.

Рост случаев легочной эмболии также возрастал в первом триместре.

Изменение V фактора Лейдена, которая ведет к активации устойчивости белка C, вызывает тромбофлебит и легочную эмболию во время беременности или во время использования оральных контрацептивов.

У 10 из 50 исследуемых женщин с глубоким венозным тромбозом и/или с легочной эмболией была обнаружена активация устойчивости белка C из-за V фактора. В первом триместре случаи глубокого венозного тромбоза и легочной эмболии выявлялись у 6 из 10 женщин с изменением и у 3 из 40 без него. Антифосфолипидный синдром является еще одной причиной возникновения коагулопатии, из-за которой возникает тромбофлебит и легочная эмболия во время беременности. Известный как волчаночный антикоагулянтный синдром или антикардиолипидный синдром, антифосфолипидный синдром характеризуется присутствием антифосфолипидных антител в сыворотке крови.

Вывод: Акушерские осложнения, вызванные этим синдромом, включают самопроизвольные аборты, внутриутробную гибель плода, внутриутробную задержку развития плода, преждевременные роды, эклампсию, отслойку плаценты.

Производные кумарина, в отличие от гепарина, проникают в плаценту и могут вызвать кровоизлияния у плода, врожденные пороки развития, а также увеличить перинатальную смертность до 18%. Лечение тромбофлебита или легочной эмболии должно начинаться с введения гепарина внутривенно и кумарина после первого триместра. Кумарин должен быть заменен на гепарин на 37 неделе беременности. Все антикоагулянты отменяются с началом родов и до 6 часов после них. Введение гепарина и кумарина должно быть продолжено с согласия пациентов.

АСПЕКТЫ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Кулдашев К.А., Худойбердиев К.Т., Хакимова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Профилактика интракраниальных инфекционных осложнений при сочетании черепно-мозговой травме (СЧМТ) является сложной и не решенной задачей. Одним из вариантов повышения ее эффективности может быть эндолимфатическое введение антибактериального препарата.

В период с1999 по 2012 г. пролечено 315 больных с сочетано черепно-мозговой травмой (СЧМТ). Открытая сочетано черепно-мозговая травма была у 104. Региональная лимфотропная терапия по методу Республиканского центра лимфологии МЗ Республики Узбекистан проведена 54 больным из 104 с 315 открытой сочетано черепно-мозговой травмой (СЧМТ) без экстракраниальных инфекционных очагов или сепсиса. Препараты вводились 1 раз в сутки в область шейных или подчелюстных лимфатических узлов со стороны раны на протяжении 5-10 дней. Система антибиотикотерапии не применялась.

При сочетано черепно-мозговой травме (СЧМТ) всегда имеются раны различного генеза. Этиологический фактор гнойно-воспалительных процессов представлен широким спектром микроорганизмов, чаще всего встречаются стафилококки, представители семейств *Enterobacteriaceae* и неферментирующих грамотрицательных бактерий. Состав возбудителей гнойных осложнений определяется локализацией процесса, характером первичной контаминации и микробным пейзажем госпитальной инфекции клиники.

Частота инфекционных осложнений (местных и интракральные) в контрольной группе составила 28%, в основной – 26%.

Региональная лимфотропная антибиотикотерапия при малых дозах и кратности введения, экономичной целесообразности позволяет снизить уровень инфекционных осложнений у больных с открытой сочетанной ЧМТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАЗКОВ ИЗ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Солиева Р.Б., Юлдашева О.С
Андижанский государственный медицинский институт

Для профилактики воспалительных заболеваний урогенитального тракта необходимо проведение скрининговых исследований с использованием недорогих и достаточно информативных методов. Оценка результатов микроскопического исследования окрашенных мазков из нижних отделов урогенитального тракта у 30 клинически здоровых женщин (20–50 лет) позволила выявить серьезные нарушения состояния микробиоценоза влагалища у 34,7% женщин, в том числе, у 11,4% – крайний недостаток лактобактерий.

Микроскопические методы исследования, несмотря на их предварительный характер, остаются важной составной частью диагностики инфекций урогенитального тракта. К достоинствам этих методов, несомненно, относят быстроту получения результатов и низкую себестоимость. Неслучайно микроскопические методы исследования часто используются при скрининговых исследованиях, в том числе, при проведении профилактических медицинских осмотров. На сегодняшний день в соответствии с клиническими требованиями и существующей практикой в процессе этих исследований проводится оценка цитологических и микробиологических характеристик мазков из цервикального канала, влагалища и уретры. При этом оценивается наличие, характер эпителия, количество лейкоцитов, эритроцитов, а также определяется морфотип бактерий, грибов и наличие трихомонад. Однако результаты микроскопических исследований на практике часто обесцениваются из-за отсутствия общепринятых представлений о микробиологической норме, особенно для исходно нестерильных локусов, например, влагалища.

В настоящее время в научной литературе достаточную популярность получила классификация биоценозов влагалища, выделяющая 4 основных типа биоценозов на основе микроскопической картины и соответствующая основным нозологическим формам: нормоценоз, характеризующийся доминированием лактобактерий (могут обнаруживаться и бифидоморфные грамположительные палочки), отсутствием транзитной микрофлоры, включающей грамположительные кокки, грамотрицательные палочки, клетки дрожжеподобных грибов, а также наличием единичных лейкоцитов и «чистых» эпителиальных клеток; промежуточный тип – умеренное или сниженное количество лактобактерий, наличие транзитной микрофлоры, присутствие лейкоцитов, макрофагов (часто наблюдаемый у здоровых женщин, редко сопровождается жалобами и клиническими проявлениями); дисбиоз влагалища – отмечается незначительное количество или полное отсутствие лактобактерий, обильная полиморфная палочковая и кокковая микрофлора, наличие «ключевых клеток», при этом количество лейкоцитов чаще невелико или вариабельно, наблюдается отсутствие или незавершенность фагоцитоза (все это соответствует микробиологической картине бактериального вагиноза); вагинит (воспалительный тип мазка) – полимикробная картина мазка с большим количеством лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, отмечается выраженный фагоцитоз.

В 2017 году для оценки состояния микрофлоры влагалища нами была обследована группа клинически здоровых женщин репродуктивного возраста (30 человек, возраст 20–50 лет). Мы проводили исследование препаратов, окрашенных по Граму и метиленовым синим. У 54,4% женщин не было выявлено никаких нарушений в состоянии микрофлоры («нормоценоз»). У 10,9% человек наблюдали картину незначительных нарушений микробиоценоза влагалища (промежуточный тип биоценоза). Серьезные дисбиотические нарушения были выявлены у 34,7% женщин, из которых у 9,8% наблюдаемые изменения соответствовали картине неспецифического вагинита, у 3,4% – был выявлен кандидозный вагинит, у 8,3% – бактериальный вагиноз. У 11,4% женщин на фоне резкого снижения количества нормальной микрофлоры не наблюдали признаков воспалительной реакции, транзитная микрофлора в значимых количествах также не обнаруживалась. У 1,8% женщин была выявлена не вполне четко дифференцируемая картина вагинит-вагиноза (воспалительная реакция, наличие «ключевых клеток»).

Микроскопическое исследование мазков из нижних отделов урогенитального тракта позволило выявить серьезные нарушения в составе микрофлоры у 34,7% клинически здоровых женщин. Доля условно-здоровых составила 65,3% (объединенная группа с нормоценозом влагалища и с переходным типом биоценоза). Особо следует сказать о группе женщин с низким содержанием во влагалище лактобактерий. Недостаток нормальной микрофлоры свидетельствует о неустойчивости состояния микробного сообщества влагалища, хотя некоторые исследователи рассматривают данную ситуацию как вариант нормы. Для уточнения картины дисбиотических нарушений необходимо применение современных молекулярно-биологических методов диагностики инфекций. Достаточно надежной и практически доступной является идентификация микрофлоры отделяемого влагалища с помощью методов ПЦР-диагностики.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Солиева Р.Б., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

В связи с высокими показателями рецидивирования бактериального вагиноза его лечение остается сложной проблемой. Оптимальным вариантом лечения бактериального вагиноза является применение двухэтапной терапии. На втором этапе целесообразно использовать препараты, индуцирующие рост лактофлоры: препараты лактобактерий или препараты аскорбиновой кислоты, которые способствуют доминированию лактобактерий в 85,7% мазках женщин II группы и 100% – III группы в течение 6 месяцев после лечения.

На сегодняшний день лечение бактериального вагиноза (БВ), несмотря на значительное число проведенных исследований, остается сложной проблемой. Анализ литературных данных показывает, что применение интенсивной антимикробной химиотерапии, в которой препаратами выбора являются метронидазол и клиндамицин, нередко сопровождается селекцией высоко резистентных штаммов условно-патогенных бактерий, в 6–45% осложняется вульвовагинальным кандидозом и не исключает рецидивов заболевания, частота которых находится в пределах 50–70%. В связи с высокими показателями рецидивирования БВ важное значение приобретают исследования в области совершенствования методов лечения этой патологии.

Цель исследования: Провести сравнительную характеристику разных методов лечения бактериального вагиноза

Материал и методы. В исследование было включено 23 женщины репродуктивного возраста. С целью изучения эффективности метода лечения БВ пациентки были разделены на 3 группы. В I группе, состоявшей из 9 больных, терапию БВ проводили препаратами метронидазола, по 500 мг per os 2 раза в день в течение 7 дней.

Во II и III группе – по 7 пациенток, терапию проводили в двух этапах: 1-этап – препаратом метронидазола, по 500 мг per os 2 раза в день в течение 7 дней и 2-этап – препаратом содержащим, лактобактерии per vag 1 раз в день в течение 7 дней у женщин II группы, препаратом аскорбиновой кислоты (Вагинорм-С) per vag 2 раза в день в течение 7 дней у женщин III группы.

Всем женщинам, кроме общего и гинекологического обследования, исходно проводились бактериоскопическое исследование мазков из цервикального канала и влагалища, ПЦР-диагностика основных заболеваний, передаваемых половым путем (гонорея, хламидиоз, трихомоноз, герпетическая инфекция).

Для диагностики бактериального вагиноза (БВ) проводились определение pH содержимого влагалища и «аминный тест». При микроскопическом исследовании окрашенных по Граму влагалищных мазков определяли лейкоцитарную реакцию, общее количество микробных клеток и их морфологию, наличие «ключевых клеток» – эпителиальных клеток с адгезированными на них грамвариабельными бактериями. При этом качественную оценку микрофлоры проводили по морфотипам и тинкториальным свойствам. Количественную оценку микрофлоры проводили

путем вычисления среднего числа клеток разных морфотипов в 3-х полях зрения микроскопа.

Результаты и их обсуждения. Характерные для БВ признаки – положительный аминный тест наблюдался у 91,3%, значения pH влагалищной среды в диапазоне 4,5–6 – у 43,5% и $pH \geq 6$ – у 56,5% женщин.

При микроскопическом исследовании влагалищных мазков, окрашенных по Граму выявлена следующая картина: лейкоциты единичные (65,2%) и менее 10 в поле зрения (34,8%), эпителиальные клетки в большом (82,6%) количестве, «ключевые клетки» (91,3%), микроорганизмы в большом (102–103 в п/зр) (69,5%) и массивном (>103 в п/зр) (31,5%) количествах. Число лактобактерий в мазках было незначительным, тогда как грамотрицательные палочки доминировали в 73,9%, представители кокковой микрофлоры в 27,1% мазках. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* обнаружены в 21,7% мазках в виде почкующихся форм – промежуточной фазе вегетации.

Повторные исследования проводились через месяц и 6 месяцев после лечения. При контроле через 1 месяц после лечения у всех женщин выявлено нивелирование критериев R. Amsel: отрицательный аминный тест, pH влагалищной среды ниже 4,5, отсутствие «ключевых» клеток в мазках. Общее количество микроорганизмов снизилось до 102 в п/зр в 78,2% мазках ($P < 0,001$) за счет элиминации грамотрицательных палочек, кокков и грибов. Лактобактерии доминировали в 88,8% мазках женщин I группы и в мазках всех женщин II и III группы.

При микроскопическом исследовании влагалищных мазков, проведенным через 6 месяцев после лечения лактобактерии доминировали в 73,9% мазках женщин I группы, 85,7% – II группы и 100% – III группы.

Результаты исследования влагалищного мазков свидетельствуют о позитивных качественных и количественных изменениях, произошедших в микробиоценозе влагалища у женщин II и III группы, которые держатся стабильно и через 6 месяцев после лечения. У женщин I группы 6 месяцу после лечения отмечается повышение риска рецидива БВ.

Таким образом, при лечении БВ оптимальным вариантом является применение двухэтапной терапии. На втором этапе целесообразно использовать препараты, индуцирующие рост лактофлоры: препараты лактобактерий или препараты аскорбиновой кислоты.

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Кучкарова Ш.А., Солиева Р.Б., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Установлено, что остеопороз (ОП) является частью полиморбидности, т.е. нередко сочетается с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). ОП и АГ, последствиями которых являются переломы костей скелета и сердечно-сосудистые катастрофы, наиболее частые причины снижения качества жизни и летальности женщин старше 50 лет.

Цель. Выявить потерю минеральной плотности костей (МПК) у женщин с артериальной гипертензией в ранней постменопаузе.

Материал и методы. В исследование включены 15 женщин (средний возраст $54,7 \pm 3,8$ лет) в физиологической постменопаузе, имеющих АГ не менее 1 года. Проводилось изучение анамнеза АГ, суточное мониторирование АД (СМАД), денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с оценкой минеральной плотности кости (МПК).

Результаты. Все включенные в исследование женщины имели 2-3 стадии АГ (согласно рекомендациям ВНОК, 2005). В зависимости от показателей МПК пациенты были разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности менопаузы и АГ, наличию факторов риска ОП: 1 группа ($n=4$) – пациенты с нормальными значениями МПК, 2 группа ($n=8$) – с остеопенией (Т-критерий $=1,7 \pm 0,9$), 3 группа ($n=3$) – с ОП (Т-критерий $=2,73 \pm 0,17$).

Выявлено, что снижение МПК ассоциировалось с кризовым течением АГ. Так, во 2-ой группе частые гипертонические кризы отмечены в 75%, в 3-й – в 66,7%. У женщин с нормальными показателями МПК кризовое течение АГ в анамнезе не прослеживалось. По результатам СМАД отмечено, что суточный ритм АД «нон-диппер» ассоциируется с ОП. Так, в 1-ой группе выявлен преимущественно суточный ритм АД «диппер» – 75% для САД, 100% для ДАД. Во 2-ой группе ритм «диппер» для САД отмечен в 37,5%, «нон-диппер» 62,5%, для ДАД – ритмы «диппер» и «нон-диппер» встречались с равной частотой (50%). В 3-й группе ритм «диппер» для САД и ДАД отмечен в 33,3%; «нондиппер» – 66,7%. Отмечено, что повышение среднесуточного пульсового АД характерно для ОП. Так, в 1-ой группе значение среднесуточного пульсового АД составило $41,5 \pm 4,4$ мм рт. ст.; во 2-ой и 3-й – $65,25 \pm 10,5$ и $56,6 \pm 9,9$ мм рт. ст. соответственно.

Выводы. ОП и АГ у женщин в физиологической менопаузе сочетаются в 73,3% случаев. Развитие ОП ассоциируется с кризовым течением АГ. ОП выявлен у женщин с суточным ритмом АД «нон-диппер» и повышенным среднесуточным пульсовым АД.

ПЕРЕЛОМЫ КАК ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ

Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Остеопороз, обусловленный гипозестерогенией, и связанные с ним переломы занимают важное место в структуре женской заболеваемости во всех промышленно развитых странах мира. Около 90 % диагностируемых остеопений и связанных с ними переломов приходится на первичный и вторичный остеопорозы. Вторичный или постменопаузальный остеопороз (ПМО), поражающий в основном губчатый слой костей, развивается в возрасте 45-65 лет и связан со снижением функции яичников в постменопаузе. Первичный или сенильный остеопороз (ПО) характеризуется разрежением как губчатого, так и кортикального слоев костей и диагностируется в возрасте старше 65 лет. ПО обусловлен не только гипозестерогенией, связанной с менопаузой, но в большей степени прогрессирующей старческой или атрофической резорбцией костной ткани. Различают также остеопароз, связанный с первичными эндокринопатиями, длительной иммобилизацией, нарушением иннервации, заболеваниями костного мозга и др. Эти формы составляют около 10 % от общего числа диагностируемых остеопений.

Наиболее часто переломы при ПМО отмечают в различных отделах позвоночника, предплечье, костях таза и шейка бедра. К 65 годам приблизительно у 25 % женщин наблюдаются компрессионные переломы позвоночника, а у 20 % переломы костей предплечья. Согласно современным научным прогнозам, не как осложнений остеопороза у женщин станет эквивалентна частоте осложнений при ишемической болезни сердца.

Цель исследования: В нашей стране не проводилось изучения распространенности переломов у женщин в возрастных группах, опасных для развития ПМО, в связи с чем целью нашего исследования явилось выяснение частота переломов в различных возрастных группах женской популяции.

Материалом исследования служили амбулаторные карты женщин. Проводился анализ типов переломов и причин их возникновения в возрастных группах от 19 до 64 лет. При этом исключались переломы, возникшие в результате производственной деятельности, дорожно-транспортных происшествий и спортивных травм. Сопоставление числа женщин и числа переломов в различных возрастных группах позволило установить, что в репродуктивном возрасте (20-45 лет) частота переломов составляет 0.5-0.7 %. У женщин в возрасте старше 45 лет отмечается резкое – 2-5 – кратное увеличение частоты всех видов переломов по сравнению с частотой переломов у женщин репродуктивного возраста. Причем с увеличением возраста частота переломов прогрессирует. 2/5 всех переломов составляют переломы у женщин в возрасте от 45 до 65 лет и число переломов возрастает с увеличением возраста. Однако если с 19 до 44 лет это увеличение составляет лишь около 3 %, то с 45 до 64 – 13 %.

Результаты исследования: Полученные данные подтверждают тесную взаимосвязь между возрастным фактором и увеличением частоты переломов, которая начинает особенно резко возрастать после 45 лет, т. е. с начала периода климактерия. Резкое увеличение количества переломов в возрасте 45-49 лет, выявленное в нашем исследовании, позволяет предполагать, что важную роль в их возникновении играет ПМО, который не был диагностирован и не предупреждался профилактически. Это подтверждает точку зрения о роли возрастного снижения функции яичников в развитии остеопороза, частым осложнением которого являются переломы. Во взаимосвязи между патологическими процессами в костях и менопаузой главную роль играет развитие эстерогенной недостаточности. Эстерогены оказывают на костную ткань антирезорбтивное действие. Особенно интенсивная потеря костной ткани при ПМО отмечается, по данным ряда авторов, в первые 2-4 года после менопаузы, при этом происходит потеря от 1 до 3 % кортикальной и до 5 % трабекулярной костной массы в год. Всего в случае развития ПМО женщины теряют в течение жизни до 50 % трабекулярной и до 30 % кортикальной костной массы.

Выводы: Проведенное нами исследование указывает на необходимость изучения частоты остеопороза в возрастном аспекте в нашей стране. Также необходимо выяснение удельного веса остеопороза у женщин с переломами. Данные исследования имеют большое медицинское, социальное и экономическое значение, так как позволяют проводить профилактику как остеопороза, так и его осложнений. Рентгенодиагностика для выявления ранних стадий данной патологии мало информативна, так как позволяет диагностировать остеопороз лишь при значительной потере костной ткани. В настоящее время нами проводятся исследования по изучению частоты остеопороза у женщин в климактерии с помощью метода денситометрии. Необходимость проведения этих исследований гинекологами объясняется тем, что основным методом профилактики и лечения ПМО является применение различных комбинаций препаратов половых гормонов.

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Каримова О.А., Абдуллаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

За последние годы в лечении сердечной недостаточности достигнуто значительные успехи.

Интерес к антикоагулянтам вызван тем, что они способствуют расширению коронарных и периферических сосудов, вызывают благоприятные сдвиги в системе гомеостаза и микроциркуляции, оказывают противовоспалительные действия.

Задачами настоящих работы явились изучения влияния гепарина на состояние сердечно-сосудистой системы в сочетании с другими общепринятыми методами лечения сердечной недостаточности у детей с ревматизмом.

С целью изучения влияния гепарина на состояние гемодинамики при сердечной недостаточности нами обследовано 66 больных детей с различной степенью нарушения кровообращения, вызванной активным ревматическим процессом.

В 31 случаях с рефрактерной формой недостаточности кровообращения в комплексную терапию был включён гепарин. Гепарин вводили внутримышечно, в дозе 100-150 ед-кг массы тела в сутки, в течение 12-21 дня. У всех больных на 5-7 день был явный клинический эффект, у 28 больных в течение недели и лишь у 3 больных на второй неделе, который проявлялся улучшением общего состояния, исчезновением застойных явлений в лёгких, отеков, сокращением размеров печени, урежением частоты сердечных сокращений, увеличением диуреза.

Действие гепарина документировано благоприятными изменениями показателей гемодинамики, что выражалось урежением частоты сердечных сокращений, уменьшением ударного минутного объёма, повышением общего периферического сопротивления сосудов.

Таким образом, применение гепарина у детей с рефрактерной формой недостаточности кровообращения является патогенетическим обоснованным, и он может быть применён в комплексном лечении с другими препаратами.

СПАЗМОФИЛИЯ КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА ТАСХИСЛАШ

Каримова О.А., Абдуллаева Д.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Спазмафилия касаллиги кўпинча кичик ёшдаги болаларда учрайдиган, клоник – тоник тиришишга мойиллик билан характерланувчи, нерв-мушак қўзғалувчанлигини ортиши билан кечувчи, ионлашган калцийни зардобда камайиши билан кечадиган касалликдир. Спазмофилияни яширин ва аник шакллари фаркланиш асосан бахор ойлариди ва 6 ойдан 18 ойгача бўлган болаларда учраши аникланган. Спазмофилияни узок давом этган хуружлари агар ўз вақтида шошилиш ёрдам кўрсатилмаса ўлим билан хам тугаши мумкин. узок давом этадиган эклампсик холат бола марказий нерв системасига салбий таъсир этиб кейинчалик рухий ривожланишдан орқада қолишгача олиб келиши мумкун.

Ушбу ишнинг максоди спазмофилия касаллигига мумкин қадар эрта ташхис қўйиш ва спазмофилия касаллигига учрайдиган кўнгилсиз холатларни олишдан иборатдир. Спазмофилияни хар хил белгилари бўлган 6 ойдан 18 ойгача бўлган 12 та бемор ўрганилди. Бу беморларни онасидан шикоятлари, касаллик ва хаётий анамнези, клиник, биохимик, рентгенологик маълумотлар йиғилди. Хамма беморларда ионлашган калцийни меёрий кўрсаткичи (норма 2,2-2,5 ммол-л) 1,75 ммол-л дан камайиши кузатилди.

6 та беморда спазмофилия касаллигини эрта ташхислаш учун аъъанавий усуллардан ташкари Хвостека феномени (кулок олди сохаси енгил урилганда огиз, бурун, баъзан юкори ковок сохасида юз мушаклари кискариши), Эрба белгиси (нервларнинг галваник кузгалишини ортиши, 5 ма ток катод оркали берилганда мушаклари кискариши). Труссо феномени (ёлка эластик резина билан кисилганда панжалар акушерка кули куринишида букилади), Маслов симптоми (болага енгил игна санчилганда нафас олиш чуққисида нафас тухташи кузатилади), феномен Люста (кичик болдир суяги бошчасига урилганда тоvon олдига букилиши) кузатилди. Бу белгилар барча беморларда чакирилди ва амалиёт хақимига клиник, биохимик тахлилларга қадар спазмофилия ташхисини қўйиш имкониятини беради. Шундай қилиб юкорида келтирган текшириш усуллари спазмофилияни яширин шакларини ўз вақтида, эрта ташхис қўйиб, спазмофилиянинг турли кўнгилсиз асоратларини олдини олишга ёрдам берди.

РАХИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ

Каримова О.А., Абдуллаева Д.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Рахит касаллиги эрта ёшдаги болаларда энг куп учрайдиган касаллик булиб бу касалликни таркалиши хакида фанда аниқ маълумот йук.Рахит касаллиги қадимдан маълум булиб,болани тўғри гормоник ривожланишини бузилишига олиб келадиган, ўсаётган организм касаллиги хисобланади.Айниқса баҳор ва куз, кишда туғилган болаларда кўп учрайди. Рахит касаллиги ўткир респиратор вирус инфекцияси,зотилжам касаллигини, ўткир ичак касалликларини оғир кечишига сабаб булувчи ва бу касалликларни чўзилишига ва қайталанишига олиб келувчи касаллик бўлиб бу ҳолатлар кузатилмаслиги учун рахит касаллигини даволашини олдини олиш мумкинлигини амалиёт исботлаб келмоқда

Ушбу ишнинг мақсади рахит касаллигини махсус даволашда Эргокальцеферол препарати билан профилактика олиб бориш мумкин.Агар бола соғлом туғулиши учун онани тўғри овқатлантириш ва куёш нурларидан унумли фойдаланиш керак булади.Рахит касаллиги билан айниқса куз, киш, баҳор ойларида туғилган болалар кўпроқ учраганлиги учун албатта олдини олиш мақсадида Эргокальцеферол, вагинтол, цитрат эритмаси билан бирга кўшиб ичирилса яхши наф беради. 1-2 даражалари билан касалланган 3 ёшгача 70та бола текширилди.Уларни 40 тасига витамин-Д ни ёгли эритмаси булган вагинтол 600000-800000 ХБ майдалаш усулида 60 кун берилиб шу билан бирга цитрат аралашмасидан 1 чой қошиқ (5мл) 1 ой мобайнида, 2 гуруҳга эса 30та рахит касаллигини 1-2 даражалари билан касалланган болаларга вагинтол 600000-800000 ХБ ва у билан биргаликда калций глюконат 0,5 таблеткасида 30мг/кг 60 кун давомида берилди.Бу беморларга даволаш утказишдан аввал текширилганда нерв системасида функционал узғаришлар, юзаки уйқуси, кўп терлаш,бошни энса соҳасида соч тукилиши ва суяк системасида энса суяги яссиланиши, пешона дўнкликлари, рахит чўткаси,гаррисон жуяклари белгилари яққол намоён бўлган.Вагинтол билан цитрат аралашмаси бирга кўлланилган 40 та беморда 2 гуруҳга нисбатан тезроқ клиник белгиларнинг ижобий натижаси кузатилди. Шундай қилиб цитрат аралашмаси билан витамин Д препаратларини бирга куллаш рахит билан касалланган болалар организмда модда алмашинуви бузилишини бартараф этиш хусусияти бўлгани учун витамин-Д препаратларини цитрат аралашмаси билан бирга кўллаш мақсадга мувофиқдир.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА P53 НА ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Ювенильный идиопатический артрит(ЮИА) – это хроническое заболевание суставов у детей мультифакторной природы, которое характеризуется длительным прогрессирующим течением, приводящее к развитию контрактур и потери функции суставов. В основе заболевания лежит хронический воспалительный процесс. Клиническая гетерогенность ЮИА определяется мультифакторной природой забо-левания и развивается на основе генетической предрасположенно-сти под воздействием внешних факторов среды. В настоящее время активно изучаются молекулярные основы развития и поддержания хронического воспаления в суставе. Снижение чувствительности клеток к P53-зависимому пути апоптоза возможно является одним из ключевых механизмов, нарушения которых приводят к поддержанию хронического воспаления.

Цель: изучить особенности распределения частот аллелей и генотипов олиморфизмовArg72Pro, ins/del 16bp, G13964C гена P53 и их влияние на характер течения и исходы ЮИА.

Материалы и методы: в исследование включено126 детей с картиной ЮИА, которые соответствовали критериям ILAR. Контрольную группу составили60 здоровых детей. Использовались результаты клиническо инструментального и лабораторного методов обследова-ния. Анализ полиморфизмов гена P53 проводились методом ПЦР-ПДРФ анализа.

Результаты исследования и обсуждение: не выявлено статистически значимых различий характера распределения аллелей и генотипов изученных полиморфизмов гена P53 у детей с ЮИА и контрольной группы($p>0,05$). Анализ распределения аллелей и генотипов полиморфизмаArg72Pro у девочек с«активным» олигоартритом с дебютом в раннем возрасте и«активным» полиартритом в сравнении с клинико-медикаментозной ремиссией выявил значимое преобладание генотипов, содержащих аллель72Pro ($p<0,01$). Аналогичных различий в группах мальчиков выявлено не было.

Влияния интронных полиморфизмов на течение и исход ЮИА не до-казано. Девочки с олигоартритом раннего возраста и полиартритом с генотипами, содержащими три и более минорных полиморфных варианта72Pro, ins16bp, 13964C гена P53 имели наиболее тяжелый вариант суставного поражения с формированием такого исхода, как артроз. Анализ характера течения заболевания на основании результатом молекулярно-генетических, клинико-инструментальных и лабораторных обследования позволил разработать модели прогнозирования«активного» артрита и клинико-медикаментозной ремиссии.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кодиров Х.С.,Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: оценить лабораторные и инструментальные методы контроля углеводного обмена у детей и подростков, больных сахарным диабетом1 типа, для оптимизации подходов к терапии.

Материалы и методы. Обследовано25 пациентов в возрасте 12-17 лет, больных сахарным диабетом1 типа. Уровень гликированного гемоглобина(HbA1c) определяли методом флуоресценции(анализатор Quo-Test), гликемии-глюкозооксидазным методом(анализатор Biosen S_line). Суточное мониторирование гликемии проводилось на системеCGMS (Medtronic Minimed). Все пациенты были распределены на2 группы: 1-я группа- 10 больных с

уровнем HbA1c < 9% (компенсация, субкомпенсация), 2-я группа - 15 больных с уровнем HbA1c > 9% (декомпенсация). Результаты представлены в виде медианы 25 и 75 перцентилей.

Результаты: уровень HbA1c в 1-й группе составил 8,06% (7,12; 8,87), во 2-й группе - 11,21% (10,07; 13,14) ($p=0,027$). Лабораторный анализ гликемического профиля показал отсутствие статистически значимых различий в показателях тощачковой, препрандиальной и ночной гликемии, однако выявил превышение уровня постпрандиальной гликемии у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й группой (12,69 ммоль/л (11,27; 14,54) и 10,16 ммоль/л (9,27; 11,04), $p=0,043$). По данным CGMS, уровень среднесуточной и ночной гликемии, процент времени гликемии более 11 ммоль/л и менее 4,0 ммоль/л, тощачковой, пре- и пост-прандиальной гликемии статистически значимо между группами не отличались. Вместе с тем, стандартное отклонение колебаний гликемии (4,3 ммоль/л (2,4; 4,9) и 2,4 ммоль/л (1,6; 3,2), $p=0,047$), среднее количество экскурсий гликемии выше 11 ммоль/л или ниже 4 ммоль/л (2,7 (2,1; 3,9) и 1,6 (0,8; 2,7), $p=0,039$) за сутки оказались значительно выше у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й группой. Следует отметить, что и у 4 из 6 пациентов с уровнем HbA1c < 7,5% (компенсация) выявлена высокая вариабельность гликемии по данным CGMS (стандартное отклонение ≥ 2 ммоль/л). 7 пациентов, имеющих неудовлетворительные показатели гликемии при суточном мониторинге, были переведены на помповую инсулинотерапию с улучшением показателей углеводного обмена.

Выводы: система постоянного мониторинга гликемии позволяет получить наиболее полную информацию об индивидуальных особенностях углеводного метаболизма у каждого конкретного пациента и, соответственно, провести адекватную коррекцию инсулинотерапии, в том числе с помощью помпы.

ДИНАМИКА ФЕНОТИПА МОНОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Моноциты играют важную роль в защите организма человека от различных антигенов, в том числе аллергенов. Моноциты периферической крови обладают способностью проникать через сосудистую стенку и мигрировать в ткани, где фагоцитируют антигены (аллергены), после чего мигрируют в региональные лимфоузлы и представляют антиген иммунокомпетентным клеткам (Т- и/или В-лимфоцитам) с последующим развитием гуморального и/или клеточного иммунного ответа. Поэтому представляет интерес исследование моноцитов в разные периоды аллергических заболеваний.

Цель исследования состояла в изучении особенностей фенотипа моноцитов с помощью проточной цитометрии у детей с бронхиальной астмой в период обострения и ремиссии.

Материалы и методы. Обследовано 14 детей в возрасте от 10 до 15 лет с atopической бронхиальной астмой (у всех детей с помощью кожных проб выявлена бытовая сенсibilизация). При обследовании использовались клинические и аллергологические методы обследования, а также изучался фенотип моноцитов периферической крови с помощью проточной цитометрии в период обострения заболевания и в период ремиссии (по истечении не менее 2 месяцев после последнего обострения). Контрольную группу составили 10 детей такого же возраста без аллергических заболеваний.

Результаты. В период обострения бронхиальной астмы на моноцитах значительно повышалась экспрессия молекул адгезии моноцитов - CD11c по сравнению с периодом ремиссии, а также по сравнению с контрольной группой. В то же время, при изучении экспрессии высокоаффинных рецепторов к IgE (FcεR1) на субпопуляции моноцитов CD14(high) CD16(dim) выявлено снижение экспрессии этих рецепторов в период обострения бронхиальной астмы по сравнению с периодом ремиссии и по сравнению со здоровыми донорами.

Заключение. В период обострения бронхиальной астмы повышается экспрессия молекул адгезии и снижается экспрессия высокоаффинных рецепторов для IgE по сравнению с периодом ремиссии и по сравнению с детьми без аллергических заболеваний, что может свидетельствовать о важной роли моноцитов в патогенезе аллергического воспаления при бронхиальной астме.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Своевременное выявление и лечение расстройств мочеиспускания помогает нивелировать социально-психологические проблемы у детей, которые могут нарушить формирование личности, ухудшать качество жизни. В связи с распространенностью энуреза в детском возрасте МКБ X пересмотра относит энурез неорганической природы к категории психических и поведенческих расстройств. Энурез – это стойкое непроизвольное мочеиспускание днем и/или ночью, не соответствующее психологическому возрасту ребенка. Наиболее частые (85%) случаи энуреза – это функциональный ночной энурез т.е. это недержание мочи при отсутствии неврологической и урологической патологии. Он бывает первичным и вторичным.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 36 больных с функциональным энурезом в возрасте от 6 до 14 лет. Все дети консультировались у уролога и невропатолога. Больным проводились общеклинические, инструментальные (УЗИ, ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ) обследования. Лечение энуреза у детей основано главным образом на патогенетической терапии и предполагает комплексный подход. Психотерапевтические воздействия должны включать следующие мероприятия: родители должны относиться с пониманием к проблемам ребенка, нельзя ругать, наказывать, рекомендуется соблюдение режима дня, исключение стрессов, переутомления, сон на теплой, жесткой постели, желательно с валиком под коленями. Немаловажное

значение имеют такие факторы, как укладывание ребенка спать в пижаме и в памперсах, не будить, так как последнее давало обратный эффект, ужинать не позже 18.00 часов, исключить продукты с мочегонным действием. В нашем исследовании использовались курсы психотерапии ЛФК, физиотерапия. В комплекс лечения включен препарат «Спазмекс» - препарат из группы М- холинолитиков, обладающий ганглиоблокирующей активностью.

Результаты работы. Эффективность лечения проявлялась в сокращении числа мочеиспусканий за сутки и количества императивных позывов, а также эпизодов недержания мочи днем и ночью.

Выводы: На фоне терапии отмечена существенная положительная динамика – сокращение случаев энуреза в 3,2 раза через 2 недели, в 2,5 раза через 4 недели и в течение 1 месяца в 2 раза.

ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА ЦИТОКИНОВ ПРИ БЕСПЛОДИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ЖЕНЩИН

Маликова Д.Б., Курбанов Д.Д., Мусаходжаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Институт иммунологии АН РУз

Воспалительные процессы половых органов занимают ведущее место в структуре бесплодия и являются одной из главных причин снижения фертильности у женщин. Регуляция репродуктивных процессов на клеточном уровне реализуется через цитокины.

Целью исследования явилось изучение уровня про- и противовоспалительных цитокинов у женщин с хроническими заболеваниями органов гениталий на фоне инфекционных факторов. Проведено комплексное обследование 34 женщин с бесплодием, которые были распределены в 2 группы: 1-я группа -16 пациенток с сальпингооофаритом и 2-я группа -18 женщин с сочетанными гинекологическими заболеваниями. Всем женщинам проводили обследование на наличие или отсутствие TORCH-инфекций. 17 практически здоровых женщин составили контрольную группу. В сыворотке крови методом ИФА определяли уровень про- (ИЛ-4) и противовоспалительных (ФНО α , ИЛ-6) цитокинов («Цитокин», Россия).

Результаты исследования показали повышенный уровень изученных цитокинов у женщин с хроническими заболеваниями органов гениталий на фоне герпесвирусной инфекции. Результаты исследования показали повышение уровня ФНО α среди женщин с сочетанной патологией в 63% случаев ($P>0,01$), тогда как среди женщин 1 группы - в 38% случаев ($P>0,05$). Уровень ИЛ-4 был повышенным у женщин 1-й группы в 1,65 раза ($P>0,01$), а у женщин второй группы – в 2 раза ($P<0,001$). Уровень ИЛ-6 был сниженным у женщин первой группы в 1,5 раза ($P>0,05$), а у женщин с второй группы - в 1,8 раза ($P>0,001$). Данные изменения могут лежать в основе механизмов, приводящих к повышению продукции аутоантител и нарушению репродуктивной функции.

ЭНДОКРИН БУЗИЛИШЛАР БИЛАН КЕЧАДИГАН ХОМИЛАДОРЛИҚДА ЙЎЛДОШ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ

Мамажанова С.О.
Андижон давлат тиббиёт институти

Максад: Метаболик бузилишлар билан кечадиган хомиладорликда йўлдошда патоморфологик ўзгаришларни аниқлаш.

Текширув натижалари: Кузатувга метаболик синдроми ташхиси қўйилган хомиладорлар ажратилган. Ташхис қуйидаги меъзонларга асосланган-висцерал семизлик,ТВИ(тана вазни индекси)30 дан юқори, БА/СА(бел айланиси/сон айланаси) 0,88 дан юқори, конда триглицеридлар миқдори 1,7ммоль/л дан юқори, АКБ 130/85 мм. сим. устундан юқори. 80 га йўлдош ретроспектив текширувдан ўтказилди. Улардан 22,5% да ёғли ўзгаришлар аниқланган. Текширув жараёнида йўлдошарни вазни, ўлчамлари, нуксонлари, киндик тизимчасининг ёпишиши, йўлдошинг олдинда етишиши макро- ва микро- кўринишларига эътибор берилди.

Натижалар: Метаболик синдромли хомиладорларда қуйидаги кўрсаткичлар қайд этилди-1 киндик тизимчасининг қисқариши ва узайиши, унинг юпқалашиши. 2.24% аёлларда йўлдошни кон билан яхши таъминланмаганлиги ҳисобига ранги оч қизил бўлиши. Кальцинатлар пайдо бўлиши. Гистологик текширувлар натижаларига кўра йўлдошининг сурункали декомпенсациланган етишмовчилиги (77%), инволютив-дистрофик ўзгаришларни турли даражалари(68%), артерия ва вена кон томирлар девори склерози, кон димланиши белгилари. Ҳомила қисмида-киндик артерияларининг ёрик симон торайиши ва шишиши аниқланди.

Туғруқлар қоқоноқ сувлари барвақт кетиши(70%), туғруқ кучлари аномалиялари(92%) сурункали урогенитал инфекциялари (46%), сурункали ФПЕ(90%), хомила ўлими (12%), кон кетиш (34%) билан асоратланди.

Хулоса: Метаболик бузилишлар билан кечадиган хомиладорликда йўлдошда патологик ўзгаришлар кузатилади ва бу ўз навбатида хомиладорлик ҳамда туғруқдаги асоратларга сабаб бўлади.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ.

Мамажанова С.О.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучение влияния заместительной гормонотерапии на течение климактерической кардиопатии.

Материалы и методы: Для решения поставленной цели нами был произведен проспективный анализ 50 историй болезни женщин находящихся на лечении в гинекологическом стационаре. Возраст больных колебался от 45 до 51 года: городских было 56,7%, сельских 43,3%, домохозяйек 25%, работающих 75%. Изучение гинекологического анамнеза показало частые аборты, хронические воспалительные заболевания гениталий,

оперативные вмешательства (кистэктомия, миомэктомия, ампутация матки). У всех больных наряду с общеклиническими обследованиями провели биохимические исследования ЭКГ коагулограмма, функциональные пробы, консультации невропатолога и кардиолога. Клиническим проявлением климактерической кардиопатии явилось – утомляемость, боли в области сердца, сердцебиение, временами одышка, чувство нехватки воздуха. Характерно при климактерической кардиопатии изменений ЭКГ функционального характера, которая после физической нагрузке нормализовалась. Эти данные еще раз свидетельствуют о функциональном генезе этих нарушений.

Всем больным мы назначили гормональный препарат Фемостон 1/10 который обеспечивает и восполняет дефицит эстрогенов гестагенов в организме. Этот препарат назначили по 1 таблеток x 1 раз в день в течении 6 месяцев. Побочные явления отмечались у 2 больных в виде диспептических расстройств.

Вывод. Для лечения климактерической кардиопатии наиболее эффективным препаратом является фемостон.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПЛОСКИХ ШЕЙКИ МАТКИ. Мамажанова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Сравнить эффективность комбинированной и местной терапии шейки матки.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 24 женщины с диагнозом « Плоская кондилома шейки матки», установленным на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов. Первую группу (16) составили женщины получавшие комплексное лечение (разрушение папиллом препаратом подофилин 10% р-р 2 раза в сутки ,иммунологическое лечение препаратами индукторами интерферонотерапии,а также общеукрепляющую терапию), во вторую группу вошли 8 женщин,получавших только местную терапию(разрушение папиллом препаратом подофилин 10% р-р 2 раза в сутки).

В результате сравнения было отмечено лечение женщин 1-й группы в среднем составило 12-14 дней, клинические признаки излечения наступили в среднем в течении 21дня, рецидив наблюдался у 2(12,5%) пациенток. Во 2-группе лечение заняло 7-10 дней, клиническое излечение наступило в среднем за 30 дней, рецидивы наблюдались у3(37,5%) больных.

Вывод: Комбинированная терапия плоских кондилом шейки матки является более эффективным методом лечения этой патологии ,чем только местная.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Мамажанова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Улучшить результаты профилактики гнойно-воспалительных осложнений после гинекологических операций путем эндолимфатического введения препаратов Цефатаксим и Галавит.

Материалы и методы: под наблюдением находились 30 гинекологических больных, прооперированных по поводу внематочной беременности-10,перекрута кисты яичников-4,апоплексии яичников-4 и пельвиоперитонита-2. Пациенты были разделены на 2 группы.1-я (12 больных) группа получала стандартное лечение (цефотаксим , реосорбилакт, гепарин). 2-я на рзных этапах лечения кроме стандартной терапии применялись лимфотропно Цефатаксим и Галавит. Эндолимфатическая терапия проводилась по методике И.В.Яремы и соавт.(1989). В течении недели через день (на 1,3,5,7дни) проводилась лимфотропная антибиотико и иммунотерапия.состояние специфической защиты оценивали иммунологическими методами.

Результаты. В ходе традиционного лечения иммунологическая картина на 3-и сутки оставалась такой же как и больных до лечения,начиная с 7-х суток выявлялась тенденция к нормализации иммунологических показателей. при применении в комплексном лечении препаратов Цефатаксим, Реосорбилакт и Гепарина иммунологические показатели как клеточного так и гуморального иммунитета приближались к нижней границе нормы уже на 5-е сутки от начала лечения ,а к 7-м и 14- м суткам показатели соответствовали норме. Эндолимфатическое введение препарата Галавит стабилизировало показатели клеточного иммунитета уже к 3-м суткам.

Вывод. Результаты показали ,что иммунологические показатели быстрее нормализовались у больных получавших комплексную терапию,включавшую использование препарата Галавит для иммуномодулирующей терапии.

ДОСТИНЕКС В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ Мамажонова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность лечения гиперпролактинемии обусловлена широкой распространенностью заболевания.

Цель: изучение эффективности (с учетом оценки изменения уровня пролактина в крови, восстановления менструального цикла, овуляций и/или наступления беременности) и переносимости в лечении препаратом Достинекс пациенток с гиперпролактинемией.

Методы исследования: исследуемую группу составили 24 пациентки в возрасте 22-39 лет с олиго- или аменореей и уровнем пролактина (ПРЛ), превышающим верхнюю границу нормы в 2 раза и более при двукратном определении. Проведены общеклинические исследования (клинические анализы крови и мочи, биохимический

анализ крови), ультразвуковые исследования (УЗИ) органов малого таза, гормональное исследование, снимок черепа, при необходимости магнитно-резонансная томография, определение артериального давления (АД), частоты, сердечных сокращений (ЧСС). Концентрации гормонов (ПРЛ, ЛГ, ФСГ, ТТГ, Т4) определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА). Начальная недельная дозировка Достинекса составляла 0,5 мг (1 таблетка - по таблетки 2 раза в неделю. При необходимости нормализации 194 уровня ПРЛ) доза увеличивалась каждые 4 недели на 0,5 мг. Максимальная доза в неделю в исследовании составила 2 мг. Продолжительность терапии 24 нед, длительность последующего наблюдения 6 мес после прекращения лечения. На фоне лечения достинексом нормализация уровня ПРЛ произошла у 22 (91,6%) пациенток, причем к 4 неделе лечения - у 9 (37,5%), к 8 неделе - у 20 (83,5%), с 16 недели - у 22 (91,6%). Сохранение нормальных показателей ПРЛ через 6 месяцев после прекращения приема препарата выявлено у 10 пациенток.

Вывод: применение препарата Достинекс позволило эффективно контролировать уровень ПРЛ и корригировать измененные функции репродуктивной системы у пациенток с гиперпролактинемией. Достинекс является новым избирательным, мощным и длительно действующим агонистом дофаминовых рецепторов, подавляющим секрецию пролактина как у здоровых лиц, так и у больных с гиперпролактинемией.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Мамажонova С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Иммунологическое бесплодие (ИБ), обусловленное наличием антиспермальных антител (АСАТ) в крови и отягощенное хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов (ХВЗЖПО), остается весьма актуальной проблемой сегодняшнего дня.

Цель исследования. Цель данного исследования - разработка и обоснование оптимальной методики лазеротерапии с учетом изменений иммунологических показателей у женщин с ИБ.

Материалы и методы. Иммунный статус исследования у 50 бесплодных женщин с наличием АСАТ в крови, из них 25 женщин были с "чистой" формой ИБ - I группа, а 25 страдали ХВЗЖПО - II группа. Средний возраст составил $26,9 \pm 0,4$ лет, при длительности бесплодия $6,5 \pm 0,3$ лет. В качестве контроля было обследовано 30 здоровых АСАТ-негативных женщин с нормальной фертильностью и не имеющих признаков воспаления гениталий. Для лечения использовали полупроводниковый лазерный аппарат "МИЛТА". Использовалась влагалитная насадка. Процедуры проводились ежедневно. Курс лечения составлял 5 и 10 сеансов в зависимости от данных иммунологического исследования (титр АСАТ в динамике).

Результаты и обсуждение. Анализ результатов клинических и микробиологических исследований показал, что среди возможных путей реализации лазеротерапии лежат, вероятно, механизмы воздействия на биологические мембраны клеток, проводящие, в частности, к экспрессии поверхностных мембранных рецепторов, изменению внутриклеточного pH и повышению уровня окислительно-восстановительных процессов, а это в свою очередь обуславливает отмену естественной толерантности иммунной системы женщины к антигенам сперматозоидов.

Выводы. Наличие АСАТ в сыворотке крови в высоких титрах, обуславливающих блокаду фертильности, сопровождается дисфункцией иммунной системы, характеризующейся Т-клеточным иммунодефицитом. Обнаружена сопряженность титра АСАТ с уровнем ЦИК у женщин, страдающих иммунологическим бесплодием. Динамика изменений показателей иммунной системы под влиянием лазеротерапии служит основным критерием при выборе дозы лазерного облучения.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН ИСПОЛЬЗУЮЩИХ МЕТОД ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НОШЕНИЯ ВМС

Мамажонova С.О., Юсупова У.М.

Андижанский государственный медицинский институт

При применении ВМС возможно развитие осложнений в виде экспульсии ВМС, развития воспалительных явлений и нарушения менструального цикла

Цель: определить уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови женщин с ВМС и их связь с длительностью ношения ВМС.

Материал и методы исследования: обследовано 91 женщин репродуктивного возраста (от 17 до 36 лет), применяющих медь содержащие ВМК в течение от 1 до 5 лет года (основная группа). Контрольную группу составили 14 практически здоровых женщин репродуктивного возраста без ВМК. В сыворотке крови определение уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкины IL-1 β , IL-6 и фактор некроза опухоли TNF- α) проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» (Россия, Новосибирск) [11].

Результаты: проведенные исследования показали, что уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови возрастала в 1,79; 1,31 и 1,49 раза по сравнению с показателями контрольной группы. В дальнейшем (через 3 и 6 месяцев) после вставления ВМС если уровень IL-6 в сыворотке крови обследованных женщин основной группы снижались до значений контрольной группы женщин, то содержание IL-1 β достоверно превышало значения нормы в 1,53 и 1,49 раза, а TNF- α – в 1,4 и 1,29 раза, соответственно срокам.

Выводы: 1) длительное ношение внутриматочных медьсодержащих спиралей приводит к развитию воспалительных процессов и кровотечениям. 2) уровень ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО- α в возрастает, особенно у пациенток с наличием воспалительных процессов в органах малого таза и прямо пропорционален длительности ношения ВМС.

DOSTINEKS IN TREATMENT OF WOMEN WITH GIPERPROLAKTINEMIYA

Mamajonova S.O.

Andijon state medical institute

Relevance: Treatments of a giperprolaktinemiya it is caused by wide prevalence of a disease.

Purpose. Efficiency studying was (taking into account a change assessment Prolactinum level in a blood, restoration of a menstrual cycle, ovulations and/or pregnancy offensives) and acceptabilities of a dostineks in treatment patients with a giperprolaktinemiya. Research methods. The studied group was made by 24 patients in age of 22-39 years with oligo-or an amenorrhea and level of Prolactinum (PRL), exceeding the upper bound of norm twice and more at double definition. All-clinical trials are conducted (clinical blood tests and wet, biochemical blood test), ultrasonographies (US) organs of a small pelvis, a hormonal research, a craniography, at need magnetic and resonant tomography, definition of terialny pressure (ABP), frequency, cordial reductions (F,CR). Concentration hormones (PRL, LG, FSG, T T. T4) determined by method of immunoenzymatic analysis (IFA). The initial week dosage of a dostineks made 0,5 mg (1 tablet -acrossUg tablets 2 times a week. If necessary (lack of normalization 194 the PRL level) the dose was enlarged each 4 weeks by 0,5 mg. maximum dose

in a week in a research I made 2 mg. duration of therapy is 24 weeks, duration of the subsequent observation is 6 months after the treatment termination. Against the background of treatment dostineksy normalization of the PRL level happened at 22 (91,6%) patients, and by 4th week of treatment - at 9 (37,5%), by 8th week - at 20 (83,5%), since the 16th week - at 22 (91,6%). Conservation of normal indicators of PRL in 6 months after the termination of administration of drug it is taped at 10 patients.

Conclusion: Allowed to control uses of a dostineks effectively the PRL level and to korrigirovat the changed functions of genesial system at patients from a giperprolaktinema. Dostineks is new selective, potent it is also long the operating agonist of dopamine receptors, suppressing secretion of Prolactinum both at healthy faces, and at patients with giperprolaktinemiya.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЫСТРЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН

Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Укорочение продолжительности родов наблюдается в 7–10% случаев. Быстрые роды всегда диагностируются только ретроспективно, и данный диагноз не несет информации о характере родовой деятельности. Требуется изучения вопрос – свидетельствует ли он о нарушении сократительной активности матки и патологии родового акта.

Цель. Изучить клинические особенности гестационного процесса и функциональную активность матки у женщин с быстрыми и стремительными родами.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родового акта у 114 женщин, имевших быстрые и стремительные роды на сроке 38–41 неделя (основная группа) и у 52 пациенток с нормальной продолжительностью родов (группа сравнения). Функциональное состояние матки оценено с помощью цифрового четырехканального гистерографа фирмы «Волготех».

Результаты. Среди женщин основной группы первородящих было 55,9%, повторнородящих – 44,1% и распределение по паритету не отличалось от показателей группы сравнения (test Levene $p > 0,05$, ANOVA $p > 0,05$). Быстрые роды в семейном анамнезе имели место у 57,9% женщин основной группы и факт их наличия у близких родственников в 13 раз увеличивал шанс развития у самой женщины (Wald's $\chi^2 = 6,05$, $p = 0,01$). В группе сравнения подобные анамнестические особенности установлены у 6,6% пациенток ($p = 0,03$).

Признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани выявлены у 77% женщин с быстрыми родами, в том числе у 63% – имела место их комбинация. В группе сравнения эти симптомы обнаружены у 38% беременных, причем в большинстве случаев в изолированном виде ($\chi^2 = 6,1$, $p < 0,01$).

Оказалось, что почти в половине случаев (47,0%) быстрые роды носили физиологический характер (не сопровождались чрезмерно сильной родовой деятельностью, травмами матери и плода), и это наблюдалось в равной пропорции у перво- и повторнородящих. Отличительными характеристиками женщин с благоприятными течением и исходом родового акта оказались: хорошая подготовка шейки матки ($8,7 \pm 0,12$ баллов), спонтанное начало родовой деятельности (81%), средние размеры плода (новорожденные с большой массой или задержкой развития составили 12%). Стремительный характер роды носили только в 1 случае. Для осложненных быстрых родов характерными предикторными факторами были: недостаточная зрелость шейки матки ($6,9 \pm 1,4$ баллов $p = 0,03$), высокая частота амниотомий (50%, $p = 0,05$), несвоевременное излитие околоплодных вод (38,8% $p = 0,01$), наличие крупного или маловесного плода (38,8%). Стремительные роды зафиксированы у 5 пациенток. Наиболее типичными осложнениями оказались травмы мягких тканей матери (39%), и наличие неврологической симптоматики у новорожденных (66,6%). Состояние детей при рождении характеризовалось относительно низким баллом по Апгар – $5,88 \pm 0,85$ (против $8,64 \pm 0,35$ при неосложненных быстрых родах, $p = 0,001$).

Величина тонуса матки накануне родов в группе сравнения характеризовалась наличием градиента между областями дна, тела и нижнего сегмента ($H = 10,91$, $p = 0,012$). Отношение величин давления, рассчитанных по схеме: «дно», «дно/тело» и «дно /нижний сегмент», выражалось пропорцией 1 : 0,75 : 0,71. Индексы градиентов давления у женщин с быстрыми родами соотносились как 1 : 0,83 : 0,74 и статистически не отличались от показателей группы сравнения. Однако у пациенток с патологическими быстрыми родами базальный тонус миометрия в нижнем сегменте превышал таковой у остальных женщин на 35% ($p = 0,041$).

Заключение. Среди женщин, рождающих быстро, почти в половине случаев укорочение продолжительности родового акта не является патологическим событием и не ухудшает исходы для матери и плода. Базовая контрактильная активность матки у них не имеет отличительных особенностей, а быстрое течение родов связано с

иными причинами, возможно, с наследственными факторами и системными особенностями обмена соединительной ткани.

ОЦЕНКА ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Аntenатальная гибель плода (АГП) является актуальной клинической проблемой, которая представляет собой крайнее проявление несоответствия гравидарных изменений материнского организма и потребностей плода, которая, по литературным данным, составляет 77,9% среди мертворожденных детей (Доброхотова Ю.Э., 2006, Пустогина О.А., 2006). Частота инфекции в структуре перинатальной смертности составляет около 10–18%.

В структуре антенатальной смертности вследствие внутриутробной инфекции (ВУИ), по данным литературы, 27,2% приходится на вирусную инфекцию, 26,3% – на смешанную и 17,5% – на бактериальную (Володин Н.Н., 2004; Макаров О.В., Алешкин В.А., Савченко Т.Н., 2007; Степаненко С.Ф., 2007).

Цель исследования. Оценить фактор наличия и характер инфекции во время беременности в условиях женской консультации у пациенток с антенатальной гибелью плода.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 100 случаев закончившихся беременностей у женщин с антенатальной гибелью плода (1 группа) и 300 случаев закончившихся беременностей без данной патологии (2 группа). Всего изучено 1300 медицинских документов.

Результаты и обсуждения. Средний возраст женщин в группе с АГП составил соответственно $26,6 \pm 4,7$ и $26,7 \pm 4,6$, средний возраст их мужей – $29,2 \pm 6,2$ и $30,5 \pm 5,7$. Большинство беременных (83% и 71%) встали на учет по беременности в сроке до 12 недель. Первая настоящая беременность зарегистрирована у 50% женщин первой группы и у 45% во второй. Почти половина беременных отрицала при сборе анамнеза во время постановки на учет какие-либо ранее перенесенные гинекологические заболевания (40% и 47%). Однако среди пациенток с перенесенной гинекологической патологией встречались: «эрозия шейки матки» (43% и 45%); воспалительные заболевания органов малого таза (хронический сальпингоофорит, метроэндометрит), которые в 2,4 раза чаще перенесли женщины в первой группе (у 29% и 12%); миома матки у 5,4% и 3% пациенток. Из урогенитальных инфекций женщины ранее перенесли, без достоверных различий по группам, микоплазменную инфекцию (29% и 24%), а хламидиоз (13% и 6%) и трихомоноз (10% и 5%) напротив встречались в группе с антенатальной гибелью плода в анамнезе чаще в 2 раза. Среди осложнений беременности в первой группе в 1,5 раза чаще встречались острые инфекции при беременности (74% и 49%). В том числе, ИППП и вагиниты, ассоциированные с условно-патогенной инфекцией, в первой группе встречались также чаще: кандидоз у 35% (2 гр. – 15%), *Mycoplasma hominis* – 7% (2 гр. – 5%) и *Mycoplasma genitalium* – 3% (2 гр. – 1%), воспалительные процессы, ассоциированные с условно патогенной флорой в высоком титре (*st. haemolyticus*, *staphylococcus aureus*, *s. epidermidis*, *s. agalactiae*, *e. faecalis*, *e. coli*) встречались у 6%, (2 гр. – 4%). Причем *s. epidermidis* высеян в первой группе в 4 раза чаще, *staphylococcus aureus* и *e. coli* чаще в 3 раза, *st. haemolyticus* – в 2 раза, а *s. agalactiae* и *e. faecalis* напротив встречался в 1,5 раз реже, чем в группе 2. Бактериальный вагиноз также выявлен достоверно чаще (23%) у женщин первой группы, чем во второй (4%), в отличие от хламидиоза, который встречался в обеих группах в равных долях (по 7%). ОРВИ во время беременности перенесли четверть женщин в 1 группе – 25% и только 5% во второй. У обследованных на Тогч-инфекции у большинства женщин обеих групп выявлено: наличие антител к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов IgG – 87% (среднее количество IgG 9,3), IgM – не обнаружено и 2 группа IgG – 72% (среднее количество IgG 18,4), IgM – 1%; к цитомегаловирусу IgG – 90% (среднее количество IgG 30,5), IgM – 1,8% и IgG – 78% (среднее количество IgG 60,0), IgM – 1%; к токсоплазмозу IgG – 77% (среднее количество IgG 180,4), IgM – 3,5% и IgG – 77% (среднее количество IgG 224,6), IgM – 1%; к краснухе – 88% (среднее количество IgG 156,8), и 95% (среднее количество IgG 178,4). Среди экстрагенитальных заболеваний инфекционного характера наиболее частыми были: хронические воспалительные заболевания ЛОР органов (чаще в 1 группе – 22,5% и 10,7%), бессимптомная бактериурия (также достоверно чаще в 1 группе – 18% и 4%).

Нуждались в санации полости рта в три раза чаще женщины группы с антенатальной гибелью плода (15% и 5%).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что инфекция перенесенная во время беременности, является одним из основных факторов у женщин с антенатальной гибелью плода.

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ АБОРТОМ В АНАМНЕЗЕ

Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Снижение частоты невынашивания беременности и улучшение перинатальных исходов путём реабилитации репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольных абортов – актуальная проблема.

Цель исследования – изучение структуры осложнений беременности у женщин с самопроизвольным абортом в анамнезе.

Изучено течение беременности у 185 пациенток, имевших в анамнезе самопроизвольные аборты, и у 60 гинекологически здоровых женщин без репродуктивных потерь (группа контроля). Основную группу составили 140 пациенток, которым проводилась 3-х этапная реабилитация репродуктивного здоровья после самопроизвольного выкидыша, группу сравнения – 45 женщин, получавших традиционную медикаментозную терапию после самопроизвольного аборта.

Установлено, что у женщин, получавших общепринятую терапию после самопроизвольного выкидыша, последующая беременность протекает с осложнениями в 100% случаев. Между основной группой, группой сравнения и контроля выявлены статистически достоверные различия по частоте осложнений беременности. Так, частота раннего токсикоза составила 17,1%; 31,1%; 21,7% соответственно группам ($P1-2=0,044$), гестоза – 22,9%; 33,3%; 6,7% соответственно группам ($P1-3=0,006$; $P1-2=0,045$; $P2-3=0,000$). Кроме того, обращает на себя внимание разная структура гестозов у пациенток исследуемых групп: в основной группе и группе контроля преобладает гестоз лёгкой степени тяжести. У 13,3% женщин группы сравнения беременность осложнилась гестозом средней степени тяжести, у того же количества – сочетанным гестозом тяжёлой степени, что потребовало досрочного родоразрешения.

Женщины основной группы страдали анемией в 2 раза чаще пациенток с ненарушенной репродуктивной функцией, беременные из группы сравнения – в 3 раза чаще (различия достоверны, $P=0,045$). В подавляющем большинстве случаев анемия явилась железодефицитной. У 2 (8%) больных анемией основной группы и 1 (10%) – группы сравнения анемия носила смешанный характер (дефицит железа и фолиевой кислоты). Степень тяжести анемии у 100% беременных всех групп была легкой (уровень гемоглобина 90–110 г/л).

По поводу угрозы прерывания беременности лечение в стационаре получали треть женщин основной группы и подавляющее большинство пациенток группы сравнения (в 10 раз чаще, чем в группе контроля), причем у 7 (13,0%) беременных основной группы и 24 (64,9%) – группы сравнения имела место стойкая угроза прерывания беременности, требующая повторной госпитализации в разные trimestры беременности.

У 10% женщин основной группы и 11,1% – группы сравнения беременность осложнилась развитием истмико-цервикальной недостаточности, что потребовало коррекции на сроке беременности 14–16 недель. Использовали акушерский разгружающий пессарий, который вводили в кабинете репродуктивного здоровья женской консультации согласно инструкции.

Обращает на себя внимание высокий процент осложнений беременности, связанных с нарушением функции почек, у пациенток группы сравнения: гестационный пиелонефрит диагностирован у 13,3% беременных данной группы, что достоверно чаще, чем в основной группе (3,6%). Вероятно, это связано с недостаточной санацией очагов инфекции во время традиционных реабилитационных мероприятий у женщин группы сравнения. В группе контроля случаев гестационного пиелонефрита не было.

Хроническая плацентарная недостаточность и хроническая гипоксия плода диагностирована у большинства беременных группы сравнения (80%), в то время как в основной группе этот показатель составил 12,9%, в контрольной группе – 3,3% ($p=0,000$). Полигидрамнион выявляли у каждой десятой пациентки группы сравнения (в основной группе 2,9%), олигогидрамнион регистрировали только у беременных группы сравнения в 6,7% случаев.

Необходимо подчеркнуть, что признаки внутриутробного инфицирования по результатам УЗИ выявляли только у женщин групп сравнения в 15,6% случаев; у беременных основной и контрольной группы симптомы этой патологии отсутствовали.

Таким образом, у беременных, получивших реабилитационные мероприятия после самопроизвольного аборта, достоверно ниже частота таких осложнений беременности, как ранний токсикоз, гестоз, гестационный пиелонефрит, угроза прерывания беременности, хроническая плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, хроническое много- и маловодие, внутриутробное инфицирование. Анализ течения беременности показал более высокое число осложнений у пациенток группы сравнения (100%). Указанные осложнения потребовали госпитализации на различных сроках у 38,5% беременных основной группы, 91,1% – группы сравнения, 8,3% – группы контроля (межгрупповые различия достоверны, $p=0,000$).

ОСОБЕННОСТИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ДИНАМИКЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Махмудова Б.Ш., Инакова Б.Б., Ф.Ф.Базарова
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Известно, что способность мышц новорожденных к дополнительному потреблению кислорода выше, чем у взрослых, но этот феномен изучен только в эксперименте и не разработан клинически. Для новорожденных термонейтральная зона значительно выше, чем у взрослых и составляет 32 - 34 °С. Мышечная дрожь как способ экстренного термогенеза в этой возрастной группе имеет ограниченное значение.

Цель исследования: Изучить температурный гомеостаз у недоношенных и маловесных детей в сравнительном аспекте с доношенными детьми в течение раннего неонатального периода.

Методы и результаты исследования. Изучить термотопографию у доношенных и маловесных детей. Выявить особенности терморегуляции у маловесных новорожденных в зависимости от их гестационного возраста, массы тела и течения раннего неонатального периода. Объектом исследования служат 50 новорожденных, отобранные методом случайных чисел в роддомах. Для оценки терморегуляции новорожденных использовано клинично-anamnestическое обследование новорожденных в условиях родильных домов. Изучена термотопография кожи с помощью аппарата ЭТИЛ-01 в различных участках тела. Изучение состоит в том, что представлены показатели терморегуляции у новорожденных: средневзвешенная температура кожи тела, средняя температура тела, право-левый градиент температуры, краниокаудальный градиент температуры тела. Представлена температура тела в 11 стандартных точках кожи, внутренний и наружный градиенты температуры, а также показатели термического индекса.

Эти показатели послужат для разработки практических рекомендаций по уходу за новорожденными и обеспечение их термокомфорта.

Выявлено, что температура кожи у девочек в отдельных точках тела снижена по сравнению с мальчиками.

Нами исследованы право-левые (поперечные), продольные краниокаудальные, а также сегментарные градиенты температуры новорожденных.

Рождающиеся с нормальными основными антропометрическими данными новорожденные не являются однородными по составу. Среди них имеются физиологически зрелые и незрелые дети, которых необходимо дифференцировать в раннем неонатальном периоде с помощью модифицированной сотрудниками нашей кафедры шкалы Дубовича-Баллард. Данные нашего материала показывают, что новорожденные уже к моменту рождения имеют некоторые фенотипические особенности по показателям физического развития и терморегуляции в зависимости от их пола, что, видимо, является небезразличным для последующего постнатального развития.

Вывод: характерные для новорожденных усиленный рост и развитие объясняются увеличенным поступлением потока тепла на единицу поверхности тела. В поддержании температурного гомеостаза новорожденных поверхностно-массовыми соотношениями играют существенную роль следующие факторы: увеличение с возрастом абсолютной и снижение относительной величины поверхности тела, стимулирование энергетического обмена, активирование сосудистой реакции кожи конечностей, создание продольного, поперечного и право-левого градиента температуры кожи, что способствует росту конечностей (и их сегментов) в длину и ширину.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Часто болеющие дети (ЧБД) – это термин, известным с 80-х годов прошлого века и обозначает группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Цель: часто болеющим детям направить основные усилия по профилактике ОРВИ.

Методы и результаты исследования. Было отмечено, что среди детей, относящихся к группе ЧБД, значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречается и тяжелее протекает бронхиальная астма, аллергический ринит и выше частота другой соматической патологии. ЧБД в подростковом возрасте склонны к хроническим заболеваниям ЖКТ, сосудистым дистониям, у них быстрее и легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся. На долю острой инфекционной патологии респираторного тракта у всех детей приходится 90% всех болезней респираторной системы. Максимальная заболеваемость ОРВИ среди детей отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2-5 раз в год, а среди взрослых не превышает 2-4 раз в год. Это всеобщая закономерность и она прослеживается у детей всех стран мира независимо от экономического уровня их развития. Медицинская помощь ЧБД складывается из трех основных направлений:

1. Восстановительные или реабилитационные мероприятия, направленные на снижение антигенного воздействия, санацию местных очагов хронической инфекции и повышение резистентности организма ребенка в целом, проводятся в периоде клинического благополучия.

2. Этиопатогенетическая терапия ОРЗ.

3. Иммунотерапия и вакцинотерапия.

Вывод: профилактика хронической психосоматической патологии должна строиться с учетом психологических особенностей ребенка и особенностей взаимоотношения в диаде мать-дети.

ЗНАЧЕНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ В РОСТЕ И РАЗВИТИИ РЕБЕНКА.

Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Для **грудного ребенка** единственной в своем роде полноценной пищей, которую он получает, в лучшем случае, до годовалого возраста, является материнское молоко. Грудное молоко особенно важно, если в семье имели случаи астмы или аллергии. В добавочном питании грудной ребенок нуждается только с 6-месячного возраста, и в таком случае существенно предлагать в качестве добавки пищу, богатую железом и качественным содержанием белков.

В малолетнем возрасте необходимо учитывать, что с замедлением скорости роста постепенно уменьшается потребность в питательных веществах и энергии.

Ребенку не достаточно 2-3 -разовое питание в день, как взрослому. Ему требуется вдобавок к 3-м основным приемам пищи еще 1-2 полдника.

В формировании привычек питания немаловажную роль играют факторы окружающей среды. Какая пища предлагается, как часто предлагается и как предлагается, — оказывает влияние на то, нравится пища или нет. Грудные дети ведут себя очень осторожно в отношении всяких новинок. Поэтому новую пищу приходится нередко предлагать младенцу пять или более раз, прежде чем он ее примет. Грудным детям и младенцам не нравятся острые овощи, перченая и пища состоящая из многих компонентов.

Заставляя ребенка кушать то, что ему совсем не нравится, мы можем создать ему проблемы на всю жизнь. Если старания заставить ребенка кушать превращают обеденный стол в поле боя, то ни у кого не будет надежды выйти из этого победителем.

Ребенку должна быть оставлена возможность самому решать, нравится ему еда или нет.

АТОПИЧЕСКИЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.

Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Выявить этиологический спектр пневмотропных возбудителей. Заболевания органов дыхания у детей продолжают доминировать в структуре заболеваемости и занимать одно из первых мест среди младенческой смертности. Это отражается в различных отечественных и зарубежных публикациях. Этиологический спектр пневмотропных возбудителей в последнее время меняется, возрастает роль атипичных возбудителей, таких как *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. Достоверным для этиологической диагностики считается высев возбудителя из клинического материала.

Методы и результаты исследования. Основным материалом для исследования является мокрота. Для получения аспирата из верхних дыхательных путей, бронхоальвеолярной и плевральной жидкости, пунктата легкого используются инвазивные методы и в детской практике они применяются крайне редко. Необходимо отметить, что наблюдается высокая контаминация слизистых оболочек верхних дыхательных путей такими микроорганизмами как: *Streptococcus pneumoniae* (92,6%), *Haemophilus influenzae* (70,2%), *Moraxella catarrhalis* (38,3%), и низкая *Mycoplasma pneumoniae* (2,1%), *S. agalactiae* (3,2%), *E. faecium* (1,06%) у здоровых детей. Такие возбудители как *Chlamydia pneumoniae*, и *E. faecalis* в ротоглотке здоровых детей не выявлены. Согласно рекомендациям ВОЗ, все наиболее часто встречающиеся патогены - возбудители инфекций нижних дыхательных путей разделены по уровням приоритетности на три группы: Патогены высокого уровня приоритетности *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*. Патогены среднего уровня приоритетности: энтеробактерии, *Candida albicans*, *Moraxella catarrhalis*. Патогены низкого уровня приоритетности: *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia* spp. и др.

Вывод: при проведении микробиологического исследования, которое является «золотым» стандартом при диагностике внебольничных пневмоний, для разделения этиологически значимой микрофлоры от микробов-контаминантов используется количественный метод учета выделенных микроорганизмов. При этом исходят из того, что возбудитель находится в материале в значительно большем количестве, чем микробы-симбионты человека.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ

Махмудова К.Ш., Тургунова Д.З., Якубова О.А., Сулейманова Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из основных причин демографического кризиса в России можно считать ухудшение репродуктивного здоровья населения, которое, в связи с негативными тенденциями его показателей и низким уровнем рождаемости в стране в последние годы, находится в центре внимания государственных органов управления и общественных организаций. На формирование РЗ оказывают влияние экологические, социальные, экономические, культурные факторы, наличие соматических и других заболеваний.

В современной демографической ситуации изучение состояния здоровья подрастающего поколения и разработка эффективных мер, направленных на его улучшение, как никогда является важнейшей проблемой, имеющей не только медицинское, но и социальное и государственное значение, ведь от уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация репродуктивных планов - создание семьи и рождение детей.

Цель исследования: Изучить современное лечение нарушения менструальной функции у девочек – подростков.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач, мы обследовали 256 пациенток с диагнозом, нарушение менструальной функции у девочек – подростков.

Результаты исследования: Впервые показано, что вероятность развития нарушений менструального цикла у девочек-подростков групп риска, сформированных с использованием разработанной компьютерной программы, повышается при выявлении таких лабораторных признаков, как сочетание анемии с гиперэритроцитозом, снижение уровня Т- и В-лимфоцитов, значительное увеличение количества недифференцированных лимфоцитов, уменьшение концентрации иммуноглобулинов крови.

Впервые установлено, что положительные клинические эффекты комплексного лечения нарушений менструального цикла у девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, сопровождаются повышением неспецифической резистентности организма. Это подтверждается достоверным ростом частоты выявления антистрессовых реакций (спокойной и повышенной активации, тренировки высокого уровня реактивности - 32,2%; 26,3%; 14,7% против 1,7%; 4,2%; 3,3% до лечения, $p < 0,001$), значительным снижением уровня стрессовых реакций переактивации (с 27,1% до 10,1% ($p < 0,05$)).

Разработанная компьютерная программа дает возможность после расчета вероятности развития гинекологической патологии у девочек-подростков прогнозировать развитие состояний полисистемной дезадаптации, определяет необходимость проведения интегральной оценки ряда основных показателей систем универсального регулирования (иммунной, антиоксидантной) и типов адаптационных реакций.

Вывод. У девочек-подростков с нарушениями менструального цикла, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, отмечается дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты, что характеризуется активацией липопероксидации с накоплением первичных и вторичных продуктов интенсификации перекисного окисления липидов (диеновых конъюгат и малонового диальдегида), на фоне снижения активности различных механизмов антиоксидантной защиты (снижением уровня супероксиддисмутазы и восстановленного глутатиона, повышением окисленного глутатиона).

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы заболевания суставов, по данным многих авторов приобретают все большее значение, поражая людей различных возрастных групп и приближаясь по степени распространенности к таким заболеваниям, как гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. Этот процесс находит свое отражение в закономерном увеличении доли патологии суставов в детском возрасте, при этом воспалительные заболевания суставов выступают на первый план в общей структуре поражений опорно-двигательного аппарата у детей.

Цель: оценить влияние хронической персистирующей инфекции на характер суставного синдрома.

Для этого нами была проанализирована 51 история болезни детей с различными нозологическими формами артритов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ОДММЦ в 2016 году. По структуре диагнозов больные распределились следующим образом: 21,6% с ювенильным ревматоидным артритом, 52,9% с реактивными артритами и 25,5% с артралгиями. Средний возраст наблюдаемых больных составил 12-14 года. Средняя продолжительность заболевания – 3-4 года. Более чем у 2/3 детей суставной синдром протекал в виде моно- и олигоартрита. Он характеризовался асимметричным артритом с преимущественным поражением суставов нижних конечностей. У 76,4% детей диагностировались различные инфекционные агенты. Анализ выявления рода возбудителя показал следующее, так в подавляющем большинстве случаев выявлялись АТ (высокий титр) к вирусу простого герпеса (64,1%), цитомегаловирусной инфекции у половины обследуемых (51,2%). Ат к хламидиям в крови были найдены у 46,2% больных. В основном определялись АТ к хламидиям trachomatis. Сочетанная хламидийная инфекция (хламидии trachomatis + pneumoniae) в подавляющем большинстве случаев диагностировалась у больных с реактивными артритами.

Вывод: хронические инфекции довольно часто встречаются у больных с различными формами артритов и артралгий, оказывая влияние на развитие и течение этих заболеваний и требуют назначения адекватной антибактериальной и противовирусной терапии.

СПАЗМОФИЛИЯ КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Махпиева Г.К., Аманов К.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Спазмофилия касаллиги кўпинча кичик ёшдаги болаларда учрайдиган тоник ва клоник-тоник тиришишга мойиллик билан характерланувчи, нерв- мушак кўзгалувчанлигининг ортиши билан кечувчи, ионлашган кальцийнинг зардобда камайиши билан кечадиган касалликдир. Спазмофилиянинг яширин ва аниқ шакллари фаркланиши асосан баҳор ойларида ва 6 ойдан 18 ойгача бўлган болаларда учраши аниқланган. Спазмофилиянинг узок муддат давом этган хуружларига агар ўз вақтида шошилиш ёрдам кўрсатилмаса, ўлим билан ҳам тугаши мумкин. Узок давом этадиган эклампсик ҳолат бола марказий нерв системасига салбий таъсир этиб кейинчалик рухий ривожланишдан орқада қолишгача олиб келиши мумкин. Ушбу ишнинг мақсади спазмофилия касаллигига мумкин қадар эрта ташхис қўйиш ва спазмофилия касаллигига учрайдиган кўнгилсиз ҳолатларни мумкин қадар олдини олишдан иборатдир. Спазмофилиянинг хар хил белгилари билан 6 ойдан 18 ойгача бўлган 42 нафар бемор ўрганилди. Бу болаларни онасининг шикоятлари, касаллик ва хаётий анамнези, клиник, биокимёвий, рентгенологик маълумотларидир. Ҳамма беморларда ионлашган кальцийни меъерий кўрсаткич (2,2-2,5 ммоль/л) 1,75 ммоль/л дан камайиши кузатилди.

22 беморда спазмофилия касаллигини эрта ташхислаш учун, анъанавий усуллардан ташқари Хвостека феномени (қулоқ олди соҳаси енгил урилганда оғиз,бурун, баъзан юкори ковоқ соҳасида юз мушаклари қискариши), Эрба белгиси (нервларнинг гольваник кўзғалишининг ортиши, 5 ма ток катод орқали берилганда мушаклар қискариши), Труссо феномени (елка эластик резина билан қисилганда панжалар акушерка қўли кўринишида букилади), Маслов симптоми (болага терисига енгил игна санчилганда нафас олиш чўққисида нафас тўхташи кузатилади), Люста феномени (кичик болдир суяги бошчасига урилганда тоvon олдига букилиши). Бу белгилар барча беморларда чакирилади ва амалиёт хақимига, клиник, биокимёвий таҳлилиларга қадар спазмофилия ташхисини қўйиш имконини беради. Шундай қилиб юкорида келтирилган текшириш усуллари спазмофилиянинг яширин шаклларида ўз вақтида, эрта ташхис қўйиб, спазмофилиянинг турли кўнгилсиз асоратларининг олдини олишга ёрдам беради.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЕРВОКЛАССНИКОВ И РИСКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Махсумов М.К., Арзикулов А.Ш., Арзобеков А.Г., Махпиева Г.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования : изучение функциональных возможностей и оценка риска школьной дезадаптации.

Материалы и методы исследования. В начале (октябрь) и конце (март-апрель) учебного года обследовано 102 первоклассника (58 мальчиков и 44 девочки), обучающихся по традиционной программе. При клиническом осмотре проведено измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений в покое; вычислены индексы Руфье (ИР), Кердо (ВИК) и адаптационный показатель (АП). Для всех полученных данных определяли среднее арифметическое значение (X) и ошибку средней арифметической (m).

Результаты. При первичном осмотре признаки вегетативной дисфункции выявлены у 39,8 % детей, к концу учебного года число таких детей увеличилось до 50,5 %. Чаще определялась дисфункция вегетативной регуляции с гипертоническими реакциями артериального давления, обусловленная активацией симпатического

звена ВНС. По показателям ИР высокие резервы сердечно-сосудистой системы в начале учебного года выявлены у 48,3 % мальчиков и 56,3 % девочек; к концу первого класса число таких детей уменьшилось (43,5 и 49,5 %). Число детей с низкими резервами при втором обследовании составило 31,8 % среди мальчиков и 29,9 % девочек, по сравнению с началом учебного года (27,5 и 20,8 % соответственно).

Заключение. У значительной части первоклассников выявлено напряжение регуляторных систем, ограничение функциональных резервов сердечно-сосудистой системы, а также преобладание симпатикотонического типа регуляции вегетативной нервной системы. Выявленные отклонения диктуют необходимость с одной стороны коррекции интенсивности педагогического воздействия, и с другой стороны оптимизации медицинского вмешательства: разработки и внедрения индивидуального здоровьесохраняющего режима.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить заболевания печени, которые имеют особенности протекания у беременных женщин при вирусном гепатите.

Беременность при хронических заболеваниях печени наступает редко из-за развития аменореи и инфертильности. Однако у женщин с компенсированным заболеванием печени репродуктивная функция сохраняется и возможно наступление беременности. Изменения функции печени у таких пациенток непредсказуемы и зачастую беременность протекает без осложнений со стороны печени.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач мы обследовали 66 женщин в отделении акушерства и гинекологии №2 в городе Андижане.

Результаты и обсуждение: Беременность у пациенток с циррозом развивается крайне редко. Оценка действительного риска печеночных осложнений у таких больных сложна. У 30-40% увеличивается уровень билирубина и ЩФ, которые у 70% возвращаются к исходным значениям после родов. Материнская смертность увеличивается до 10,5%, 2/3 которой обусловлено кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП), а 1/3 - печеночной недостаточностью. Общие показатели смертности не отличаются от аналогичных показателей у небеременных с циррозом.

Вывод: профилактика кровотечений из ВРВП заключается в наложении селективного портокавального шунта или склеротерапии. Значительно повышается число спонтанных аборт до 17%, преждевременных родов до 21%. Перинатальная смертность достигает 20%. Риск развития послеродовых кровотечений 24%.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить заболевания печени, которые имеют особенности протекания у беременных.

Хронические диффузные заболевания печени часто встречаются у женщин детородного возраста. Наиболее частой формой поражения печени является хронический гепатит вирусной этиологии, более редкими - аутоиммунный и лекарственный гепатит, холестатические формы поражения (первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит), алкогольное поражение печени, неалкогольный стеатогепатит (на фоне ожирения, сахарного диабета), болезнь Вильсона-Коновалова и другие. Последние десятилетия ознаменованы ростом числа инфицированных и страдающих вирусными хроническими заболеваниями печени /ХЗП/, особенно среди лиц молодого возраста, а также появлением ряда новых лекарственных препаратов, позволяющих проводить успешное этиопатогенетическое лечение некоторых форм поражений печени. Это ведет к увеличению числа беременных и рожениц среди женщин, страдающих ХЗП. Особенности течения ХЗП у беременных, тактика ведения таких больных, в частности, показания к медикаментозному лечению и вопросы его безопасности недостаточно изучены.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач мы обследовали 66 женщин в отделении акушерства и гинекологии №2 в городе Андижане.

Результаты и обсуждение: желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Частота ЖКБ у женщин значительно выше, чем у мужчин. Она также зависит от возраста: 2,5% женщин в возрасте 20-29 лет и 25% в возрасте 60-64 лет страдают ЖКБ. Риск ЖКБ увеличивается в 3,3 раза после четвертой беременности.

Острый калькулезный холецистит. Частота составляет 8 случаев на 100 беременных. Терапия обычно консервативная. Часто хирургическое вмешательство лучше отложить на послеродовой период. У пациенток с рецидивирующими симптомами или обструкцией общего желчного протока необходимо хирургическое вмешательство, которое сопряжено с низким риском материнской и детской смертности.

Гепатит, вызванный инфекцией вируса простого герпеса (HSV). HSV-гепатит редко развивается у взрослых без признаков иммунодефицита. Около половины этих случаев описано у беременных. Смертность достигает 50%. Заболевание начинается с лихорадки, длительностью от 4 до 14 дней, на фоне которой появляются системные симптомы вирусной инфекции и боли в животе, чаще в правом подреберье. Развиваются осложнения со стороны верхних дыхательных путей и имеются герпетические высыпания на шейке матки или наружных половых органах. Желтухи обычно нет. Первым симптомом заболевания может быть ПЭ.

Вирусный гепатит E. Эпидемическая форма гепатита, передающегося фекально-оральным путем, частота и тяжесть которого увеличиваются у беременных. Смертность от HEV (hepatitis E virus) гепатита у беременных составляет 15-20%, в то время как в популяции 2-5%. Риск спонтанных абортов и внутриутробной гибели плода

около 12%. Беременные должны обязательно изолироваться из очага инфекции. Специфическое лечение и профилактика не разработаны.

Вывод: физиологические изменения печени у беременных. При нормально протекающей беременности размеры печени и селезенки остаются в пределах нормы. Может выявляться пальмарная эритема и телеангиоэктазии (на лице, передней поверхности грудной клетки, конечностях), которые проходят после родов. При биохимическом исследовании отмечается отклонение от нормы ряда параметров, что может имитировать заболевание печени (табл. 21.1). Эти изменения требуют правильной оценки и, при выявлении отклонений, совместного наблюдения гастроэнтеролога и акушера.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

**Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель работы. Усовершенствовать тактику ведения беременных с гепатитами В и С на основе выявленных патогенетических механизмов взаимовлияния HBV- и HCV- инфекции и беременности.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач мы обследовали 55 беременных женщин с диагнозом вирусных гепатит В и С.

Результаты исследования: течение беременности при HBV- и HCV-инфекции осложняется чаще, чем в контрольной группе: угрозой прерывания беременности в 1,6 раза; гестозами в 1,7 раза; фетоплацентарной недостаточностью в 2,3 раза; преждевременными родами в 4,1 раза. Особенности родов при данной патологии явилась высокая частота преждевременного излития околоплодных вод - до 39,5%, кровотечений в раннем послеродовом периоде - до 5,9%, что превышает показатели в контрольной группе в 2,3 и 2,8 раза соответственно.

Течение ОГВ на фоне беременности отличается преобладанием холестатических форм заболевания (у 63,8%), что в 4,2 раза чаще, чем у небеременных, нередким (у 26,1%) формированием затяжного течения заболевания. Наиболее тяжелое течение заболевания наблюдается в III триместре гестации.

Клиническая картина хронических форм HBV- и HCV-инфекции у беременных по сравнению с контрольной группой имеет более разнообразные и выраженные проявления в репликативной фазе заболевания, характеризующиеся преобладанием астеновегетативного (у 93,8% при ХГВ и 97,2% при ХГС), диспепсического (у 87,5% при ХГВ и 72,2% при ХГС) синдромов. В 2 раза чаще, чем в контрольной группе, наблюдается синдром холестаза (у 18,8% при ХГВ и 19,4% при ХГС). Лабораторные показатели в фазе репликации ХГ характеризуются умеренным повышением показателей билирубина, уровня аминотрансфераз и диспротеинемией, изменения которых наиболее выражены в I и II триместрах гестации.

В структуре донологических форм дисфункции иммунной системы у беременных с ГВ и ГС наиболее часто встречается инфекционный синдром (у 44,9% с ОГВ, 62,7% с ХГВ и 66,7% с ХГС), на втором месте аллергический (26,1%, 31,4% и 35,8% соответственно), у 35,3% беременных имеет место наличие двух и более синдромов.

Иммунологические сдвиги у беременных при ОГВ носят циклический характер. Для периода разгара заболевания характерна абсолютная Тлимфопения с преимущественным дефицитом Т-клеток хелперного типа, накопление патогенных форм ЦИК, угнетение фагоцитирующих клеток. Изменения гуморального иммунитета характеризуются повышением уровня В-лимфоцитов, угнетением синтеза IgA и повышением содержания IgM. Степень выраженности данных изменений нарастает с развитием гестационного процесса и в периоде разгара заболевания наиболее выражена в III триместре.

У беременных с ХГВ и ХГС отмечается стойкая Т-лимфопения как за счет клеток с хелперным, так и с эффекторным фенотипом, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов без достоверных изменений В-лимфоцитов. Данные изменения наблюдаются во всех триместрах, но наиболее выражены в I и II триместре. Кроме того, степень депрессии клеточного звена иммунитета тем больше, чем выше вирусная репликация и активность патологического процесса.

Вывод: Лечение беременных с HBV- и HCV-инфекцией с использованием Вобэнзима® и Виусида в зависимости от формы и фазы течения заболевания позволило улучшить прогноз и сократить сроки стационарного лечения при ОГВ на 10,1±1,2 дня, клинический эффект его у пациенток с ХГВ и ХГС был в 2,7 раза выше по сравнению с традиционной терапией, а у 33,3% больных наблюдалось значительное уменьшение степени активности заболевания. Проводимая терапия оказывает благоприятное влияние на течение беременности, родов и послеродового периода, значительно снижая риск осложнений их.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ГОРОДЕ АНДИЖАНЕ

**Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С., Мамадиева М.С.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: Усовершенствование рекомендаций по снижению в регионе акушерских осложнений у беременных женщин с вирусными гепатитами с включением прегравидарной подготовки, улучшение исходов беременности и родов для матери и плода.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач было проведено проспективное исследование с 2015 по 2017 г г на кафедре акушерства и гинекологии №2 АГМИ.

Результаты исследования: методами текущего и ретроспективного эпидемиологического анализа нами изучены динамика заболеваемости и тенденция развития эпидемического процесса вирусных гепатитов А, В и С у

беременных городе Андигана По результатам нашего исследования, в этиологической структуре вирусных гепатитов произошли существенные изменения на 12% повысилось количество беременных с вирусным гепатитом А, намечается тенденция на повышение числа больных гепатитом С и на 4,8% стало меньше количество больных с вирусным гепатитом В.

При изучении эпидемиологии по климатогеографическим зонам недостаточно учитываются такие антропогенные факторы, как виды хозяйственной деятельности, особенности питания, образа жизни, отношения к вредным привычкам и др., в большой степени сопряженные с геохимическими, геоморфологическими условиями, определяющими гео- и гелиобиологические процессы территорий. Нередко при оценке роли условий ограничиваются оценкой показателей заболеваемости у жителей городов и сельской местности.

Среди серопозитивных женщин жительницы города составляли 67,3% (74), а 32,7% (36) беременных проживали в сельской местности. Из представленных данных следует, что инфицированность городских женщин достоверно выше, чем жительниц села.

При распределении выявленных в нашем исследовании случаев вирусного гепатита у беременных женщин за последние три года по климатогеографическим зонам была выявлена следующая картина. Наиболее неблагоприятны на развитие вирусного гепатита беременные, проживающие на территории равнинной зоны Андигана. Относительно благоприятны предгорные районы, а самый низкий удельный вес среди пациенток с гепатитом имели жительницы горных районов. Из числа больных с вирусным гепатитом А - 70,1% (47) пациенток являлись горожанками, а остальные - 29,9% (20) - проживали в сельской местности. Среди беременных, страдающих вирусным гепатитом В и С в городе проживали в 1,6 и 6,5 больше (62,1% (77) и 86,7% (72)) женщин, чем в селениях - 37,9% (47) и 13,3% (11) соответственно.

Выводы: 1. В городе Андигане за последние 3 года отмечается увеличение числа беременных с хроническими формами вирусных гепатитов (ВГА - на 12%, а ВГС - на 3,6%), особенно среди городских жителей, у которых ВГ выявлены в 2 раза чаще, чем у жителей сельской местности.

2. Обострение ХГВ и ХГС у беременных чаще происходит в первом (31,8%) и в третьем триместрах (45,5%), причём с увеличением срока гестации у 82,4% пациенток отмечено ухудшение функции печени с достоверным повышением уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ). Ведущими клиническими проявлениями у беременных является синдром холестаза в сочетании с астеноневротическим синдромом и минимально или умеренно выраженным цитолитическим синдромом.

ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ И ИММУНОКОРРЕКТОРОВ В ЛИМФАТИЧЕСКУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ

Мухитдинова М.К., Тоирова У.Т., Юлдашев З.Н., Махмудов А.А.

АФ РНЦЭМП

Особенность строения лимфатических сосудов у детей – это наличие большего, чем у взрослых количества анастомозов, как между внутриорганными сосудами, так и внеорганными отводящими коллекторами. В педиатрии лимфатическая терапия нашла применение в лечении гнойно-септических заболеваний многих органов и систем.

В борьбе за жизнь – у микроорганизмов – высокая генерация и приспособляемость к разрушающему действию химических веществ, а у макроорганизмов – выработка иммунитета, увеличение дозы имеющихся и синтез новых антибиотиков – последние, бывает, проигрывают. Для того, чтобы антибиотики могли воздействовать на инфекционные агенты лимфы, а иммунокорректоры на иммунитет в целом, их концентрации в межклеточной жидкости должны быть достаточно высокими, чтобы успешно работать в лимфатической системе. На пути к очагу поражения, лекарства подвергаются метаболическому процессу и теряют свою функциональную активность. Поэтому для препаратов, ориентированных на периферические органы иммуногенеза - лимфатические узлы, важно сократить путь их проникновения в лимфатическую систему и обойти барьеры, приводящие к снижению их фармакологической активности.

На лечение в отделении детской анестезиологии и реанимации Андиганского филиала РНЦЭМП ежегодно поступают от 2000 до 2400 больных, из которых 70-80% составляют пациенты с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и лёгких.

Цель исследования: определить эффективность региональной лимфотерапии (РЛТ) у детей с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и лёгких.

Материал и методы: нами у 886 пациентов был применен метод РЛТ антибиотиками и иммунокорректорами с целью ранней ликвидации патологического процесса и усиления тканевого и общего иммунитета. Для лимфостимуляции применяли химотрипсин, лазикс, новокаин. Общий объём вводимой жидкости, составлял с учетом возраста и возрастных доз пациентов от 3 - 5 до 10 - 15 мл. Кратность введений 1-2 раза в сутки. Применяли – антибиотики широкого спектра действия, иммуностимуляторы Тимоген и Тимолин, причём в дозах, не превышающих 50-75% от рекомендуемой.

Результаты и обсуждение: в результате применения региональной лимфотерапии у пациентов выздоровление происходило, в среднем, на 2-3 суток раньше, чем у пациентов, которым не проводилась региональная лимфотерапия. Применение иммуностимуляторов дало хороший эффект пациентам с аллергическим фоном, бронхиальной астмой и обструктивными бронхитами. У тяжелых больных с гнойно-септической патологией и длительной субфебрильной, высокой температурой, не снижающейся от внутримышечного введения антибиотика, метод РЛТ позволял добиться быстрой нормализации температуры тела и улучшения общего состояния ребёнка. Сочетание антибактериального препарата и иммунокорратора с предварительным введением лимфостимуляторов в претрахеальную клетчатку позволяло насыщать лимфатические сосуды и узлы, расположенные в ней, в результате изменения циркуляции жидкости в цепи «ткань – кровь – лимфа» на «ткань – лимфа – кровь». Далее, ретроградный ток лимфы, в среде воспалительного отёка, обеспечивает проникновение введённого препарата в лимфатические

узлы и сосуды легких, а также непосредственно в патологический очаг и в лимфатическую систему вилочковой железы.

Выводы: исходя из наблюдений сделали вывод, что лимфатическое введение лекарственных средств ввиду непосредственного воздействия на очаг, а также снижения дозы и кратности введения препаратов позволяет достичь:

- селективного влияния на патологический процесс;
- длительную поддержку лечебной концентрации антибиотиков в тканях и крови;
- уменьшение токсического воздействия антибиотиков;
- экономии бюджетных средств и времени медицинского персонала;
- снижение риска заражения больных вирусным гепатитом и ВИЧ инфекцией;
- уменьшение времени пребывания пациента в реанимационном отделении;
- уменьшение психо-эмоциональной нагрузки на пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДИСТРЕПТАЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Мухитдинова Т.К., Мамажонова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Оценка клинической эффективности Дистрептазы при лечении хронических воспалительных заболеваний придатков матки инфильтративных воспалительных состояний после гинекологических операций.

Материалы и методы. в обследовании принимали участие женщины с хроническими воспалительными заболеваниями придатков и инфильтративными воспалительными состояниями после гинекологических операций (возраст от 19 до 52 лет). Свечи принимали ректально 2 раза в сутки в течении 6-12 дней. Эффективность Дистрептазы оценивали по динамике болевого синдрома и инфильтративных изменений в органах малого таза. Переносимость препарата оценивали на основании частоты побочных эффектов терапии. После лечения на 7-10 сутки острой боли в группах не отмечалось, а в основной отсутствовала иррадиация боли. После проведенного лечения в основной группе количество пациенток с ноющей болью было в 1,5 раза меньше, чем в контрольной (12 против 23%).

Результаты. Выраженность признаков воспаления по данным УЗИ в результате лечения в основной группе была в 1,5 раза меньше, чем в группе сравнения (21,0 против 13,0%). Результаты лечения по данным доплера УЗИ свидетельствуют о том, что после лечения Дистрептазой инфильтрационно-воспалительные изменения обнаруживались в 2,8 раза чаще, чем при проведении стандартной терапии (2 против 0,0%).

Вывод. Комплексный препарат Дистрептаза быстро уменьшает и ликвидирует клинические проявления воспаления при лечении хронических воспалительных заболеваний придатков и инфильтративных воспалительных состояний после гинекологических операций.

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы заболевания суставов, по данным многих авторов приобретают все большее значение, поражая людей различных возрастных групп и приближаясь по степени распространенности к таким заболеваниям, как гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. Этот процесс находит свое отражение в закономерном увеличении доли патологии суставов в детском возрасте, при этом воспалительные заболевания суставов выступают на первый план в общей структуре поражений опорно-двигательного аппарата у детей.

Цель: оценить влияние хронической персистирующей инфекции на характер суставного синдрома.

Для этого нами была проанализирована 51 история болезни детей с различными нозологическими формами артритов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ОДММЦ в 2016 году. По структуре диагнозов больные распределились следующим образом: 21,6% с ювенильным ревматоидным артритом, 52,9% с реактивными артритами и 25,5% с артралгиями. Средний возраст наблюдаемых больных составил 12-14 года. Средняя продолжительность заболевания – 3-4 года. Более чем у 2/3 детей суставной синдром протекал в виде моно- и олигоартрита. Он характеризовался ассиметричным артритом с преимущественным поражением суставов нижних конечностей. У 76,4% детей диагностировались различные инфекционные агенты. Анализ выявления рода возбудителя показал следующее, так в подавляющем большинстве случаев выявлялись АТ (высокий титр) к вирусу простого герпеса (64,1%), цитомегаловирусной инфекции у половины обследуемых (51,2%). АТ к хламидиям в крови были найдены у 46,2% больных. В основном определялись АТ к хламидиям trachomatis. Сочетанная хламидийная инфекция (хламидии trachomatis + pneumoniae) в подавляющем большинстве случаев диагностировалась у больных с реактивными артритами.

Вывод: хронические инфекции довольно часто встречаются у больных с различными формами артритов и артралгий, оказывая влияние на развитие и течение этих заболеваний и требуют назначения адекватной антибактериальной и противовирусной терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ДИФFUЗНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Махпиева Г.К., Аманов К.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Почки играют важную роль в периферическом метаболизме йода и гормонов щитовидной железы(ЩЖ).

На основе изучения функции щитовидной железы с использованием клинико –лабораторных и функциональных исследований были выявлены особенности течения острого и хронического гломерулонефрита (ГН).

Проведенные исследования содержания тиреоидных гормонов и математический анализ результатов позволили выделить 3 группы детей с различным функциональным состоянием щитавидной железы. При сопоставлении клинических особенностей ГН нами отмечено , что у больных с неизменной функцией щитовидной железы наблюдались классические симптомы заболевания ренального характера, свойственные острому нефротическому синдрому с гематурией и гипертонией, и смешанной форме хронического ГН.

Особенностью острого ГН с нефротическим синдромом у детей с повышенной функцией щитовидной железы являлось острое, бурное начало, с выраженными симптомами общей интоксикации, нарастающими отёками на лице. У всех детей этой группы отмечались значительные экстраренальные симптомы, а лабораторные данные свидетельствовали о наличии поражения общих и парциальных функций почек со смешанным и гематурическим вариантом мочевого синдрома. У детей данной группы с хроническим ГН с гематурией отмечались аналогичные симптомы общей интоксикации , полиурия, значительно выраженные функциональные расстройства со стороны органов и систем (сердечнососудистая недостаточность, анемия), резко выраженный мочевой синдром.

К особенностям клинического течения ГН у детей с пониженной функцией щитовидной железы относились симптомы общей интоксикации, со значительными выраженными отёками(анасарка)- 7, аститом-23. Как при остром, так и при хроническом нефротическом варианте четко определялись функциональные нарушения со стороны органов и систем, отмечалось резкое сокращение диуреза: при остром процессе выражен был протеинурический тип мочевого синдрома, у детей с хронической формой заболевания мочевой синдром проявлялся в виде смешанного варианта. У детей с пониженной функцией щитовидной железы отмечалось нарушение общих функций почек.

Таким образом, наиболее тяжелое течение ГН наблюдалось у больных с измененной функцией щитовидной железы. При этом наблюдалась наибольшая частота и разнообразие экстраренальных нарушений, функциональные изменения со стороны ряда органов и систем, более частые и глубокие поражения общих и парциальных функций почек, переход процесса в хронический, частые рецидивы заболевания, острая почечная недостаточность.

КОРРЕКЦИЯ ПОВЫШЕННОЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Махпиева Г.К., Аманов К.К.

Андижанский государственный медицинский институт

В связи со значительным ростом почечной патологии у детей детская нефрология стала одной из наиболее актуальных проблем педиатрии. Это обусловлено увеличением частоты и распространенности болезней мочевой системы, их склонностью к хронизации и рецидивированию, возможностью реабилитации больных при ранней диагностике и адекватности терапии.

Под нашим наблюдением находилось 60 детей больных гломерулонефритом с повышенной функцией щитовидной железы в возрасте 3-14 лет. У 48 детей был острый, у 12- хронический гломерулонефрит. Оценка функционального состояния щитовидной железы проводилась по данным изучения уровня СБЙ (связанный с белком йод)- биохимическим методом по В.Г.Степанову,Т4(общего тироксина),(трийодтрионина), уровня ТТГ(триотропный гормон гипофиза) в сыворотке крови –радиоиммунологическим методом. Контрольную группу составили практически здоровые дети аналогичного возраста, в анамнезе которых отсутствовали указания на заболевания щитовидной железы и преморбидный фон, который не был отягощен другой эндокринной патологией. Исследования тиреоидных показателей проводились при поступлении и перед выпиской из стационара.

30 детей получали комплексную терапию гломерулонефрита, а 30 детям, наряду с комплексной терапией назначалась терапия корригирующая функцию щитовидной железы - йодомарин по 1 таблетке 1-2 раза в день в зависимости от возраста в течение 20 дней.

У больных, получавших комплексную терапию, тиреоидные показатели уменьшались по сравнению с показателями при поступлении, но оставались повышенными, по сравнению с показателями детей контрольной группы. А у больных, получавших корригирующую терапию, функции щитовидной железы, тиреоидные показатели перед выпиской не отличались от показателей детей контрольной группы. Кроме того, наряду с нормализацией лабораторных показателей, ликвидация общих и ренальных симптомов отмечались на 10-14 дней раньше ,чем у детей, получавших комплексную терапию.

Таким образом, наши наблюдения показали, что включение в комплекс лечебных мероприятий корригирующую функцию щитовидной железы терапию способствовало скорейшему выздоровлению больных, нормализации функций щитовидной железы и уменьшению времени пребывания больных в стационаре.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Интерлейкины обладают иммунорегуляторными свойствами и выполняют функцию медиаторов в иммунной системе: активируют пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, синтезг-интерферона. По данным литературы у детей, перенесших гипоксию, выявляется активация цитокин индуцированных реакций с увеличением числа

субпопуляций лимфоцитов CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD95+, концентрации ИЛ-1, ИЛ-4, ФНО-а в сыворотке крови и снижение количества и функций Т-лимфоцитов.

Целью данного исследования явилось изучение иммунологического статуса у детей с различными последствиями перинатальных нарушений (ППЦНС).

Материалы и методы: изучен иммунный статус у 218 детей в возрасте от 3-х мес. до 5 лет с последствиями ППЦНС и у 60 практически здоровых детей группы сравнения (ГС), проживающих в психоневрологических домах ребенка. Сформированы группы детей с различными исходами ППЦНС: 1я группа- дети с последствиями острых гипоксических, ишемических нарушений и врожденных инфекций без структурных изменений на НСГ (n=83). 2я группа- дети с минимальной церебральной дисфункцией и темповой задержкой психомоторного развития и речи (n=74). 3я группа- дети с тяжелыми последствиями ППЦНС, формированием грубого неврологического дефицита, ДЦП и эпилепсии (n=62). Определение субпопуляций лимфоцитов проводили методом проточной цитометрии, уровня цитокинов в сыворотке крови методом ИФА.

Результаты и выводы: повышение процентного содержания лимфоцитов до 59,5±3,79 (ГС 47,1±1,8) и их субпопуляций- CD3+% 70,0±2,1 (ГС 63,0±8,9); CD8+% 30,0±3,77 (ГС 28,8±2,1); CD16+% 19,75±2,03 (ГС 12,2±0,92); CD20+% 33,0±7,88 (ГС 21,3±0,77); CD25+% 44,0±4,26 (ГС 13,2±0,71), интерлейкина IL4 (48,9±1,6) свидетельствует об активации клеточного и гуморального иммунитета у детей 1й групп-пы. Во 2й группе детей отмечено снижение как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета- CD3+% 41,03±1,28; CD4+% 24,01±1,19 (ГС 35,2±2,1); CD8+% 15,75±1,13; CD20+% 18,65±1,16 на фоне высоко-го IL6 (96,9±10,4). Дети 3й группы с тяжелыми последствиями ППЦНС имели снижение субпопуляций CD3+% 29,0±3,6 и CD4+% 29,5±0,4; нормальное содержание CD8+% 21,5±1,55 (Th/Ts 2,3±0,4), активацию маркеров апоптоза (CD95+% 29,0±2,7) на фоне средних значений цитокинов (IL4 23,8±3,7; IL6 12,5±3,4; ФНО3,4±0,7), что характеризует дисбаланс клеточного и гуморального звена. Таким образом, различные иммунологические характеристики исходов перинатальной гипоксии могут быть использованы для прогнозирования иммунной реактивности в процессе реабилитации и вакцинации.

ПОКАЗАТЕЛИ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У ДЕТЕЙ ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ФЕНОТИПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить показатели конденсата выдыхаемого воздуха и оценить их диагностическую ценность для диагностики эозинофильного фенотипа бронхиальной астмы.

Материал и методы. Обследовано 85 детей школьного возраста с бронхиальной астмой (БА). Клинические группы сформировали по количеству эозинофилов в мокроте: в I группу вошли 38 детей с эозинофильным фенотипом (в мокроте 3% и больше эозинофилов), во II группу – 47 пациентов с неэозинофильным фенотипом БА (в мокроте меньше 3% эозинофилов). Средний возраст детей I группы составил 12,1±0,57 года (73,7% мальчиков, 55,3% сельских жителей), II группы – 11,0±0,47 лет (55,3% мальчиков, 61,7% сельских жителей при p<0,05), то есть группы сравнения сопоставимы по основным клиническим характеристикам. В конденсате выдыхаемого воздуха определяли показатели свободно-радикального окисления протеинов, протеолитическую активность.

Результаты. Отмечено, что у детей с неэозинофильным фенотипом БА по сравнению с пациентами с эозинофильным фенотипом заболевания отмечаются изменения, которые свидетельствуют о большей активности воспалительных процессов в бронхах. Так, содержание альдегид- и кетодинитрофенилгидразонов нейтрально-го характера при эозинофильном фенотипе составило 5,56±0,53 E 370 ммоль/ г протеина против 6,76±0,79 E 370 ммоль/ г протеина при неэозинофильном фенотипе БА (p>0,05), причем при содержании данного показателя в конденсате больше 6,5 ммоль/ г протеина ассоциировало с относительным риском наличия неэозинофильного фенотипа БА 1,7 (95% ДИ: 1,2-2,5) и положительной посттестовой вероятностью 58,3%. При изучении протеолитической активности конденсата выдыхаемого воздуха наибольшую диагностическую ценность выявления неэозинофильного фенотипа имела протеолитическая активность по лизису азоказеина больше 1,48 мл/час: чувствительность 84,6%, предсказуемая ценность негативного результата – та 86,7%, соотношение шансов 10,2 (95% ДИ: 1,74-59,65), отношение правдоподобия 2,4, посттестовая вероятность положительного результата 70,6%.

Выводы. У детей с неэозинофильным фенотипом бронхиальной астмы по сравнению с пациентами с эозинофильным фенотипом заболевания в конденсате выдыхаемого воздуха отмечаются изменения, которые подтверждают большую активность воспаления бронхов, что требует назначения базисной противовоспалительной терапии в объеме «плюс один шаг поGINA» от определенного на данный момент уровня контроля.

ОЦЕНКА И ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Проблема морфофункциональной перестройки правого желудочка (ПЖ) при бронхиальной астме (БА) является наименее изученным участком кардиологии. В первую очередь, это связано со сложной геометрической формой и анатомическими особенностями правого желудочка.

Цель исследования. Провести оценку систолической функции правого желудочка у детей с бронхиальной астмой (БА) разного уровня контроля.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 189 детей с БА в возрасте 6-17 лет. С помощью тест-контроля БА (АСТ-теста), нами были сформированы группы в зависимости от уровня контроля БА. Первую (основную) группу составили 124 ребенка (65,6%) с неконтролируемым течением болезни (НК БА), а группу

сравнения- 30 пациентов(15,9%) с частично контролируемой(ЧК БА) и 35 пациентов(18,5%) - контролируемой БА(КБА). Группу контроля составили 30 условно здоровых детей. Поскольку рассчитать морфофункциональные показатели правых отделов сердца технически трудно в связи со сложной геометрической формой и анатомическими особенностями ПЖ и наличием эмфиземы легких, для определения функции правого желудочка, мы использовали метод определения систолической экскурсии плоскости трикуспидального кольца (TAPSE), что отражает систолическую функцию ПЖ. Для характеристики степени нарушения систолической функции правого желудочка(ПЖ) определяли систолическую экскурсию плоскости трикуспидального кольца (TAPSE) путем определения точки соединения плоскости кольца трикуспидального клапана со свободной стенкой правого желудочка, показатель TAPSE в норме для детей школьного возраста составляет 2,47 мм и чем меньше степень экскурсии плоскости трикуспидального кольца, тем больше степень нарушения систолической функции ПЖ.

Результаты. У детей с неконтролируемым течением болезни TAPSE составил $2,24 \pm 0,09$ см и был достоверно меньше по сравнению с детьми контрольной группы, ЧК БА и К БА ($p < 0,001$), что говорит о тенденции к нарушению систолической функции ПЖ у данной категории детей, а при более детальном исследовании показателя TAPSE у детей с НК БА выяснено, что у 8,13% детей данный показатель составил 2,0 см что согласно табличным данным отвечал 50% фракции выброса ПЖ, что указывает на снижение систолической функции правого желудочка.

Выводы. Определение показателя TAPSE позволяет выявить нарушения систолической функции правого желудочка у детей с бронхиальной астмой(БА).

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель: выявить нарушения систолической функции левого желудочка(ЛЖ) у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию.

Материалы и методы: обследовано 76 новорожденных. I-я группа - 28 недоношенных новорожденных со сроком гестации 30-36 недель, массой при рождении не менее 1300 г ($2131,7 \pm 758,83$ г). II группа - 27 доношенных новорожденных со средней массой тела при рождении $3544,0 \pm 446,60$ г. Дети имели в анамнезе факторы риска хронической внутриутробной гипоксии плода и/или родились в состоянии острой асфиксии, имели признаки перинатального гипоксически-ишемического (геморрагического) поражения ЦНС II-III степеней. Контрольная группа - 21 здоровый доношенный новорожденный. В конце раннего неонатального периода проведено клиническое обследование, ЭКГ, ЭхоКГ с оценкой систолической функции ЛЖ. Оценивали фракцию выброса (EF) по методам Teicholz и Simpson, фракцию укорочения (%FS), ударный и минутный объемы ЛЖ. Расчет показателей ЭхоКГ проводился с использованием программы EchoPAC PC. Сравнили попарно результаты измерения EF методами Тейхольца и двухплоскостного метода Симпсона в каждой из групп. Использовали непараметрический критерий Вилкоксона для зависимых переменных.

Результаты: в контрольной группе у всех детей получены значения EF, вычисленные различными методами: значения EF по методу Тейхольца составили 69,95% (58,39; 72,61), по методу Симпсона 63,0% (55,0; 71,0). В группе недоношенных различия достоверны ($p = 0,00086$): значения EF по методу Тейхольца 74,04% (54,73; 87,21), по методу Симпсона 64,0% (45,0; 76,0). Во II группе различия достоверны ($p = 0,02$): значения EF по методу Тейхольца 68,26% (57,24; 84,38), по методу Симпсона 64,0% (49,0; 73,0). Значения EF, рассчитанной модифицированным двухплоскостным методом Симпсона, оказались ниже. Это связано с тем, что у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, имеются нарушения региональной сократимости миокарда.

Предпочтение указанного метода расчета объясняется тем, что он позволяет учесть форму полости ЛЖ и с большей вероятностью учесть возможные участки гипокинезии миокарда.

Вывод: нарушения систолической функции сердца у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, обусловлены нарушениями региональной сократимости миокарда и выявляются при помощи модифицированного двухплоскостного метода Симпсона.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: представить этиологическую структуру внебольничных пневмоний у детей в зависимости от возраста.

Материал и методы: 170 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет, получавших лечение в стационаре по поводу респираторной инфекции, осложненной развитием внебольничной пневмонии средней степени тяжести. 60% составили дети от 1 года до 4 лет, 10% - в возрасте до 1 года, 17% - старше 7 лет. Для этиологической диагностики использовались следующие методы: бактериологический - исследование микрофлоры верхних дыхательных путей (ВДП) путем посева и микроскопии; серологический - IgM и G к Chlam. pneumoniae, Mycopl. pneumoniae, вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ) и цитомегаловирусу (ЦМВ) методом ИФА; молекулярно-биологический (ПЦР) - определение возбудителей ОРВИ (грипп, парагрипп, аденовирус, респираторно-синциальный вирус (РСВ), рино-, метопневмо-, бока-, коронавирус), Chlamydomphila pneumoniae и Mycoplasma pneumoniae в мазках из ВДП, а ЦМВ, ВЭБ и вируса герпеса человека типа (ВГЧ-6) в крови и мазках из ВДП.

Результаты. Возбудители ОРВИ были выявлены у 53% обследованных детей. Наиболее часто выявляли РСВ (30%) и вирус гриппа (13%). Маркеры активной герпесвирусной инфекции у детей с затяжным и/или

рецидивирующим течением респираторного заболевания, осложненного пневмонией (n=53), выявлялись в 64% случаев. Чаще выявляли ЦМВ (57%).

Таким образом, у госпитализированных больных с пневмонией выявлены возрастные различия этиологической структуры: в возрасте от 1 месяца до 4 лет респираторные и герпетические вирусы определяли в 2/3 случаев, тогда как бактериальные агенты – в 36-41%. У детей от 4 до 7 лет вирусы выявлены в 43%, а у школьников – в 17% случаев пневмоний. Роль бактериальных возбудителей с возрастом увеличивалась (61% пневмоний у школьников), $p < 0,05$. Среди них с наибольшей частотой у детей старше 7 лет диагностировались микоплазменная и хламидийная пневмонии (26% и 22% соответственно).

СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПУТИ ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ

Максудова Л.И., Закирова У.И., Ташпулатова М.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В последние годы основная заболеваемость среди острых кишечных заболеваний у детей первых 2-х лет жизни падает на болезни, вызванные условно-патогенными бактериями (УПБ). Это можно связать с нерационально проводимой антибиотикотерапией и множественной лекарственной устойчивостью бактерий.

Цель: изучение этиологии острых кишечных инфекций, вызванных УПБ, поиск оптимальных средств лечения, направленных на коррекцию микробиоценоза кишечника (МК) у детей.

Материалы и методы исследований. Под нашим наблюдением находились 72 детей больных ОКИ, вызванные УПБ в возрасте от 1 года до 7 лет. Из них дети от 1 до 3 лет составили - 33 (45%), от 1 до 7 лет - 37 (51%). Во всех группах преобладали больные со среднетяжелой (62 (86%)) и тяжелой формой заболевания (10 (13%)). Основным методом диагностики явились клиническое, бактериологическое исследование кала и копрологическое исследование. Материалом служили фекальные массы, взятые от больных детей. Исследовали качественный и количественный состав МК по методике Р.В. Эпштейн-Литвак и Ф.Л. Вильшанской с определением анаэробов в день поступления и на 5-7 день от начала лечения. При бактериологическом исследовании на кишечную группу не выявлено патогенная флора.

В зависимости от метода лечения больные были распределены на следующие группы: 1 группа - получившие базисную терапию (20 больных), которая включало антибиотики в течение 5 дней. Препаратами выбора явились (с учетом спектра чувствительности) антибиотик группы цефалоспоринов (цефтриаксон), 2 группа - дети, принимавшие с 1 дня в комплексе с базисной терапией пробиотик энтерол (52). Энтерол назначали по 1 капсуле 2 раза в день в течение 5-7 дней. В препарате энтерол содержится активное вещество — *Saccharomyces boulardii*, которая не разрушается под воздействием кислой среды желудка и обладает генетически обусловленной устойчивостью к антибиотикам. Это позволяет назначать энтерол одновременно с антибактериальной терапией для профилактики дисбактериоза и диареи.

Результаты исследований: проведенные исследования показали, что устойчиво сохранялось преобладание желудочно-кишечных форм заболевания. Характерны были общие симптомы. Начало заболевания чаще было острым, температура до 38 °С (86%), у 63% детей была рвота, вялость, схваткообразные боли в животе у 52 (72%). Наблюдалось учащение стула до 10-15 раз (90%), повышенное газообразование (87%), беспокойство. Стул обильный, жидкий, зеленоватый, пенный с примесью слизи у 61 (84%). По окончании этиотропного лечения у больных 1 группы при отсутствии симптомов интоксикации сохранялась симптоматика характерные для дисбиотического состояния кишечника: синдром кишечной диспепсии, синдром нарушенного пищеварения, астено-невротический синдром. Было характерно субфебрильная температура у 4 (20%), слабость, метеоризм (45%), учащение стула до 5-7 раз в сутки (55%). Стул был жидким (25%), кашицеобразным (15 (75%)), примесь слизи в кале 7 (35%), которые сохранялись в течение 7-10 дней.

Оказалось, что у детей в 2 группе значительно раньше, чем в 1 группе отмечалась улучшение общего состояния, уменьшение или исчезновение болей в животе, метеоризм, урчание. Сокращалась продолжительность диареи (у больных, получивших антибиотик и энтерол $5,6 \pm 0,8$ дней, а в 1 группе $8,3 \pm 2,3$ дня соответственно $p < 0,05$). В обеих группах детей не выявлено патогенная флора. Копрологическое исследование дало возможность выявлять в 1 группе после лечения жир (стеаторея), мышечные волокна (креаторея), глыбки крахмала, свидетельствующие о нарушениях кишечного пищеварения и всасывания.

Результаты исследования МК показали, что в обеих группах при поступлении установлен ДК у 88% больных. Было обнаружено 3-4 степень ДК.

Бактериологический метод исследования с выделением чистой культуры показала наличие энтеропатогенных эшерихии у 19 (27%), протей 38 (54%), клебсиеллы 4 (5,6%), цитробактер 5 (6,9%). Содержания бифидо- и лактобацилл было снижено (84%). Преобладало снижение бифидофлоры и лактобактерий (81%).

Наряду с клинической эффективностью отмечалась положительная динамика в состоянии МК во 2 группе. Под влиянием энтерола к 5-7 дню его назначения у 78% обследованных увеличилось общее количество бифидобактерии, нормализовалась лактофлора, исчезли гемолизующие кишечные палочки и другие УПБ. В 1 группе же после лечения антибиотиком высевались анаэробные кокки (клебсиеллы у 2 (10%), протей 3 (15%), энтерококки у 3 (15%). Наличие дрожжеподобных грибов рода кандиды у детей также отмечалось в 1 группе (33%).

ТЕЧЕНИЕ ДИЗЕНТЕРИИ И САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мирисмаилов М.М., Атоева И.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется до 1-1,2 млрд. диарейных заболеваний детей и взрослых, умирает около 4 млн. человек, причем 60-70% заболевших составляют дети в возрасте до 14 лет. Наибольшую опасность представляют тяжелые формы кишечных инфекций, лечение которых не всегда оказывается успешным. Широкая распространенность кишечных инфекций в Узбекистане, обусловленная природно-климатическими особенностями южного региона, подчеркивает их значимость в социально-экономическом плане.

Цель. Изучение клинического течения острой кишечной инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования служили фекалии 30 детей в возрасте от 0 до 3 лет проходивших стационарное лечение в КГИБ №4.

Под наблюдением находилось 30 детей больных с острыми кишечными инфекциями в возрасте от 0 до 3 – х лет. У всех наблюдаемых больных детей разделили на две группы: из них сальмонеллезная группа составляет 17 (56,7%), а шигеллез составляет 13 (43,3%) детей. Диагноз сальмонеллеза был подтвержден бактериологическим – выделением капрокультуры *salmonella thuyphimurium et enteridis*, а у другой группы больных детей диагноз шигеллез был подтвержден бактериологический - выделенном копрокультуры шигеллы (Зонне). В сальмонеллезной группе обследованных детей девочки составляли 8(47,1%), мальчики 9(52,9%). В шигеллезной группе - мальчики составляли 6 (46,29%), девочки 7 (53,8%). В сальмонеллезной группе у девочек 5(62,5%) , у мальчиков 4 (44,5%) установлено средне – тяжелое течение заболевания, у девочек 3(37,5%) а у мальчиков 5(55,5%) установлено тяжелое течение заболевания. У детей раннего возраста, больных дизентерией установлено средне – тяжелое течение заболевания у 11(84,6%) , а у 2 (15,4%) детей установлено тяжелое течение заболевания. Среди обследованных нами детей в шигеллезной и сальмонеллезной группах легкой формы не встречалось.

У детей шигеллезной и сальмонеллезной групп в возрасте от 1 мес. до 1 года нами проанализировано влияние характера вскармливания на течение острой диареи. Установлено, что у остро диарейных больных детей со среднетяжелым течением на грудном вскармливании было 5 детей (35,7%), на смешанном вскармливании - 6 детей (42,9%), на искусственном вскармливании лишь 3 детей (21,4%). У больных с тяжелым течением на грудном вскармливании находилось 2 детей (33,3%), на смешанном вскармливании- 3 детей (50%), на искусственном вскармливании был лишь 1 ребенок (16,7%). Больные дети сальмонеллезной группы до 2х дней госпитализированы – 8 (47%), до 3х дней – 5(29,4%), до более 5 дней поступали в стационар(23,6 %) детей. Больные дети шигеллезной группы до второй сутки госпитализированы 7 (53,8%) детей, до 3х дней – 5(38,5%), 1(7,7%) были госпитализированы в течение 5 дней и более.

Вывод. Таким образом, в обследуемых сальмонеллезной и шигеллезной группах количество мальчиков и девочек было почти одинаковым. Характер вскармливания при острой диарее у детей раннего возраста влияет на течение заболевания и во многом зависит от типа возбудителя.

СИЛНИНГ БОЛАЛАР ЎРТАСИДА УЧРАШ САБАБЛАРИ

Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С., Абдукахарова М.Ф.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Ҳозирги кунда сил касаллиги глобал муаммога айланиб, нафақат ривожланаётган ва балки ривожланган давлатлар ҳам унинг таъсиридан азият чекмоқда.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг учдан бир қисми сил инфекциясини ўзига юктириб олганлиги ва йилига 8-10 миллион киши сил инфекцияси билан касалланиб, улардан 2,5-3 миллион киши эса ҳаётдан эрта кўз юмаётганлиги қайд этилган. Сил касаллиги катта ёшдаги аҳоли орасида тез тарқалиб бориши билан бир қаторда, болалар ўртасида ҳам катта эпидемиологик хавф туғдирмоқда. Айрим тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра, сил касаллиги устидан самарали назорат ўрнатиш ва даволаш ишлари тўғри йўлга қўйилмаса, 2020 йилга келиб, қарийб 1 миллиард аҳоли сил инфекциясини юктириб олади, 200 миллион киши касалланади ва 70 миллион киши эса сил касаллиги туфайли вафот этиши мумкин.

Ҳозирги пайтда, ер шаридаги 15 ёшгача бўлган болаларнинг 180 миллиони сил микобактериялари билан зарарланиб, ҳар йили 170 минг бола сил касаллигидан нобуд бўлмоқда.

Сил билан касалланган ва зарарланган болалар сони йилдан-йилга ортиб бориб, сил билан бирламчи зарарланиш 2,1-4,5, гиперергик реакциялар 0,6-4,9 сил билан зарарланиш 16,2-35,0 кўрсаткичларни ташкил этмоқда.

Силга қарши курашиш, даволаш ва уни эпидемиологик назоратини ўтказиш республикамизнинг олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади. Сил касаллигининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва унга қарши курашиш чора-тадбирларни такомиллаштириш.

Тадқиқот материали ва услублари. Ўзбекистон ва Қорақалпоғистон республикаси Давлат санитария-эпидемиология марказларида мавжуд бўлган сил ҳақидаги расмий маълумотлар ретроспектив эпидемиологик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Жаҳондаги барча мамлакатлардаги каби, Ўзбекистонда ҳам аҳоли ўртасида сил билан касалланиш сони йилдан-йилга ортмоқда, сил хасталигининг тез ривожланиши ва тарқалиши, оғир турлари учрамоқда. Шунингдек антибиотикларга чидамли микобактерияларни ажратувчи беморлар сони кўпайиб бормоқда. Умум тиббиёт муассасаларида сил касаллигининг кеч аниқланиши натижасида силга қарши чора-тадбирлар ўз вақтида олиб борилмаслиги, бу эса касалликни даволаш самарадорлигининг пасайишига ва ногиронликнинг кўпайишига олиб келмоқда.

Сўнги 10 йил ичида, Ўзбекистон Республикасининг аҳолиси ўртасида сил касаллиги билан касалланиш кўрсаткичи 78,7% ортган, касалланганларнинг умумий сони – 54,1%, шулардан вафот этганлар сони – 57,5% ташкил этади. Жумладан ўсмирлар – 18,1%, ёш болалар – 33,8%, аёллар – 19,2%, эркеклар – 20,3% ўртасида ўлим ҳолатларининг ортганлигини кузатиш мумкин.

Республикада сўнги 20 йил ичида болаларни сил билан касалланиш ҳолати 2,4 марта, сил билан зарарланиш 2 марта ва сил билан бирламчи зарарланиш эса 1,5 марта ошган. Сил микобактерияларини эрта аниқлаш, сил билан зарарланганлик ҳолатларини ўрганиш ва болаларни эмлашга танлашда қўлланиладиган туберкулин синамаси (диагностикаси) ҳозирги вақда ягона бўлган ва исботланган услуб бўлиб хизмат қилади, ҳали шу кунгача бу борада, ундан самаралироқ бошқа бир диагностик услуб ихтиро этилгани йўқ.

Сил микобактериясининг манбаи бўлиб, силнинг юқумли шакли билан касалланган беморлар ҳисобланади, бунда фаол ўпка силлини бошидан кечираётган беморлар асосий ўрин эгаллайдилар. Ўпкадаги фаол сил жараёни доимо кўзгатувчининг ажралиб туриши билан ўтади. Ажралиб чиқадиган микобактериялар сони касалликнинг кечиш босқичи, ўпка тўқимаси шикастланиши ва жароҳатнинг қатта-кичиклигига боғлиқ ҳолда кескин ўзгариб туради. Ўпка тўқимасининг парчаланиш босқичидаги беморлар эса энг хавfli инфекция манбаи ҳисобланади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ва халқаро силга қарши курашиш тизими сил бўйича эпидемиологик хавф юқори даражада ва профилактик тадбирлар ўтказиш самараси салбий ҳолатда бўлган мамлакатларда ҳам барча чақалоқларни БЦЖ вакцинаси билан эмлашни тавсия қилдилар. Аммо, овқатланиш сифати ёмон бўлган болалар организмида силга қарши махсус иммунитет 15 йилгача сақланмаслиги мумкин, шунинг учун бундай болалар ўртасида қайта эмлаш ишларини олиб бориш муҳимлигини таъазо этади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумотлари асосида ҳозирги кунда 64 мамлакатда болаларни силга қарши эмлаш оммавий тарзда ўтказилади, 118 мамлакатда эса расмий кўрсатма асосида бажарилмоқда.

БЦЖ вакцинаси билан аввалам бор, гўдак ёшидаги болаларни эмлашга эътибор қаратиш зарур. Сил касаллиги хавфи юқори бўлган аҳоли гуруҳлари орасида БЦЖ вакцинасини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Бизнинг мамлакатимизда ҳам бир неча ўн йиллардан бери аҳолини силга қарши эмлаш оммавий тарзда амалга оширилиб келинмоқда. 1995 йил режали эмлаш ишлари йўриқномасини қайта кўриб чиқиш натижасида, эмлашга қўйилган монеликлар нотўғри талқин қилиниши оқибатида тиббий четланишлар сони 7% га кўпайганлиги аниқланди. БЦЖ вакцинасидан кейинги асоротлар чала туғилган болалар, энцефалопатия ва йирингли инфекция билан туғилган чақалоқлар сонига мос равишда, нормал туғилган чақалоқларга нисбатан 14,5 баробар ортик кузатилганлиги маълум. Эмлаш асоратларининг ҳар хил ҳудудларда турлича кўринишда учрашига сабаб, эмлаш технологиясининг бузилиш ҳолатлари, уларни тўғри ва тўлиқ қайд қилиб бориш ишларининг рисоладек амалга оширилмаслиги натижасидир.

Умуман олганда силга қарши эмлаш ва қайта эмлаш билан боғлиқ асоротлар БЦЖ вакцинасининг биологик хусусиятлари, яшашга қўбилияти сақланган микроб таначалари сони, эмлаш техникаси тартибининг бузилиши, болаларни эмлашга нотўғри танлаш, ёндош касалликлар мавжудлиги ва шунингдек, бола организмнинг реактивлик хусусияти каби кўплаб омиллар таъсирида ривожланади. Ушбу асоротларга мойил гуруҳлар учун ишлаб чиқилган таркибида 0,025 мг қуруқ модда сақловчи, такомиллаштирилган БЦЖ-М вакцинасини қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Шуни таъкидлаб ўтишимиз керакки, БЦЖ-М вакцинаси билан боғлиқ асоротлар сони, БЦЖ вакцинаси билан эмлашдан кейин ривожланган асоротлардан 5 баробар кам кузатилади.

Шу билан бирга ҳозирги кунда, хорижлик олимлар томонидан, вакцинанинг ҳар хил шакллари, яъни бутун хужайра шаклидаги туридан тортиб, то ўзида ДНК – сақловчи вакцинасигача бўлган кўринишлари ўрганилмоқда.

Шундай қилиб, олиб борилган таҳлил шуни кўрсатадики, Ўзбекистон ва айниқса, Қорақалпоғистон республикаси аҳолисининг сил билан касалланиш кўрсаткичи Орол денгизи инқирози оқибатида келиб чиққан, ижтимоий-иқтисодий ва экологик ҳолатларга боғлиқ равишда ўзининг ҳудудий хусусиятларига эга. Бу эса ўз навбатида бундан кейинги изланишларни олиб борилишини талаб қилади.

Олиб борилган таҳлил натижасида шу маълум бўлдики, охириги 10 йил давомида, ўтказилган комплекс тадбирлар натижасида сил билан бирламчи касалланиш кўрсаткичи Республика ва Қорақалпоғистон республикаси миқёсида 43,7% пасайтиришга эришилганлиги аниқланди.

Хулоса. Сил касалликларини эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, даволаш ва диспансеризация тадбирлар етарлича эмаслиги сил касаллигининг кўпайишига олиб келмоқда. Овқатланиш сифати ёмон бўлган болалар организмида силга қарши махсус иммунитет ўзоқ вақт сақланмаслиги мумкин, шунинг учун бундай болалар ўртасида қайта эмлаш ишларини олиб боришни таъазо этади

ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ И ИММУНОКОРРЕКТОРОВ В ЛИМФАТИЧЕСКУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ.

**Мухитдинова М.К., Тоирова У.Т., Юлдашев З.Н., Махмудов А.А.
АФ РИЦЭМП.**

Особенность строения лимфатических сосудов у детей – это наличие большего, чем у взрослых количества анастомозов, как между внутриорганными сосудами, так и внеорганными отводящими коллекторами. В педиатрии лимфатическая терапия нашла применение в лечении гнойно-септических заболеваний многих органов и систем.

В борьбе за жизнь – у микроорганизмов – высокая генерация и приспособляемость к разрушающему действию химических веществ, а у макроорганизмов – выработка иммунитета, увеличение дозы имеющихся и синтез новых антибиотиков – последние, бывает, проигрывают. Для того, чтобы антибиотики могли воздействовать на инфекционные агенты лимфе, а иммунокорректоры на иммунитет в целом, их концентрации в межтканевой жидкости должны быть достаточно высокими, чтобы успешно работать в лимфатической системе. На пути к очагу поражения, лекарства подвергаются метаболическому процессу и теряют свою функциональную активность. Поэтому для препаратов, ориентированных на периферические органы иммуногенеза - лимфатические узлы, важно

сократить путь их проникновения в лимфатическую систему и обойти барьеры, приводящие к снижению их фармакологической активности.

На лечение в отделении детской анестезиологии и реанимации Андижанского филиала РНЦЭМП ежегодно поступают от 2000 до 2400 больных, из которых 70-80% составляют пациенты с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и лёгких.

Цель исследования: Определить эффективность региональной лимфотерапии (РЛТ) у детей с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и лёгких.

Материал и методы: Нами у 886 пациентов был применен метод РЛТ антибиотиками и иммунокорректорами с целью ранней ликвидации патологического процесса и усиления тканевого и общего иммунитета. Для лимфостимуляции применяли химотрипсин, лазикс, новокаин. Общий объём вводимой жидкости, составлял с учетом возраста и возрастных доз пациентов от 3 - 5 до 10 - 15 мл. Кратность введений 1-2 раза в сутки. Применяли – антибиотики широкого спектра действия, иммуностимуляторы Тимоген и Тимолин, причём в дозах, не превышающих 50-75% от рекомендуемой.

Результаты и обсуждение: В результате применения региональной лимфотерапии у пациентов выздоровление происходило, в среднем, на 2-3 суток раньше, чем у пациентов, которым не проводилась региональная лимфотерапия. Применение иммуностимуляторов дало хороший эффект пациентам с аллергическим фоном, бронхиальной астмой и обструктивными бронхитами. У тяжелых больных с гнойно-септической патологией и длительной субфебрильной, высокой температурой, не снижающейся от внутримышечного введения антибиотика, метод РЛТ позволял добиться быстрой нормализации температуры тела и улучшения общего состояния ребёнка. Сочетание антибактериального препарата и иммунокорратора с предварительным введением лимфостимуляторов в претрахеальную клетчатку позволяло насыщать лимфатические сосуды и узлы, расположенные в ней, в результате изменения циркуляции жидкости в цепи «ткань – кровь – лимфа» на «ткань – лимфа – кровь». Далее, ретроградный ток лимфы, в среде воспалительного отёка, обеспечивает проникновение введённого препарата в лимфатические узлы и сосуды легких, а также непосредственно в патологический очаг и в лимфатическую систему вилочковой железы.

Выводы: Исходя, из наблюдений сделали вывод, что лимфатическое введение лекарственных средств ввиду непосредственного воздействия на очаг, а также снижения дозы и кратности введения препаратов позволяет достичь:

- селективного влияния на патологический процесс;
- длительную поддержку лечебной концентрации антибиотиков в тканях и крови;
- уменьшение токсического воздействия антибиотиков;
- экономии бюджетных средств и времени медицинского персонала;
- снижение риска заражения больных вирусным гепатитом и ВИЧ инфекцией;
- уменьшение времени пребывания пациента в реанимационном отделении;
- уменьшение психо-эмоциональной нагрузки на пациента.

НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Мирзарахимова С.Ж., Негматшаева Х.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Преэклампсия (ПЭ) - это синдром, оказывающий негативное воздействие практически на все органы и системы организма матери. Нарушение гемокоагуляции рассматривается как важнейшее патогенетическое звено развития гипертензивных состояний у беременных.

Проведено клинко-гемостазиологическое обследование 16 беременных с физиологическим течением беременности, 24 больных, беременность которых осложнилась гипертензивным состоянием (10 легкой преэклампсией и 14 тяжёлой преэклампсией).

Из обследованных беременных 49,5% были первобеременными, 19,6% повторнобеременные, 30,9% многорожавшие женщины. 59,7% женщин были в оптимальном репродуктивном возрасте.

Из экстрагенитальных заболеваний у беременных с гипертензивными состояниями чаще наблюдались анемия различной степени тяжести(99%), патология почек(40,9%), заболевания печени(1,8%), гипофункция щитовидной железы(0,8%).

У женщин с легкой преэклампсией роды были в срок и через естественные родовые пути, с тяжёлой преэклампсией в 27,5% роды закончились абдоминальным путём из которых 58,2% были в сроке от 28-34 недель беременности.

Для функциональной оценки системы гемостаза, определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), активированное время рекальцификации (АВР), параметры тромбоэластограммы, индекс тромбодинамического потенциала, протаминсульфатный тест.

Анализ изучаемых показателей гемостаза показал, что в конце беременности при её физиологическом течении развивается умеренная хронометрическая и структурная гиперкоагуляция.

У 10 беременных с легкой преэклампсией наблюдалось увеличение содержания фибриногена, незначительное уменьшение АЧТВ, хронометрическая и структурная гиперкоагуляция.

У 14 беременных с тяжёлой преэклампсией отмечено снижение содержания фибриногена, положительный протаминсульфатный тест, хронометрическая и структурная гипокоагуляция, постепенное снижение количества тромбоцитов в следствии нарастающего синдрома диссеминирующего внутрисосудистого свертывания.

Таким образом, при тяжелой преэклампсии обнаружено нарастание симптомов нарушения показателей гемостаза, что явилось показанием для прерывания беременности.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Мирзарахимова С.Ж., Негматшаева Х.Н., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Тяжелая преэклампсия - это наиболее частое осложнение беременности неблагоприятно влияющий на исход беременности и родов для матери и плода. Частота возникновения тяжелой преэклампсии колеблется от 2% до 5%, по данным разных авторов, а в структуре материнской смертности занимает одно из ведущих мест.

За период с 2017 по 2018 нами изучено течение беременности и исход родов у 25 беременных с тяжелой преэклампсии.

Средний возраст обследованных беременных находился в пределах от 20 до 38 лет, и составил 25,2±4,6 лет. Изучение паритета у данных больных выявило, что преэклампсия тяжелой степени и эклампсия более выраженные у первобеременных (56,2%), в то время как у повторнобеременных встречается на фоне экстрагенитальной патологии.

Практически у всех беременных тяжелая преэклампсия протекала на фоне экстрагенитальной патологии, наиболее частыми и основными заболеваниями являлись железодефицитная анемия - 92,3%, воспалительные заболевания почек- 47,4%, нарушения гепатобилиарной системы-21,4%.

Анализ течения настоящей беременности выявил высокую частоту осложнений: 72,1% случаев имел место ранний токсикоз среднетяжелой степени, угроза выкидыша-37,4%, многоводие-4,7%, многоплодие-2,1%.

Беременные с тяжелой преэклампсией были госпитализированы в сроки гестации: от 23 до 28 недель-7 (27%) женщины, от 31 до 35 недель-8 (33%) больных, более 37 недель-10 (40%) пациенток.

Умеренные отеки и протеинурия имели место у всех беременных, а у 6 носило характер анасарки с наличием транссудата в брюшной полости. У 12 больных был снижен суточный диурез, моча была цвета "мясных помоев".

Лабораторными критериями, на основании которых в сочетании с клиническими данными была диагностирована тяжелая преэклампсия являлись увеличение содержания креатинина мочевины билирубина и его непрямой фракции количества трансафераз - АЛТ (от 0,94 до 3,22ммоль/л), АСТ (от 0,74 до 1,94 ммоль/л), тромбоцитопения, прогрессирующая анемия.

Через естественные родовые пути родоразрешено 5 пациенток в связи с тем, что они поступили в I периода родов.

Из 5-ти беременных, которые были родоразрешены через естественные родовые пути, преждевременные роды произошли у 3 пациенток, у 2 были преждевременные роды с мертвым плодом.

20 беременных с тяжелой преэклампсией были родоразрешены абдоминальным путем, у 2-х операция сразу была расширена до ампутации, у 8 произведена перевязка 3 пар сосудов.

Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

В данной группе новорожденные родились с различной степенью асфиксии, после лечения 18 новорожденных выписаны домой и 7 новорожденных переведены на второй этап в детскую больницу.

Выводы:

1. Наиболее оптимальным методом родоразрешения при тяжелой преэклампсии было оперативное родоразрешение посредством кесарева сечения и при необходимости перевязка 3 пар сосудов

2. При тяжелой преэклампсии необходимо своевременно начать магнезиальную терапию, проводить коррекцию гемостаза, а с целью профилактики септических осложнений проводить антибиотикотерапию.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Назирова З.М., Асранкулова Д.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) представляет большую медико-биологическую и социальную проблему, особенно в аспекте онкогинекологических заболеваний репродуктивной сферы организма женщины и рассматривается в тесной взаимосвязи с состоянием эндокринной ее системы. Актуальность ГПЭ обусловлена длительным рецидивирующим течением заболевания, отсутствием специфических патогномичных синдромов, сложностью дифференциальной диагностики. Во многих экономически развитых странах увеличивается частота этой патологии, которая может служить фоном для развития злокачественных новообразований, а рак эндометрия вышел на третье место в структуре злокачественных заболеваний женских половых органов.

Цель исследования. Изучить современные аспекты лечения гиперпластических процессов эндометрия.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 25 больных с ГПЭ, в возрасте от 26 до 51 года, около 58% составили женщины репродуктивного возраста.

Результаты исследования. У пациенток с ГПЭ через 1 месяц после лечебно-диагностического выскабливания полости матки и начала комплексного лечения с применением «Бусерина», Гепабене, Актиферрина у 68% пациенток отмечалось отсутствие менструации, уменьшение толщины эндометрия, происходила нормализация показателей крови, улучшались показатели печеночных проб. У 1 женщины сохранялась скудная менструальная функция. У больных с железистой гиперплазией эндометрия отмечалась 100% эффективность лечения. В течение первого месяца терапии аГн-Рг наблюдалось наиболее интенсивное уменьшение размеров матки у больных с сочетании ГПЭ и лейомиомы матки по сравнению с последующими двумя месяцами терапии. Через 2-3 месяца после начала лечения по данным влагалищного ультразвукового исследования у 85% больных наблюдалось аменорея, атрофия эндометрия, лабораторные и функциональные данные печени, показатели красной крови находились в пределах нормы. Лечение бусерином все больные перенесли хорошо. Аллергических реакций и побочных явлений на фоне приема препарата отмечено не было.

Вывод. Полученные результаты дают основания рекомендовать предложенную методику лечения ГПЭ для более широкого использования в практике, особенно у женщин репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивную функцию.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время набор используемых для диагностики пролиферативных процессов эндометрия методов значителен. Основными методами исследования полости матки первого этапа являются: аспирационная биопсия, радиометрия изотопа ^{32}P , эхография, доплерометрия, гистероскопия, диагностическое выскабливание. Для уточнения диагноза и определения лечебной тактики используют гистеросальпингографию, гистеросальпингоульตราонографию; компьютерную трансмиссионную и магнитно-резонансную томографию; лимфо-, артерио-, флебоангиографию; ряд специальных лабораторных тестов: иммунологические, иммуногистохимические, эндокринологические исследования, изучение гормональных рецепторов. В то же время продолжаются дискуссии о диагностической ценности каждого из названных методов в отдельности, их рациональном сочетании и очередности применения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузальном периоде.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 25 больных с ГПЭ, в возрасте от 26 до 51 года, около 58% составили женщины репродуктивного возраста.

Результаты исследования. Основными клиническими симптомами у обследуемых больных были метроррагии – у 51,4 %, меноррагии – у 31,2 %, менометроррагии – у 17,4 % пациенток. Бесплодие отмечалось у 18,8 % пациенток, из них первичное – у 7,2 % и вторичное – у 11,6 % больных. Анализ состояния гормонального статуса пациенток показал, что среди обследованных больных с простыми гиперплазиями эндометрия выявлены достоверно значимые отличия от группы контроля в виде незначительного повышения фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола в I фазу менструального цикла и лютеинизирующего гормона во II фазу, при незначительном снижении прогестерона в течение всего менструального цикла ($p > 0,05$). У всех пациенток, в том числе в группе условно здоровых женщин получение данных о наличии специфических и неспецифических инфекционных агентов проводилось в два этапа. На первом этапе амбулаторно исследовали материал для бактериологического посева на микрофлору и полимеразную цепную реакцию ПЦР-диагностики на специфическую флору из заднего свода влагалища и цервикального канала. На втором этапе аналогичное обследование проводили непосредственно перед ГС с РДВМ у больных ГПЭ и у пациенток группы контроля перед постановкой внутриматочной спирали (ВМС), затем в асептических условиях, после зондирования – из полости матки. Наличие воспалительных изменений в эндометрии у больных ГПЭ оценивалось при анализе клинико-лабораторных, УЗ-, ГС и патоморфологических критериев.

Вывод. Полученные результаты дают основания рекомендовать предложенную методику лечения ГПЭ для более широкого использования в практике, особенно у женщин репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивную функцию.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С.

Андижанский государственный медицинский институт

На сегодняшний день проблема бесплодия остается одной из актуальных проблем в гинекологии. Одной из причин бесплодия является эндометриоз. Эндометриоз это доброкачественная опухоль исходящей из ткани схожей с эндометрием. Обзор основных литературных публикаций показал, что диагностика генитального эндометриоза достаточно, но диагностика аденомиоза у данного контингента больных не достаточна.

Проанализировав результаты гистероскопии у 20 женщин с бесплодием мы произвели биопсию с последующим гистоанализом. Среди разной патологии матки частота аденомиоза составляет 2% но у большинства женщин с бесплодием отмечаются спаянные процессы в эндометрии. На основании проведенных исследований нами разработан алгоритм обследования для диагностики аденомиоза матки. Алгоритм обследования для диагностики аденомиоза следующие гистеросальпингография гистероскопия ультразвуковое исследование магнитно-резонансная томография компьютерная томография. Ультразвуковое исследование дает информативность в 86% случаев доплерография 9% .при этом исследование необходимо дать оценку базального слоя эндометрия. Признаками аденомиоза на УЗИ являются увеличение матки появление участков повышенной эхогенности наличие анэхогенных включений снижение звукопроводимости в узле признак вертикальной полосы. Своевременная диагностика аденомиоза способствует раннему проведению соответствующего лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Назирова З.М., Асранкулова Д.Б., Мамадиева М.С., Ахмедова Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лечение гиперпластических процессов эндометрия часто оказывается неэффективным ввиду неполного или временного эффекта, возникновения рецидивов или прогрессии заболевания. Чтобы улучшить результаты проводимой терапии, необходимо четко представлять структуру, особенности клинико-

морфологического течения гиперпластических процессов эндометрия, а также учитывать возраст пациентки, наличие соматической патологии и сопутствующие гинекологические заболевания. В литературе имеются данные о применении этанола в хирургической практике для склерозирования ретенционных кист, очагов злокачественных опухолей в паренхиматозных органах. Этанол способствует развитию некроза в тканях с развитием воспалительной реакции и последующим формированием в зоне воздействия соединительно-тканых элементов

Цель исследования. Улучшение результатов лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузальном периоде.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 25 больных с ГПЭ, в возрасте от 26 до 51 года, около 58% составили женщины репродуктивного возраста.

Результаты исследования. Нами была выявлена достаточно высокая степень наследственной отягощенности больных с гиперпластическим процессом эндометрия. Наиболее часто у родственников первого и второго поколения имелась гипертоническая болезнь (в 23,3% случаев), сахарный диабет (в 18,3%), нарушения жирового обмена (у 51,6%). Среди гинекологических заболеваний выявлялись нарушения менструального цикла у 28 (23,3%) родственников. Наследственная предрасположенность к возникновению миомы матки прослеживалась у 19 (15,8%) больных гиперпластическим процессом эндометрия. Наследственность, отягощенная онкологическими заболеваниями, была выявлена у 11 (9,2%) пациенток.

Большинство из обследованных больных указывали на различные инфекционные и воспалительные заболевания, перенесенные в детском или юношеском возрасте. Всего зарегистрировано 196 случаев инфекционных заболеваний перенесенных обследуемыми пациентками, что в среднем составило 1,6 - на одну больную.

У обследуемых больных наиболее часто экстрагенитальная патология была представлена заболеваниями сердечно-сосудистой системы: артериальной гипертензией у 55,8 женщин: в форме гипертонической болезни у 19,2%, ВСД по гипертоническому типу у 36,7%. Каждая третья пациентка страдала заболеванием гепато-билиарной системы, часто в сочетании с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, частота которых равнялась 35%. Варикозное расширение вен нижних конечностей было выявлено у 29 (24,2%) больных. Обращает внимание высокая частота эндокринной патологии, так заболевания щитовидной железы встречались у 32 (26,7%) больных, сахарный диабет второго типа у 23 (19,2%). Следует отметить, что степень выраженности экстрагенитальной патологии у большинства обследуемых была тяжелой, что требовало проведения дополнительных консультаций смежных специалистов, лабораторных обследований, а зачастую и специального лечения.

Помимо указанных выше соматических заболеваний, почти у 70% обследованных больных имелись признаки нарушения жирового обмена. На основании определенного индекса массы тела было выявлено, что примерно каждая вторая пациентка с гиперпластическим процессом эндометрия имела избыточную массу тела, а каждая четвертая - ожирение. Установлено, что у 50 (41,7%) пациенток индекс ОТ/ОБ был более 0,8. Это свидетельствовало об абдоминальном типе ожирения, который является одним из клинических проявлений метаболического синдрома.

Вывод. Полученные результаты дают основания рекомендовать предложенную методику лечения ГПЭ для более широкого использования в практике, особенно у женщин репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивную функцию.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Назирова З.М., Асранкулова Д.Б., Мамажонова Ш.К., Сатимова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение ГПЭ в постменопаузе являются профилактикой рака эндометрия. Большое число работ посвящено оценке информативности различных методов диагностики гиперпластических процессов эндометрия. Особое значение для ранней диагностики имеет такой неинвазивный метод, как эхография, все большее распространение приобретают доплеровское исследование кровотока и гидросонография. Многочисленные работы посвящены значимости гистероскопии в диагностике ГПЭ. Значительные трудности возникают при выборе метода лечения гиперпластических процессов эндометрия у пациенток пожилого возраста в связи с наличием у них выраженной экстрагенитальной патологии, часто сочетанной. При первом выявлении ГПЭ, как правило, рекомендуют гормональную терапию гестагенами. Показано, что гормональная терапия эффективна при наличии в патологической ткани эндометрия рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), причем эффект зависит от их концентрации

Цель исследования. Улучшение результатов лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузальном периоде.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 25 больных с ГПЭ, в возрасте от 26 до 51 года, около 58% составили женщины репродуктивного возраста.

Результаты исследования. Наши наблюдения показали, что оценить пролиферативную активность эндометрия, вероятность малигнизации и прогнозировать эффект гормонотерапии позволяют исследование рецепторов РЭ и РП в ткани эндометрия, морфоденситометрия с оценкой хроматина интерфазных ядер. Частота выявления и концентрация РЭ и РП уменьшаются по мере прогрессирования пролиферативных процессов эндометрия. При полипах эндометрия РЭ и РП выявляются в 96%, при железистой гиперплазии в 50%, при атипичной гиперплазии в 30%, при раке менее чем в 30% случаев. Наиболее высокая концентрация РЭ и РП при полипах эндометрия, особенно железистых (фмоль/мг). При железистой и атипичной гиперплазии эндометрия концен трация РП и РЭ в 4-5 раз ниже по сравнению с их уровнем при полипах (фмоль/мг), самые низкие показатели имеют место при раке эндометрия (фмоль/мг). При каждой нозологической форме патологии эндометрия пролиферативная активность клеток (по данным морфоденситометрии) может быть низкой, умеренной и высокой.

Высокая степень пролиферативной активности эндометрия была выявлена у 100% больных раком эндометрия, у 30% пациенток с железистой гиперплазией, у 12,5% с полипами эндометрия, у 16% с атрофией эндометрия, сопровождающейся кровяными выделениями. Проведенные у наших пациенток проспективные исследования, изучение рецепторного статуса и особенностей хроматина интерфазных ядер позволили определить группы риска возникновения злокачественного процесса гениталий. К группе высокого риска возникновения морфологического предрака и рака эндометрия мы относим рецидивирующие железистые полипы и железистую гиперплазию эндометрия в постменопаузе. Пациентки с кровяными выделениями на фоне атрофии эндометрия составляют группу риска развития патологии органов гениталий и рака матки. При проспективном наблюдении в течение 5 лет за больными с такой патологией у 3% из них возник рак эндометрия, у 2% атипическая гиперплазия, у 19% полипы эндометрия, у 2% рак трубы, у 9,3% опухоли яичников. При выборе метода лечения больных мы учитывали характер патологии эндометрия, состояние яичников, выраженность сопутствующей патологии и состояние больной. Гормональную терапию проводили при железистых полипах эндометрия и железистой гиперплазии. Обязательными условиями при этом были предварительное полное удаление патологического очага в матке под контролем гистероскопии и отсутствие эхографических признаков патологии яичников.

Вывод. Полученные результаты дают основания рекомендовать предложенную методику лечения ГПЭ для более широкого использования в практике, особенно у женщин репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивную функцию.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА АЦИКЛОВИРОМ

Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С.

Андижанский государственный медицинский институт

На сегодня *проблема невынашивания остается одной из актуальной среди причин одно из ведущих мест занимает герпесвирусная инфекция клинические проявления которых разнообразны*

Цель работы - оценка эффективности препарата "ацикловир" в лечении рецидивирующего герпеса.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 женщин в анамнезе которых были выкидыши среди причин была выявлена герпесвирусная инфекция. У данной группы больных было проведено общеклиническое бактериологическое бактериоскопическое обследование и исследование на ТОРСН инфекцию И Возраст больных колебался от 20 до 35 лет. Длительность заболевания составила от 2-3 месяцев до 5 и более лет. Локализация герпетических высыпаний была следующей: у 28 больных (96%) в области гениталий и у 2 больных (4) диагностирован лабиальный герпес.

Для лечения герпесвирусной инфекции нами был использован препарат ацикловир в сочетании с иммунной терапией в зависимости от чувствительности препаратами циклоферон имуномодулин и полиоксидоний

Результаты исследования. Ацикловир назначали в начальном периоде активации герпетической инфекции - в период предвестников или в первый день рецидива по 800 мг 4раз в сутки, на курс лечения 6,4 г. Отмечено, что ацикловир быстро купирует все субъективные и общие явления, регресс высыпаний на фоне лечения происходит в гораздо более короткие сроки. У больных длительность рецидива сократилась с $19,3 \pm 1,48$ до $5,1 \pm 0,1$ дней. После проведенного лечения больные сдали анализы на авидность где получен положительный результат

Вывод. Таким образом, при терапии препаратом ацикловир у больных с рецидивирующим герпесом отмечается увеличение продолжительности ремиссии. Лечение ацикловиром переносится больными без побочных реакций.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С., Мирзакаримова Д. Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Вирус иммунодефицита человека является ретровирусом инфицирующие разрушающим или ослабляющим клетки иммунной системы. Внедрение *высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) привело к снижению частоты оппортунистических инфекций, замедлению прогрессирования болезни в СПИД, уменьшению показателей заболеваемости и летальности. Однако, у некоторых больных, ВААРТ проявляется рядом отрицательных манифестных признаков ВИЧ-инфекции и прогрессированием оппортунистических инфекций, как "синдром реконструкции иммунной системы (СРИС)". Патогенез СРИС объясняется тем, что в ранний период ВААРТ в кровотока больного поступает огромное количество активированных CD4+ лимфоцитов - клеток памяти из лимфатических узлов, что создает условия для запуска сильного вторичного иммунного ответа и манифестации СРИС. Цель исследования: оценить особенности течения СРИС у ВИЧ-инфицированных больных, находящихся на ВААРТ. Под наблюдением находилось 23 больных ВИЧ-инфекцией, которые получали ВААРТ.*

Результаты. СРИС диагностирован у 6 больных (26%) (6 женщины,) в возрасте от 38 до 45 лет. У 4 больных манифестация СРИС произошла в течение первых 2 недели после назначения ВААРТ. У 2 больных синдром развился в более поздние сроки: через 2,5 и 4 месяца ВААРТ. Доминирующими клиническими вариантами были следующие: поражение ЦНС с клиникой острого менингоэнцефалита - 3 больных; поражение органов дыхания у 2 больных. У одной больной СРИС манифестировал поражением печени с обострением гепатита С. 3 больных (50%) из 6 погибли.

Заключение. СРИС отмечен у 26% больных, получавших ВААРТ, проявлялся в виде острых тяжело протекающих клинических синдромов, приводящих к высокой летальности больных (50%).

МИКРОФЛОРА РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель нашего исследования - изучить микрофлору родовых путей родильниц при преждевременных и срочных родах. Проведено бактериологическое исследование содержимого влагалища в первые сутки послеродового периода 53 женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути в городском клиническом родильном доме 2 города Андижана. В I группу вошли 14 родильниц после преждевременных родов, во II группу - 39 родильниц после срочных родов. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р,%) и стандартной ошибки доли (Sp,%), достоверность результатов двух сравниваемых групп была оценена методом χ^2 .

При бактериологическом исследовании содержимого влагалища был получен рост микроорганизмов следующих семейств: *Mycococcaceae* (*S. epidermidis*, *S. aureus* и др.), *Streptococcaceae* (*S. agalactiae* и др.), *Enterobacteriaceae* (*E. coli*) и грибов рода *Candida* (*C. albicans*). Рост представителей семейства *Mycococcaceae* в I группе был получен в 35,71±12,80%, во II группе - в 48,72±8,0%, микроорганизмы семейства *Streptococcaceae* были обнаружены в I группе в 14,29±9,35%, во II группе - в 25,64±6,99%. *E. coli* и *C. albicans* выделены у родильниц с преждевременными родами в 7,14±6,88% и 21,43±10,97% случаев соответственно, со срочными родами - в 17,95±6,15% и 5,13±3,53% соответственно. Рост аэробной микрофлоры не получен в 35,71±12,80% в I группе и в 23,08±6,75% во II группе. Таким образом, статистически значимых различий между группами по частоте выделения отдельных микроорганизмов не обнаружено. Однако, у родильниц после преждевременных родов в 4,2 раза чаще высевались *C. albicans*, в то время как у родильниц со срочными родами в 2,5 раза чаще высевалась *E. coli*.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛАНДИНА -Е ДЛЯ СОЗРЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ВЛИЯНИЕ ЕГО НА ПЛОД

Негматшаева Х.Н., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

В акушерской практике при наличии экстрагенитальной и акушерской патологии возникает необходимость родоразрешения. Одним из безопасных способов родоразрешения считается естественные родовые пути. С этой целью в акушерской практике применяется простагландин.

Целью нашего научного исследования явилось изучение эффективности применения Гландина-Е для созревания шейки матки и влияние его на плод у беременных с экстрагенитальной патологией.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели, нами были изучены истории родов у 40 женщин в сроке беременности 34-41 неделя. Возраст женщин составил: 17-20 лет – 4 (10%), 21-25 лет – 20 (50%) женщин; 31 и более лет у 8 (29%). Из которых были: первородящие – 18, повторнородящие 16, многорожавшие 6 женщин.

Результаты исследования. У наблюдаемых нами женщин беременность проходила на фоне ЭГЗ; анемия – у 40 женщин (100%), из них средней степени тяжести – у 35 (87,5%); тяжелой степени тяжести у 5 (12,5%); заболевание верхних дыхательных путей I; заболевание мочевыделительной системы (с пиелонефритом) – 2 (5%), эндокринопатия 6 (15%), TORCH инфекция (CMV) – 1 (4%). Показанием для применения энзапроста явилось: раннее излитие околоплодных вод у 19-ти (47,5%), переношенная беременность у 17-ти (42,5%), слабость родовой деятельности у 6-х (15%), плацентарная недостаточность у 6-х (15%) рожениц. У 32-х (80%) женщин после однократного применения, у 18-ти (20%) после двухкратного применения энзапроста начались регулярная родовая и роды завершились через естественные родовые пути. 37 (92,5%) новорожденных родились в легкой асфикции, лишь 3 (7,5%) в тяжелой асфикции.

Вывод. После наших исследований можно прийти к мнению, что энзапрост является препаратом выбора для созревания шейки матки при наличии экстрагенитальной и акушерской патологии и отрицательного действия на плод не оказывает.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ И ИММУНИТЕТА ПРИ СИНДРОМЕ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Негматшаева Х.Н., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель - изучение роли окисления липидов в патогенезе СОРП и состояния иммунитета при многократных родах.

Задачи: определение состояния антиоксидантной системы сыворотки крови (АОА) и перекисного окисления липидов

(ПОЛ) у 25 многорожавших (МРЖ) с ЗВРП и 14

МРЖ без осложнений и изучение иммунного статуса у 50 МРЖ и 20 новорожденных с гипотрофией.

Выявлено повышение содержания в сыворотке крови у МРЖ с ЗВРП малонового диальдегида (18,03±0,079 нмоль/мл при ЗВРП и 10,42±0,56 нмоль/мл в контроле), снижение степени подавления образования гидроперекисей по быстрой АОА в вспышке (0,407±0,046 и 0,578±0,01) и усиление окисления нестерифицированных жирных кислот по медленной АОА в вспышке (0,362±0,019 и 0,478±0,025).

Выявлено уменьшение количества Т- (32,8±2,5% и 384±24,5 на мкл) и В-лимфоцитов (13,7±1,4% и 191±8,1 на мкл), умеренное усиление их бластной трансформации и повышение индекса торможения миграции (62,02±2,06% и 33,68±3,16), рост уровня циркулирующих иммунных комплексов (снижение процента светопропускания до

65,6+2,271% у МРЖ с ЗВРП).

Таким образом, активацию процессов ПОЛ, угнетение АОА крови и выраженную иммунодепрессию можно расценить как звенья патогенеза ЗВРП у МРЖ. Превентивное лечение ЗВРП проведено 68 МРЖ из группы риска развития ЗВРП в сроки 20-22 и 30-32 недели в течение 10-14 дней. Помимо лечения основной патологии, предусматривалось воздействие на периферическую гемодинамику; проведение антиоксидантной терапии (Хофитол) коррекция метаболических нарушений и иммунных сдвигов. Частота СОРП I ст. снизилась в 2,4 раза, II ст. - в 1,4 раза, III ст. - в 1,1 раз

Следовательно, своевременное взятие на учет, выделение групп риска развития синдрома СОРП, проведение комплексной превентивной терапии позволит снизить частоту и тяжесть СОРП у МРЖ.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на обилие современных эффективных противозачаточных средств, многие пары продолжают применять старые низко эффективные методы. Причинами является недостаточная осведомленность и неуверенность в их безопасности. Поэтому необходимо изучать влияние использования современных контрацептивов на здоровье женщины.

Цель и задачи. Изучение распространенности использования различных методов контрацепции, а также их влияние на организм путем анкетирования.

Материал и методы. Проведено анкетирование 200 женщин от 17 до 43 лет использующие различные методы контрацепции.

Результаты исследований. Основную группу анкетированных составляли женщины в возрасте от 21 до 25 лет (70%). 160 пациенток пользуются различными методами контрацепции. Наиболее широко используются такие методы: презервативы (56,25%), coitus interruptus (59,38%), внутриматочное средство (ВМС) (9,37%), пероральные гормональные препараты (ПГП) (31,25%), календарный метод (12,5%)

Выводы. Установлено, что несмотря на наличие современных, достаточно эффективных методов контрацепции, большинство женщин отдают предпочтение старым способам, таким как презерватив и coitus interruptus. Среди современных методов женщинами чаще используется ВМС, в то время как использование гормональных средств наименее популярно. Выявлена низкая информированность женщин о современных методах контрацепции, показаниях, противопоказаниях, лечебных эффектах.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Негматшаев Х.Н., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Слабость родовой деятельности приводит к неблагоприятным исходам для матери и плода. Частота этой патологии, по данным различных авторов, составляет 22-24% общего числа родов, а к оперативному родоразрешению при этом прибегают в 27% случаев.

Нами проведен клинический анализ течения родов у 55 рожениц с упорной слабостью родовых сил, которые завершились операцией кесарево сечение.

Цель исследования. Изучение возможных причин стойкой слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции, что явилось показанием к родоразрешению оперативным путем. В ходе проведенного анализа историй родов в акушерском комплексе 2города Андижана . получены следующие результаты: возраст обследованных рожениц: до 18 лет - 2%, 19-27 лет - 80%, 28-40 лет - 18%; в целом первородящие составили 82%, повторнородящие - 18%. У 72% обследованных женщин в анамнезе имеются гинекологические заболевания. У 87% беременных отмечена экстрагенитальная патология.

Показания для родовозбуждения: переносная беременность, неготовность родовых путей, внутриутробная гипоксия плода, гестозы, ФПН. У всех наблюдаемых рожениц со слабостью родовых сил осуществляли родовозбуждение: окситоцином, амниотомией (36%). После родовозбуждения, из-за развившейся слабости родовых сил, проводилась родостимуляция окситоцином, но ни в одном из случаев желаемого результата не достигли и было принято решение закончить роды путем кесарева сечения, основными показаниями к которому были следующие: слабость родовых сил, начавшаяся асфиксия плода, преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период, отсутствие динамики со стороны родовых путей.

Таким образом, в результате клинического анализа беременности и родов установлено, что слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции, чаще встречается у возрастных первородящих и у женщин, имеющих в анамнезе гинекологические заболевания, самопроизвольные и искусственные аборты.

Дальнейшие исследования позволят получить ответы на ряд возникших вопросов и оптимизировать тактику ведения беременности и родов у женщин из группы повышенного риска по слабости родовой деятельности в сравнении с женщинами, которые родоразрешались per vias naturales.

NEONATAL OUTCOME AND PRENATAL ANTIBIOTIC TREATMENT IN PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

Negmatshaeva H.N., Yuldasheva O.S.

Andijon state medical institute

Aim: To compare the neonatal outcome of infants born to mothers with history of PROM who received or did not receive antibiotics before labor.

Methods: This study was carried out at Maternity complex №3 in Andijan between 2005 to 2006, to compare neonatal outcome of babies born to mothers with history of Premature Rupture of Membranes (PROM) who received or didn't receive antibiotics before labor. 60 newborns were included in this study. All of them were admitted to neonatal intensive care with septic work up done and intravenous antibiotic started for at least 3-4 days. These neonates were divided into two groups depending on maternal history of antibiotic intake before labor.

Results: The total number of neonates included in the study was 60. The maternal age 25 ± 10 years. 37 cases (62%) were premature with gestational age ranging between 28-36 weeks, and 23 (38%) were full term. Neonatal death occurred in 8 cases (14%) due to severe prematurity and its complications. Duration of PROM 18-72 hours in 44 cases (74%), 72 hours - 1 week in 11 cases (19%) and >1 week in 4 cases (7%). History of antibiotic intake before labor was positive in 29 cases (49%) (14 (54%) of them had premature labor), and negative in 30 cases (50%) (21 (70%) of them had premature labor). The risk of neonatal infection in our study was 4.4% (26) in babies with maternal history of antibiotic intake compared with 10% (6) in those whose mothers didn't

Conclusion: Antibiotic treatment of women with history of PROM improves neonatal outcome by increasing pregnancy latency and in association with early detection of sepsis and its aggressive management leads to significant improvement in neonatal outcome.

ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКОЙ Нематжонов Ф.З., Туйчиев Г.У., Қадиров М.Ш., Назаров З., Йигиталиев А.С. Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Литература, посвященная единственной почке у детей, немногочисленна и не отражает всех аспектов рассматриваемой проблемы. Термин “единственная почка” объединяет как детей с врожденным отсутствием контралатерального органа, так и перенесших нефруретерэктомию. Выявлено, что сосудистые изменения предшествуют развитию компенсаторно-приспособительных морфологических изменений в единственной почке.

Материалы и методы. нами изучена функция единственной почки у 78 больных детского возраста (от 6 месяцев до 18 лет). Все больные были распределены на 3 клинические группы: I группу составили дети раннего возраста, II группу – дети школьного возраста, в III группу вошли дети от 14 лет до 18 лет, оперированные в раннем детском возрасте по поводу различных заболеваний мочевыводящих путей. Необходимо отметить, что гидронефроз чаще был отмечен у девочек, а мочекаменная болезнь – у мальчиков.

Результаты и их обсуждение. Среди причин, вызвавших гидронефроз, можно выделить такие, как структура лоханочно-мочеточникового сегмента – у 52 больных (66,6 %), аберрантный (добавочный сосуд) – у 5 больных (6,4 %), высокое отхождение мочеточника – у 8 больных (12,2 %), медиальная ротация почки – у 2 больных (2,5 %), структура верхней трети мочеточника – у 11 больных (14,1 %). У 61 больного показанием к нефруретерэктомии был гидронефроз почки III и IV степени с резким нарушением экскреторной и выделительной функции, истончением паренхимы почек. У 7 больных кораллоподобные камни, у 5 больных причиной эктопии явилось пионефроз и у 5 больных было обнаружено сморщивание контралатеральной почки. Всем обследованным пациентам было произведено оперативное вмешательство – оргоуносящая операция – нефруретерэктомия.

Вывод: При двусторонней патологии почек выраженность компенсаторных процессов в почке зависит от возраста, характера оперативного вмешательства, направленного на восстановление пассажа мочи или удаления почки, а также от степени потери функции обеих почек, полученных на дооперационном этапе. Положительные результаты выявлены при сохранении функции одной из почек при практически полной потере контралатеральной. Более благоприятные результаты, получены у детей раннего возраста.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ В ГЕМОГРАММЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Нуритдинова Г.Т., Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Арзибекова У.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Вирусные инфекции в перинатологии представляют серьезную опасность для плода и нередко являются причиной всего спектра антенатальной патологии (мертворождение, пороки развития органов, задержка внутриутробного развития), а также могут быть причиной различных гематологических изменений.

Цель исследования. Выявить возможные особенности изменений в гемограмме новорожденных и детей раннего возраста с серопозитивными маркерами внутриутробной инфекции.

Материал и методы исследования. Обследованы 35 новорожденных и детей первых месяцев жизни по поводу обследования внутриутробной инфекции. ИФА маркеры последних (токсоплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, герпес I – II, цитомегаловирусная инфекция) проводилось с помощью тест-системы «Вектор-Бест»: определение антител G, M, A мембранного (MOMP) и предраннего белка указанных вирусов. После уточнения диагноза дети распределялись на две группы серопозитивные (n = 15) и серонегативные (n = 20). Материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. При анализе полученных данных выявлено, что матери серопозитивных детей по внутриутробной инфекции во время беременности страдали угрозой прерывания беременности (60,0% против контрольной, т.е. дети с серонегативными маркерами внутриутробной инфекции - 25%, $P < 0,01$), преэклампсией (77,8% против 40,0%, $P < 0,01$), анемией (93,3% против 75,0%, $P < 0,05$). У 80% матерей (против 45%, $P < 0,01$), детей с серопозитивными маркерами внутриутробной инфекции наблюдалось осложненное течение родовой деятельности: преждевременное излитие околоплодных вод (46,6%), длительный безводный период (20,0%), кесарево сечение

(13,5%). Следовательно, у многих матерей с иммунологическим маркером внутриутробной инфекции имеет место осложненное течение беременности и родов.

В анализе крови у детей с ИФА-маркерами внутриутробной инфекции чаще выявлялась анемия с $Hb \leq 120$ г/л (73,3% против 60,0%, $P < 0,05$), тромбоцитопения ≤ 50000 /мкл (26,7% против 15,0%, $P < 0,05$), нейтропения (40,0% против 20,0%, $P < 0,05$) и лимфопения (20,0% против 10,0%, $P < 0,05$). Отличительными особенностями периферической крови новорожденных и детей первых месяцев жизни с серопозитивными маркерами внутриутробной инфекции явилось уменьшение общего количества лейкоцитов ($5636,8 \pm 659,2$ против $6397,9 \pm 305,9$, $P < 0,05$), уменьшение относительного содержания лимфоцитов ($65,7 \pm 3,1\%$ против $75,5 \pm 1,54\%$, $P < 0,01$), уменьшение палочкоядерных нейтрофилов ($4,27 \pm 0,18$ против $3,29 \pm 0,26\%$, $P < 0,05$), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – ЛИИ ($0,41 \pm 0,08$ против $0,19 \pm 0,01$, $P < 0,01$), гранулоцитарно-агранулоцитарного индекса – ГАИ ($0,49 \pm 0,06$ против $0,28 \pm 0,05$, $P < 0,05$), общего индекса интоксикации – ОИИ ($0,89 \pm 0,04$ против $0,37 \pm 0,05$, $P < 0,001$), увеличение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – ИСНЛ ($0,54 \pm 0,04$ против $0,19 \pm 0,09$, $P < 0,05$) и соотношения нейтрофилов к моноцитам – ИСНМ ($7,49 \pm 0,18$ против $0,29 \pm 0,09$, $P < 0,05$).

Следовательно, у новорожденных и детей первых месяцев жизни при наличии серопозитивных маркеров внутриутробной инфекции выявляются определенные гематологические изменения периферической крови. Это, по-видимому, связано с непосредственным действием вирусов внутриутробной инфекции на гемопоэтические клетки. Требуется продолжение научного поиска в определении специфичности гематологических изменений в зависимости от этиологической структуры внутриутробной инфекций.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Рабиева Б.Т.
Андижанский государственный институт

Большое количество научных исследований посвящено изучению методов лечения и профилактики тяжелых респираторных нарушений, развивающихся в первые минуты и часы жизни у подавляющего большинства глубоко недоношенных новорожденных детей. Установлено, что тяжелое течение респираторного дистресс-синдрома (РДС) и длительная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) ведут к развитию вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП), позднего сепсиса и бронхолегочной дисплазии (БЛД). Последнее, в свою очередь, ассоциировано с поздней неонатальной, постнеонатальной смертностью, тяжелыми соматическими и неврологическими осложнениями. В связи с этим их ранняя диагностика, профилактика и прогнозирование являются чрезвычайно актуальными задачами современной неонатологии и педиатрии. Несмотря на достижения в лечении РДС и его осложнений (респираторная поддержка, применение препаратов сурфактанта и др.), оно остается основной причиной смерти новорожденных с возрастом менее 32 нед, что сохраняет актуальность этой проблемы.

Цель исследования. Изучение возможных факторов риска, особенностей течения и исходов респираторного дистресс-синдрома у новорожденных детей в зависимости от их гестационного возраста.

Методы исследования. Объективное исследование детей: проведение клинических (анализ крови, мочи, кала) и биохимических методов исследования (общий белок, свободный и связанный билирубин, остаточный азот и мочевины, активность щелочной фосфатазы, уровни кальция и фосфора в крови);

- 1) Оценка состояния новорожденных (по шкале Апгар, Сильвермана, Доуэнса);
- 2) Антропометрия новорожденных (длина, масса тела, окружности головы и груди), индекс Тура (окр. груди, окр. головы) (Воронцов И.М. 1997);
- 3) Исследование нервно-психического развития (изучение безусловных, проприорецептивных рефлексов), исследование чувствительности (тактильная) (Бадалян Л.О., 2004);
- 4) Нейросонография головного мозга по показаниям (Алока S.D., 2004);
- 5) Статистические методы исследования:

Применение параметрического ($M, \pm \sigma, \pm m$) и непараметрического способ статистики (ТМФ) (Лакин Г.Ф., 1990, Гублер Е.В., 1999).

В зависимости от гестационного возраста дети были распределены на 3 группы. Первую группу составили 17 детей с гестационным возрастом 26-28 нед, 2-ю - 13 детей, родившихся на 29-32-й нед. гестации. В 3-ю группу вошли 25 недоношенных, гестационный возраст которых был равен 33-36 нед.

По массе тела дети были распределены следующим образом: до 1000 г - 12 (11,2%), от 1000 до 1500 г - 17 (28%), от 1500 до 2000 г - 28 (44,9%), 2000 г и более - 18 чел (15,9%).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты наших исследований показали, что анализ анамнеза показал высокий уровень заболеваемости беременных женщин. Преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, хронический холецистит, хронический панкреатит), почек, мочевыводящих путей (гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь). У 18 женщин беременность протекала на фоне хронической железодефицитной анемии легкой и среднетяжелой степени. Также имели место заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, подчелюстный лимфаденит, хронический отит, нейросенсорная тугоухость); легких (хронический бронхит).

Гинекологический анамнез был отягощен у всех беременных. Количество беременностей у женщин варьировало от 1 до 11. У 15% женщин в анамнезе были проведены медицинские аборт, более одного аборта у 7 (11,5%) из них.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) чаще встречались среди женщин групп 1 и 2. В литературе имеются сведения о том, что ОРВИ и грипп, перенесенные во время беременности, способствуют

преждевременному ее прерыванию. Гестоз протекал в основном в среднетяжелой или декомпенсированной форме. Угроза прерывания беременности была отмечена у 13 (22,6%) беременных.

Выводы:

1. Таким образом, у большинства матерей беременность формировалась и протекала в неблагоприятных условиях на фоне гипоксии смешанного генеза и наличия очагов хронической инфекции, что, в итоге, привело к рождению недоношенного ребенка, страдавшего уже внутриутробно.

2. Состояние при рождении у всех детей было оценено как тяжелое или очень тяжелое. Тяжесть состояния была следствием дыхательной недостаточности 2-3 ст. и синдрома угнетения центральной нервной системы на фоне недоношенности.

3. Умеренная асфиксия при рождении зафиксирована у 13 (17,6%) детей, 14 детей (13%) родились в состоянии тяжелой асфиксии.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Рахимова Д.О., Нуритдинов Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гломерулонефрит - одна из наиболее тяжелых форм почечной патологии у детей, при которой в процесс вовлекаются многие органы, системы и практически все виды обмена. Одним из ведущих симптомов поражения сердечнососудистой системы при данной патологии является повышение артериального давления. Темпы снижения почечных функций неодинаковы у различных больных, поэтому на этапе консервативной терапии важно выявление факторов, влияющих на прогноз заболевания, для определения индивидуального плана лечения, что может помочь добиться максимальной "почечной выживаемости" и отсрочить наступление диализной стадии почечной недостаточности.

Цель исследования: Изучить роль дисфункции сосудистого эндотелия в генезе поражения сердечно-сосудистой системы и определить пути ее коррекции у детей с гломерулонефритом.

Материалы и методы исследования. Все больные ХБП (n=38) были разделены на 2 группы. В I-группу вошли 28 больных имевших один или несколько традиционных факторов риска вовлечения сердца в патологический процесс (СКФ свыше 60 мл/мин/1,73 м², оксидативный стресс, нефрогенная анемия, гиперурикемия).

Результаты исследования. В результате проведенных исследований определена роль сосудистого эндотелия в качестве неиммунного фактора прогрессирования гломерулонефрита у детей и значимость фактора Виллебранда как маркера эндотелиальной дисфункции при данном заболевании. Выявлены нарушения суточного профиля артериального давления у детей с различными формами гломерулонефрита и обосновано использование суточного мониторирования артериального давления у детей с различными формами гломерулонефрита вне зависимости от активности процесса.

Показана целесообразность включения ингибиторов АПФ в комплексное лечение детей с острым гломерулонефритом, так как подобная тактика способствует торможению прогрессирования изменений сердечно-сосудистой системы при заболеваниях почек.

Острая сердечная недостаточность у данного ребенка является осложнением гипертрофически ремоделированного миокарда, обусловленного дисбалансом тиреоидных гормонов. Под влиянием лечения гломерулонефрита (антибиотики, преднизолон, антиоксиданты, диуретики), на фоне значительного клинического эффекта (исчезли отеки, восстановился диурез при сохранении незначительной протеинурии – 0,33%, СОЭ – 6мм/час) на 16 день лечения наблюдалась незначительная регрессия ремоделирования КДР – 44 мм, КСР – 29 мм, ОТСЛЖ – 0,45 мм. ФВ достигла 63,3%, КДИ – 92,3мл/м², ММЛЖ – 132,9г, ИММЛЖ – 132,9г/м². При назначении L-тироксина в дозе 100 мкг/сут через 1 месяц лечения, показатели КСР, ФВ, МЖП, ЗСЛЖ, ОТСЛЖ нормализовались. Однако, такие показатели, как КДР, КДИ, ММЛЖ, ИМЛМЖ, все еще значительно превышали возрастную норму.

Вывод. Впервые в детской нефрологии с помощью ультразвука высокого разрешения изучена роль сосудистого эндотелия и его место в генезе формирования нефрогенной артериальной гипертензии и развитии почечной недостаточности, дана оценка значимости фактора Виллебранда как маркера эндотелиальной дисфункции. Впервые прослежена связь между эндотелиальной дисфункцией и синдромом артериальной гипертензии у детей с различными формами гломерулонефрита и обоснована необходимость проведения суточного мониторинга артериального давления при данном заболевании вне зависимости от активности процесса.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАЗОАКТИВНЫХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Рахимова Д.О., Нуритдинов Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при остром (ОГН) и хроническом (ХГН) течении гломерулонефрита выступают предикторами неблагоприятного исхода заболевания. При вовлечении в патологический процесс сосудистого русла мишенью для факторов повреждения становится внутренняя выстилка сосудов – эндотелий – мощный эндокринный орган, регулирующий процессы тканевого гомеостаза.

Цель исследования: Изучить роль дисфункции сосудистого эндотелия в генезе поражения сердечно-сосудистой системы и определить пути ее коррекции у детей с гломерулонефритом.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 78 детей с ГН, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа I (n=41) – дети с ОГН, возраст – 13,9 (11,8–15,4) лет. Подгруппа II (n=37) – пациенты с

ХГН, возраст - 14,1 (11,3–15,6) лет. Для оценки функционального состояния эндотелия определяли прирост пульсового кровотока (ДПКмакс) реовазографически, а также уровень стабильных метаболитов оксида азота в плазме крови по суммарной концентрации нитратов и нитритов (NOx).

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что в подгруппе I отмечалось достоверное повышение ДПКмакс по сравнению с исходным уровнем: с 3,9 (0–11,5)% при поступлении в стационар до 11,4 (8,1–19,1)% при выписке ($p=0,0007$). В подгруппе II ($n=23$) также отмечалась положительная динамика: увеличение прироста ПК с 5,3 (2,6–13,9)% до 12,8 (6,8–24,7)% ($p=0,01$). На фоне стандартного лечения ГН у пациентов под- группы I содержание NOx снизилось до уровня 37,2 (31,8– 53,3) мкмоль/л, однако статистически значимых различий при сравнении с уровнем этого показателя при поступлении в стационар не отмечалось (41,8 (34,6–60,5) мкмоль/л, $p=0,2$). В подгруппе II его содержание практически не изменилось: при поступлении – 32,7 (23,0–52,5) мкмоль/л, при выписке – 32,9 (23,0–38,6) мкмоль/л ($p=0,6$). Заключение: Таким образом, на фоне лечения отмечается улучшение функционального состояния эндотелия по результатам ок- клюзионной пробы как при остром, так и при хроническом течении заболевания ($p=0,0007$ и $p=0,01$, соответственно). У пациентов с ОГН и ХГН отсутствует динамика уровня NOx в плазме крови при проведении стандартной терапии ГН ($p=0,2$ и $p=0,6$, соответственно).

Все больные ХБП ($n=38$) были разделены на 2 группы. В I-группу вошли 28 больных имевших один или несколько традиционных факторов риска вовлечения сердца в патологический процесс (СКФ свыше 60 мл/мин/1,73 м², оксидативный стресс, нефрогенная анемия, гиперурикемия).

Вывод. Впервые в детской нефрологии с помощью ультразвука высокого разрешения изучена роль сосудистого эндотелия и его место в генезе формирования нефрогенной артериальной гипертензии и развитии почечной недостаточности, дана оценка значимости фактора Виллебранда как маркера эндотелиальной дисфункции. Впервые прослежена связь между эндотелиальной дисфункцией и синдромом артериальной гипертензии у детей с различными формами гломерулонефрита и обоснована необходимость проведения суточного мониторирования артериального давления при данном заболевании вне зависимости от активности процесса.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Рахимова Д.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время, несмотря на современные достижения медицины в том числе педиатрии в частности детской нефрологии, распространенность болезней почек остается достаточно высокой. Риск смерти больных на ГД в десятки раз выше, чем в общей популяции. Неуклонно растет количество больных с ОПН и ХПН, нуждающихся в заместительной почечной терапии. Почти 45 % летальных исходов этой группы пациентов обусловлены сердечно-сосудистыми осложнениями. Эти данные стали основанием для изучения «кардиоренального синдрома» у детей, т. е. причинно-следственных связей между заболеваниями почек и патологией сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: оценить наличие и характер структурных изменений сердечно-сосудистой системы и степень их выраженности у больных детей с патологией почек на различных стадиях.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование 23 детей в возрасте от 5 года до 16 лет находящихся в детском кардионефрологическом отделении.

Результаты исследования. При изучении анамнеза было установлено, что у всех детей имело место частые вирусные и бактериальные инфекции. Функциональные изменения на ЭКГ у обследованных детей были весьма вариабельны. Основными жалобами всех обследованных детей со стороны сердечно сосудистой системы были следующие: сердцебиение-39,1 %, кардиалгия-52,17 %, общая слабость у 91,3 % детей, при объективном исследовании выявлялось приглушенность тонов-78,26 %, систолический шум над верхушкой-65,21 %, тахикардия у 56,52 % детей. При электрокардиографическом исследовании определялось низко вольтажная ЭКГ-59,56 %, аритмии и блокады различного генеза такие как неполная блокада правой ножки пучка Гиса в 60,86 % случаев, неполная блокада левой ножки пучка Гиса 17,39 % случаев, миграция водителя ритма-60,86 %, синдром слабости синусового узла-30,43 %, внутри предсердная блокада-26,08 %, экстрасистолия желудочков у 17,39 % детей. Больным была проведена ультразвуковая диагностика при котором выявились некоторые изменения в структуре сердца. Для больных с гломерулонефритом, уже на ранних ее стадиях, была характерна высокая частота ремоделирования ЛЖ (от 34,78 % — до 47,82 %), выраженность и характер которого изменяется по мере снижения клубочковой фильтрации. Гипертрофия левого желудочка возникает на ранних стадиях заболевания, коррелирует с длительностью АГ и в большинстве случаев имеет концентрический характер. Экцентрическая форма гипертрофии формируется по мере возникновения и прогрессирования хронизации процесса.

Вывод. Ультразвуковое и электрокардиографическое исследование сердца с применением современных технологий необходимо проводить в динамике всем больным на различных стадиях заболеваний почек для своевременного выявления признаков ремоделирования сердца, поражения клапанного аппарата, перикардита, а также начинающихся проявлений систолической дисфункции.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Рахимова Д.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема патологии органов мочевой системы (ОМС) является проблемой нарастающей актуальности, как в терапевтической, так и в педиатрической практике по ряду существенных причин, прежде всего, с высокой распространенностью заболеваний ОМС у детей, их склонностью к хроническому, рецидивирующему течению и нередким исходом в хроническую почечную недостаточность (ХПН) уже в детском или молодом, цветущем возрасте. Нередкая пролонгация патологии во взрослый возраст с последующим развитием ХПН в молодом возрасте. Худшая выживаемость больных нефропатиями, с дебютом нефропатологии в детском возрасте. Во всем мире, в последние годы, отмечается отчетливое увеличение частоты заболеваний ОМС, как у взрослой, так и в детской популяции. Увеличивается и инфекционная патология ОМС, нарастает их удельный вес в структуре ОМС у детей. Среднегодовой рост заболеваемости инфекций мочевой системы (ИМС) составляет 6,1 %.

Цель исследования: Изучить структуру факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у больных ХБП, обусловленной хроническим гломерулонефритом и интерстициальным нефритом.

Материалы и методы исследования. Все больные ХБП (n=38) были разделены на 2 группы. В I-группу вошли 28 больных имевших один или несколько традиционных факторов риска вовлечения сердца в патологический процесс (СКФ свыше 60 мл/мин/1,73 м², оксидативный стресс, нефрогенная анемия, гиперурикемия).

Результаты исследования. Электрокардиографические исследования выявили нарушения метаболизма в миокарде у 100% больных в обеих группах, у 80% I-группы и 72,4% детей II-группы наблюдалась гипертрофия левого желудочка, удлинение интервала QT у 67%, замедление внутрижелудочковой проводимости у 17,8%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 17% обследуемых.

Таким образом, острая сердечная недостаточность у данного ребенка является осложнением гипертрофически ремоделированного миокарда, обусловленного дисбалансом тиреоидных гормонов. Под влиянием лечения гломерулонефрита (антибиотики, преднизолон, антиоксиданты, диуретики), на фоне значительного клинического эффекта (исчезли отеки, восстановился диурез при сохранении незначительной протеинурии – 0,33%, СОЭ – 6мм/час) на 16 день лечения наблюдалась незначительная регрессия ремоделирования КДР – 44 мм, КСР – 29 мм, ОТСЛЖ – 0,45 мм. ФВ достигла 63,3%, КДИ – 92,3мл/м², ММЛЖ – 132,9гр, ИММЛЖ – 132,9г/м². При назначении L-тироксина в дозе 100 мкг/сут через 1 месяц лечения, показатели КСР, ФВ, МЖП, ЗСЛЖ, ОТСЛЖ нормализовались. Однако, такие показатели, как КДР, КДИ, ММЛЖ, ИМЛМЖ, все еще значительно превышали возрастную норму.

Вывод. Быстрое нарастание симптомов гломерулонефрита, делает необходимым исключить возможность быстро прогрессирующего гломерулонефрита (подострый, злокачественный, экстракапиллярный). Отсутствие макрогематурии, стойкого повышения А/Д у данного больного, свидетельствовало против вышесказанного (хотя некоторые изменения можно было отнести в пользу данного диагноза, например, анемию, гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия, неуклонное увеличение концентрации креатинина и мочевины на фоне проводимой терапии).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЛАГИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Рахимова Д.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Увеличение числа детей с почечной патологией за последние годы подчеркивает актуальность изучения этой проблемы. Гломерулонефрит относится к наиболее тяжелым почечным заболеваниям. нередко приводит к развитию хронической почечной недостаточности и летальному исходу у детей. Его распространенность среди детского населения в разных регионах нашей страны колеблется от 0,7-14,8%.

Цель исследования: Определить эффективность терапии делагилом различных форм гломерулонефрита у детей и изучить влияние лечения на аутоиммунный компонент патогенеза заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 103 ребенка в возрасте от 2,5 до 15 лет с различной патологией почек, находившихся на лечении в нефрологическом отделении АОДБ. С другой почечной патологией было 8 больных с острым и хроническим пиелонефритом - 5, с дисметаболической нефропатией - 3 больных/. Катамнестические наблюдения в течение 18 месяцев проведены у 50 больных с хроническим гломерулонефритом: с гематурической формой - у 14 детей, с нефротической формой - у 16, со смешанной формой - у 20 больных.

Результаты исследования. Эффект от терапии делагилом чаще отсутствовал при смешанной форме (у 40% детей), реже при гематурической (14%) и нефротической (13%) формах гломерулонефрита.

Терапия делагилом была более эффективна при гематурической форме хронического гломерулонефрита. Полученные данные имеют большое практическое значение, так как по имеющимся литературным данным все виды современной патогенетической терапии при гематурической форме гломерулонефрита малоэффективны.

Результаты применения делагила при гематурической форме гломерулонефрита являются обнадеживающими. Через 10-12 месяцев у большинства больных получена полная или частичная клинико-лабораторная ремиссия. Выявлена зависимость эффективности лечения делагилом от клинико-лабораторных проявлений заболевания. У всех больных с изолированной гематурией через 10-12 месяцев лечения была получена полная ремиссия. Частота полных клинико-лабораторных ремиссий в группе больных с гематурической формой гломерулонефрита, проявляющейся гематурией в сочетании с протеинурией, была меньше /50%/.

Мы подтвердили также известное положение о зависимости успеха терапии у больных с гематурической формой гломерулонефрита от длительности заболевания. При небольшой длительности заболевания от 10 месяцев до 3 лет через 10-12 месяцев лечения у всех детей наблюдалась полная клинико-лабораторная ремиссия. При длительности болезни более 3 лет полных ремиссий не было, частота частичных ремиссий составляла 50%.

Вывод. Лечение делагилом назначали в дозе 10 мг/кг в сутки однократно в 21 час и проводили в течение 1,5-2 месяцев в стационаре с продолжением лечения в амбулаторных условиях до 18 месяцев. Особенностью

диспансерного наблюдения за детьми при терапии делагиллом являлось проведение повторных консультаций окулиста (1 раз в месяц) и исследование периферической крови /1 раз в 2 недели/, а также контрольное обследование в стационаре каждые 6 месяцев.

ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ И ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ

Рашидов Ф.А., Алимов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель. С целью изучения состояния слизистой оболочки толстой кишки у детей при острой дизентерии в сочетании с энтеробиозом проведено настоящее исследование.

Материалы и методы. Методами ректороманоскопии, микроскопии мазков-отпечатков со слизистой оболочки толстой кишки обследованы 40 больных острой дизентерией в возрасте от 6 до 14 лет. У 20 детей была диагностирована острая дизентерия в виде моноинфекции. 20 детям был поставлен диагноз острой дизентерии в сочетании с энтеробиозом. Во всех случаях диагноз верифицирован бактериологическим методом.

Результаты. Установлено, что в разгаре дизентерии изменения со стороны слизистой оболочки толстой кишки носят присущий для этой инфекции очаговый характер воспаления. В группе больных с моноинфекцией эндоскопическим методом установили умеренный очаговый катаральный проктосигмоидит (5 случаев), выраженный очаговый катаральный проктосигмоидит (5 случаев), очаговый катарально-эрозивный проктосигмоидит (10 случаев). На мазках-отпечатках со слизистой оболочки толстой кишки преобладающими клетками были нейтрофильные лейкоциты. В стадии реконвалесценции только в трех случаях диагностирован умеренный катаральный проктосигмоидит, а в остальных - констатирована нормальная слизистая толстой кишки. На мазках-отпечатках выявлялись лимфоциты и единичные эпителиоциты.

При сочетанном течении острой дизентерии с энтеробиозом в разгаре болезни были установлены эндоскопические диагнозы выраженного очагового катарального проктосигмоидита (10 случаев), катарально-эрозивно-язвенно-фибринозного проктосигмоидита (10 случаев). На мазках-отпечатках наряду с преобладающими нейтрофильными лейкоцитами, выявлялись единичные эозинофилы и макрофаги. К стадии реконвалесценции у 7 детей сохранялись очаговые катаральные изменения проктосигмы. На мазках-отпечатках со слизистой оболочки толстой кишки наряду с лимфоцитами, эпителиоцитами выявлялись единичные макрофаги, эозинофилы, экстрезированные эпителиоциты. Сопоставление клинических данных показало, что при сочетанном течении острой дизентерии с энтеробиозом средняя продолжительность диареи, чувства дискомфорта в животе более длительны (на 2 дня), чем при моноинфекции. Со стороны показателей периферической крови отличительных особенностей не выявлено.

Вывод. Острая дизентерия у детей протекает с характерным очаговым воспалительным процессом слизистой оболочки дистального отрезка толстой кишки. При этом сочетание острой дизентерии с энтеробиозом приводит к более выраженным воспалительным изменениям толстой кишки, с тенденцией пролонгирования изменений в периоде реконвалесценции.

ТЕЧЕНИЕ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Рихсиева Г.М., Мустафоева Ф.Б

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Одной из опасной по своим масштабам среди детей, неожиданной по возникновению и непредсказуемой по течению, является менингококковая инфекция (МИ), которая отличается от других инвазивных инфекций тем, что предъявляет особые требования к организации медицинского обслуживания по диагностике и лечению уже с первых часов от начала заболевания, что определяет исход инфекционного процесса. Анализ развития и течения МИ у детей показал зависимость между ранней диагностикой заболевания, распознаванием жизни угрожающих состояний, адекватной стартовой терапией на до госпитального и госпитального этапах и исходом заболевания. Опыт показывает, что, несмотря на наличие специфических опорно-диагностических признаков МИ, в последние годы наблюдаются клинико-эпидемиологические особенности у детей

Цель: изучить особенности клинического течения менингитов у детей в возрастном аспекте.

Задачи:

1. Изучить клинико-лабораторные характеристики менингококковой инфекции у детей, в различных возрастных группах.
2. Изучить особенности клинического течения различных форм менингококковой инфекции в возрастном аспекте.
3. Изучить частоту возникновения осложнений при менингококковой инфекции у детей, в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 74 больных менингитом детей разного возраста, у которых имелось бак. подтверждение поставленного диагноза. В комплексное лечение включались изучение жалоб, сбор анамнеза, объективный осмотр. Все пациенты были подвергнуты клиническому и развернутому бактериологическому обследованию.

У детей первой группы отмечается более выраженное воздействие инфекционного фактора на состояние иммунной системы детей. Это особенно тяжело отражается у детей раннего возраста. Наличие слабой иммунорегуляции из-за недостаточной ответной реакции организма, является способствующим фактором к срыву адаптации организма. Такой статус может быть тестирован определением общего пула лимфоцитов, соотношением их хелперов к супрессорам и определения иммунорегуляторного индекса. Особенно выраженный дисбаланс CD4⁺ и CD8⁺-лимфоцитов был отмечен у детей из первой группы. В интерпретации полученных данных мы исходили из

положения о двойной роли клеточных иммунных реакций при МИ: при всей их целесообразности в обеспечении благоприятного течения инфекционного процесса и ранней санации организма, они являются и главным индуктором повреждения инфицированных клеток. благоприятного течения инфекционного процесса и ранней санации организма, они являются и главным индуктором повреждения инфицированных клеток.

- Выводы:** 1. У детей более раннего возраста отмечаются более тяжелые формы течения менингитов.
2. Показатели цитоза в ликворе в 1,5 раза выше в первой группе, что отразилось в сроках санации.
3. Наличие слабой иммунорегуляции из-за недостаточности ответной реакции организма, является способствующим срыву адаптации организма фактором.

ОМФАЛОЦЕЛЕ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЙЎЛДОШ НУКСОНЛАРНИНГ УЧРАШИ **Рўзматов И.Б., Юсупова З.К.** **Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Мақсад. Омфалоцеле билан касалланган беморларда йўлдош нуксонлар 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%) нафари вақтида туғилганлар, 19 (18%) нафари эса муддатига етмай туғилган чақалоқлардир. Ҳамма беморларда умумий клиник текширувлардан ташқари қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва чурра халтаси УТГ, эхокардиография, нейросонография ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар. Чақалоқларнинг 24 (23,3%) нафарида катта ўлчамли омфалоцеле, ўрта ўлчамдаги омфалоцеле - 39 (37,9%) нафари ва 40 (38,8%) та чақалоқларда кичик ўлчамдаги омфалоцеле аниқланди. Кузатувимизда бўлган беморларнинг 44 (42,7%) нафари қўшимча кўп сонли аномалиялар аниқланди, 59 (57,3%) нафари эса омфалоцеле ягона ривожланиш нуксони бўлди. Биз беморларни икки гуруҳга бўлиб ўргандик назорат гуруҳ (2006–2010й) ва асосий гуруҳ (2011–2017й). Чақалоқларнинг 48 нафарини назорат гуруҳидаги болалар, 5 нафари тасини эса асосий гуруҳдаги чақалоқлар ташкил қилди. Назорат гуруҳдаги 48 нафар чақалоқнинг 21 нафари 23 та нуксон, асосий гуруҳдаги 55 та чақалоқнинг 23 нафарида жами 26 та нуксонлар борлиги аниқланди. Шуни тақдирлаш лозимки, 3 нафар беморда бир пайтни ўзида бир неча нуксонлар аниқланди. Баъзи беморларда кўп сонли ривожланиш нуксонлари кузатилган. Йўлдош нуксонлар орасида чақалоқларнинг 21 (47,7%) нафари юрак – кон томир тизими нуксонлари, 13 (29,6%) нафари ошқозон ичак тизимли нуксонлари ва 10 (22,7%) нафари бошқа аъзолар нуксонлари кузатилди. Шуни таъкидлаш керакки, омфалоцеле ўлчамлари қанчалик катта бўлса қўшимча нуксонлар шунчалик кўпроқ учради. Чунончи, 24 та катта ўлчамли омфалоцеле бўлган болаларнинг 23 (95,8%) нафари кўп сонли нуксонлар борлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда чурра ўлчами ва йўлдош нуксонлар орасида боғлиқлик аниқланди, яъни чурра ҳажми қанчалик катта бўлса, йўлдош нуксонларнинг учраш ҳолати шунча юқори бўлди. Йўлдош ва кўп сонли ривожланиш нуксонларнинг учраши кўпроқ (95,8%) катта ўлчамли омфалоцеледа кузатилди.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ ПРИ **ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ**

Рахманова У.Х., Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С.
Андижанский государственный медицинский институт

В патогенезе геморрагического синдрома большое значение имеет иммунное воспаление с пролиферативно-деструктивными изменениями стенки сосудов, повреждением эндотелия, повышением сосудистой проницаемости, гиперкоагуляцией и ишемией в зоне повреждения сосудов.

Поражение стенки сосудов может развиваться как на фоне инфекционных, аутоиммунных, онкологических заболеваний, так и при первичных системных васкулитах.

В последнее время в развитии системных васкулитов важную роль отводят антинейтрофильным цитоплазматическим антителам (АНЦА).

Классическими АНЦА-ассоциированными системными васкулитами считают гранулематоз Вегенера, микроскопический полиангиит и др.

Цель исследования: выяснение роли АНЦА в патогенезе геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите, болезни Кава-саки, а также при аутоиммунных и инфекционных заболеваниях.

Материалы и методы: обследовано 27 пациентов, находящихся на лечении в ОМПДБ в возрасте от 4 месяцев до 15 лет с диагнозами: геморрагический васкулит (10 пациентов), болезнь Кавасаки (8 пациентов), аллергосепсис Вислера-Фанкони (2 пациента), системная склеродермия (1 пациент), тромбоцитопеническая пурпура (1 пациент), аутоиммунный гепатит (1 пациент), инфекционный мононуклеоз (2 пациента), энтеровирусная инфекция (1 пациент), ОРИ (1 пациент) – у которых при поступлении были выявлены элементы геморрагической сыпи. У части пациентов имел место также абдоминальный и почечный синдромы.

АНЦА определялись методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью тест-систем «АНЦА-РИФ-ТЕСТ».

Результаты: при исследовании АНЦА в сыворотке крови выявлено, что данные антитела обнаружены у 3-х пациентов с геморрагическим васкулитом (30%), 2-х пациентов с болезнью Кавасаки (25%), пациента с аутоиммунным гепатитом. Показатели коагулограммы (АЧТВ, фибриноген А, ПТИ, МНО) свидетельствовали о наличии гиперкоагуляции у 10 пациентов.

Выводы. В результате проведенных исследований выяснено, что АНЦА наибольшее значение имеют в патогенезе системных васкулитов, могут встречаться при аутоиммунных заболеваниях (в частности при

аутоиммунном гепатите) и не участвуют в развитии острого воспалительного процесса при инфекционных заболеваниях.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Рахманова У.Х., Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Своевременная диагностика митохондриальных болезней (МБ) у детей крайне затруднительна ввиду их генетической гетерогенности и клинического полиморфизма.

Цель: провести анализ клинических и лабораторных проявлений МБ у пациентов, поступивших в ОМПДБ с диагнозами инфекционных заболеваний.

Материалы и методы: обследовано 11 пациентов в возрасте от 11 мес. до 9 лет, госпитализированных в ОМПДБ, у которых в последующем были диагностированы МБ. Для постановки диагноза использовались: УЗИ органов брюшной полости, сердца, головного мозга; МРТ, КТ головного мозга; ЭКГ; биохимический и общий анализы крови; генетическое исследование крови (в том числе исследование дефектов метаболизма методом жидкостной хроматографии).

Результаты: большинство пациентов поступали в ОМПДБ в тяжелом состоянии, из них 60,5% в ОИТР. Диагнозами при первичном поступлении в стационар в 40% случаев являлись - гастроэнтерит, диарея, колит; в 40% - ОРИ, 10% - патология ЦНС, 10% - декомпенсированный метаболический ацидоз. Ни у одного из больных при первой

госпитализации МБ выставлена не была. Первые симптомы у пациентов появились в возрасте от 7 мес. до 7 лет. Длительность установления диагноза с момента появления симптомов составила около 9 мес. Из акушерского анамнеза: 40% детей родились маловесными, у 62,5% женщин беременность протекала неблагоприятно (гестоз тяжелой степени). Патология со стороны сердца наблюдалась у 100% пациентов (миокардиодистрофия, кардиомиопатия). У 90% пациентов выявлены тяжелые изменения со стороны ЦНС - энцефалопатии, задержка моторного и речевого развития. У 80% диагностированы ге-патомегалия, диффузные изменения в паренхиме печени. При оценке лабораторных данных наблюдалась транзиторная гипогликемия (40%), метаболический ацидоз (40%), у 90% повышение АЛТ, АСТ, 28 29 ЛДГ, КФК, КК-МВ, лактата. При генетическом обследовании было подтверждено 10 диагнозов МБ, из них 2 посмертно (деплеция мтДНК, болезнь Ли, LCHAD-синдром). По одному диагнозу генетического подтверждения уточнить не удалось.

Заключение. При неоднократном поступлении пациентов в тяжелом состоянии с полисистемной патологией с диагнозами инфекционных заболеваний необходимо исключать МБ, учитывая клинические проявления и лабораторные данные, характерные для данной патологии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р., Юнусов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей бронхиальной астмой (БА) и их более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов аллергических заболеваний внесло много нового в представление о формировании болезни. Однако, несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей атопической бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Для 58 детей амбулаторных пациентов с БА в возрасте от 7 до 17 лет была заполнена узбекская версия вопросника по контролю симптомов и клинические проявления БА (АСQ-5).

Результаты исследования. Основу заболевания у таких детей часто составляет поливалентная сенсибилизация к аллергенам домашней пыли, эпидермальным, пищевым и лекарственным аллергенам. Течение бронхиальной астмы у таких детей часто тяжелое, сопровождалось выраженной эозинофилией и гипервентиляционными нарушениями. Важное место при бронхиальной астме у детей занимают *гипервентиляционные нарушения*, которые включают неадекватную гипервентиляционную реакцию на различные воздействия. В формировании гипервентиляционных нарушений принимают участие эндогенные и экзогенные факторы, а сама нередко провоцирует приступы удушья. В развитии бронхообструкции при гипервентиляции большую роль играет снижение температуры и влажности секрета в респираторном тракте, что способствует бронхиальной гиперреактивности. У таких детей наблюдались некоторые особенности течения бронхиальной астмы: часто отмечалось затруднение вдоха во время приступа, субъективное ощущение нехватки воздуха, нарушения поведения (тревожность, эмоциональная лабильность), головные боли, сердцебиение, боли в животе во время приступа. Нередко приступы астмы возникали при эмоциональных стрессах и физической нагрузке. Проведя анализ анкеты-опросника, нами установлены причины и предрасполагающие факторы развития бронхиальной астмы у обследуемых детей. Наследственная отягощенность (Наличие у родителей или родственников аллергических заболеваний) является доминантным фактором в развитии БА у обследуемых детей. Кроме этого высокий удельный вес приходится на предшествующие (АР, АРС) и сопутствующие заболевания этих детей. Так пищевая аллергия -

58,3% и атопический дерматит -89,6% можно рассматривать в качестве основных факторов, способствующих формированию БА и пусковым механизмом возникновения обострений. У многих детей с БА выявлялись увеличенные аденоидные вегетации, которые чаще обнаруживались при сопутствующем аллергическом РС. В основе увеличения аденоидов, наряду с гиперплазией лимфоидной ткани, лежит аллергический воспалительный процесс. У некоторых детей с БА обнаруживается искривление носовой перегородки; присоединение аллергического ринита в таких случаях приводит к значительному нарушению носового дыхания. У ряда больных выявляется хронический тонзиллит; который можно рассматривать как фактор, способствующий формированию сенсibilизации к инфекционным аллергенам при БА. У наблюдаемых нами детей с АБА перед началом приступа отмечалась заложенность и зуд в носу, водянистое или слизистое отделяемое из носа. Патология ЛОР-органов у наблюдаемых больных была выявлена в 85,4% случаев.

Результаты собственных наблюдений свидетельствуют о том, что у многих детей первые приступы БА появляются на фоне острого респираторного вирусного заболевания и бронхолегочной инфекции. Значение интеркуррентных заболеваний прослеживается и при обострении БА. Особенно существенную роль играет наложение острой респираторной вирусной инфекции, бронхита и пневмонии в возникновении астматического состояния у больных с тяжелым течением БА. Результаты наших исследований показали, что присоединение бронхолегочной инфекции является причиной развития астматического состояния у 56,3% больных БА, а у 47,9% пациентов возникновение астматического состояния было связано с острой респираторной вирусной инфекцией.

Вывод. Таким образом, у детей, страдающих бронхиальной астмой, отмечаются в анамнезе наследственная отягощенность в отношении аллергических заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, выявляются признаки пищевой и лекарственной аллергии, поливалентной сенсibilизации организма к бытовому, эпидермальным и пыльцевым аллергенам.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Санакулов А.Б., Абдуллаева М.Э., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.

Самаркандский медицинский институт

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы достигнут определённый прогресс в изучении механизмов развития бронхиальной астмы в детском возрасте, уточнены клиничко-функциональные критерии этого заболевания, внедрены новые технологии лечения обострений заболевания и программы профилактического лечения, что повысило качество жизни больных детей и их родителей. Современное комплексное лечение детей с бронхиальной астмой проводится с учётом тяжести течения и периода болезни и предусматривает применение бронходилататоров и муколитиков, базисных противовоспалительных препаратов, антилейкотриеновых и антимедиаторных средств, специфической иммунотерапии, физиотерапевтических процедур, рефлекс - и психотерапии. Развитие хронического аллергического воспаления дыхательных путей, лежащего в основе бронхиальной астмы, может быть обусловлено рядом факторов (генетическая предрасположенность к атопии и гиперреактивности бронхов, повышенному синтезу определенных цитокинов, нарушения нейро-иммунно-эндокринного комплекса и др.).

Цель: выявить предикторы бронхиальной астмы (БА) у детей дошкольного возраста.

Результаты и обсуждения: Обследовано 38 детей в возрасте 2-7 лет. В I-й гр. включены 21 детей часто длительно болеющие (ЧДБ) с атопическим синдромом, но без бронхообструктивных проявлений. Во II-й гр. - 49 детей ЧДБ. В III гр. - 17 ребенка с легкой БА в ремиссии. В основных группах были выделены подгруппы-а) дети с нормальной и б) дети избыточной массой тела (ИМТ) на основании оценки индекса массы тела Кетле-2 в возрасте 2-3 лет. Больным проведена компьютерная бронхофонография (КБФГ). Результаты КБФГ оценивались в зависимости от выраженности обструктивных вентиляционных нарушений (ОВН): норма скрытая и явная бронхообструкция). В качестве статанализа использовался метод углового преобразования Фишера. При оценке индекса МТ избыточная масса выявлена в I гр. в подгруппе с ИМТ - у 8 детей (0,48); во II гр. - у 6 детей (0,24); в III гр. зарегистрировано 7 детей с ИМТ (0,56). Анализ КБФГ в подгруппах с ИМТ показал, что в I гр. без ОВН выявлено 2 больных (0,31; $p < 0,05$), со скрытыми нарушениями - 2 больных (0,31) с явными ОВН - 3 случаев (0,38; $p < 0,05$ в сравнении с подгруппой детей с нормальной массой тела). Во II гр. с ИМТ: без ОВН - 4 (0,34); со скрытыми нарушениями - 4 детей (0,5), с явными ОВН - 1 (0,16). Во III гр. нет различий между подгруппами по ОВН. В III гр. в п/гр. с ИМТ: без ОВН не зарегистрировано; со скрытыми нарушениями - 3 больных (0,38; $p < 0,05$), с явными ОВН - 6 больных (0,61, $p < 0,05$; в сравнении с показателями у больных имеющих нормальную массу тела).

Вывод: Нарушения вентиляции чаще встречались у подгрупп больных имеющих ИМТ особенно в I и III гр, в этих группах у детей чаще регистрировалась ИМТ. Необходимы дальнейшие исследования с оценкой влияния ИМТ и ожирения как предикторов формирования БА.

ОСОБЕННОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Юнусов Д.М., Ботиров А.Р.

Самаркандский медицинский институт

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма, являющаяся одним из самых распространённых хронических заболеваний в детском возрасте, требует дальнейшего изучения в плане исследования предрасполагающих и причинно-значимых факторов, механизмов патогенеза и особенностей клинического течения, совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики. В развитии бронхиальной астмы у детей важное значение придаётся наследственно закреплённой функциональной недостаточности барьерных тканей респираторной системы, повышенной способности к синтезу аллергических антител и продукции определённых цитокинов,

высокой чувствительности бронхолегочного аппарата к медиаторам аллергического воспаления, сниженной чувствительности β_2 -адренорецепторов к эндогенным катехоламинам, изменениям иммунологической реактивности, нарушению нейроэндокринной регуляции иммунных реакций. Однако, несмотря на большое количество исследований, посвящённых изучению звеньев патогенеза бронхиальной астмы у детей, остаются недостаточно изученными характер иммунных нарушений и иммуногенетические параметры у пациентов с разной тяжестью течения заболевания. Вместе с тем известно, что проводимая в настоящее время комплексная терапия далеко не всегда обеспечивает наступление продолжительной клинической ремиссии у больных бронхиальной астмой.

Цель: проанализировать частоту и риск обострений бронхиальной астмы (БА) раннего и позднего начала у детей школьного возраста на фоне базисной противовоспалительной терапии.

Материалы и методы исследования: на базе ОДММЦ г Андижана обследовано 30 детей, больных БА. В зависимости от времени манифестации симптомов болезни пациенты разделены на две группы сравнения: в первую (I) группу вошли 15 пациентов, у которых первый эпизод заболевания отмечался до трехлетнего возраста, вторую клиническую группу (II) составили 15 детей с поздним началом болезни (после шести лет). По основным клиническим признакам группы не отличались. Определяли частоту эпизодов обострений как один из наиболее характерных симптомов уровня контроля БА. Оценку реализации событий рассчитывали по атрибутивному (АР) и относительному рискам (ОР), отношению шансов (ОШ) с 95 % доверительным интервалом (ДИ).

Результаты и обсуждения: у детей обеих клинических групп, несмотря на получение базисного лечения на протяжении последних трех месяцев, наблюдались эпизоды обострений астмы, причем у представителей I клинической группы по сравнению с пациентами группы сравнения частота обострений была несколько ниже ($32,0 \pm 9,3$ % против $56,0 \pm 9,9$ %, $P < 0,05$). АР обострений БА у пациентов II клинической группы составил 24,0 %, ОР - 1,54 95 % ДИ: 0,82 - 2,90), ОШ - 2,70 95 % ДИ: 0,85 - 8,57).

Выводы: у пациентов с поздним дебютом БА в 2,7 раза выше шансы обострения заболевания на фоне профилактического лечения будут продолжены тренинги, при которых контроль был достигнут. Лучший эффект КГТ наблюдается в комплексе с лекарственными средствами.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Соди́кова Н.Б., Ганиев А.Г., Баховитдинова З.М., Ботиров А.Р.

Ташкенская медицинская академия

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Кашель - один из самых распространенных симптомов в практике врача-педиатра. Это неспецифический симптом, который сопровождает очень многие заболевания, и поиск причины, вызвавшей кашель, при отсутствии диагностического алгоритма может быть сложным и длительным. Кашель - уникальный защитный механизм, который, подобно мукоцилиарному клиренсу, обеспечивает эвакуацию секрета и патологических агентов из дыхательных путей, препятствуя тем самым нарушению проходимости последних. Иницируют кашлевой рефлекс периферические кашлевые рецепторы, которые расположены на протяжении всего респираторного тракта.

Цель: разработка методов оптимальной диагностики синдрома длительного кашля у детей.

Материалы и методы исследования: дизайн - проспективное обследование 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, поступивших с жалобами на длительный кашель, включающее ПЦР мокроты на атипичные возбудители, цитологию мокроты, определение общего IgE, ФГДС, ЭКГ, УЗИ сердца, РЭГ, КИГ, ЭХО-ЭС, Р-графию органов грудной клетки, придаточных пазух носа и осмотры ЛОР-врача, невролога.

Результаты исследования: установлено отсутствие гендерных различий, преобладание детей в возрасте от 4 - 7 лет. Длительность кашля от 2 недель до 6 месяцев. Кашель был влажным, неэффективным (64 %), сухим (36 %), постоянным в 59,5 %, утренним, дневным, ночным - в 8,5 %, 17 % и 15 % случаев соответственно. В 76,6 % случаев дети поступали в удовлетворительном состоянии с синдромом бронхиальной обструкции в 32 % случаев. В легких выявляли жесткое дыхание, диффузные, сухие и свистящие хрипы. Отмечался умеренный лейкоцитоз - $10-15 \times 10^9/\text{л}$ (12,8 %), повышение СОЭ до 20 мм/ час (40 %). По данным цитологии мокроты в 40 % случаев выявлен бактериальный процесс. ЛОР-патология (синусит, аденоидит) регистрировалась в 53 %, рефлюкс-эзофагит - в 25,5 % случаев. По данным ФВД выявлен обструктивный тип нарушений в 17,8 %, рестриктивный - в 28,5 % случаев. Общий IgE повышен у 60 % детей. Рентгенологически выявлены усиление легочного рисунка и корней легких в 76,6 %, очаговые изменения - в 14,9 % случаев. В 8,5 % случаев выявлен микоплазмоз, в 2,1 % - хламидофилез.

Выводы: установлена нозологическая структура причин кашля: болезни органов дыхания в 64 %, патология ЛОР-органов в 32 %, ГЭРБ в 25,5 %, сочетанные причины кашля в 32 % случаев. Разработан дифференциально-диагностический алгоритм длительного кашля у детей, позволяющий своевременно верифицировать диагноз и проводить оптимальную терапию.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Соди́кова Н.Б., Абдуллаева М.Э., Ботиров А.Р., Ганиев А.Г.

Ташкенская медицинская академия

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхообструктивный синдром (БОС) является серьезной глобальной медико-социальной проблемой и относится к числу наиболее распространенных заболеваний. В мире насчитывается около 300 млн человек, что составляет 5% населения планеты. Люди всех возрастов во всем мире страдают этим заболеванием дыхательных путей, которое при недостаточно эффективном лечении может значительно ограничивать повседневную жизнь пациентов и даже приводить к смерти. Различные варианты развития и течения бронхообструктивного синдрома в условиях высокой распространенности и частого рецидивирования

обструктивных бронхитов у детей раннего возраста определяют актуальность поиска дополнительных маркеров воспаления на местном и системном уровнях с изучением иммунных нарушений, цитокинового профиля, цитологического состава назальных смывов.

Цель: Оценить особенности иммунного реагирования детей раннего возраста с бронхообструктивным синдромом и выявить маркеры воспаления при различных вариантах его течения.

Материалы и методы исследования: обследовано 45 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев с БОС. Выделены группы: I - без отягощенного аллергологического анамнеза (n=33), II - с отягощенным аллергологическим анамнезом (n=20), группа контроля - практически здоровые дети (n=15), сопоставимые по полу и возрасту. Оценивались показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета, цитокины (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8) в сыворотке крови и назальных смывах, цитологический состав назального секрета.

Результаты их обсуждения. Во II группе выявлено снижение относительных лимфоцитов до $51,4 \pm 14,8$ % в сравнении с I группой $58,69 \pm 12,1$ % ($p=0,054672$); повышение IgG до $7,41 \pm 2,48$ г/л против $5,72 \pm 2,27$ ($p=0,0013$). Отмечено повышение ИЛ-8 в сыворотке крови во II группе до $77,9 \pm 32,6$ пг/мл в сравнении с I группой ($44,6 \pm 21,8$ пг/мл, $p=0,0055$). При оценке цитологического состава у 53 % детей II группы отмечается наличие единичных эозинофилов в назальном секрете, тогда как в сравниваемой группе эозинофилы не обнаружены.

Выводы. Маркерами воспаления при бронхообструктивном синдроме с отягощенным аллергологическим анамнезом у детей грудного возраста являются: лимфопения, повышение концентрации IgG, повышение уровня ИЛ-8 в сыворотке крови, наличие эозинофилов в назальном секрете.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Солieва М., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Махмудова Б.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Большое количество научных исследований посвящено изучению методов лечения и профилактики тяжелых респираторных нарушений, развивающихся в первые минуты и часы жизни у подавляющего большинства глубоко недоношенных новорожденных детей.

Установлено, что тяжелое течение респираторного дистресс-синдрома (РДС) и длительная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) ведут к развитию вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП), позднего сепсиса и бронхолегочной дисплазии (БЛД). Последнее, в свою очередь, ассоциировано с поздней неонатальной, постнеонатальной смертностью, тяжелыми соматическими и неврологическими осложнениями. В связи с этим их ранняя диагностика, профилактика и прогнозирование являются чрезвычайно актуальными задачами современной неонатологии и педиатрии.

Цель исследования. Изучение возможных факторов риска, особенностей течения и исходов респираторного дистресс-синдрома у новорожденных детей в зависимости от их гестационного возраста.

Методы исследования Объективное исследование детей: проведение клинических (анализ крови, мочи, кала) и биохимических методов исследования (общий белок, свободный и связанный билирубин, остаточный азот и мочевины, активность щелочной фосфатазы, уровни кальция и фосфора в крови); Оценка состояния новорожденных (по шкале Апгар, Сильвермана, Доуэнса); Нейросонография головного мозга по показаниям (Аloka S.D., 2004);

В зависимости от гестационного возраста дети были распределены на 3 группы. Первую группу составили 17 детей с гестационным возрастом 26-28 нед, 2-ю - 13 детей, родившихся на 29-32-й нед. гестации. В 3-ю группу вошли 25 недоношенных, гестационный возраст которых был равен 33-36 нед.

По массе тела дети были распределены следующим образом: до 1000 г - 12 (11,2%), от 1000 до 1500 г - 17 (28%), от 1500 до 2000 г - 28 (44,9%), 2000 г и более - 18 чел (15,9%).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты анализ об анамнезе показали высокий уровень заболеваемости беременных женщин. Преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, хронический холецистит, хронический панкреатит), почек, мочевыводящих путей (гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь). У 18 женщин беременность протекала на фоне хронической железодефицитной анемии легкой и среднетяжелой степени. Также имели место заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, подчелюстной лимфаденит, хронический отит, тугоухость); легких (хронический бронхит).

Гинекологический анамнез был отягощен у всех беременных. Количество беременностей у женщин варьировало от 1 до 6.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) чаще встречались среди женщин групп 1 и 2. В литературе имеются сведения о том, что ОРВИ и грипп, перенесенные во время беременности, способствуют преждевременному ее прерыванию. Гестоз протекал в основном в среднетяжелой или декомпенсированной форме. Угроза прерывания беременности была отмечена у 13 (22,6%) беременных.

Таким образом, у большинства матерей беременность формировалась и протекала в неблагоприятных условиях на фоне гипоксии смешанного генеза и наличия очагов хронической инфекции, что, в итоге, привело к рождению недоношенного ребенка, тем самым увеличивая реже развития РДС страдавшего уже внутриутробно.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ОФЛОКСИНА 200 В ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

**Солieва Р.Б., Камолова Х.Д., Кучкарова Ш.А., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт**

Введение. Воспалительные заболевания влагалища – один из самых частых видов гинекологических заболеваний, в большинстве своем имеют инфекционную этиологию и являются наиболее частой причиной

обращаемости социальных категорий в возрастов за медицинской помощью. Длительное малосимптомное или бессимптомное течение урогенитального хламидиоза предрасполагает к развитию осложнений, обуславливающих бесплодие, а также к поражению различных органов и систем. В этой связи лечение данного заболевания является актуальной.

В последние годы в терапии хламидиоза используются различные антибиотики, в том числе азитромицин, рокситромицин, джозамицин, доксициклин. Представлены много численные свидетельства эффективности фторхинолонов.

Цель исследования: Выявить эффективность препарата офлоксина на урогенитальный хламидиоз

Материалы и методы исследования. Мы представляем результаты применения офлаксаина 200 (офлаксаина) (Ieciva). 1 таблетка покрыта оболочкой, содержит 200 мг офлоксина. Препарат оказывает антибактериальное и бактерицидное действие путем блокирование ДНК-гиразы и остановки репликации ДНК в микробной клетке. При назначении препарат быстро и почти полностью всасывается, биодоступность составляет 96-100%. Максимальная концентрация достигается в течение 1-2ч., связывание с белками плазмы составляет 25, период полувыведения 5-8ч. Помимо хламидий, антибиотик активен в отношении синегнойной, гемофильной, кишечной палочки, салмонелл менингококков, гонококков, стафилококков, легионел, микоплазм, гарднерелл, показано применение препарата при инфекционных поражениях кожи и мягких тканей, почек и мочевыводящих путей, а также урогенитальных инфекциях.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 27 пациентов в возрасте 14-62 лет. Согласно современной классификации, у всех больных имелся свежий урогенитальный хламидиоз, у мужчин по типу горпидного эндоцевицита. Никто из пациентов ранее кокого либо лечения не получал. Диагноз был подтверждён при комплексном обследовании, включавшем микроскопическое исследование, прямую иммунофлуоресцентную и ПЦР диагностику *S.trachomatis* в соскобном материале у мужчин, из уретры и цервикального канала у женщин.

Критериями исключения из группы исследования служили анамнестические указание на аллергическую реакции на антибиотики фторхинолонового ряда, заболеваний центральной нервной системы с пониженным судорожным порогом, эпилепсия, повышенная фоточувствительность, беременность, возраст до 14 лет.

Офлоксин 200 назначили в первый день 2 раза в день, затем в течение 9 дней 1 раз в день. Препарат принимали за 30-60мин до еды запивая водой. Курс лечения 10 дней. Помимо офлоксина все пациенты получали поливитамины.

Результаты исследования: По окончании курса лечение у всех пациентов наступило клиническое излечение. Троекратное комплексное лабораторное исследование, проводившееся по окончании курса лечения, через 7-10 дней и 3-4 недель признаков хламидийной инфекции не выявило.

Терапию с офлаксом все больные перенесли хорошо, побочных реакций ни в одном случае не отмечено. Не установлено какое либо негативное воздействие препарата из показателей общих анализов крови и мочи.

Выводы. Результаты проведенных нами исследований не противоречат данным ранее представленным сведениям о высокой эффективности фторхинолонов в лечение урогенитального хламидиоза. Достигнутый терапевтический эффект при неосложненных формах заболевания, хорошая переносимость препарата позволяет предположить целесообразность назначения офлаксаина 200 в сочетании с иммуностимулирующими препаратами, физиотерапевтическими процедурами при хроническом течение урогенитального хламидиоза.

ПЕРЕЛОМЫ КАК ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ

Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Остеопороз, обусловленный гипозестерогенией, и связанные с ним переломы занимают важное место в структуре женской заболеваемости во всех промышленно развитых странах мира. Около 90 % диагностируемых остеопений и связанных с ними переломов приходится на первичный и вторичный остеопорозы. Вторичный или постменопаузальный остеопороз (ПМО), поражающий в основном губчатый слой костей, развивается в возрасте 45-65 лет и связан со снижением функции яичников в постменопаузе. Первичный или сенильный остеопороз (ПО) характеризуется разрежением как губчатого, так и кортикального слоев костей и диагностируется в возрасте старше 65 лет. ПО обусловлен не только гипозестерогенией, связанной с менопаузой, но в большей степени прогрессирующей старческой или атрофической резорбцией костной ткани. Различают также остеопароз, связанный с первичными эндокринопатиями, длительной иммобилизацией, нарушением иннервации, заболеваниями костного мозга и др. Эти формы составляют около 10 % от общего числа диагностируемых остеопений.

Наиболее часто переломы при ПМО отмечаются в различных отделах позвоночника, предплечье, костях таза и шейки бедра. К 65 годам приблизительно у 25 % женщин наблюдаются компрессионные переломы позвоночника, а у 20 % переломы костей предплечья. Согласно современным научным прогнозам, не как осложнений остеопороза у женщин станет эквивалентна частоте осложнений при ишемической болезни сердца.

Цель исследования: в нашей стране не проводилось изучения распространенности переломов у женщин в возрастных группах, опасных для развития ПМО, в связи с чем целью нашего исследования явилось выяснение частота переломов в различных возрастных группах женской популяции.

Материалом исследования служили амбулаторные карты женщин. Проводился анализ типов переломов и причин их возникновения в возрастных группах от 19 до 64 лет. При этом исключались переломы, возникшие в результате производственной деятельности, дорожно-транспортных происшествий и спортивных травм. Сопоставление числа женщин и числа переломов в различных возрастных группах позволило установить, что в репродуктивном возрасте (20-45 лет) частота переломов составляет 0.5-0.7 %. У женщин в возрасте старше 45 лет отмечается резкое – 2-5 – кратное увеличение частоты всех видов переломов по сравнению с частотой переломов у

женщин репродуктивного возраста. Причем с увеличением возраста частота переломов прогрессирует. 2/5 всех переломов составляют переломы у женщин в возрасте от 45 до 65 лет и число переломов возрастает с увеличением возраста. Однако если с 19 до 44 лет это увеличение составляет лишь около 3 %, то с 45 до 64 -13 %.

Результаты исследования: полученные данные подтверждают тесную взаимосвязь между возрастным фактором и увеличением частоты переломов, которая начинает особенно резко возрастать после 45 лет, т. е. с начала периода климактерия. Резкое увеличение количества переломов в возрасте 45-49 лет, выявленное в нашем исследовании, позволяет предполагать, что важную роль в их возникновении играет ПМО, который не был диагностирован и не предупреждался профилактически. Это подтверждает точку зрения о роли возрастного снижения функции яичников в развитии остеопороза, частым осложнением которого являются переломы. Во взаимосвязи между патологическими процессами в костях и менопаузой главную роль играет развитие эстрогенной недостаточности. Эстрогены оказывают на костную ткань антирезорбтивное действие. Особенно интенсивная потеря костной ткани при ПМО отмечается, по данным ряда авторов, в первые 2-4 года после менопаузы, при этом происходит потеря от 1 до 3 % кортикальной и до 5 % трабекулярной костной массы в год. Всего в случае развития ПМО женщины теряют в течение жизни до 50 % трабекулярной и до 30 % кортикальной костной массы.

Выводы: проведенное нами исследование указывает на необходимость изучения частоты остеопороза в возрастном аспекте в нашей стране. Также необходимо выяснение удельного веса остеопороза у женщин с переломами. Данные исследования имеют большое медицинское, социальное и экономическое значение, так как позволят проводить профилактику как остеопороза, так и его осложнений. Рентгенодиагностика для выявления ранних стадий данной патологии мало информативна, так как позволяет диагностировать остеопороз лишь при значительной потере костной ткани. В настоящее время нами проводятся исследования по изучению частоты остеопороза у женщин в климактерии с помощью метода денситометрии. Необходимость проведения этих исследований гинекологами объясняется тем, что основным методом профилактики и лечения ПМО является применение различных комбинаций препаратов половых гормонов.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Ежегодно увеличивается количество ВИЧ-положительных людей, вместе с этим растет доля женщин среди них и, следовательно, увеличивается количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин. К современной профилактике относят своевременную диагностику ВИЧ-инфекции и выявление факторов высоко риска заражения ВИЧ у беременных, медикаментозную профилактику, проводимую антиретровирусными препаратами (АРВП) у женщин и детей, тактику ведения беременности и родов, а также ведение ребенка в первые полтора года жизни [1, 3].

Цель исследования. Изучить особенности диагностики, течения беременности у ВИЧ-положительных женщин и профилактику заражения ВИЧ-инфекцией от матери к ребенку.

Материалы и методы. Всем беременным женщинам, планиующим сохранить беременность, проводят тестирование на ВИЧ-инфекцию с обязательным пред- и после тестовым консультированием, для проведения профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. Следует провести двухразовое тестирование: при первом обращении по поводу беременности и в третьем триместре беременности на 34-36 неделе. Чтобы исключить пропуски ВИЧ-инфицирования из-за нахождения беременной в серонегативном периоде, на ВИЧ-инфекцию должны протестировать биологического отца на сроке беременности женщины 20-26 недель [4]. В случае положительного результата теста, женщина подлежит тестированию на противовирусную ДНК или РНК ВИЧ в центре СПИД до 28 недели беременности. Также проводится дополнительное после тестовое консультирование, которое проводит врач-инфекционист в центре СПИД или доверенный инфекционист территориального образования непосредственно в родовспомогательном учреждении. При консультировании ВИЧ-положительных беременных, следует обсудить вопросы, касающиеся риска передачи ВИЧ от матери ребенку и методов его предупреждения, необходимости замены грудного вскармливания на искусственные смеси, диагностики ВИЧ у новорожденного, необходимости дальнейшего врачебного наблюдения женщины и ребенка в Центре СПИД. ВИЧ-инфицированная мать может быть заразной для своего ребенка во время беременности (особенно после 30-й недели), в процессе родов и во время грудного вскармливания. Очень высок риск инфицирования ребенка, если мать была заражена в период беременности или при наступлении беременности на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции проводится в двух периодах: во время беременности и во время родов. Наиболее успешные результаты имеют место при комплексном проведении антиретровирусной терапии в сочетании с выбором адекватной тактики родов и отменой грудного вскармливания. При выборе АРВ-препаратов для химиопрофилактики во время беременности учитывают: стадию ВИЧ-инфекции, число CD-4 лимфоцитов, уровень вирусной нагрузки, срок беременности и наличие сопутствующих заболеваний. Второй этап профилактики заражения ВИЧ-инфекцией связан с родами. ВИЧ-инфицированным женщинам проводят плановую операцию кесарева сечения в сроке 38 недель беременности, если женщина пришла в родильный комплекс во II-ом периоде родов. Немаловажным является обработка влагалища 0,25 % водным раствором Хлоргексидина при первом влагалищном исследовании, если у женщины имеется воспалительные заболевания, в частности кольпит, то при каждом последующем влагалищном исследовании. В процессе родов внутривенно капают антиретровирусный препарат – Зидовудин, с начала родовой деятельности из расчета 0,002 г на 1 кг веса пациентки в течение первого часа родов, далее снижают дозу. При проведении операции кесарева сечения (за 4 часа до начала оперативного вмешательства) в тех же дозах назначается внутривенное введение раствора Зидовудина. По завершению родов антиретровирусная терапия у ВИЧ-инфицированных женщин не отменяется, а сохраняется пожизненно.

Результаты. Таким образом, чтобы избежать заражения новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери, следует придерживаться плана ведения беременности и родов у ВИЧ-инфицированной женщины. А именно своевременно пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию (с пред- и после тестовым консультированием), строго принимать антиретровирусную терапию в период беременности, родоразрешение путем кесарева сечения и отказаться от грудного кормления.

Выводы. На сегодняшний день возможность завести собственных детей у ВИЧ-инфицированных женщин такая же, как и у ВИЧ-отрицательных. При правильно проведенных профилактических мероприятиях риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку равен 2%.

ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

**Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш., Якубова О.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Проблема задержки роста плода (ЗРП) остается одной из актуальных проблем в современном акушерстве и перинатологии. Задержка роста плода представляет собой следствие воздействия многих неблагоприятных факторов в период беременности, чаще всего связанных с повреждением плаценты или самого плода. Последствия ЗРП обуславливают в постнатальном периоде нарушение адаптации, могут привести к отклонению физического, соматического и нервно-психического развития в последующем онтогенезе.

Частота рождения детей с ЗРП встречается в 5–17,6% случаев от всех беременностей. Среди мертворожденных плодов данная патология регистрируется почти в 41,9% случаев. Задержка роста плода представляет собой следствие воздействия многих неблагоприятных факторов в период беременности, чаще всего связаны с повреждением плаценты или самого плода.

Цель исследования: изучить факторы риска и исходы беременности у женщин с синдромом задержки роста плода.

Материал и методы исследования: под наблюдением находились 66 женщин, у которых во время беременности диагностирована задержка роста плода.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что первородящие составили 62,1% случаев, из них 22,7% женщин были повторнобеременные. Из вредных привычек в 6% случаев отмечено табакокурение. Из перенесенных гинекологических заболеваний в анамнезе у пациенток с ЗРП в 13,7% случаев выявлены воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) в 19,7% случаев, кандидозный вульвовагинит в 19,7%, эктопия шейки матки имела место у 21,2%, в 3% случаев отмечено бесплодие и у 1,5% наблюдаемых женщин встретился синдром поликистозных яичников. Среди соматической патологии в 16,7% случаев выявлена хроническая герпетическая инфекция, вегето-сосудистая дистония отмечена у 12,2% женщин. В течение первой половины беременности угроза прерывания была выявлена у 63% пациенток с ЗРП, инфекции передаваемые половым путем были диагностированы в 33% случаев, в 13% случаев встретился кандидозный вагинит. Во второй половине беременности в 22% случаев были угрожающие преждевременные роды, в 32% случаев во время беременности пациентки перенесли ОРВИ, в 19% случаев беременность осложнилась преэклампсией, в 7% случаев многоводие.

Диагностирована ЗРП у 11,8% беременных с 20 до 31 недели гестации, из них в 7,6% случаев во время 2-го УЗИ скрининга, у 46,5% человек в сроке после 32 недель гестации, в 21,2% случаев во время 3-го УЗИ скрининга. У 31,8% беременных ЗРП была диагностирована после рождения.

Симметричная форма ЗРП была выявлена у 52,2% беременных, у остальных ассиметричная форма. ЗРП 1-й степени имела место у 82,5% женщин, 2-й степени – у 12,5% и в 5% случаев 3-й степени. Все беременные получали этиотропную терапию.

Срочные роды произошли у 77,2% женщин, преждевременные роды составили 19,8% случаев, в 1 случае роды были запоздалые. Операцией кесарева сечения завершились роды у 18,1% женщин, в одном случае была выполнена вакуум-экстракция плода. В 3% случаев беременность была двойней.

Все дети родились живыми, без асфиксии. В 42,4% случаев без признаков ЗРП.

Заключение: по результатам нашего исследования, половина беременных с синдромом ЗРП была в возрасте от 26 до 35 лет. В 62,1% случаев ЗРП встретилась у первородящих. Высока частота в анамнезе перенесенных гинекологических заболеваний воспалительного генеза. Основными этиологическими факторами во время беременности были угроза прерывания беременности (угроза выкидыша в 63% случаев, угрожающие преждевременные роды в 22% случаев), инфекционные заболевания (ИППП в 33% случаев и ОРВИ – в 32%) и преэклампсия в 19% случаев.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение осложнений беременности позволили избежать неблагоприятных исходов и перинатальных потерь у беременных с синдромом задержки роста плода.

ФАКТОРЫ РИСКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ДИЕТОТЕРАПИИ

**Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: Выявить факторы риска диабетической фетопатии у женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) на диетотерапии.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 120 историй родов на базе АГМИ за 2015–2016 гг., критериями выбора явилось наличие у женщины ГСД, компенсированного на диете и родоразрешение

в доношенном сроке. Исследуемые были разделены на 3 группы. 1-я группа (n=40) – женщины с ГСД, новорожденные которых имели диабетическую фетопатию (ДФ), 2-я группа (n=40) – женщины с ГСД, дети которых не имели ДФ, 3-я группа (n=40) – женщины без нарушений углеводного обмена во время беременности.

Результаты исследования: Возраст женщин, включенных в исследование составил от 16 до 42 лет; средний возраст в 1-й группе женщин составил $29,7 \pm 4,0$ лет, во 2-й группе — $32,3 \pm 4,4$ лет, в 3-й - $25,4 \pm 5,9$ лет ($p > 0,05$). При анализе паритета выявлено, что только у 18,3% (22/120) женщин данная беременность была первая, а у большинства пациенток (81,7%) в анамнезе было от 1 до 7 беременностей. У 73,3% (88/120) женщин в анамнезе имели место аборт, у 41,6% (50/120) – самопроизвольный выкидыш на малом сроке гестации. Средний срок постановки на учет в женскую консультацию во всех группах составил $9,3 \pm 2,4$ недели.

Отягощенная наследственность по сахарному диабету, варикозной болезни, инсультам и инфарктам встречалась с одинаковой частотой во всех группах - 53,3% (64/120). При изучении структуры экстрагенитальных заболеваний во всех группах превалировало алиментарно конституциональное ожирение – 55% (22/40), 65% (26/40) и 40% (16/40) соответственно ($p > 0,05$).

В 1-й группе основной процент родоразрешений пришелся на срок 37-38 недель, в то время как во 2-й и 3-й группах было отмечено увеличение срока родоразрешения на 1-1,5 недели. При этом родоразрешение способом операции кесарево сечение в 1-й группе составило 85% случаев (34/40), во 2-й группе 55% (22/40) и в 3-й - 40% (16/40). Средняя масса новорожденного в 1-й группе составила 3874 ± 387 г, во 2-й группе – 3425 ± 356 г, в 3-й группе – $3238 \pm 186,5$ г ($p > 0,05$). Уровень гликемии менее 2,2 ммоль/л был выявлен у 45% (18/40) новорожденных 1-ой группы.

При корреляционном анализе была выявлена отрицательная статистически значимая ассоциация между уровнем гликемии новорожденного и весом женщины до беременности ($r = -0,44$, $p < 0,05$). Максимальный уровень гликемии натощак у женщины при выявлении ГСД и количество ультразвуковых признаков ДФ имели положительную ассоциацию ($r = 0,52$, $p < 0,05$).

Вывод: Факторами риска ДФ при ГСД на диетотерапии можно считать избыток массы тела у матери до беременности и максимальный уровень гликемии натощак у беременной при выявлении ГСД.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСОВОГО ГЕПАТИТА В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Частота выявления антител к гепатиту В и С у беременных колеблется от 1-2,5% в странах Западной Европы, США, Японии и Австралии до 10% и выше в некоторых странах Африки и Ближнего Востока. В регионах мира с умеренной интенсивностью эпидемического процесса частота обнаружения ap^N среди беременных составляет 0,9% в 1997 году и 2,8% в 2002 году. Более высокая частота регистрируется среди беременных в группах риска, среди инфицированных вирусом иммунодефицита человека она составляет 17-54%.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы: Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение: При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии установлено, что более половины женщин группы (66,7%) в детстве часто болели и перенесли по несколько детских инфекций.

Наиболее часто у взятых нами на учет беременных были диагностированы заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь) - 15,9%, заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит) - 13,3%. У 18 женщин (24%) был выявлен гепатит А.

При анализе информированности женщин о диагнозе вирусного гепатита В или С до беременности только 19 пациенток (25,3%) из всей исследуемой группы знали о существовании диагноза. Согласно данным ВОЗ в развитых странах лишь у 1/4-1/3 молодых женщин диагноз хронического ВГ устанавливается до беременности.

Данные оценки репродуктивной функции свидетельствовали практически о равном соотношении перво- и повторнородящих - 45 (60%) и 30 (40%) соответственно. Обращает внимание, что среди первородящих первобеременных было всего 24 пациентки (53,3%), преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша - 13,7% или проведением медицинского аборта - 26,7%.

Гинекологический анамнез отягощен у каждой второй пациентки, наиболее часто встречались: воспалительные заболевания органов малого таза - 18,6% случаев; инфекции, передаваемые половым путем, - 17,2%.

Выводы. Наличие изменений в маточно-плацентарном комплексе (хроническая гипоксия плода, ЗВРП плода I и II степени) приводит к осложненному течению раннего неона-тального периода новорожденных (развитию церебральной ишемии I и II степени (60%), гипотрофии новорожденного (28%), ВАИ (24%)).

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ БАКТЕРИАЛЬНОГО И РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Сахибова М.Д., Абдуллаева М.Э., Бахавадинова З. М., Нишонова Д.В.

Андижанский государственный медицинский институт

По данным ВОЗ в группу часто болеющих детей (ЧБД) относят детей первых 3 лет, переболевших ОРЗ не менее 5-6-х раз в год. В последствии у таких детей наблюдается снижение функциональной активности иммунитета, формируются хронические воспалительные процессы в органах дыхания, что приводит к нарушению физического и нервно-психического развития. Современная медицина, основанная на доказательных принципах, направлена на иммунокоррекцию и иммуноореабилитацию и, естественно, встает вопрос о препаратах выбора,

одними из которых могут являться иммунокорректоры бактериального (рибомунил - комбинированный препарат, содержащий рибосомальные фракции бактерий и протеогликаны клебсиелла пневмония. Действие препарата основано на активацию специфического и неспецифического иммунитета) или растительного (тонзилгон, включающий трав, которые оказывают местное противовоспалительное и антисептическое действие и способствуют повышению местных неспецифических факторов защиты организма) происхождения.

Нами было исследованы школьники 1– 2 классов, относящихся к группе ЧБД. Проводились как профилактические в сезон ОРЗ, так и лечебные мероприятия с использованием препаратов Рибоунил и Тонзилгон для иммунокоррекции в их поочередной комбинации. Результаты исследования показали, что в процессе реабилитации в группе детей, получавших комбинацию иммунокорректоров бактериального и растительного происхождения, отмечалось сокращение эпизодов ОРИ в 2,6 раза. Следовательно, комбинированное применение иммунокорректоров растительного и бактериального происхождения влияет на частоту, длительность (укорочение) периода заболевания, а также отдаление сроков очередного острого респираторного заболевания и профилактику осложнений, кроме того у детей с респираторным аллергозом отмечается такие же положительные результаты .

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ

Сахибова М.Д., Абдуллаева М.Э., Бахавадинова З.М., Нишонова Д.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Угрожающее жизни состояние при бронхиальной астмы у детей -астматический статус. С целью выявления факторов способствующих развитию астматического статуса, проанализированы истории развития и истории болезни 77 детей от 3 до 14 лет, получавших стационарное лечение в условиях детского отделения ОДММЦ города Андижана в течении 2012-2017 г. У 27,7% больных диагностировано тяжелое течение заболевания. В состоянии астматического статуса 1-2 степени поступили 2.9% детей.

В анамнезе в течении года, предшествующего поступлению в стационар, астматический статус отмечено у 5,5% пациентов. Возраст больных, перенесших угрожающее жизни состояние, колебался от 8 до 10 лет. Характерными чертами анамнеза данной категории детей явилось длительное течение бронхиальной астмы - более 5 лет, наличие сопутствующей патологии, в том числе эндокринной (диффузное увеличение щитовидной железы, нарушение менструального цикла, ожирение) перинатальная энцефалопатия в раннем возрасте, отсутствие или неадекватная базисная терапия, отсутствие четких инструкций по неотложной помощи в амбулаторных условиях, передозировка бета-антагонистов и теофиллина, недостаточность знаний о сущности заболевания, недооценка состояния больного родителями и низкий материальный уровень семьи.

Знание и устранение вышеуказанных факторов позволит снизить вероятность развития астматического статуса у детей с тяжелым течением бронхиальной астмы.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сахибова М.Д., Абдуллаева М.Э., Бахавадинова З.М., Нишонова Д.В.

Андижанский государственный медицинский институт

За период 2012-2017 гг в городах и селах Андижанской области обследовано 8073 ребенка в возрасте от 1 месяца до 14 лет. Выявлены 604 больных с аллергическими заболеваниями и 45 детей с аллергическим диатезом. Распространенность аллергических заболеваний рассчитывали в относительных единицах на 1000 осмотренных детей. Общая распространенность аллергических болезней оказалась примерно одинаковой у детей города Андижана, и города Асака, ниже у сельских детей Андижанского района. Самыми распространенными заболеваниями были аллергические дерматозы и бронхиальная астма, которые также с большей частотой встречались у городских детей, чем у сельских. Аллергический диатез достоверно чаще встречался у детей города Андижана, чем город Асака и Андижанского района.

Установлено, что бронхиальной астмой чаще болели мальчики, существенных различий в частоте аллергических дерматозов у мальчиков и девочек не отмечено. При выяснении сроков первых проявлений заболеваний выявлено их раннее начало – на первом году жизни аллергические поражения кожи возникали у 31,5%, бронхиальная астма 14,4% детей. В этиологической структуре аллергических заболеваний кожи 79,2 приходится на поливалентную пищевую сенсибилизацию.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНЕ В6 С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕЕ

Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Целью исследования явилось изучение влияния лечебного воздействия препарата магне В 6 на функциональное состояние соединительной ткани.

Материалы и методы исследования: Обследованы 64 пациенток, предъявляющих жалобы на болезненные менструации. Все девушки были в возрасте 13-17 лет с проявлениями дисплазии соединительной ткани и без таковых. Контрольную группу составили 25 девушек с нормальными менструациями. В 1-ю группу входили 30 девушек, у которых была выявлена умеренно-выраженная дисплазия соединительной ткани (от 10 до 16 баллов). Во 2-ю группу вошли 34 девушек без клинических признаков дисплазии соединительной ткани.

Результаты исследования: В 1-ой группе девушек в возрасте 13-14 лет было 11 (36,6%) и 15-16 лет 17 (56,6%), 17 лет 2 (6,6%), а среди девушек 2-ой группы в возрасте 13-14 лет было 14 (41,1%) и 15-16 лет 16 (47%), 17

лет 4 (11,7%). Первичная дисменорея легкой степени выявлена у 4 (13,3%) девушек 1-ой группы, средней у 15 (50%), и тяжелой степени у 11 (36,6%), а во 2-ой группе соответственно 16 (47%); 11(32,3%); 7 (20,5%). Таким образом, в группе девушек с первичной дисменореей и наличием признаков умеренной выраженной дисплазии соединительной ткани превалировало число девушек с дисменореей средней и тяжелой степени тяжести, а у девушек без признаков дисплазии соединительной ткани большинство девушек было с легкой и средней степенью тяжести дисменореи.

18 (28,1%) девушек в обеих групп учились в институте, в 1-й группе превалировали девушки, занимающиеся в колледжах и лицеях - 26 (86,6%), большинство из них жительницы сельских местностей 28 (93,3%). У 26,4% девушек материально-бытовые условия оценены со слов больных как удовлетворительные, у остальных 73,6% - как неудовлетворительные.

Одновременно с учебой в кружках по предметам занимались 52,1% девушек. Из соматического анамнеза матерей выяснено, что 42,8% перенесли детские инфекции, 18,8%- ОРВИ, 26,4% - тонзиллит, 5,7% - ревматизм, 11,3% заболевания ЖКТ, 8,5% - вирусный гепатит. Аппендэктомии перенесли 2,14%, тонзилэктомию - 2,8%.

У 83 (59,2%) болезненные менструации были с менархе, то есть при первой менструации, у 38 (27,1%) девушек тяжесть дисменореи со временем нарастала т.е. дисменорея была декомпенсированная, а у 7 (5%) девушек боль не исчезала даже при применении анальгетиков. Первым ребенком в семье были 9 (10,8%), вторым- 24 (28,9%), третьим - 29 (34,9%), четвертым- 12 (14,5%) и пятым- 9 (10,8%). Тем не менее, на формирование дисменореи у девушек оказало влияние количество родов у матери: в 5,55% случаев данная патология встречалась у детей, рожденных в результате третьих и четвертых родов. Таким образом, среди больных ювенильной дисменореей почти 62,3% девушек были из многодетных семей.

Вывод: Таким образом, ДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с нарушением репродуктивной функции. Главной задачей медикаментозной терапии, направленной на укрепление соединительной ткани, являются восполнение дефицита различных компонентов, участвующих в процессе синтеза коллагена, коррекция метаболических нарушений, стимуляция коллагенообразования и стабилизация гликозаминогликанов. Магний, нормализуя процессы нервно-мышечной передачи, купирует проявления вегетативной дисфункции на различных уровнях. Считается, что этот макроэлемент опосредованно влияет на синтез коллагена через воздействие на высший вегетативный центр – гипоталамус.

ТЕЧЕНИЕ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ

Таджиев Б.М., Ахмеров И.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Единственным резервуаром скарлатины в природе является больной человек, особенно больные с бессимптомным носительством. Несмотря на значительные успехи, достигнутые современной медициной, проблема скарлатины остается очень актуальной и востребованной. Заболевание регистрируется повсеместно. Наиболее высокая восприимчивость отмечается среди детей от 3 месяцев до 14 лет. У данного контингента больных встречается затруднение постановки диагноза и поздняя диагностика. В связи с запоздалой верификацией диагноза и зачастую поздним проведением серологического исследования, назначение адекватной терапии также проводится с запозданием.

Целью настоящего исследования явилось изучение современных подходов к лечению скарлатины у детей в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 58 детей в возрасте с 3 месяцев до 14 лет со скарлатиной. Больные были разделены на 3 возрастные группы: первая группа – дети от 3 месяцев до 24 месяцев, вторая группа - от 2 до 7 лет, третья группа - дети от 7 лет до 14. У всех больных имелось бактериологическое подтверждение поставленного диагноза. Методика обследования включала в себя подробное изучение жалоб, анамнеза больных, объективный осмотр, бактериологический посев зева и посев на чувствительность к антибиотикам ликвора, общеклинические методы исследования.

Результаты исследования: У больных первой группы отмечалась рвота, не приносящая облегчения, гипертермия, возникающая внезапно, на фоне полного здоровья, выраженные симптомы интоксикации (вялость, адинамия, сонливость, отказ от груди, резкий крик), судороги, тремор конечностей, у детей до 1 года отмечалось набухание и пульсация родничка. У детей 2 группы отмечались: сухость во рту, кашель, сильная головная боль, гиперестезия кожи, отказ от приема пищи, плаксивость, рвота без предшествующей тошноты, характер сыпи не приносящая облегчения, повышение температуры до фебрильных цифр, психомоторное возбуждение, спутанность сознания. Отличием клинической симптоматики у детей 3 возрастной группы являлось наличие предшествующего назофарингита, более выраженные малиновый язык, белый дермографизм, жалобы на распирающую головную боль. При проведении бактериологического исследования и посева на чувствительность замечено, что у больных в первой и второй возрастной группе наиболее высокая чувствительность отмечалась к пенициллину и цефтриаксону, во второй группе - к цефтриаксону.

Вывод: При проведении бактериологического исследования и посева на чувствительность замечено, что у больных в первой и второй возрастной группе наиболее высокая чувствительность отмечалась к пенициллину и цефтриаксону, во второй группе - к цефтриаксону. При раннем назначении препаратов с высокой степенью чувствительности улучшение в состоянии больных отмечалось гораздо раньше, чем у больных, которым назначались препараты широкого спектра без определения чувствительности.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ВО II ТРИМЕСТРЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Тастанова Г.Е.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Как известно данный триместр характеризуется перестройкой всех тканевых структур плаценты, направленных на сближение и увеличение контактных поверхностей между материнской и фетальной кровью. Наиболее яркая картина морфологических преобразований проявляется в терминальных ворсинах. Электронномикроскопически терминальные ворсины выстланы уплощенным синцитиотрофобластом, местами выявляются скопления синцития в виде «синцитиальных почек», клетки цитотрофобласта почти не встречаются. Ядра округлые, овальные с неровными контурами, нуклеолемы содержат значительное число глыбок гетерохроматина, локализованных по периферии. Цитоплазма синцитиотрофобласта содержит значительное количество расширенных полостей гранулярного эндоплазматического ретикулула, различных по величине секреторных гранул, расположенных апикально или базально. Свободная поверхность синцития покрыта короткими микроворсинками. Митохондрии единичные, однако свободные рибосомы и полисомы встречаются повсеместно. Встречающиеся единичные клетки цитотрофобласта имеют светлую цитоплазму и крупное ядро, с неровными контурами. Сама строма терминальных ворсин образована многочисленными капиллярами, в просвете которых обнаруживаются форменные элементы фетальной крови. Эндотелий капилляров уплощен, отсутствуют поры и фенестры. Эндотелий капилляров прилегающих к источенным участкам синцитиотрофобласта имеет на своей поверхности плазмолеммы, эндоцитозные везикулы, в цитоплазме немногочисленные вакуоли. Интерстиций между капиллярами содержит коллагеновые волокна, малодифференцированные клетки, фибробласты, единичные клетки Кашенко-Гофбауэра.

Виллезное дерево неоднородно, наряду со зрелыми терминальными ворсинами выявляются более ранние их генерации. Они отличаются меньшим количеством синцитиокапиллярных мембран, более утолщенным синцитиотрофобластом. Капилляры стромы таких ворсин немногочисленные, более мелкие по диаметру.

Таким образом, ультрамикроскопическая картина морфологических преобразований в эти сроки физиологической беременности способствует возрастанию диффузной способности плаценты, приспосабливая ее к возросшим потребностям плода.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ 22-40 НЕДЕЛЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ТАСТАНОВА Г.Э., ЮЛДАШЕВА С.З., КЕНЖАЕВА Х.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Развитие организма до рождения представляет собой сложный и длительный процесс оплодотворения яйцеклетки, образования дробящейся морулы и бластоцисты, имплантации и плацентации, эмбрио- и фетогенеза до того состояния, которое позволяет новорожденному выжить в новом экологическом окружении. К настоящему времени получено много данных, конкретизирующих материнско-плацентарные и плацентарно-плодные взаимоотношения при нормальном развитии, однако каждое из них позволяет лишь приблизиться к расшифровке механизмов установления материнско-плодовых отношений (Милованов А.П., 1999; Павлова К.А. с соавт., 2010; Милованой с соавт., 2016 и др.).

Цель исследования: изучить морфологические особенности плаценты в 22-40 недель физиологической беременности.

Материал и методы. Плацента (n=16) после фиксации в 12% формалине и заливки в парафин изучена обшеморфологически и морфометрически после окраски срезов гематоксилином и эозином.

Результаты и их обсуждение. На 22-24 неделе физиологической беременности масса плаценты колеблется от 150 до 190 г. Площадь отпечатка материнской поверхности составляет 95-120 мм, толщина 16-17,9 мм. Гистологически различаются створчатые, промежуточные и терминальные ворсины. Со стороны плода поверхность плаценты покрыта хориальной пластинкой и кубическим эпителием. Если опорные ворсины плаценты содержат одну артерию с толстой мышечной оболочкой и тонкостенную венулу, то перед переходом в промежуточные ворсины имеют артериолы и венулы с тонкой стенкой и просветом. Поверхность промежуточных ворсин покрыта синцитиотрофобластом и редкими фрагментами цитотрофобласта. В строме выявляются пучки коллагеновых волокон и фибробласты. Терминальные ворсины переменны как по диаметру, так и строению. Площадь их сечения составляет $22600 \pm 2450 \text{ мкм}^2$, стромы - $17700 \pm 870 \text{ мкм}^2$, эпителия - $3050 \pm 220 \text{ мкм}^2$. В результате эпителио-сосудистый, стромально-сосудистый и эпителио-стромальный индексы соответственно равны $1,28 \pm 0,2$, $5,80 \pm 0,3$, $0,220 \pm 0,01$.

На материнской поверхности плаценты синцитиотрофобласт имеет щеточную каемку, отростки, содержащие скопления ядер. Отдельные группы синцития (интерстициальный трофобласт) могут обнаруживаться в составе децидуальной ткани. Он способствует разрушению стенки кровеносных сосудов эндометрия. Крупные, различной формы группы из 2-3. 5-6 клеток обнаруживаются вблизи поверхности спиральных артерий, групп дифференцирующихся децидуальных клеток, между гладкомышечными клетками миометрия матки.

30-40 недели беременности характеризуются увеличением массы плаценты до 450-550 г. Они чаще округлой или овальной формы с источенными краями. Со стороны гладкой поверхности отмечается магистральный или рассыпной тип ветвления сосудов. Материнская поверхность образована 12-15 котиледонами, различающимися по форме и величине. Гистологически фибриноид обнаруживается на площади около 10%. Межворсинчатые кровоизлияния и инфаркты практически не выявляются. Кальцификации единичны. Характерной особенностью

терминальных ворсин является как возросшее их число, так и уменьшение толщины синцитиотрофобласта, доли интерстициальной ткани и увеличение числа, площади сечения капилляров. При средней площади терминальной ворсины 2890 ± 205 мкм² площадь сосудов составляет 550 ± 35 мкм². При этом в каждой ворсине обнаруживается 6-8 капилляров синусоидного типа. Площадь эпителия и стромы составляют соответственно 2420 ± 160 и 805 ± 45 мкм². Децидуальная пластинка отделена от межворсинчатого пространства относительно хорошо развитым слоем гомогенного фибриноида.

Таким образом, при физиологической беременности плацента в конце беременности характеризуется отсутствием признаков поражения. Отмеченные между II и III триместрами беременности морфологические преобразования направлены на обеспечение возрастающих потребностей плода. Это отражается на оптимизации эпителио-стромальных, сосудисто-стромальных и сосудисто-стромальных отношений, уменьшении цитотрофобласта, истончении и увеличении площади синцитиотрофобласта, увеличении числа и площади сечения сосудов в терминальных ворсинах. Истончение синцитиотрофобласта и увеличение числа и площади поперечного сечения капилляров способствуют возрастанию диффузионной способности плаценты в динамике физиологической беременности.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ПЕДИАТРИИ

**Тоирова У.Т., Хошимов Т.Н., Комилов С.Ф., Абдуллаев С.Б., Мамадиев А.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП.**

Анестезия при лапароскопических операциях имеет свою специфику в связи с нередко возникающими проблемами: лапароскопия может оказаться длительной процедурой; ее проведение не исключает переход к лапаротомии; лапароскопические операции не рекомендуется проводить на фоне повышенного внутричерепного давления, сердечно-сосудистой недостаточности, в условиях гиповолемии, выраженном ожирении, коагулопатии; интраабдоминальная инсuffляция газа при уровне внутрибрюшного давления выше 30 см вод.ст. может вызвать разрыв диафрагмы, повышает риск регургитации; стимуляция брюшины способна привести к вагусзависимой брадикардии или асистолии.

Цель исследования: изучение анестезиологического пособия при лапароскопических операциях у детей и меры предотвращения возможных осложнений.

Результаты: в течении трёх лет в отделении детской анестезиологии и реаниматологии АФ РНЦЭМП под наблюдением были 14 пациента с осложнениями при проведении лапароскопических операций. Возраст пациентов был от 12 до 18 лет, 6 мальчиков и 8 девочек. Во всех случаях операции проводились под интубационным наркозом и управляемой ИВЛ с целью обеспечения адекватного газообмена для защиты дыхательных путей от регургитации и предупреждения гиповентиляции.

Гипотензией, вызванной абсорбцией CO₂, было 5 пациентов, с вагусзависимой брадикардией – 4, с болевым синдромом в области шеи и плечевого пояса, вследствие раздражения диафрагмы – 2, гипотермией – 3. Брадикардию устраняли введением раствора атропина согласно возрастной дозировке. Наклон головного конца старались держать не выше 20°.

Исходя из своих результатов и клинических наблюдений пришли к выводу, что при использовании углекислого газа при инсuffляции в брюшную полость:

-проводится гиперкапния и респираторный ацидоз. Выраженность зависела как от диффузии CO₂, так и от режима вентиляции и вида анестезиологического пособия.

-возможно развитие нарушений сердечного ритма.

-раздражение диафрагмы может вызвать послеоперационные боли в области шеи и плечевого пояса.

-необходимо учитывать скорость диффузии CO₂ в брюшной полости (составляет около 14 мл/мин)

-введение холодного газа в брюшную полость способствует развитию гипотермии.

Если анестезиолог при лапароскопических вмешательствах, при использовании углекислого газа будет учитывать основные моменты, то количество осложнений во время введения и после наркоза осложнения значительно сократятся.

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

**Тошбоев Ш.О., Джалилов Д.А., Кодиров М.А., Усманова М.А., Исmoilов Р.А., Салиева А.А., Солиев О.З.
Андижанский государственный медицинский институт**

Рост частоты сердечно-сосудистых заболеваний у детей раннего возраста диктует необходимость ранней диагностики, лечения и диспансерного наблюдения у новорожденных детей, перенесших перинатальную гипоксию. Частота постгипоксических осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы достаточно высока и составляет, по данным различных авторов, от 40 до 70%. Особого внимания заслуживают дети с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), обусловленной хронической плацентарной недостаточностью, так как именно они составляют высокую группу риска кардиоваскулярной патологии в последующие годы жизни.

Обследовано 66 новорожденных. 18 доношенных новорожденных детей с ЗВУР составили основную группу (масса тела $2328,5 \pm 60,2$ г, рост $46,9 \pm 0,4$ см), контрольную-48 доношенных новорожденных (масса тела $3420,8 \pm 112,4$ г, рост $51,8 \pm 0,5$ см), внутриутробное развитие, рождение и ранний постнатальный период которых протекали без осложнений. Клиническое состояние новорожденных оценивали в динамике в сопоставлении с результатами лабораторных исследований. Учитывали методы инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, НСГ), а также микробиологических и вирусологических обследований. У всех новорожденных в первые 6-

12 ч проводили определение активности общей креатинкиназы и ее сердечного изофермента в сыворотке крови с применением наборов «Konelab» (Финляндия). Полученные данные обрабатывали с использованием статистического пакета SPSS 8.0 на ПК Lenovo E320. В генезе гипоксического поражения сердца, как показали наши исследования, важная роль принадлежит оксиду азота (NO), который принимает участие в регуляции сосудистого тонуса, сократительной активности миокарда, сверяемости крови и клеточной пролиферации. Дефицит кислорода является сигналом для перехода на нитратно-нитритное дыхание, в условиях которого увеличивается продукция NO, который выступает как регулятор и ограничитель окислительных реакций. Длительная хроническая гипоксия приводит к активации процессов свободнорадикального окисления, перекисного окисления липидов и истощение механизмов антирадикальной активности. Образующийся в условиях хронической гипоксии пероксинитрит в отличие от оксида азота, стимулирует захват Ca^{2+} митохондриями, разобщая тем самым процессы тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования. Следствием этого является окислительное повреждение ферментов, белков, нуклеиновых кислот, ионных каналов клетки. Это подтверждает тот факт, что у детей с ЗВУР выявлено повышение активности изофермента креатинкиназы (СК-МВ) в плазме ($133,60 \pm 38,39$ (Ед/л), против $77,5 \pm 15,2$ Ед/л ($p > 0,05$) в контроле. Индивидуальный анализ показал, что наиболее высокие показатели активности СК-МВ были у новорожденных с ЗВУР в результате внутриутробной инфекции ($169,2 \pm 61,6$ Ед/л против $77,5 \pm 15,2$ Ед/л в контрольной группе, $p < 0,05$). Нами показано, что у детей с ЗВУР преобладал гипокинетический тип гемодинамики, тогда как у здоровых детей - нормокинетический. У этих детей отмечено увеличение удельного периферического сопротивления ($20,3 \pm 1,0$ у.е.; $15,5 \pm 1,0$ у.е. в контрольной группе, $p < 0,01$), уменьшение ударного объема ($4,0 \pm 0,2$ мл; $6,0 \pm 0,2$ мл в контрольной группе, $p < 0,001$) за счет снижения конечно-диастолического ($7,6 \pm 0,3$ мл; $10,2 \pm 0,3$ мл в контрольной группе, $p < 0,001$) и конечно-систолического ($3,2 \pm 0,4$ мл; $5,4 \pm 0,6$ мл в контрольной группе, $p < 0,01$) объемов. Наряду с этим наблюдалось снижение сократительной способности левого желудочка ($26,7 \pm 1,4\%$, против $35,5 \pm 2,5\%$ в контрольной группе, $p < 0,01$). Сопоставление гемодинамических показателей с результатами исследования активности СК-МВ показало, что чем выше активность СК-МВ, тем в большей степени выражено снижение сократительной способности миокарда левого желудочка ($r_{\text{фи/СК-МВ}} = -0,6$, $p = 0,02$; $r_{\text{фу/СК-МВ}} = -0,52$, $p = 0,03$). У таких детей наблюдается нестабильность артериального давления, глухость сердечных тонов, систолический шум вследствие позднего закрытия фетальных коммуникаций, что нередко требует дифференциального диагноза с врожденными пороками сердца в первые дни жизни ребенка. На важность раннего выявления и приведение соответствующей терапии указывает и тот факт, что проведенные различными авторами морфологические и электронно-микроскопические исследования сердца у детей, перенесших гипоксию, показали значительные изменения сосудов различного калибра, периваскулярный отек, набухание эндотелиальных клеток, снижение уровня гликогена в сократительных кардиомиоцитах, клетках проводящей системы, нарушение целостности митохондриальных мембран.

Таким образом, результаты исследований показали, что у детей с ЗВУР при наличии хронической плацентарной недостаточности имеются нарушения функционального состояния миокарда, требующие комплексного обследования сердечно-сосудистой системы и назначения в раннем неонатальном периоде антиоксидантной и кардиометаболической терапии, направленной на улучшение обменных процессов. Такие дети должны наблюдаться кардиологом на первом году жизни.

АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННЫЙ РИСК В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тошбоев Ш.О., Джалилов Д.А., Кодиров М.А., Гофуров З.И., Исмонлов Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Частота гастрошизиса (ГШ) и грыжи пупочного канатика (ГПК) - 1:6000 новорожденных, причем 40% приходится на недоношенных и в 30% случаев сочетается с множественными пороками развития. Летальность при гастрошизисе - от 21 до 80%, что требует тщательного анализа лечения этих больных. Основные проблемы периоперационного периода - большие потери жидкости, высокий риск присоединения инфекции, гипотермия и наличие висцероабдоминальной диспропорции, приводящей к развитию высокого внутрибрюшного давления. У пациентов с ГПК эти факторы, существенно отягчающие состояние, как правило, отсутствовали (за исключением висцероабдоминальной диспропорции при лечении больших ГПК).

Для оценки тяжести состояния новорожденных с ГШ и ГПК использована шкала ОДТК (+N) (оценка по диагностическим и терапевтическим критериям в хирургии новорожденных), разработанная на основе модификации шкал Duringu Mitarb. (1976), Brandyu. Mitarb. (1985), Goiteinetal. (1985), CRIES (Yasteretal., 1997). С помощью шкалы ОДТК (+N) проанализировано 60 медицинских карт новорожденных, оперированных по поводу ГШ и ГПК за последние 3 года: чем выше результаты по шкале, тем выше риск. Результаты исследования лечения новорожденных детей с ГШ: до подготовки к операции - $29,0 \pm 1,3$ (1), после подготовки - $30,0 \pm 1,2$ (2), на I неделе после операции - $38,0 \pm 1,0$ (3), на II - $24,0 \pm 1,3$ (4), на III - $14 \pm 1,3$ (5). Статистически достоверное отличие ($p < 0,05$) получено между этапами (1) и (3), (1) и (4), (1) и (5), (2) и (3), (2) и (4), (2) и (5), (3) и (4), (3) и (5), (4) и (5). Результаты исследования лечения новорожденных детей с ГПК: до подготовки к операции - $24,0 \pm 1,3$ (1), после подготовки - $25,0 \pm 1,3$ (2), на I неделе после операции - $28,0 \pm 1,7$ (3), на II - $13,0 \pm 1,6$ (4), на III - $10 \pm 1,0$ (5). Статистически достоверное отличие ($p < 0,05$) получено между этапами (1) и (4), (1) и (5), (2) и (4), (2) и (5), (3) и (4), (3) и (5).

Таким образом, оценка анестезиолого-реанимационного риска у новорожденных двух групп показала, что больные с гастрошизисом составляют группу высокого риска за счет тяжести патологии, операции и того, что в большинстве случаев ГШ встречается у маловесных - 15 (50%), недоношенных новорожденных - 14 (46%). Новорожденные с грыжей пупочного канатика составили группу наименьшего риска из всего ряда пациентов с врожденными аномалиями развития, которые вошли в исследование (язвенно-некротический энтероколит, диафрагмальная грыжа, атрезия пищевода, врожденная кишечная непроходимость). Отсутствие достоверного различия

между (1) и (2) этапами свидетельствует о малой эффективности предоперационной подготовки в обеих группах. Наибольший риск отмечен на I неделе после операции со снижением на II и III неделе.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

**Тошбоев Ш.О., Джалилов Д.А., Кодиров М.А., Юлчиев К.С.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность. Лечение врожденных деформаций грудной клетки является одной из труднейших проблем в детской хирургии и ортопедии. Без лечения деформация упорно прогрессирует, все более и более усугубляется изменения со стороны сердечно-легочной системы, что приводит к тяжелой инвалидности и в конечном счете к преждевременной смерти до 40 лет. Хирургическое лечение тяжелых форм деформации грудной клетки у детей по-прежнему является единственным методом, позволяющим предотвратить прогрессирование расстройств жизненно важных функций организма. Подобные операции с одномоментным последовательным вмешательством на грудной клетке являются весьма продолжительными, высокотравматичными и соответственно требуют эффективной анестезиологической защиты больного на всех этапах операции.

Цель. Оценить оптимальность применения изофлюрана в анестезиологическом обеспечении при хирургической коррекции тяжелых форм врожденных деформаций грудной клетки. Выбрать вариант общей анестезии, обеспечивающий адекватную защиту больного от операционной агрессии и дающий возможность более стабильного течения гемодинамики на основных этапах хирургической коррекции сколиоза.

Материал и методы. Исследования проведены у 42 детей и подростков (мужского пола - 8, женского пола - 34; средний вес - 46,9 кг; средний возраст - 13,8 лет). Вид операции хирургическая коррекция деформации грудной клетки. Средняя продолжительность операции 128 мин. Премедикация во всех случаях была одинаковой: р-р атропина сульфата 0,1%-0,05 мл на 1 год жизни, р-р димедрола 1% - 0,1 мл на 1 год жизни. Больные разделены на 2 группы: 1 группа (19 детей) - проводилась комбинация изофлюрана и фентанила. Индукция: пошаговая, начиная с 1 об%, добавляя по 0,5 об% каждые 3-4 вдоха. При поддержании анестезии использовалась концентрация 0,5-2,5 об% изофлюрана. Фентанил: 0,002 мг/кг на индукцию, и 0,0012 мг/кг/ч общая. 2 группа (23 ребенка) - проводилась ТВА в комбинации фентанила. Индукция: сибазон 0,1 мл на г/жизни, фентанил 0,002 мг/кг. В дальнейшем: фентанил: 0,002 мг/кг/ч. Во всех группах использовался релаксант – ардуан (пипекуроний гидробромид) - 0,3-0,6 мг/кг/ч. ИВЛ аппаратом «Fabius Plus x» в режиме нормовентиляции (FiO₂-0,35-0,45). Интраоперационный мониторинг осуществлялся с помощью монитора ЮМ-300 (ООО «Utas», Украина). Газовый состав и кислотно-основное состояние крови исследовали при помощи газоанализатора STAT PROFILE PRO X (Великобритания). Мониторинг механики дыхания вели с помощью контрольных датчиков на респираторе: среднее давление в дыхательных путях (Paw), давление на высоте вдоха (Peakpress), фракционная концентрация O₂ во вдыхаемом воздухе (FiO₂). Учитывались показатели: ЧСС, АД, СДД, ИОСС, ЦВД, SaO₂, ETCO₂. Кровосбережение на этапах оперативного вмешательства обеспечивалось предоперационной изоволемической гемодилуцией и поддержанием артериальной гипотонии (90/60-80/50).

Результаты. В обеих группах отмечается четкое снижение СДД и АДД, что соответственно влияет на величину кровопотери. В 1-й группе АД в течение операции держалось на уровне в среднем 90/60 мм рт.ст. Во 2-й группе АД соответственно 95/65 мм рт.ст. В конце операции АД возвращалось к исходному в обеих группах. ЧСС во время операции держалась: в 1-й группе в среднем - 85-95 в мин, во 2-й - в среднем 88-94 в мин. Анализ индекса общего сосудистого сопротивления (ИОСС) показал что в 1-й группе в течение операции относительно стабилен. ИОСС во 2-й группе в течение операции имеется тенденция к росту. Показатели САД, ЧСС, УИ, СИ в течение операции снижаются независимо от варианта анестезии. Кровопотеря в 1-й группе составила в среднем 1240 мл, во 2-й группе соответственно ~1430 мл. Все больные из 1-й группы в конце операции на операционном столе пришли в сознание, охотно вступали в контакт, на боль не жаловались. Показаний для проведения ИВЛ в послеоперационный период не отмечалось. После окончания операции одному больному из 2-й группы понадобилось проведение ИВЛ (40 мин) в палате реанимации.

Закключение. При хирургической коррекции деформаций грудной клетки у детей приоритетным методом общего обезболивания мы считаем анестезию на основе комбинации изофлюрана, фентанила и релаксанта ардуана. Использование ингаляционного анестетика изофлюрана позволяет обеспечить быструю и безопасную индукцию, хорошую управляемость анестезией в течение всей операции при сравнительно меньшем влиянии на гемодинамику по сравнению с общей анестезией на основе кетамина и фентанила.

ИНТЕГРАТИВНО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ БОЛЕЗНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Тошбоев Ш.О., Джалилов Д.А., Кодиров М.А., Усманова М.А., Солиев О.З., Исmoilов Р.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: Разработать подход к интегративно-динамической оценке тяжести течения болезни у новорожденных в отделении реанимации, интенсивной терапии новорожденных вне зависимости от нозологической формы.

Материалы и методы. Исследование ретроспективное. Проведен анализ историй болезни 136 детей 2015 и 2017 гг. рождения (48 и 88 детей соответственно), находившихся в период новорожденности в ОРИТН. Случайность выборки обеспечена включением в группу всех детей, находившихся на лечении в стационаре за определенный календарный период. Все дети родились в родильных домах г. Андижан и переведены в ОРИТ АОДММЦ в

возрасте 0-14 суток жизни. На сроке гестации 28-31 неделя родились 11,8% детей; 32-34 недели - 16,9% детей; 35-36 недель - 14,7% детей; 37-42 недели - 56,6% детей.

Результаты исследования. Под интегративно-динамической оценкой тяжести болезни мы понимаем совокупный показатель, который количественно характеризовал бы тяжесть течения заболевания в целом за весь период пребывания ребенка в ОРИТ. При этом болезнь понимается как состояние, отличное от состояния здоровья, а не как какая-либо конкретная нозологическая форма. Интегративно-динамическая оценка тяжести болезни получена как сумма оценок тяжести состояния за весь период лечения ребенка в ОРИТ. Оценка тяжести состояния проводилась ретроспективно с использованием данных из историй болезни. Была использована шкала NTISS (NeonatalTherapeuticInterventionScoringSystem, GrayJ.E. et al., 1992) как наиболее подходящая для ретроспективного анализа. Шкала характеризует функциональное состояние ребенка, исходя из проводимого ему лечения и уровня интенсивности терапии. Шкала NTISS оценивает тяжесть состояния безотносительно к диагнозу и сроку гестации, что позволяет объединять детей и оценивать тяжесть течения болезни вне зависимости от формы патологии. В зависимости от оценки NTISS различают 4 класса тяжести состояния: I класс - менее 10 баллов; II класс - 10-19 баллов; III класс - 20-29 баллов; IV класс - 30 и более баллов. Тяжесть состояния ребенка оценивали по шкале NTISS посуточно с первых суток жизни до момента перевода из ОРИТ в профильное отделение. При оценке тяжести состояния каждого ребенка за весь период наблюдения посуточные оценки NTISS суммировались. Тяжесть состояния каждого ребенка за весь период наблюдения охарактеризована с помощью следующих параметров: 1) сумма всех оценок NTISS, составляющих более 9 баллов за весь период наблюдения (сумма NTISS=10); 2) сумма всех оценок NTISS, составляющих более 19 баллов за весь период наблюдения (сумма NTISS=20); 3) сумма всех оценок NTISS, составляющих более 29 баллов за весь период наблюдения (сумма NTISS=30); 4) максимальный балл NTISS (NTISSmax). По всем указанным параметрам NTISS все дети были разделены на 5 групп. Методом дискриминантного анализа получена математическая модель, описывающая распределение детей на группы. Наиболее значимыми ($p < 0,001$) для построения модели параметрами является: сумма NTISS=10 и NTISSmax. Оставшиеся два параметра уточняют модель. Общая работоспособность модели составляет 78%. Основным параметром при разделении детей на группы является параметр «сумма NTISS=10 баллов», характеризующий общую тяжесть состояния за весь период наблюдения. Оценка NTISS более 9 баллов соответствует тяжести состояния, начиная со II класса и выше. Одинаковая суммарная оценка NTISS может складываться как за счет относительно невысоких посуточных, но длительно сохраняющихся оценок NTISS, так и за счет высоких посуточных баллов NTISS, отмечавшихся в течение более короткого времени. Значения параметра «сумма NTISS=10 баллов» в группах следующие: I группа - 13 (0-20) баллов (24 ребенка); II группа - 38 (24-50) баллов (46 детей); III группа - 89 (57-119) баллов (32 ребенка); IV группа - 183 (123-247) баллов (17 детей); V группа - 362 (277-630) баллов (17 детей). Таким образом, тяжесть течения болезни, оцененная в динамике за весь период наблюдения в ОРИТ, возрастает от I к V группе. Зависимость тяжести течения болезни от срока гестации носит умеренный характер (коэффициент корреляции Спирмена=0,5 ($p=0,01$)). Во всех группах есть дети со сроком гестации от 28 до 40 недель. Это отражает тот факт, что одинаковая тяжесть течения болезни отмечается у детей с различными сроками гестации. Но при преобладании в целом по выборке доношенных детей (57%) доля недоношенных увеличивается от I к IV и V группам в 3-4 раза. Это отражает то обстоятельство, что дети с тяжелым течением болезни среди недоношенных встречаются чаще.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ВКОЛОЧЕННЫХ ВЫВИХОВ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Туланов Д.Ш., Мамадиев А.М., Хакимов А.А., Абобакиров Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Вколоченный вывих (интрузия зуба) — это частичное или полное погружение коронки зуба в альвеолу, а корня — в кость челюсти в результате травмы.

По литературным данным вколоченный вывих встречается в 21,9% случаях травмы временных зубов и в 3,5% случаях травмы постоянных зубов у детей.

При вколоченном вывихе временного зуба возможна травма зачатка соответствующего постоянного зуба, что может привести к его гибели, некариозным поражениям постоянного зуба (желтые пятна, бороздки на эмали, зуб Турнера, микроденция), нарушению сроков прорезывания, изменению положения прорезавшегося постоянного зуба в зубном ряду и др..

Врачебная тактика при вколоченном вывихе зависит от многих факторов: состояния здоровья ребенка, его возраста, состояния коронки зуба, степени сформированности корня зуба (во временных зубах и степени резорбции корня зуба), состояния периапикальных тканей, глубины и направления интрузии, течения возникающего после травмы воспалительного процесса.

Возможными исходами лечения вколоченного вывиха могут быть: нормализация положения и приживление зуба, анкилоз зуба во вколоченном состоянии, резорбция корня зуба, развитие хронического апикального периодонтита или корневой кисты, пороки развития постоянных зубов, гибель зачатков постоянных зубов с последующей их секвестрацией.

Цель настоящего исследования — изучить встречаемость вколоченного вывиха временных и постоянных зубов у детей в зависимости от пола, возраста, групповой принадлежности зубов, а также проанализировать отдаленные результаты их лечения.

Материалы и методы. Нами проанализированы архивный материал 37 детей с вколоченными вывихами зубов, в возрасте от 1 года до 11 лет, обратившихся за стоматологической помощью в приемное отделение

Андижанского филиала РНЦЭМП г.Андижана за период с 2011 по 2016 год включительно. Из них 25 детей имели вколоченный вывих 33 временных зубов, 12 пациентов — вколоченный вывих 14 постоянных зубов.

Для оценки исхода вколоченного вывиха временных и постоянных зубов были использованы клинические критерии: наличие вывихнутого зуба в лунке, его устоячивость, цвет коронки, болезненность при перкуссии, состояние слизистой оболочки, положение зуба по отношению к соседним зубам и зубам антагонистам. При отсутствии временного зуба и наличии постоянного уточняли сроки прорезывания постоянного зуба, обращали внимание на форму его коронки, наличие некариозных поражений.

Результаты и обсуждение. Среди всех пациентов, дети с вколоченным вывихом временных и постоянных зубов составили в среднем $3,65 \pm 0,54$. Выявлено, что вколоченный вывих временных зубов встречается в 2,3 раза чаще, чем постоянных ($74,6 \pm 7,25$ и $26,4,0 \pm 7,25\%$ соответственно).

Следует отметить, что из 33 вколоченных временных зубов 25 ($75,7 \pm 5,95\%$) были удалены.

Анализ причин вколоченного вывиха временных и постоянных зубов у детей позволил выявить, что наиболее частой причиной данной патологии является бытовая травма (удар о предметы быта) — $51,16 \pm 10,39\%$. Уличная травма (падение на улице, с велосипеда, удар качелями и др.) составляет $45,7 \pm 9,48\%$, травма в результате ДТП — $3,14 \pm 4,17\%$.

Установлено, что у мальчиков вколоченные вывихи зубов встречаются в 1,5 раза чаще, чем у девочек ($60,67 \pm 9,83$ и $40,33 \pm 9,83\%$ соответственно). Причем в возрасте от 1 года до 5 лет такая травма происходит в 2 раза чаще, чем у детей 6–11 лет ($66,33 \pm 10,28\%$ и $33,67 \pm 10,28\%$ соответственно).

Данные, полученные нами в результате анализа групповой принадлежности зубов с вколоченным вывихом, свидетельствуют о том, что в большинстве случаев травме подвергаются зубы верхней челюсти (как временные, так и постоянные). Во временном прикусе интрузия центральных резцов составляет $71,57 \pm 9,6\%$ по сравнению с интрузией других временных зубов (боковые резцы, клыки и первые моляры — $29,43 \pm 9,6\%$). В постоянном прикусе наблюдается травма только верхних резцов, причем центральные резцы травмируются в 2 раза чаще, чем латеральные ($66,67 \pm 14,21$ и $33,33 \pm 14,21\%$ соответственно) (рис. 5).

У 6 из 8 ($75,0 \pm 16,36\%$) детей с вколоченным вывихом временных зубов рентгенологическая картина соответствовала возрастной норме (имелись зачатки постоянных зубов, кортикальная пластинка зачатков не повреждена, в 2 случаях ($25,0 \pm 16,36\%$) на рентгенограмме определялись очаги деструкции костной ткани в области верхушек корней вколоченных временных зубов. Коронки 3 постоянных зубов, прорезавшихся на месте вколоченных временных, имеют на режущем крае меловидные пятна (рис. 9), форма коронок не изменена, перкуссия зубов безболезненна, сроки прорезывания их и положение в зубном ряду соответствуют норме.

Из 14 вколоченных постоянных зубов 3 ($21,77 \pm 13,32\%$) в лунке отсутствовали по причине их удаления в скором времени после травмы. Три зуба, из имевшихся в полости рта 11 зубов, ($27,33 \pm 16,67\%$) имели подвижность I степени, на коронках 4 зубов ($36,33 \pm 16,67\%$) отмечены меловидные пятна в области режущего края. Перкуссия всех постоянных зубов с интрузией безболезненна, слизистая в их области бледно-розового цвета. 8 зубов из 11 вколоченных постоянных ($72,67 \pm 16,67\%$) занимали правильное положение в зубном ряду (рис. 10), супраокклюзионное положение имели 2 зуба ($18,22 \pm 14,70\%$), супраокклюзию и поворот по оси — 1 зуб ($9,11 \pm 11,11\%$) (рис. 11, а).

Нуждаются в ортодонтическом лечении 7 пациентов из 11 с вколоченным вывихом постоянных зубов ($63,71 \pm 14,29\%$).

Выводы:

Дети с вколоченным вывихом временных и постоянных зубов составляют в среднем 3,65% от числа всех детей с травматическими повреждениями ЧЛЮ;

Вколоченные временные зубы в большинстве случаев подлежат удалению.

Тактика выжидания по отношению к постоянным вывихнутым зубам себя оправдывает и дает положительные результаты.

Чтобы предотвратить посттравматические нарушения постоянного прикуса у детей, перенесших травму временных зубов и своевременной коррекции его необходимо динамическое наблюдение за детьми на протяжении нескольких лет.

ИЗМЕНЕНИЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Туланова Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Термины "климакс" и "менопауза" в последние годы употребляются все реже. Более принятой считается следующая терминология: пременопаузальный период — от 45 лет до наступления менопаузы; перименопаузальный период — пременопаузальный и два года после менопаузы; менопауза — последняя менструация, которая в среднем наступает в возрасте 50,8 года; постменопаузальный период — начинающийся после менопаузы и длящийся до смерти женщины.

Цель исследования. Изучить механизмы гиперлипидемии в климактерическом периоде.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы обследовали 55 пациентов в климактерическом возрасте у женщин с осложнением гиперлипидемии.

Результаты исследования. Во всех органах репродуктивной системы происходят атрофические изменения: уменьшается масса матки, ее мышечные элементы замещаются соединительными; истончается за счет уменьшения числа слоев эпителий влагалища.

Уменьшение размеров матки наиболее интенсивно протекает в первый год после менопаузы. За это время матка уменьшается в длину и ширину на 1 см, в переднезаднем размере — на 0,5 см. У женщин старше 60 лет масса яичников менее 4 г, а объем — около 3 см, в то время как объем яичников у женщины репродуктивного возраста

составляет в среднем 8,2 см. Яичники постепенно сморщиваются за счет развития соединительной ткани, которая подвергается гиалинозу и склерозированию. Через 6 лет после наступления менопаузы в яичниках обнаруживаются только единичные фолликулы.

У 66 % больных климактерическим синдромом (КС) отмечается избыточное отложение подкожного жирового слоя, чаще ожирение имеет равномерный характер. По-видимому, в увеличении массы тела в климактерическом периоде играют роль психосоциальные, гормональные и наследственные факторы.

В климактерическом периоде происходит ускорение свертываемости крови. При ожирении отмечается выраженное повышение свертываемости крови и сопутствующее снижение фибринолитической активности. Прежде всего этому способствует возраст, а также гиперлипидемия.

Кроме того, при климаксе происходят атрофические изменения в тканях мочевого пузыря, уретры, мышцах тазового дна. Эти процессы являются причиной нарушения функции мочевой системы, недержания мочи при напряжении и опущения стенок влагалища, характерных для женщин постменопаузального возраста.

При климаксе существенно меняются все виды обмена, в том числе и минеральный. Важнейшим его последствием является остеопороз — снижение плотности костей в результате уменьшения количества костного вещества и недостаточного его обызвествления. Потеря костной массы начинается в пременопаузальном возрасте, наибольшая скорость потери костного вещества приходится на 3-5-й годы после менопаузы. Процесс остеопороза протекает длительно и малозаметно. Выявить его рентгенологически можно только при потерях костной ткани не менее 30 % солей кальция. Половые гормоны оказывают активное влияние на процессы костеобразования, и снижение уровня эстрогенов является одной из основных причин остеопороза после менопаузы.

Вывод. Таким образом, в период постменопаузы происходит ряд процессов, которые, по существу являясь "физиологическими", приводят к развитию патологических состояний сердечно-сосудистой, обменной, костной и других систем организма. Эти процессы протекают на фоне прогрессирующего дефицита эстрогенов — гормонов широкого биологического спектра действия. Разумеется, дефицит эстрогенов — далеко не единственная причина происходящих изменений, но эстрогены играют не последнюю роль в изменении гомеостаза при старении организма женщины.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Туракулова Х, Ганиева М.Ш

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Заболевания почек, особенно на фоне обструкции уродинамики, приводят к стойкой утрате их функции и являются одной из наиболее сложных проблем в педиатрии и детской хирургии, поскольку требуют длительного лечения и в ряде случаев приводят к инвалидизации пациентов еще в детском возрасте.

Цель исследования: Оценить значение нарушений функционального состояния почек в зависимости от клинических проявлений течения обструктивного пиелонефрита и дисметаболической нефропатии.

Материал и методы. Проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 87 детей в возрасте от 3 до 16 лет с обострением хронического пиелонефрита. Все дети были разделены на три группы: 1 группа – 23 ребенка, у которых диагностирован хронический пиелонефрит дисметаболического типа (ХрПНд); 27 детей – с хроническим пиелонефритом обструктивного типа (ХрПНоб) и 37 детей – с хроническим пиелонефритом обструктивно-дисметаболического типа (ХВПНобд). Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей того же возраста. В ходе исследования установлены особенности нарушения парциальных функций почек при хроническом пиелонефрите с обструкцией и дисметаболическими нарушениями у детей. В группе детей с ХрПНд, наряду с выраженными нарушениями функционирования проксимального отдела нефрона в виде снижения реабсорбции кальция, натрия, калия, выявлены нарушения функций петли Генле и дистальных канальцев, которые проявлялись снижением концентрационной способности почек и ацидо- и аммиониогенеза. В группе детей с ХрПНоб выявлено нарушение функционирования всех отделов канальцевой части нефрона. В проксимальных канальцах обнаружено снижение реабсорбции натрия и калия. В отличие от ХрПНд не отмечалось увеличения абсолютной и фракционной экскреции кальция.

Выводы: Дисметаболическая нефропатия является одной из причин развития пиелонефрита, интерстициального нефрита и мочекаменной болезни, имеющих хроническое течение и приводящих к нарушению функций почек, что диктует необходимость раннего выявления и разработки профилактических мер.

ВЛИЯНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И НАРАСТАНИЯ БЕЗВОДНОГО ПРОМЕЖУТКА НА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ

Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: по мере увеличения безводного промежутка, независимо от причин разрыва оболочек, риск внутриутробной инфекции возрастает. Вероятность инфицирования оболочек восходящим путем из шейки матки при нарастании безводного промежутка подтверждена многочисленными работами. Danaeshmann S.S. и соавт., (2002) пришли к выводу, что независимо от воспаления, которое считается причиной преждевременного разрыва плодных оболочек, есть увеличение сосудистого эндотелиального фактора, а воспаление возникает после преждевременного разрыва плодных оболочек.

Цель исследования: изучение влияния преждевременного излития околоплодных вод на состояние плода и новорожденных с развитием у них гнойно-септических осложнений у них.

Материалы исследования: нами были обследованы 125 новорожденных, у родильниц с преждевременным излитием околоплодных вод, при сроке беременности от 34–41 недели. Контрольную группу составили 20 новорожденных со своевременным излитием околоплодных вод в родах.

Беременность и роды в данной группе протекали без осложнений и завершились рождением доношенных зрелых новорожденных.

Были выделены 4 группы в зависимости от длительности безводного промежутка (БП): 1-я – до 12 часов БП
2-я – от 12–18 часов БП
3-я – более 18 часов
4-я – контрольная группа

Методы: проводилось объективное исследование, клиничко-лабораторное обследование новорожденных при нарастании безводного промежутка, оценка заболеваемости гнойно-септическими инфекциями.

Результаты: у 2-х из 38 (5,2%) новорожденных при БП до 12 часов – выявлена пневмония, что сопоставимо с результатами контрольной группы (5%).

При нарастании безводного промежутка с 12 часов до 18 часов пневмония была выявлена у 5 новорожденных (10,8%), а при увеличении БП более 18 часов – у 12 новорожденных (29%). Заболеваемость гнойно-септическим инфекциями нарастала при увеличении безводного промежутка, достигнув после 18 часов БП – 48,8%. При анализе состояния новорожденных по шкале Апгар, в зависимости от длительности безводного промежутка, выявлены следующие тенденции: на первой минуте более низкое значение показателя отмечалось в третьей группе, по сравнению с первой группой (6,3 и 6,8 балла), на пятой минуте более низкое значение показателя в третьей группе, по сравнению со второй (6,9 и 7,2 балла). Достоверных различий между показателями в первой и второй группах не выявлено (7,4 и 7,2 балла).

Заключение: при преждевременном излитии околоплодных вод и нарастании безводного промежутка происходит ухудшение состояния плода, снижение оценки Апгар при рождении на первой и пятой минутах. Заболеваемость новорожденных при преждевременном излитии околоплодных вод в 4 раза выше, чем при своевременном излитии околоплодных вод. При нарастании безводного промежутка увеличивается заболеваемость новорожденных и развитие у них гнойно-септических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: острый аппендицит (ОА) может возникать на всех сроках беременности, при родах и в послеродовом периоде. Схожесть ряда признаков, присущих ОА и обычному течению беременности (боли в животе, рвота, повышенный лейкоцитоз), а также нередко встречающаяся стертость клинических симптомов, приводит к отсроченной постановке диагноза ОА. Отдаление сроков оказания необходимого объема медицинской помощи неблагоприятно влияет на течение беременности, вызывая преждевременное ее прерывание, а нередко гибель плода и матери. В связи с относительной редкостью заболевания (ОА диагностируют у 0,05–0,12% беременных), изучение клиники ОА у беременных остаётся актуальным.

Цель исследования – выявить клинические особенности острого аппендицита у беременных.

Характеристика объекта исследования: Основная группа – 11 беременных женщин в возрасте от 20 до 27 лет (средний возраст 24,18±2,6). Срок беременности от 8 до 22 недель. Группа контроля – 11 небеременных женщин в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст 23,18±3,45). Критерии включения в исследование: репродуктивный возраст, гистологически верифицированный диагноз «острый аппендицит». В группах сравнения изучались жалобы, анамнез заболевания, объективные симптомы (симптомы раздражения брюшины, температура тела, уровень СОЭ, лейкоциты). Анализ результатов проводили с использованием статистического пакета программы Statistica 6.0.

Результаты исследования: У беременных температура тела достоверно чаще была нормальной ($p=0,01$), а уровни лейкоцитов и СОЭ в группах сравнения достоверно не различались ($p>0,05$). У беременных достоверно чаще был положительным симптом Воскресенского ($p=0,01$), рвота и жидкий стул у беременных статистически достоверно коррелировали с осложненным течением острого аппендицита ($p=0,03$). Осложненное течение ОА достоверно чаще наблюдалось в основной группе (54,6%) по сравнению с группой контроля (9,1%) ($p=0,03$). Промежуток от поступления в стационар до операции в основной группе было достоверно длиннее по сравнению с группой контроля ($p=0,002$) и составил соответственно 9,9±3,6 и 4,5±3,7 часа. Основными причинами удлинения времени постановки диагноза в группе беременных были динамическое наблюдение и привлечение узких специалистов для исключения другой патологии.

На основе ретроспективного анализа истории болезни выявлены особенности течения острого аппендицита у беременных в сравнении с небеременными женщинами.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Тургунова Д.З., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Махмудова К.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время значителен набор методов используемых для диагностики пролиферативных процессов эндометрия. Основными методами исследования полости матки первого этапа являются: аспирационная биопсия, радиометрия изотопа ^{32}P , эхография, доплерометрия, гистероскопия,

диагностическое высказывание.

Для уточнения диагноза и определения лечебной тактики используют гистеросальпингографию, гистеросальпингоультрасонографию; компьютерную трансмиссионную и магнитно-резонансную томографию; лимфо-, артерио-, флебоангиографию; ряд специальных лабораторных тестов: иммунологические, иммуногистохимические, эндокринологические исследования, изучение гормональных рецепторов. В то же время продолжаются дискуссии о диагностической ценности каждого из названных методов в отдельности, их рациональном сочетании и очередности применения.

Цель исследования. Изучить современные методы ранней диагностики гиперпластических процессов эндометрия.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы обследовали 60 женщин с диагнозом, гиперпластических процессов эндометрия.

Результаты и обсуждение: С развитием современной диагностической аппаратуры стали широкодоступными доплерографические и доплерометрические исследования. Для количественной оценки кровоснабжения целесообразно использовать ультразвуковое исследование с расчетом объема и трехмерных доплерометрических индексов, а именно: индекса васкуляризации (vascularization index, VI – отображает насыщенность ткани сосудами, выражается в %), индекса кровотока (flow index, FI – отображает среднюю интенсивность кровотока, выражается целым числом от 0 до 100) и отношения васкуляризации к кровотоку (vascularization-flow index, VFI – характеризует как васкуляризацию, так и кровоток, и выражается целым числом, от 0 до 100).

Подтверждением тому стало проведенное в 2016 году исследование, в котором доказано, что при аспирационной биопсии недодиагностика рака имела место в 45 % случаев, в то время как при РДВ – в 30% случаев, то есть практически более трети случаев рака эндометрия были пропущены при проведении полного кюретажа цервикального канала и полости матки

Выводы: 1. Таким образом, возможности современной диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия постоянно совершенствуются, открывая новые перспективы их лечения.

2. Обобщая вышеизложенное, можно заключить, что залогом успеха лечения гиперпролиферативных процессов эндометрия являются правильная интерпретация результатов гистологического исследования и понимание этиологии и патогенеза выявленных изменений. Важными этапами диагностического процесса являются ультразвуковое трансвагинальное исследование, доплерометрия, гистероскопия, а также применение унифицированных современных классификаций ГЭ. В недалеком будущем возможно и применение генетических диагностических методик, позволяющих в некоторой степени спрогнозировать течение процесса и ответ на терапию, что может быть подспорьем в выборе тактики лечения.

ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II –ТИПА

Тургунова Д.З., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Махмудова К.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Согласно данным ВОЗ, сейчас несмотря на статистические данные о снижении материнской и детской смертности при сахарном диабете (СД), во всем мире, заболеваемость СД беременных, плодов и новорожденных остается высокой. Сложный комплекс нейроэндокринных, гормональных, биохимических и морфологических изменений, происходящих при беременности вызывает ухудшение течения СД, а также может способствовать возникновению и прогрессированию его сосудистых осложнений, изменению свертывающей системы крови. В то же время СД, особенно II типа с поражением сосудов, значительно повышает акушерский риск, способствуя развитию гестационной гипертензии, которая характеризуется ранним появлением, быстрым развитием и стойкостью симптомов, длительностью течения и неустойчивым эффектом терапии (4,5).

Цель исследования: оценка эффективности сосудистых осложнений у беременных с сахарным диабетом II типа.

Материал и методы исследования курантил применен у 15 больных сахарным диабетом II типа во II и III триместрах беременности, клинические методы, определение количества тромбоцитов, времени свертывания крови. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с оценкой достоверности по критерию Стьюдента. Связи между параметрами выявляли на основе линейного корреляционного анализа.

Курантил - препарат, улучшающий микроциркуляцию, вызывает снижение сопротивления мелких резистивных сосудов, повышает доставку кислорода к миокарду и тканям, увеличивая объемной скорости кровотока. Оказывает тормозящее влияние на агрегацию тромбоцитов, препарат увеличивает содержание аденозина (нарушая его обратный захват) а также способствует повышению концентрации ц-АМФ, вследствие ингибирования фермента фосфодиэстеразы. Курантил применялся во II и III триместрах беременности, т.е., в сроках, когда наблюдается наибольшее прогрессирование микроангиопатий и присоединение гестационной гипертензии.

Эффект лечения оценивали при сравнении клинических и лабораторных показателей, а также показателей свертывающей системы крови. Количество тромбоцитов и время свертывания определяли общепринятыми методами.

Результаты исследования и их обсуждение: Средний возраст пациенток составил 24.4 ± 2.2 года, продолжительность заболевания диабетом 10.7 ± 4.4 года. Средний срок беременности при начале лечения 28 ± 5.5 нед. у всех беременных имелись сосудистые осложнения СД. У 6 (40%) женщин отмечено сочетание ангиопатии сетчатки и энцефалопатии, у 5 (33.3%) беременных была ретинопатия II –III степени в сочетании с энцефалопатией, у 26 из них – макроангиопатия нижних конечностей.

У 4 (26.7%) беременных ведущим симптомом сосудистых осложнений являлась диабетическая нефропатия II степени длительностью от 4 до 9 лет. У 8 беременных диабет II типа был компенсированным, у 7 – субкомпенсированным.

У 7 беременных наблюдалась гестационная гипертензия, все они получали общепринятую терапию, начатую до применения курантила. Курс лечения курантилом составил 12 дней, препарат вводили внутрь по 75 мг 3-4 раза в сутки. За 1 час до еды или в/м и медленно в/в, скорость инфузии не должна превышать 200мкг/м. Суточная доза 150-200 мг.

Вывод: применение курантила в комплексном лечении сосудистых осложнений у беременных с СД II - типа во втором и третьем триместрах беременности эффективно и патогенетически обосновано. Выявлено улучшение клинико-лабораторных показателей и благоприятный исход родов для матери и плода.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тожибов Т.Т., Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вегетативные расстройства – одна из актуальных проблем современной медицины. Характер реакции организма на стресс зависит от исходного состояния регуляторных механизмов ВНС. Дисбаланс звеньев ВНС является одним из патогенетических механизмов возникновения различных соматических заболеваний или осложнений инфекционной патологии. Нет заболеваний, при котором не участвовала ВНС [20, с. 68; 68, с. 16]. За последнее десятилетие исследования вегетативных дисрегуляций в норме и патологии, как следствие осознанной необходимости, занимает заметное место в клинической и экспериментальной медицине.

Цель исследования. Изучить методы исследования вегетативной нервной системы.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. Для выявления вегетативной дисфункции использовалась таблица, предложенная А. М. Вейном [1991]: в качестве критериев отражающих активность симпатической и парасимпатической отделов ВНС - 20 признаков. Анализировались окраска кожных покровов, фиксировали наличие вазомоторных нарушений по типу общей или локальной бледности, цианоз. Регистрировали наличие трофических изменений кожи и ее придатков по типу сухости, гипергидроза, исследовали местный дермографизм. Изучались признаки лабильности со стороны ССС. Во время обследования обращали внимание на наличие признаков нарушений со стороны ЖКТ, аллергические реакции. Учитывался темперамент больных детей, психическая и физическая активность, состояние сна.

Если исследовались все симптомы, указанные в приложении 2, то достаточно оценить, какая сумма баллов (симпатических или парасимпатических) преобладает (с вероятностью 100%).

Однако не все симптомы, указанные в приложении 2, могут быть выявлены, т. е. существует некоторая неопределенность в оценке. Чтобы выразить эту неопределенность, применяют следующие формулы:

Если $N_n : 233 < 0,5$ и $N_c : 233 < 0,5$

или если $N_c : \text{Сумма баллов изучаемой системы} < 0,5$ то

$P_c = [0,5 - (N_n : 233)] : [1,0 - \{(N_c \pm N_n) : 233\}] = x \cdot 100\%$ $P_n = 100\% - P_c$

$P_n = [0,5 - (N_n : 233)] : [1,0 - \{(N_c \pm N_n) : 233\}] = x \cdot 100\%$ $P_c = 100\% - P_n$

где N_n — число баллов, свидетельствующее о наличии парасимпатических симптомов; N_c — число баллов, свидетельствующее о наличии симпатических симптомов; 233 — сумма баллов симптомов или сумма баллов исследуемых показателей одной из функциональных систем; P_c — вероятность преобладания симпатических проявлений; P_n — вероятность преобладания парасимпатических проявлений.

Вывод: Для выявления наличия синдрома вегетативной дисфункции у наблюдаемых детей нами заполняется таблица (приложении 3). Данная таблица позволяет выявить наличие СВД не только у больных, но и у лиц, не предъявляющих активных жалоб. Последнее может служить фактором риска, что следует учитывать при профилактических осмотрах.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Тожибов Т.Т., Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В общей структуре аллергической патологии бронхиальная астма (БА) занимает лидирующую позицию, оставаясь одной из сложнейших проблем педиатрии. Актуальность и социальная значимость проблемы определяются высокой распространенностью этого заболевания (10–15%) в детском возрасте, тенденцией к «омоложению» и ежегодному увеличению числа больных БА, неблагоприятным влиянием на рост и развитие ребенка, ранней инвалидизацией. Анализ литературных данных свидетельствует о несомненной роли центрального и периферического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) не только в патогенезе развития бронхиальной обструкции, но и в обеспечении процессов адаптации дыхательной и сердечно-сосудистой систем при БА.

Цель исследования. Изучить общую характеристику обследованных детей бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. Критериями включения в обследование были:

- возраст с 7 до 14 лет;
- бронхиальная астма;
- согласие родителей на участие ребенка в проводимом исследовании.

Для адекватной оценки данных лабораторных исследований были обследованы 40 практически здоровых детей сопоставимого возраста.

Все обследованные дети были разделены на 2 группы (рис. 2.1):

- 1 группу составили 48 (33,8%) детей больных бронхиальной астмой с сохраненной функцией щитовидной железы;
- 2 группу – 54 (38,0%) детей больных БА с нарушениями вегетативного и тиреоидного статуса.

Для адекватной оценки данных лабораторных исследований были обследованы 40 практически здоровых детей сопоставимого возраста, имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие, без функциональных и морфофункциональных отклонений.

Анализ распределения обследованных детей по возрасту, показал, что заболеваемость бронхиальной астмой с нарушениями вегетативного и тиреоидного статуса в возрасте до 10 лет выше на 21,4% .

Вывод: Клинические исследования: проводился ежедневный осмотр больных, регистрация и оценка особенностей клинического течения заболевания, выраженность температурной реакции, симптомов интоксикации, катарального синдрома и т.д.

Клинический анализ крови проводили всем больным детям в острую стадию заболевания и в динамике. Общий клинический анализ крови включал определение концентрации гемоглобина, количества эритроцитов, цветового показателя, количества лейкоцитов, тромбоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и некоторых других показателей, которые были сделаны по клиническим показаниям. Гемограмма приобретала диагностическое значение в совокупности с клиническими признаками.

ОСОБЕННОСТИ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ БА

Тожибоев Т.Т., Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Нарушения вегетативной регуляции при БА касаются как адренергического, так и холинергического звеньев. Поддержание вегетативного равновесия в ходе развития патологического процесса позволяет сохранить достигнутый уровень компенсации, обеспечить адекватный периферический кровоток и нормальный бронхиальный тонус. Для оценки вегетативного гомеостаза изучали исходный вегетативный тонус (ИВТ), вегетативную реактивность, вегетативное обеспечение деятельности.

Цель исследования. Изучить особенности исходного вегетативного статуса и вегетативной регуляции у детей с различной степенью тяжести БА.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. Анализ параметров КИГ показал, что у больных 1-й группы симпатовагусный баланс характеризуется преобладанием в покое симпатического отдела ВНС в виде симпатикотонии (45,8%) или гиперсимпатикотонии (20,8%) по сравнению с контрольной группой (22,5% и 2,5%).

Количество пациентов с БА, имеющих эйтонический баланс ВНС в 1-й и 2-й группах, было почти одинаковым (18,0% и 22,2%). Однако у больных с тяжелым течением процесса фоновая симпатикотония встречалась значительно реже и отмечена в 27,8% случаев, причем гиперсимпатикотонический вариант ИВТ имел место лишь в 18,5% случаев. В подавляющем большинстве (35,2%) в этой группе констатирована ваготоническая направленность ИВТ. При изучении ВР обнаружено, что количество больных с нормальной реактивностью почти одинаково в 1-й и 2-й группах (23 (47,9%) и 20 (37,0%)).

Однако такое сбалансированное состояние симпатического и парасимпатического отделов ВНС в ортостазе уменьшилось по сравнению с контролем в 2 раза. У больных 1-й группы дезадаптивные реакции характеризовались избыточной симпатической активностью при нормальном тоне парасимпатического отдела и, что важно, при достаточном (52,1%) или избыточном (37,5%) вегетативном обеспечении. Такой вариант характеризует повышенный уровень функционирования вегетативной нервной системы в условиях обострения заболевания, что можно расценивать как оптимальную адаптационную реакцию в ответ на гипоксию и увеличение нейрогуморальной активности.

Вывод: Таким образом, больные БА имеют особенности в вегетативном гомеостазе, выражающиеся с высоким исходным симпатикотонусом, гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью и недостаточными и смешанными формами вегетативного обеспечения.

Изучение внутренней структуры сердечного ритма и результатов КОП у больных БА свидетельствует об "истощении" и резервных возможностей симпато-адреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем. Положительные сдвиги в вегетативном гомеостазе после проведенной специфической терапии происходит лишь у больных мужского пола и среднетяжелом течении заболевания, что не наблюдается у девочек и при тяжелом течении процесса. Последние требуют дальнейшей разработки методов лечения БА в плане коррекции вегетативного гомеостаза и применением вегетотропных препаратов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тожибоев Т.Т., Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность В организме детей гормоны щитовидной железы регулируют все виды обмена веществ в организме, действуют на все клетки, стимулируют тканевое дыхание. Поэтому малейшая дисфункция тиреоидных гормонов в организме вызывает серьезные, порой необратимые нарушения

Цель исследования. Изучить особенности клинического проявления бронхиальной астмы при различных функциональных состояниях щитовидной железы

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. У детей 1 группы функции щитовидной железы сохранены, а - у 2 группы отмечено понижение функций.

Легкая степень определялась у 32 (66,7%) детей из 1 группы и 4 (7,4%) – 2 группы, средняя степень – у 10 (20,8%) – 1 группы и у 7 (13,0%) - 2 группы и наконец, тяжелая степень у 6 (12,5%) – 1 группы и у 43 (79,6%) – 2 группы.

Полученные данные полностью укладываются в состояние, доказывающее пониженную функцию ЩЖ. Клинические проявления гипотиреоза разнообразны, многие из них неспецифичны, с чем и связаны определенные трудности в её своевременном распознавании.

Уровень трийодтиронина в 1 группе снизился на 12,1% относительно данных контрольной группы, у детей 2 группы на 41,1%, а уровень тироксина, уровень тироксина у детей 1 группы снизился незначительно, всего на 4,4%, а вот во 2 группе уровень его снизился на 52,2% ($P < 0,001$).

Снижение уровня тиреоидных гормонов влияет на дыхание посредством таких механизмов, как уменьшение метаболической потребности в кислороде и развитие гиповентиляции легких, повышение давления в левом желудочке, ремоделирование респираторных мышц и легких, увеличение гематокрита, изменение уровня нейротрансмиттеров (серотонина, гистамина) в участках мозга, вовлеченных в контроль дыхания. А что касается тиреотропного гормона, то наблюдается противоположная картина, уровень его увеличивается у детей 1 группы на 9,2%, а у детей 2 группы на 67,6%.

Дети с БА более склонны к сосудистым дистониям гипертонического, чем гипотонического типа. Аналогичная связь случаев повышения частоты артериальной гипертензии у детей школьного возраста с гипотиреозом была обнаружена и ранее другими исследователями нашего региона, хотя известно, что активность ренина и уровень альдостерона в крови больных гипотиреозом несколько снижены. На наш взгляд, вследствие дистонии ренин-ангиотензин-альдостероновой системы происходит задержка натрия в организме, увеличение объема внеклеточной жидкости, способствующие снижению почечной фильтрации в гломерулах и увеличению реабсорбции натрия в канальцах.

Вывод: Субклинический (или «лабораторный») гипотиреоз развивается, как правило, у больных БА среднетяжелого и тяжелого течения. **Высокой частоты** выявления аутоантител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину указывает на вовлечение в иммуновоспалительный процесс щитовидной железы, характер гормональных нарушений у больных БА требует проведения дальнейших исследований, а также динамического мониторингового наблюдения.

СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С БА С НАРУШЕНИЯМИ ВЕГЕТАТИВНОГО И ТИРЕОИДНОГО СТАТУСОВ

Тожибоев Т.Т., Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В патогенезе у детей с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов одним из ведущих клинических проявлений является синдром эндогенной интоксикации. Это, прежде всего деструктивные процессы, в результате которых в организме накапливается избыточное количество промежуточных и конечных продуктов обмена веществ, оказывающих токсическое действие на важнейшие системы жизнеобеспечения. Актуальным является изучение степени эндотоксемии и влияние ее на клиническое течение БА.

Цель исследования. Изучить синдром эндогенной интоксикации у детей с БА с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. Как показали результаты лабораторных исследований у детей с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов в разгар клинических проявлений отмечалось достоверное повышение содержания всех показателей эндогенной интоксикации в сравнении с группой здоровых. Так, например, СМП у детей 1 группы увеличилось на 94,6% и у детей с 2 группы – на 114,6%, токсический фактор у детей с 1 группы увеличилось на 81,5% и у детей с 2 группы – на 134,7%.

Уровень ЦИК у детей с 1 группы возрос в 3,4 раза, а у детей с 2 группы в 4,1 раза. Следовательно, уровень ЦИК у детей с БА, сочетался с тяжестью состояния больного. Сравнительная информативность показателей в оценке

ЭИ, следует отметить, что наиболее информативным явился ЛИИ уровень которого у детей с 1 группы возрос в 4,4 раза, а у детей с 2 группы - в 7,4 раза.

Необходимо отметить, что при сравнении показателей содержания ЭИ – СМП, ТФ, ЦИК и ЛИИ с клиническими симптомами интоксикации, наиболее высокие значения его регистрировались у больных с очень тяжелым состоянием, чем выше уровень показателей содержания ЭИ, тем выше степень интоксикации.

Таким образом, наши исследования выявили нарастание ЦИК, которые, как известно, играют непосредственную роль в патогенезе бактериальных инфекций.

Анализируя данные, изложенные в таблице 3.13, можно судить, что при у детей с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов уровень показателей эндогенной интоксикации находятся в прямой пропорциональной зависимости от клинических особенностей и тяжести течения.

При среднетяжелом состоянии уровень СМП увеличился на 14,7%, при тяжелом – на 94,6% и при очень тяжелом – на 141,1% по отношению соответствующего показателя здоровых детей.

При среднетяжелом состоянии уровень токсического фактора увеличился на 26,4%, при тяжелом – на 81,5% и при очень тяжелом – на 103,1% по отношению соответствующего показателя здоровых детей

Вывод: Проблема борьбы с СЭИ весьма актуальна, поскольку этот синдром имеет место практически у всех детей при критических состояниях и является ведущим в патогенезе БА. При БА у больных с истощением репаративных процессов и резким снижением естественных функций организма может развиваться инфекционно-токсический шок. Его развитие обусловлено применением больших доз антибиотиков, так как при этом происходит гибель большого количества возбудителей и обильное поступление в кровь эндотоксинов, при котором тяжелое состояние организма усугубляется резким нарушением гемодинамики, циркуляции и перфузии тканей.

К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КРЕОН» ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ ЖКТ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

**Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Серьезную проблему у детей грудного и раннего возраста представляет рост гастроэнтерологической патологии, пищевой аллергии и нерационального вскармливания, нарушающих нутритивный статус ребенка и способствующих формированию иммунологической несостоятельности естественных барьеров макроорганизма.

Под нашим наблюдением находилось 47 детей от 1 месяца до 6 месяцев, поступивших в стационар, перенесших среднетяжелые формы ОКИ. 17 детей находились исключительно на грудном вскармливании (ГВ) и составили первую наблюдаемую группу, 12 детей до заболевания уже находились на искусственном вскармливании получая адаптированные смеси без олигосахаридов, остальные 18 детей составившие 3- группу начиная с ранней реконвалесценции и в течении последующего месяца находились на смешанном вскармливании получая грудное молоко+НАН безлактозный.

Известно, что рациональная терапия больных ОКИ, а также с функциональными расстройствами кишечника предполагает воздействие на все составляющие инфекционного и функционального процесса, основой лечения является патогенетическая терапия – регидратация, энтеросорбция, а одна из ключевых ролей принадлежит ферментотерапии. При анализе периода ранней реконвалесценции инфекционных диарей установлено, что у детей грудного возраста к моменту клинического выздоровления сохраняется большое число симптомов и синдромов приводящих к изменению самочувствия и поведения ребёнка создающих дискомфорт. Среди них наиболее часто встречаются метеоризм – 49,7%; признаки вторичной лактазной недостаточности – 43,3%; неустойчивый стул – 42,25%, стеаторея – 39,52%; задержка стула – 29,3%; срыгивания – 24,36%; колики – 21,65% и т.д.

Учитывая такую высокую частоту вышеуказанных нарушений, с целью коррекции ферментной, а именно лактазной недостаточности, мы включили в терапию комплексного лечения функциональных нарушений ЖКТ ферментный препарат «Креон 10000». Уникальные минимикросферы препарата «Креон» позволяют ферментам оптимально распределиться в желудке и синхронно с пищей поступить в кишечник, обеспечивая при этом максимальное приближение к естественному пищеварению. «Креон» - быстрое решение проблем пищеварения. Препарат «Креон» мы подключали детям второй и третьей группы, дети 1ой группы находящиеся на грудном вскармливании не получали выше указанный фермент. Клинические признаки лактазной недостаточности в виде поноса, метеоризма, болей в животе, тошноты, рвоты, общей слабости, отставании в росте, физической активности почти не наблюдались в 1-й группе детей, с большей вероятностью присутствовали во второй группе детей и немного меньше в 3й группе наблюдаемых детей. «Креон» оказывая положительное действие в целях ликвидации клинических симптомов вторичной функциональной недостаточности поджелудочной железы, является универсальным коррегирующим препаратом при ее экзокринной недостаточности.

Больные принимали препарат по одной чайной ложке перед каждым кормлением, при 7-8 кратном кормлении суточную дозу делили на 7-8 частей.

Учитывая вышеизложенное при вторичной экзокринной панкреатической недостаточности, особенно при функциональных расстройствах кишечника и в периоде реконвалесценции после перенесенных ОКИ – фермент «Креон» является препаратом выбора.

**СОҒЛОМ ОНА - СОҒЛОМ ФАРЗАНД
Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.
Андижон Давлат тиббиёт институти**

Сўнги йилларда Республикамизда соғлом авлод яратиш, соғлом оилани шакллантириш муаммоси энг долзарб вазифа бўлиб келмоқда.

Қизларни оналикка тайёрлашни чакалоқлик давридан бошлаш мақсадга мувофик. Назоратимизда кишлоқ шароитида яшовчи 7 ёшдан 17 ёшгача бўлган 35 нафар қизлар бўлди. Уларнинг барчаси чуқурлаштирилган тиббий кўриқдан ўтказилди – тор мутахассислар жалб этилган ҳолда, УТТ ва бошқа лаборатор тахлиллар ўтказилди. Шуниси ахамиятлики, 50% ҳолларда қизларда қўшалок патология аниқланди: гижжа ва камқонлик, пиелонефрит билан камқонлик, буйрак касалликлар билан биргаликда гижжа касалликлари ва х.к. Барча текширилган беморларнинг ҳар бирига алоҳида соғломлаштириш чора режалари ишлаб чиқилди. Бу режалар узоқ муддат ўтказилиб, сурункали инфекция ўчоқларини санацияси, гижжаларни бартараф қилиш, камқонликка қарши даво, умумқувватловчи даво ва х.к дан ташкил топди. Қизлар рационал овқатлантириш (йил мобайнида мевалар, шарбатлар берилди), мунтазам чиниктириш (очик ҳавода ухлаш, узоқ муддат сайр қилиш, бассейнда, ариқларда чўмилиш ва х.) тартибда бўлди, аклий ва жисмоний меҳнатни алмаштирилиб туриш қатъий назорат қилинди. Шахсий гигиена, зарарли одатларнинг олдини олиш, мусика ва эстетика, ташки қўриниш ҳамда сўз маданияти бўйича машғулотлар ҳам ўтказилди. Камқонликнинг турли даражаларининг тарқалиши кўплиги инобатга олинган ҳолда, соғломлаштириш мақсадида темир воситалари, улардан биоферон, наматак сиропи ва витаминлар, ферментларни қўлладик. Эришилган натижани мустаҳкамлаш учун тиббий кўриқлар ва лаборатор текширувлар ҳар чоракда қайтарилди, керак бўлганда давога ўзгартиришлар киритилди. Соғломлаштиришнинг барча босқичларида қизларнинг овқатланиш масаласи қатъий назорат остида бўлди.

Биз тавсия қилган озиқланиш шиори: гўшт, сутли махсулотлар, шарбатлар, мевалар, сабзавотлар, кўкатлар, дуккаклар – йил давомида. Соғломлаштириш узоқ вақт, мунтазам, комплекс равишда олиб борилди.

Узоқ муддатли ўтказилган соғломлаштиришнинг натижалари шундан далолат бердики қизлар соғлиги сезиларли яхшиланди, турли касалликлар сони камайди, уларнинг қомати, юриши, эмоционал ҳолати ва мактабдаги ўзлаштириш жараёни яхшиланди. Бу ишлаб чиқилган соғломлаштириш режаси қизларни бўлажак оналикка тайёрлаш учун дастур бўлиб хизмат қилиши мумкин.

ҚИЗЛАРНИ ТУРМУШГА ТАЙЁРЛАШ **Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Кузиев Д.** **Андижон Давлат тиббиёт институти**

Фарзанд ҳар бир оиланинг орзу-хаваси, келажакдир. Уни она дунёга келтиради. Демак, биз авлодлар соғлигини таъминлаш хусусида гапирганда энг авалло, аёллар – оналар соғломлиги ҳақида қайғуришимиз керак бўлади. Зеро, соғлом аёлдан соғлом фарзанд туғилади.

Аёлнинг соғлиги ҳақида қиз бола туғилган кундан бошлаб қайғуриш керак. Болалик даврида қизларни рахит, камқонлик, ревматизм, гипотрофия, яъни тана вазни етишмовчилиги каби хасталиклардан асрашимиз зарур. Болаларнинг тоза ҳавога олиб чиқмаслик, вақтида сайр қилдирмалик, узоқ муддат бешиқда ётқишиш уларни касалигига олиб келиши мумкин. Бу эса балоғат ёшига етганда “тор чанок” билан асоратланиши, туғиш пайтида кўнгилсиз воқеалар содир бўлишига олиб келиши мумкин.

Камқонлик касаллигининг энгил даражаси ҳам ҳомиладорликнинг кечилишига салбий таъсир кўрсатиб, носоғлом фарзанд туғишига сабаб бўлади.

Қизлар ревматизм билан хасталанса, юрак нуқсонини ривожланиши билан асоратланиб, хатто ногиронлик ҳолатлари ҳам содир бўлиши мумкин.

Кичик ёшдаги болалар ўртасида тана вазни етишмовчилиги хасталиги айниқса, кўп учрайди. Вазн етишмовчилиги организмда ёғ, оксил, углевод, минерал тузлар ва витаминлар етишмаслиги кузатилади. Демак, бундай болалар тўла-тўқис, етук ва баркамол бўлиб ўса олмайди.

Бу йўналишда қиз болаларни соғлом ривожлантиришда болалар поликлиникаларини, болалар боғчалари ва мактаб шифокорлари зиммасига жуда катта масъулият юклатилади. Улар ўсмирлар соғлигини мунтазам назорат қилиб, хасталигини вақтида даволаш чораларини кўриш зарур.

Қиз боланинг туғилган кундан асраб-авайлаш ва иложи борича кўкрак сути билан озиқлантириш мақсадга мувофикдир. Эмизикли аёлларимиз сут, катик, сузма, пишлок, каймоқ, сутли овқатлар, ширин гуруч истеъмол қилиб турса кўкрак сути кўпайиб, фарзандини яхши тўйдира олади.

Қизларни тарбиялашда шахсий гигиена қоидаларни амал қилиши зарур. Гўдакнинг 1 ёшгача бўлган даврида ҳар куни, кейинчалик эса ҳар 2-3 кунда чўмилтириш, эрталаб ва кечқурун юз қўлларини ювиш, кунига 2-3 марта табиий бурмаларини, сийиш йўлларини ювиб туриш бола парваришининг мажбурий қоидаларидандир.

Ҳар куни очик ҳавода бўлиш, айниқса, баҳор ва ёз даврларида бир неча соат очик ҳавода юриш, ухлаш каби тадбирлар қиз бола организмни бақувват ва соғлом ўсишини таъминлайди.

Ҳозирги даврда кишлоқ шароитида ҳам қизларни замонавий аппаратлар лаборатория текширувларидан ўтказиш имкони бор. Ультратовуш ёрдамида текширувлар шикоятсиз, белгиси бўлган жигар, буйрак, юрак хасталикларини ҳам ташхислайди, бу эса уларни вақтида даволаш ва соғломлаштириш демакдир. Касаланган тишларни, сурункали инфекция ўчоқларини (ангина, кулок, йирингли хасталиклар) даволаш қизларни келажакда соғлом фарзанд кўришини таъминлайди.

ЧЎЗИЛУВЧАН ДИАРЕЯ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНТИРИШ **Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.** **Андижон давлат тиббиёт институти**

Боланинг ичи 3 марта ва ундан ҳам кўпроқ ҳамда суюқ келса диарея, деб аталади. Мабодо ичи 14 кун ва ундан ҳам давомийроқ суюқ келса чўзилувчан диарея, деб аталади. Чўзилувчан диареянинг сабаблари бола онанинг кўкрак сугидан ташқари бошқа турдаги сутлар олиб турганда юзага келиши мумкин. Шундай ҳолларда болага

бериладиган бошқа турдаги сутлар ҳажмини камайтириш зарур. Бериладиган ўша сутлар ҳажмидаги камомотларни тўлдириш учун бундай болалар энди кўкрак сути ёки бошқа овқатни кўпроқ олиб туриши керак.

Диарея билан оғриган бола эмизиб бокиладиган бўлса, уни тез-тез ва узоқроқ вақт давомида, кундузи ҳам, кечаси ҳам эмизиб бориш мақсадга мувофиқдир. Агар бошқа турдаги сутларни оладиган бўлса:

- уларни бермай, болани бир қадар тезроқ эмизиб туриш ёки
- уларнинг ўрнига қатик, кефир, биолакт сингари ферментланган сут махсулотларини бериш зарур, ёки бўлмаса,
- сутнинг ярмини сабзавот пюреси, картошка, сабзи, қовоқ ва шовла сингари озиқ моддаларга бой овқат билан алмаштириш зарур бўлади.

Булардан ташқари боланинг ёшига тўғри келадиган бошқа овқатлар ҳам бериш мумкин.

Шунингдек, витаминлар ҳамда цинк препарати 14 кун давомида бериш мақсадга мувофиқдир.

Агар боланинг ичи суюқ ўтган даврда бола қанча хоҳласа шунча суюклик бериш зарур. Қуйидаги суюкликлар тавсия қилинади: регидрон, қайнатилган сув, анор пўсти қайнатмаси, гуруч қайнатмаси ва суюқроқ кефир. Суюкликларни шишача ва сўргичда бериш тавсия этилмайди. Энг покиза ва мақбул йўли суюкликларни пиёла ёки косачада бериш мақсадга мувофиқ.

Оналар шунини ёдида тутиши керакки, фарзанди 6 ойлик бўлгунча фақат кўкрак сути, 24 соат давомида 8 марта ва ундан ҳам кўпроқ эмизиш керак бўлади: на сув, на бошқа турдаги сутлар, на овқатлар берилиши тавсия этилмайди. Мабодо, бола 6 ойга тўлса бошқа овқатларга муҳтож бўлса унга шифокор тавсияси билан қўшимча овқатлар бериш мумкин. Имкон борича болаларни сўргичга ўргатмаслик керак.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОГО КОНТРАСТНОГО ЗАКАЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА

Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М
Андижанский Государственный медицинский институт

В литературе имеются достаточно сведений о положительном влиянии закаливания на состояние здоровья детей различного возраста, но сообщения, посвящённые оценке иммунологической реактивности организма детей в процессе закаливания немногочисленны.

Целью настоящей работы было изучение влияния комплексного контрастного закаливания на гуморальный иммунитет.

Объектом исследования мы выбрали 300 детей в возрасте 3-6 лет, которые в течение трех лет подвергались контрастному закаливанию в виде контрастных воздушных, водных и солнечных ванн, контрастного душа, длительного купания в бассейне, ходьбы босиком и т.д. В качестве контроля взято 150 детей аналогичного возраста, которые не получали закаливающие процедуры. Всем детям в начале и в конце исследования определяли количество иммуноглобулинов G, A, M. Исследования показали, что у детей в закаливаемой группе концентрация IgG в крови до закаливания составляла в среднем $62,9 \pm 0,67$ мкмоль/л, а спустя 3 года после проведения закаливания уровень этого белка возрос до $74,25 \pm 0,78$ мкмоль/л. Содержание IgG у детей опытной группы в конце закаливания было выше по сравнению с таковым у детей контрольной группы, в которой уровень IgG возрос с $59,6 \pm 1,25$ лишь до $62,2 \pm 0,87$ ($P < 0,001$). Средний уровень IgA у закаливающихся детей также был выше чем у детей в контроле: последние в закаливаемой группе с $8,4 \pm 0,15$ возросли до $9,0 \pm 0,16$ мкмоль/л, в то время в контрольной группе средний уровень IgA существенно не изменился ($P < 0,005$). Концентрация IgM у детей опытной и контрольной групп отличалась незначительно при первом исследовании ($P1 < 0,005$) и абсолютно достоверно понижалась как в закаливаемой, так и у детей контрольной группы при втором исследовании ($P < 0,001$).

Таким образом, основная часть иммуноглобулинов у наблюдаемых детей представлена IgG, концентрация которых у детей закаливаемой группы достоверно выше, чем у детей в контроле: достоверно выше и уровень Ig A у детей первой группы, что является свидетельством повышения функционального потенциала лимфоидно-макрофагальной системы и уровня иммунологической резистентности организма детей под влиянием закаливания.

РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННЫХ

Улмасов М., Камилджанова Г., Шакирова С.М., Ибрагимов С.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вынашивание малыша – один из самых радостных и ответственных этапов в жизни женщины. Но иногда радость ожидания омрачают плохие результаты анализов, которые будущая мама неоднократно сдает в течение 9 месяцев. Так, например, гепатит С и беременность – острая медицинская и социальная проблема, и много нюансов возникает во время наблюдения за такими пациентками.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами С.

Материал и методы: Нами проведен ретроспективный анализ 55 историй родов с хроническими вирусными гепатитами С.

Результаты исследования. Риск передачи вируса гепатита С от матери ребенку не превышает 5-6%. Установлено, что риск заражения ребенка зависит от уровня вирусной нагрузки в сыворотке крови матери перед родами.

Заражение ребенка вирусом гепатита С происходит, главным образом, во время родов, но возможно и

внутриутробное заражение. До настоящего времени не получено убедительных данных, что родоразрешение кесаревым сечением уменьшает риск заражения ребенка. Этот вопрос продолжает изучаться.

Результаты исследований показали, что грудное вскармливание не увеличивает риска инфицирования новорожденных.

Наличие вируса в организме матери не является противопоказанием к беременности и рождению ребенка. Однако учитывая высокую эффективность современной противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С, а также тот факт, что прививки от гепатита С не разработаны, целесообразно проведение противовирусного лечения у молодых женщин до планирования беременности.

Во время беременности необходимо обследование на наличие HBsAg и антител к вирусу С. В случаях обнаружения инфекции необходима консультация врача-гепатолога, который назначит необходимый объем обследования. Важно исследование полного спектра вирусных маркеров в сыворотке крови для определения активности инфекции и риска заражения ребенка.

Проведение противовирусной терапии не рекомендуется во время беременности в связи с возможными неблагоприятными эффектами на плод.

Вывод. Когда происходит интенсивное поражение печени гепатитом С, у женщин наблюдается быстрая утомляемость, резкая боль в правом подреберье, снижение аппетита, тошнота и рвота. Моча и фекалии меняют свою консистенцию.

Гепатиты С, В встречаются у 70% беременных женщин. Гепатит С через мать передается ребенку в редких случаях (до 5%). Кроме того, у новорожденных от больных женщин гепатитом С анализ крови показывает наличие антител к гепатиту С. Если малыши не заразились гепатитом С от матери, то антитела исчезают в течение полутора лет его жизни.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

**Улмасов М., Камилджанова Г., Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Беременность – особое состояние женщины, когда она не только пребывает в ожидании рождения малыша, но и особенно уязвима для всякого рода инфекций. Гепатит В и беременность вполне могут мирно сосуществовать, но при этом следует учитывать все риски. Специалисты считают гепатит В одним из опасных заболеваний, представляющим серьезную мировую проблему. Связано это, прежде всего, с неуклонно растущим количеством заболевших. Кроме того, болезнь легко переходит в активную или запущенную фазу, на ее фоне возможно появление осложнений в виде карциномы, цирроза печени.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами.

Материалы и методы исследования. Распределение рожениц по возрасту, данным общего и акушерского анамнеза существенно не отличалось от таких же показателей группы острого ГВ и контрольной группы. В I триместре настоящей беременности ГВ перенесли 18 рожениц, во II триместре - 52, в III триместре - 44 роженицы; заболеваемость рожениц - реконвалесцентов ГВ во время настоящей беременности существенно.

Результаты исследования. Частота преждевременных родов в группе РГВ составила 10,5%, в контрольной группе - 7,8%. Различие в продолжительности родов у женщин в группах ГВ, реконвалесцентов ГВ (РГВ) и контрольной можно считать несущественным (соответственно 619, 671 и 610 мин). Течение родов по количеству и структуре осложнений не отличалось от течения родов у здоровых рожениц.

Заболеваемость родильниц группы РВГ значительно ниже, чем заболеваемость родильниц в острой стадии ГВ, и составила 19,3%. У одной родильницы из 114 отмечалось обострение ГВ после родов. Приводим пример.

При сравнении данных физического развития новорожденных, матери которых рожали в остром периоде ГВ, и детей группы реконвалесцентов ГВ были выявлены следующие особенности: у детей реконвалесцентов ГВ выше оценка по шкале Апгар при рождении, раньше отпадает пуговина, конъюгационная желтуха встречается реже и интенсивность ее ниже, меньше физиологическая потеря массы тела, быстрее восстанавливается первоначальная масса тела, чем у детей, матери которых рожали в острой стадии ГВ.

Заболеваемость новорожденных группы РГВ достаточно высока - 43,5 %, но она в 1,5 раза ниже, чем у новорожденных группы острого ГВ. Структура заболеваемости новорожденных группы РГВ примерно такая же, как и при остром вирусном гепатите В в родах; случаев перинатальной гибели детей в этой группе рожениц не было.

Вывод. Для уверенности в здоровом развитии будущего потомства следует учесть такие моменты:

-состояние беременности в целом не отражается на течении гепатита В также, как и хронический гепатит В не влияет на течение беременности;

-риск передачи вирусной инфекции плоду зависит от повышения активности материнского гепатита В;

-активная иммунная профилактика служит эффективной мерой предотвращения инфицирования малыша от беременной матери;

-при правильно проведенной вакцинации новорожденных нет никакого риска передачи вируса при вскармливании грудным молоком.

ПЕРЕДАЧА ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ НОВОРОЖДЕННОМУ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

**Улмасов М., Камилджанова Г., Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Инфицирование вирусами гепатита С или В часто обнаруживается у женщин детородного

возраста. Нередко обследование и обнаружение инфекции и хронического заболевания печени происходит впервые в связи с беременностью. Два основных вопроса чрезвычайно важны для женщин:

1) влияет ли беременность при наличии хронической вирусной инфекции на здоровье матери?

2) влияет ли наличие хронического вирусного гепатита на внутриутробное развитие плода и насколько велик риск рождения инфицированного ребенка?

Цель исследования. Изучить пути передачи инфекции от матери новорожденному при остром вирусном гепатите В.

Материалы и методы исследования. Для изучения особенностей и клинко-патогенетических последствий инфицирования ВГВ у новорожденных при остром ГВ у беременных нами проведено комплексное исследование с применением клинко-эпидемиологических, биохимических и серологических методов 39 беременных женщин с острым вирусным гепатитом В

Результаты исследования. В соответствии с клинко-эпидемиологическими особенностями 39 беременных с верифицированным ГВ были распределены на две группы. К первой группе были отнесены 14 беременных в острой стадии болезни с НВs-антигемией к моменту родов; к второй - 25 больных, у которых роды наступили в стадии реконвалесценции после освобождения от НВs-антигемии.

Среди представленных больных летальности не было. Единственный случай острой гепатодистрофии с развитием прекомы также завершился благополучно для матери и ребенка. Лечебные мероприятия у большинства больных ограничивались базисной дезинтоксикационной терапией; необходимость в коротком курсе внутривенного введения преднизолона возникла только в одном упомянутом выше случае.

Дети рождались в хорошем состоянии, без признаков внутриутробных повреждений. При рождении у них не было желтухи, гепатомегалии, гиперферментемии или других проявлений врожденного гепатита.

Ни у одного из 25 новорожденных от матерей второй группы НВsAg не был обнаружен, но он был выявлен в 3 из 14 образцов сывороток, полученных из пуповины детей, матери которых рожали в острой стадии гепатита (первая группа). Такое выявление было возможно, однако, лишь при использовании наиболее чувствительных методов - РОПГА и РИА. В последующих анализах крови детей на протяжении первых 6 нед жизни НВsAg не обнаружен ни разу (в том числе и у новорожденных, пуповинная кровь которых содержала антиген). В более отдаленные сроки диспансеризации, начиная с 2-месячного возраста, у 4 детей возникла персистирующая НВs-антигемия (только у одного из них антиген был найден в пуповинной крови) в сочетании с рядом других изменений.

Вывод. При длительном наблюдении за этими детьми (от 6 до 22 мес) ни разу не отмечалось желтухи или каких-либо признаков недомогания (родители считали детей практически здоровыми), сохранялось лишь сочетание умеренно выраженного, но стойкого гепатолиенального синдрома с персистирующей НВs-антигемией. У 2 детей уровень АсАТ и АлАТ в крови не повышался, у 2 других он не превышал 52 и 83, 57 и 93 мкмоль/мин·л соответственно. Диспротеинемии не выявлено.

ВОЗРАСТНЫЕ, ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕНТНОГО СООТНОШЕНИЯ ДЛИННОТНЫХ РАЗМЕРОВ СЕГМЕНТОВ ТЕЛА С ДЛИНОЙ ТЕЛА (СТОЯ)

**Умарова М.А., Махпиева Г.К., Абдуллаева Д.А., Акбарова Р.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель. Изучение возрастных, половых особенностей процентного соотношения длиннотных размеров сегментов тела с длиной тела (стоя).

Результаты: Результаты исследования показали, что процентное соотношение длины туловища с длиной тела в 7 летнем возрасте составляет 51,96 %, в 8 лет - на 1,56 % ; уменьшается, в 9 лет - вновь эта длина увеличивается (с 50,4 % до 52,05 %) и этот 7-показатель, увеличиваясь, наиболее становится в 13 лет (до 52,04 %), затем с 14 лет начинается (до 51,12 %). Следует отметить, что процентное соотношение длины туловища с длиной тела в 7 летнем возрасте у девочек, по сравнению с мальчиками, меньше, в 8 лет - почти одинаково, и начиная с 9 лет, это соотношение у девочек превосходит, чем у мальчиков. Процентное соотношение длины туловища с длиной тела в 7 летнем возрасте у обоих полов одинаково, затем, плавно уменьшаясь, вновь в 8 лет также идентичен, а в последующих возрастах у мальчиков существенно не изменяется, у девочек - с 11 по 17 лет слегка нарастает (с 31,2 % по 32,73 %). Характер изменения процентного соотношения длины туловища с длиной тела у мальчиков «клюшкообразное», у девочек - «Ш» образное. Процентное соотношение длины верхней конечности с длиной тела в 7 летнем возрасте у мальчиков равнялось 42,43 %, у девочек - 43,95 %. Эти показатели до 17 лет изменяются зигзагообразно и в 17 лет становятся несколько больше, у первых - до 44,64 %, у вторых - до 44,76 %. При этом нами выявлено, что процентное соотношение длины верхней конечности с длиной тела наиболее у мальчиков в 16 летнем возрасте (44,72 %), у девочек - в 13 лет (44,97 %). Что касается процентного соотношения длины нижней конечности с длиной тела в школьном возрасте, то оно изменяется аналогично длине верхней конечности. У мальчиков это соотношение 10 лет изменяется интенсивно (с 48,7 % до 52,79 %), у девочек - несколько меньше с 49,66 % до 51,86 %). В 12 лет у обоих полов указанное соотношение достигает своего максимума (до 53,04 %), а в последующих возрастах незначительно уменьшается (соответственно: 52,11 % и 52,13 %). Как показали исследования процентное соотношение длины нижней конечности с длиной тела, по сравнению с верхней, в школьном возрасте изменяется больше. Процентное соотношение плеча с длиной тела в 7 лет у девочек несколько больше, чем у мальчиков (I^o.-: против 17,04 %). Эта разница в 9 летнем возрасте нивелируется, и с 10 - 13 лет соотношение становится больше у мальчиков, с 14 - 17 лет - вновь этот показатель становится больше у девочек (с 18,11 % до 18,69 %), чем у мальчиков (с 18,02 % до 17,9 %). Следовательно, в школьном возрасте процентное соотношение длины с длиной тела изменяется зигзагообразно. В процентном соотношении к предплечья (локтевой и лучевой) с длиной тела у мальчиков максимума: показатель отмечается в 16 летнем возрасте, у девочек - в 13 лет, а

минимальны соответственно: в 9 и 8 лет. При этом характер изменения процентного соотношения: костей предплечья с длиной тела - волнообразный. Процентное соотношение длины кисти с длиной тела в 7 летнем возрасте составляет у мальчиков - 12,28 %, у девочек - 12,08 %. При этом максимальное соотношение этих показателей наблюдается у мальчиков в 7 лет, у девочек - в 8 лет минимальный показатель у обоих полов отмечается в 14 лет. Характер изменения процентного соотношения длины кисти с длиной тела - волнообразный. В ппш возрасте процентное соотношение длины пальцев кисти с длиной тела максимальный показатель процентного соотношения длины II-, IV-, V-пальцев с длиной тела наблюдается у мальчиков в 8 летнем возрасте, у девочек - в 7 летнем возрасте минимальный показатель у обоих полов отмечается в 14 лет. Что касается процентного соотношения длины I, III пальцев с длиной тела, максимальный показатель наблюдается у обоих полов в 7 летнем возрасте, а минимальный показатель I пальца - в 11 лет и III пальца - в 14 лет. Нами установлено, что в школьном возрасте характер изменения процентного соотношения длины пальцев кисти с длиной тела - волнообразный. Как показали исследования, минимальное процентное соотношение бедра и костей голени с длиной тела у обоих полов, наблюдается в 7 летнем возрасте, максимальный показатель длины бедра у мальчиков отмечается в 12 лет, у девочек в 13 лет, длины большеберцовой кости - соответственно: в 10 и 12 лет, а длина малоберцовой кости - у обоих полов в 12 лет. Что касается процентного соотношения длины стопы с длиной тела, максимальный показатель наблюдается у мальчиков в 11 лет, у девочек - в 12 лет минимальный показатель у обоих полов отмечается в 16 лет. Нами определено, что в школьном возрасте характер изменения процентного соотношения сегментов нижней конечности с длиной тела - волнообразный. Нами выявлено, что максимальное процентное соотношение длины пальцев стопы с длиной тела у обоих полов отмечается в 12 лет, а минимальный показатель III, IV пальцев стопы у мальчиков наблюдается в 7 лет, у девочек - в 8 лет; I, II пальцев у мальчиков - в 10 лет и у девочек: I - в 8 и II в 7 лет; а V соответственно: в 7 и 9 лет. При этом характер изменения процентного соотношения длины всех пальцев стопы с длиной тела - волнообразный.

НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Умарова М.А., Абдуллаева Д.А., Акбарова Р.М., Каримова О.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время отмечается нарастание социально-психологической дезадаптации детей и подростков, которая требует особого внимания специалистов, в частности школьных врачей.

Целью работы является сравнительно - возрастное изучение степени выраженности клинических проявлений дезадаптации у детей.

Результаты. Как свидетельствуют результаты исследования, полная дезадаптация выявлена у детей 12-17 лет 29,6±3,58; $P>0,05$ (22,4% и 36,0%, у мальчиков и девочек) больше, чем у младших школьников 22±3,38 (16,5% и 28,1%; соответственно у девочек и у мальчиков). Такое соотношение отмечается и по II степени дезадаптации (14,5% и 25,6%; 10,4% и 19,4%; $P>0,05$ соответственно у девочек и мальчиков) возрастные периоды 12-17 и 7-11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7-11 лет, и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12-17 лет с дезадаптацией выявлен нарушением только один из 3-х показателей.

Вывод. Таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте (15,7±1,18), среди подростков школьного возраста (29,4±1,9; $P<0,001$) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности оно связано с началом вегетативно-эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

Умарова М.А., Акбарова Р.М., Абдуллаева Д.А., Каримова О.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время достаточно хорошо изучены и систематизированы факторы снижения минеральной плотности кости (МПК) у детей и подростков, когда выделяют генетические, гормональные, ятрогенные, внешнесредовые факторы риска. Решающее значение имеет обеспеченность организма кальцием - одним из основных биологически активных минералов костной ткани. Именно кальций участвует в минерализации и формировании скелета, что определяет его значение в профилактике снижения МПК, т.е. остеопенического синдрома у детей и подростков.

Источником кальция у детей и подростков являются продукты питания, когда оптимальное поступление с пищей до и во время пубертата способствует его накоплению в скелете и росту костей. Однако полимическими остаются вопросы о влиянии кальций содержащих препаратов на целостность цитомембран, риска развития метаболических нарушений, формирование оксалурии и кристаллурии, возможности отложения кальция в мягких тканях и образовании конкрементов.

Целью исследования явилось изучение влияния кальция карбоната в комбинации с витамином D₃ (холекальциферолом) на баланс кальция, риск развития метаболических нарушений, нивелирование минеральной плотности кости.

Материалы и методы. Исследование проведено у 42 подростков (11-15 лет) с установленным диагнозом реактивного артрита, косолапость, врожденный вывих бедра, остеомиелит нижних конечностей. Среди обследованных подростков преобладали лица мужского пола (соотношение 3:1). Обследование включало: выявление факторов риска остеопенического синдрома, клинических признаков дефицита кальция; оценка суточного потребления кальция (расчет по таблицам); биохимическое исследование показателей кальций-фосфорного обмена (кальций, фосфор, щелочной фосфатазы в крови; кальция в суточной моче); тест на кальцифилаксию.

При проведении исследований использовали «Активированный Кальций»³, дозу препарата рассчитывали в соответствии с суточным потреблением кальция с пищей и его возрастной суточной потребностью (1500 мг в 1 мерной ложке), с назначением 1 мерная ложка 1-2 раза в день во время еды.

Результаты и обсуждение. В процессе обследования у подростков выявлено наличие факторов риска остеопенического синдрома; внешнесредовые (избыточная масса тела – у 41%; низкая физическая активность – у 40,5%; «скачок» роста за год у 24,5%; избыточная двигательная активность – 16%; курение – у 4%). У 42 подростков (100%) обнаружено низкое потребление кальция содержащих продуктов, составляющее в среднем $415,2 \pm 80,1$ мг/сут). Состав пищевого рациона не был сбалансирован по белку у 40% подростков. В генеалогическом анамнезе у 32% детей выявлены переломы костей верхних и нижних конечностей у родственников первой линии родства.

Анализ результатов исследований показал, что большинство обследованных подростков имеют более двух факторов риска остеопении, более того имелись признаки дефицита кальция в виде изменений ногтей (слоистость, ломкость) у 61%; множественного кариеса, изменение эмали зубов – у 15%; выпадении и ломкости волос – у 5%. Исследование фосфорно-кальциевого обмена в крови, на фоне применения препарата, соответствовало нормальным возрастным значениям, однако выявлено повышение активности щелочной фосфатазы – фермента, косвенно отражающего активность процессов костеобразования.

Наиболее значимые сдвиги наблюдались в содержании кальция в моче, исходная суточная экскреция которого была ниже нормы (от 0,9 до 1,4 ммоль/сут) и становилась нормальной на фоне приема препарата. При анализе индивидуальных показателей до назначения «Активированного Кальция»³ и витамина D₃ достоверно низкий уровень кальция в моче обнаружен у 30 подростков (78%), с выявлением прямой зависимости между потреблением кальция с пищей и его экскреции с мочой. Восполнение же дефицита кальция привело к положительной динамике в целом у 23 подростков (55%). Сохраняющееся снижение экскреции кальция у подростков свидетельствовало о выраженном дефиците кальция и витамина D₃, либо только дефиците витамина D, сопровождающегося нарушением всасывания кальция в кишечнике.

Анализ молярного соотношения кальция и креатинина в утренней порции мочи показал различную динамику данного показателя, у 22 подростков отмечалось исходно низкое значение молярного кальций-креатининового индекса и отсутствие изменения на фоне приема «Активированного Кальция»³ и витамина D₃. У 12 подростков был исходно высокий индекс соотношения кальция и креатинина, который на фоне приема препарата стал низким. На фоне приема «Активированного Кальция»³ и Витамина D₃ у 12 подростков молярное соотношение Ca/креатинин нормализовалось ($0,52 \pm 0,006$), у 8 детей – имело тенденцию к нормализации ($0,3 \pm 0,08$).

У 8 подростков отмечался исходно высокий индекс без динамики на фоне приема препарата. Всего повышение данного показателя выявлено у 20 подростков (до 0,27-0,37) за счет увеличения экскреции кальция. Это были подростки с отягощенным генеалогическим анамнезом по переломам у родственников 1 линии родства, имевшие избыточную массу тела, низкую физическую активность, самое низкое потребление кальция с пищей, с кариесом зубов и изменением ногтей.

Исходя из полученных результатов, свидетельствующих о наличии факторов риска, отдельных клинических признаков дефицита кальция, лабораторно подтвержденного нарушения баланса кальция, высокого уровня щелочной фосфатазы, повышенного молярного кальций-креатининового индекса следует полагать о наличии остеопении у обследованных подростков, наиболее значимой у 20 из них. Выявленная остеопения характеризовалась усиленным костным метаболизмом с ускорением формирования костной ткани и активации ее резорбции, на что указывала высокая активность щелочной фосфатазы в сочетании с повышением исследуемого молярного индекса.

Результаты динамических исследований позволяют подтвердить положение о способности кальция в комплексе с витамином D тормозить повышенную резорбцию костной ткани на ранней стадии остеопенического синдрома, предотвращать потерю костной массы, а также в начале курса глюкокортикостероидной терапии.

Одним из факторов нестабильности и нарушения целостности цитомембран является активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), которая выявлена у 35% наблюдаемых пациентов. Исходя из полученных результатов следует, что включение препаратов кальция в комплексную терапию подростков с риском остеопороза способствует стабилизации цитомембран и восстановлению нарушенного внутриклеточного гомеостаза кальция, тем самым профилируя образование кальциевых депозитов в органах и тканях у детей с соматической патологией.

Результатом открытого исследования методом слепой выборки у 42 подростков выявлено наличие остеопении, что подтверждает положение о том, что истоки остеопороза лежат в подростковом возрасте, когда у каждого из обследованных имелись более 2 факторов риска. Врачебная тактика в отношении подростков не может быть выжидательной, необходимы решительные меры по воздействию на различные факторы риска, включая коррекцию пищевого рациона, отказ от вредных привычек, нормализацию двигательной активности, контроль за массой тела. Особое внимание необходимо уделять назначению препаратов кальция и витамина D, в зависимости от суточного потребления кальция с пищей. Использование биохимических маркеров костного моделирования позволяет оценить состояние метаболизма костной ткани, выявлять потери костной массы, влекущие за собой развитие остеопенического синдрома у подростков.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Умарова М.А., Ахмеджанова Г.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: в настоящее время отмечается нарастание социально-психологической дезадаптации детей и подростков, которая требует особого внимания специалистов, в частности школьных врачей и детских психоневрологов (Арзикулов А.Ш., Ахмедова Д.И., 2005).

Целью работы является сравнительно - возрастное изучение степени выраженности клинических проявлений дезадаптации у детей.

Материалы и методы: основными методами исследования были клиничко - психологический и эпидемиологический. Степень адаптации детей (7-11 лет, n=950) и подростков (12-17 лет, n=550) оценивались по методике Горской Е.А. (2004), в модификации М.Л.Аграновского, А.Ш.Арзикулова (2005).

Результаты: как свидетельствуют результаты исследования, полная дезадаптация выявляется у детей 12-17 лет 29,6±3,58; P>0,05 (22,4% и 36,0%, у мальчиков и девочек) больше, чем у младших школьников 22±3,38 (16,5% и 28,1%; соответственно у девочек и у мальчиков). Такое соотношение отмечается и по II степени дезадаптации (14,5% и 25,6%; 10,4% и 19,4%; P>0,05 соответственно у девочек и мальчиков) возрастные периоды 12-17 и 7-11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7-11 лет, и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12-17 лет с дезадаптацией выявлен нарушенным только один из 3-х показателей.

Выводы: таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте (15,7±1,18), среди подростков школьного возраста (29,4±1,9; P<0,001) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности это связано с началом вегетативно-эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста.

ПРЕМОРБИД ФОН КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А НИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Умаров Т.У., Мирхашимов Мирбобур
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Долзарблиги. Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатит А касаллиги айниқса болалар ўртасида бугунги кунда ҳам тез-тез учраб турибди. Касалликнинг клиник кечиши ва лаборатор натижаларнинг қай даражада ўзгариши касалликни одам организмидага йўлдош касалликлари мавжудлиги ёки болаларда преморбид касалликларни намоён бўлиши билан боғлиқ бўлади. Айрим 1 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларда камқонлик, рахит ёки гипотрофия ҳолатларининг мавжудлиги вирусли гепатит А касаллигининг кечиш типиклигига таъсир кўрсатади. Натижада вирусли гепатит А касаллигининг клиник белгилари яққолроқ намоён бўлади, лаборатор биокимёвий кўрсаткичлар ҳам ўзига мос равишда юқори кўрсаткичларни ташкил қилади ва касалликнинг соғайиш муддатлари ҳам узоқроқ давом этади.

Мақсад. Преморбид фон касалликлари бўлган болаларда вирусли гепатит А нинг клиник биохимик хусусиятларини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Тошкент шаҳар 5-сон юқумли касалликлар клиник шифохонаси ва 4-болалар юқумли касалликлар клиник шифохонасининг вирусли гепатит А бўлимида даволанган 1 ёшдан 14 ёшгача болаларда преморбид фон касалликлари бўлган 30 та бемор болалар ўрганилди. Барча беморларда вирусли гепатит А ташхиси ИФА усулида тасдиқланди, биокимёвий таҳлиллар ўтказилди.

Текшириш натижалари. Вирусли гепатит А ўрта оғир ва оғир шакллари билан оғриган 1 ёшдан 14 ёшгача бўлган 30 та бемор болалар ўрганилди. Беморлар 1-3 ёш, 3-7 ёш ва 7-14 ёш гуруҳларида таҳлил қилиб чиқилди. 1-3 ёшдаги болалар ўртасида ВГА касаллиги рахит ва гипотрофия каби преморбид фон касалликлари бўлган болаларда учради. Рахит ва гипотрофия фонида 1-3 ёшда ВГА асосан ўрта оғир ва оғир шаклларда кечди. Бунда рахит 6 та беморда, гипотрофия эса 4 та беморда аниқланди, бундан ташқари рахит ва гипотрофия биргаликда келиши 4 та беморда ташхисланди. 3-7 ёшдаги беморларда камқонлик ва гипотрофия жами 11 та бемор болаларда аниқланди. Бу беморларда камқонлик 4 тасида, гипотрофия 3 тасида, гипотрофия-анемия 4 та бемор болаларда ташхисланди. 7-14 ёшдаги бемор болаларнинг 5 тасида камқонлик ташхиси преморбид фон касаллиги сифатида қўйилди. 30 та ВГА билан оғриган преморбид фон касалликлари бўлган беморларнинг 22 тасида касаллик ўрта оғир шаклда, 8 тасида эса оғир шаклда кечди. Ўрта оғир шаклда кечганда беморларда дармонсизлик, иштаха сустлиги, кўнгил айниши, қусиш, пешоб рангининг тўқлашиши каби клиник белгилар намоён бўлган бўлса, оғир шаклларда кечганда беморларда қўшимча уйқунинг нисбатан бузилиши, қоринда оғрикнинг бўлиши, бундан ташқари холестаза аломатларининг кузатилиши намоён бўлди. Беморларда касаллик ўрта оғир кечганда ўртача ётиш кунлари 18,7 кунни ташкил қилган бўлса, оғир шаклларида ўртача ётиш кунлари 23,4 кунни ташкил қилди.

Хулоса. Шундай қилиб, ВГА преморбид фон касалликлари бўлган болаларда кечиш давомийлиги ва касаллик клиник белгиларининг яққол намоён бўлиши кузатилади. Бу беморларда кечиш давомийлиги касалликнинг оғирлик даражасига яққол боғликлиги аниқланди.

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НА ПОЧВЕ ВРОЖДЕННЫХ СПАЕК У ДЕТЕЙ

Усмонов Ш.А., Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Халилов Ш.К., Абдулазизов Ж.Г., Хакимов У.К.
Андижанского филиала РНЦЭМП.

Андижанский государственный медицинский институт

Врожденные спайки и мембраны могут быть избыточно выраженными в зоне дуоденального перехода и в области илеоцекального угла, также спайки тяжи, идущие от дивертикула Меккеля (ДМ) к пупку, а в случае его обрыва к петле тонкой кишки или париетальной брюшине могут вызвать странгуляционную кишечную непроходимость у детей.

В отделении детской хирургии за последние 5 лет находились на лечении 45 детей с различными врожденными спайками. (36 мальчиков, 9 девочек, соотношение 5:1). Из них в 28 случаях странгуляционная кишечная непроходимость развилась на почве незаращения желточного протока., в остальных 17 случаях также различные спайки, тяжи идущие от внутреннего края восходящей ободочной кишке к париетальной брюшине (мембрана Джексона). Анализ наших клинических наблюдений показал, что во всех случаях во время операции диагностирована кишечная непроходимость на почве странгуляции. Точная диагностика была столь сложна, что у

всех больных истинная причина острой кишечной непроходимости была установлена только интраоперационно. Следует отметить, что клиническая картина кишечной непроходимости на почве ДМ во всех случаях давала клинику острой кишечной непроходимости.

Во всех случаях при кишечной непроходимости были использованы срединные или трансректальные доступы. ДМ у больных располагался в тонком кишечнике на расстоянии 20-80 см выше от илеоцекального угла. Во всех случаях патология была осложнена разлитым перитонитом: у 37 - серозный, у 8- гнойный. Все больные оперированы по экстренным показаниям через 2-8 часов после поступления и после соответствующей подготовки. Из 28 больных со странгуляцией кишечника операция завершилась рассечением сдавливающих спаек и фиброзных тяжей, идущей от ДМ к брыжейке тонкого кишечника, у 5-резекция кишечника вместе с ДМ, последующим наложением анастомоза конец в конец (1), конец в бок (2) и «У» образного (2). в 3 -х случаях наложена терминальная энтеростомия. У всех больных с осложнённым перитонитом операция заканчивалась дренированием брюшной полости с одной или с двух сторон.

Таким образом, на основании анализа приведённых данных можно заключить, что при госпитализации детей с «острым животом» в процессе дифференциальной диагностики и во время интраоперационной ревизии не следует исключать возможность врожденных спаек различного генеза.

ТЕМИР КАМКОНЛИК КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ФЕРАМЕД ПРЕПАРАТИНИ АСКОРБИН КИСЛОТАСИ БИЛАН БИРГА КЎЛЛАНИШИ

**Умарова М.А., Абдуллаева Д.А.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Темир танкислигини камконлигини даволашда хозирги замон гематологияси анча ютуқларга эришганлигига карамай, темир танкислиги камконлигини даволаш эффективлиги енгил ва ўртача огир шакларини ўсиш суръатини ортиши бу касаликни даволашни такомиллаштиришни талаб этади. Ушбу касалликларда меъда ичак трактини ферментатив фаолиятини стимуллаш темир танкислиги камконлигини даволаш эффектив усулларидан бири бўлиши мумкин.

Ушбу ишнинг максади темир танкислиги камконлигини даволашда ферамед билан биргаликда аскорбин кислотасини куллаш эффективлигини 11 ёшгача булган, 70 та темир танкислиги билан касалланган болалар текширилди. Барча беморларда темир танкислиги камконлигини гемоглобин микдори 100г\л паст, эпителиал, астено-невротик, махаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатилган : беморларни 30 таси факат ферамед берилди, колган 40 таси ферамед препарати 2% аскорбин кислотаси эритмаси билан кабул қилингандан кейин 5 минут сунг 5 мл дан 3 махал ичирилди.Жами муолажалар 10 кунни ташкил этди. Барча беморларга ферамед препарати ёшига мос равишда 5 мг-кг дан кунлик ташкил этган холда тавсия этилди. Ферамед препарати ва аскорбин кислотаси 2% эритмаси қўлланилганда ноўя таъсирлар кузатилмаган.

Ферамед препарати билан 2% аскорбин кислотасини биргаликда энтерал йул билан кулланилган 30 та беморда кон курсаткичларини даволашни 6-7 кун ижобий ўзгаришларига олиб келиб, беморларда терини ва шиллик пардаларни рангпарлиги, куруклиги ва терини тулаши, тирноқлар ва сочлар дистрофияси, анорексия, ануляр стамотит белгилари, астено невротик ва эпителиал синдромлари факат ферамед қўлланилган гуруҳга нисбатан эртарок ижобий ўзгаришлар кузатилди.

Шундай қилиб меъда ичак тракти ферментатив фаолиятини стимуллаш болаларда темирни меъда ичак трактида сўрилишини фаоллаштишига олиб келиб, темир танкислиги камконлиги белгиларини эртарок бархам топилишига олиб келади.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

**Хайруллина А.Х., Косимов И.А., Хасанова Ш.А., Абдуллаева У.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность: В течение последних лет у пациентов с ВИЧ-инфекцией был зарегистрирован ряд оппортунистических инфекций (ОИ), которые имели различное влияние на выживаемость пациентов. Больным, помимо АРВ-терапии, было начато соответствующее лечение по поводу ОИ. АРВ-терапия была начата согласно схемам национальных клинических протоколов по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.

Цель исследования: Целью исследования было выяснение распространенности оппортунистических инфекций

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ историй болезни за последние 2 года, пациенты наблюдались в Специализированной клинике инфекционных заболеваний Республиканского центра по борьбе со СПИДом города Ташкента. Были изучены клинические и иммунологические данные полученные от впервые выявленных пациентов с ВИЧ-инфекцией (n = 212; 212 мужчин, 80 женщин и 5 детей).

Результаты: На момент постановки диагноза ВИЧ инфекции у больных были обнаружены следующие ОИ: туберкулез 26,3%, включая 76,3% случаев туберкулез легких, 1,9% — внелегочного туберкулеза и 21,8% — случаев сочетания внелегочного и легочного туберкулеза Среди обследованных пациентов было зарегистрировано 31 случай пневмоцистной пневмонии, 47 случаев кандидозного эзофагита, 20 случаев ЦМВ инфекции, 15 случаев Herpes zoster, 10 случаев церебрального токсоплазмоза и 16 случаев инфекции, вызванной ВПГ-1,2; 11 случаев МАК-инфекции, 2 случая криптококкемии. Онкологические заболевания были диагностированы у 4 пациентов, включая СПИД-ассоциированных опухолей. Среди обследованных пациентов с ВИЧ-инфекцией у 43,3% число лимфоцитов CD4 было менее 200/мкл, а у 212 (21,4%) — число лимфоцитов CD4 было 200–350/мкл. Пациенты получали лечение согласно диагностированным ОИ.

Выводы: Результаты исследования показали, что тяжело выраженный иммунодефицит среди вновь выявленных случаев ВИЧ инфекции (64,7%) является причиной развития у пациентов не только тяжелых ОИ, но и онкологических заболеваний. Самыми распространенными ОИ у пациентов с ВИЧ-инфекцией являются туберкулез, кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония, ЦМВ-инфекция, инфекции, вызванные ВПГ-1,2. Полученные данные свидетельствуют о необходимости раннего выявления и лечения ТБ и ОИ среди пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также раннего начала АРВ-терапии.

ПРИВОДЯЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГИПОГАЛАКТИИ У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Арзбекова У.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение влияния ЖДА у кормящих матерей на становление их лактационной функции, что явилось основной задачей данной работы.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 241 кормящих матерей с различной степенью тяжести анемии: I степень (легкая) у 132 (54,8%) с содержанием гемоглобина (Hb) и эритроцитов $96,7 \pm 0,32$ г/л и $3,67 \pm 0,018 \times 10^{12}$ /л, II степень (среднетяжелая) - у 84 женщины (34,9%) с содержанием Hb ($78,4 \pm 0,91$ г/л) и эритроцитов ($3,09 \pm 0,027 \times 10^{12}$ /л) и III степень (тяжелая) - у 25 женщин (10,3%) с содержанием Hb ($62,3 \pm 0,60$ г/л) и эритроцитов ($2,74 \pm 0,22 \times 10^{12}$ /л). Тяжесть анемии идентифицировали [2, 3] путем изучения гематокрита – Ht («эффект разведения»), сывороточного железа ($\leq 12,5$ ммоль/л), общей железосвязывающей способности сыворотки – ОЖСС ($\geq 72,0$ ммоль/л), ферритина ($\leq 12,0$ мкг/л), коэффициента насыщения трансферрином ($\leq 16,0\%$), средней концентрации (СКГЭ $\leq 16,7$ ммоль/л) и содержание гемоглобина в одном эритроците (ССГЭ, $\leq 1,67$ фмоль), среднего объема одного эритроцита (СОЭ, $\leq 75,0$ фл). Контрольную группу кормящих матерей составили 126 женщин без клинико-лабораторных признаков ЖДА.

Фактический материал обработан параметрическим (t- критерии) и непараметрическим методами – точный метод Фишера (ТМФ) с угловым преобразованием (ϕ) для расчета относительных величин, на программе Microsoft Office XP (Excell, 2003).

Результаты исследования и их обсуждения. В ходе нашего исследования установлено (табл.), что у кормящих матерей по мере ухудшения степени тяжести ЖДА неуклонно снижается СОМ, ВМ и ЧПР ($P < 0,001$). Обнаруживается тесная коррелятивная связь между СОМ и ЧПР, соответственно при I, II и III степени тяжести ЖДА у кормящих матерей, $P < 0,05$, $< 0,001$). При анализе значений РОМ (мл) нами выявлено, что этот показатель у кормящих матерей с I степенью тяжести ЖДА снижается ($90,2 \pm 2,13$ мл, $P < 0,05$) и увеличивается ко II степени патологии ($98,6 \pm 1,76$, $P < 0,01$), т.е. как бы наступает «эффект концентрирования» РОМ. Однако, это происходит при существенном снижении ЧПР ($4,56 \pm 0,04$, $P < 0,001$), по сравнению здоровых кормящих ($6,70 \pm 0,14$) и больных матерей с I степени тяжести ЖДА ($5,52 \pm 0,08$).

Интересно отметить, что при I, и особенно II степени тяжести ЖДА кормящих матерей отмечается такой же «эффект концентрирования» и по содержанию белка и жиров (г/л) в составе грудного молока. Складывается впечатление, что организм матери или сами дети (по типу обратной биологической связи) путем урежения ЧПР стараются компенсировать недостаточный объем молока и ингредиентов при одном кормлении (РОМ, мл). Однако, в связи со снижением СОМ (мл/сут), его выделение за единицу времени (ВМ, мл/мин) происходит снижение суточного валового коэффициента этих пищевых ингредиентов в составе грудного молока.

Из физиологии лактации известно, что акт сосания ребенком, т.е. тактильное и механическое воздействие на грудь матери одновременно оказывает и стимулирующий (по уровню пролактина и окситоцина) и подавляющий эффект (эстрогены) на гормональный профиль женщин (лактационная аменорея) и в связи с этим поддерживается достаточная выработка и выделения грудного молока. По этому вопросу в литературе имеется достаточная аргументация, где указан положительный эффект механического и тактильного раздражения грудных желез по стимуляции лактопоза. Нами не изучался гормональный профиль матерей, тем не менее у 17 (12,9%, $P \phi < 0,037$) кормящих матерей с I степенью ЖДА, у 14 (16,7%, $P \phi < 0,001$) при II степени, у 7 (28,0%, $P \phi < 0,003$) кормящих матерей с III степенью ЖДА и у 8 (6,4%) женщин контрольной группы, анамнестически выявлено частичное или полное восстановление менструального цикла. При этом у многих кормящих матерей (у 34 из 46) лактация продолжалась на фоне снижения СОМ и ЧПР. Выявляется закономерность, что чем тяжелее степень тяжести ЖДА (I, II и III степени), тем и раньше у кормящих матерей возобновляется циклическая функция яичников ($5,12 \pm 0,25$; $4,64 \pm 0,14$ и $4,14 \pm 0,45$ месяцев, $P \phi < 0,05$, $P \phi < 0,001$), по сравнению кормящих матерей без признаков ЖДА ($5,63 \pm 0,13$ месяцев). Следовательно, у определенного числа кормящих матерей с ЖДА, уменьшение ЧПР ребенка к груди является причиной частого и раннего возобновления менструального цикла.

В ходе исследования у 18 (14,3%) здоровых и 96 (39,8%, $P \phi < 0,001$) кормящих матерей с ЖДА выявлены случаи дефицита суточного объема молока, до 25%, 26-50%, 51 - 75% и более 76%, соответственно I, II, III и IV степени тяжести гипогалактии. По времени манифестации гипогалактия характеризовалась как ранняя форма (в течение первой недели после родов), соответственно в контрольной и основной группе кормящих матерей (7,94% и 13,3% $P \phi < 0,048$), на фоне лактационного криза (на 2-3-м месяце лактации) у 3,97% и 10,8% матерей ($P \phi < 0,006$), и ее поздняя форма (к 5-6 месяцам жизни детей) у 2,38% и 15,8% кормящих женщин ($P \phi < 0,001$). У матерей с II и III степенью тяжести ЖДА увеличена доля женщин с гипогалактией, протекающая на фоне лактационного криза (61,5%, $P \phi < 0,05$) и ее поздняя форма (78,9%, $P \phi < 0,01$), чем при I степени тяжести ЖДА (38,5% и 21,1%).

Как видно из данных), у кормящих матерей, по мере усугубления тяжести анемии увеличивается общая доля женщин с гипогалактией, соответственно 27,3%, 48,8% и 76,0%, что значительно превышает данных здоровых матерей (14,3%, $P \phi < 0,004$, $P \phi < 0,001$). У здоровых кормящих матерей часто выявляются относительно легкие степени (I и II ст.) тяжести гипогалактии – 7,94% и 3,97%, а у больных матерей с ЖДА - ее тяжелые степени (III и

IV), соответственно при II (9,52% и 3,57%, $P < 0,02$, $P < 0,003$) и III степени тяжести ЖДА (28,0% и 8,0%, $P < 0,001$).

При изучении коррелятивных связей показателей дефицита железа (сывороточное железо и ОЖСС, ммоль/л) с суточным объемом молока у кормящих матерей выявлена положительная связь, соответственно при I, ($P < 0,01$); II ($P < 0,05$), III степени тяжести ЖДА ($P < 0,01$; $P < 0,01$). Эти данные указывают на низкую концентрации Fe ($8,25 \pm 0,25$ мкмоль/л) и низкой железосвязывающей ёмкости грудного молока больных женщин с ЖДА ($3,23 \pm 0,25$ мкмоль/л), по сравнению со здоровыми кормящими матерями ($6,7 \pm 0,28$ мкмоль/л). Следовательно, железодефицитная анемия у кормящих матерей является основным фактором риска гипогалактии, особенно ее отсроченных форм, что является основой нарушения принципа предобеспечения макро- и микронутриентами в системе «мать и ребенок», что вызывает каскад осложнений в виде хронических расстройств питания по типу гипотрофии, анемии новорожденных и детей грудного возраста.

Выводы. У кормящих матерей по мере усугубления степени тяжести ЖДА, отмечается неуклонное снижение уровня суточного объема (мл/сут), выделения грудного молока за единицу времени (мл/мин) и числа прикладываний детей к груди.

В ходе лактационного периода у кормящих матерей с ЖДА, наиболее часто выявляются отсроченные формы гипогалактии (на фоне лактационного криза и ее поздняя форма), с дефицитом суточного объема молока $\geq 50,0\%$, что является основой развития постнатальных форм хронических расстройств питания на макро- и микро нутриентной основе.

К УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОБЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ – ПЕДИАТРОВ

**Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт**

Основным постулатом современного высшего медицинского образования является воспитание целостной творческой личности, а не просто хорошо теоретически и практически подготовленного врача. Однако, подготовка высококвалифицированного специалиста, отвечающего требованиям, является весьма непростой задачей и напрямую зависит от профессионализма преподавателей и их творческого отношения к преподаваемому предмету. Именно педагог в медицинском вузе обеспечивает ориентацию студента на саморазвитие своих способностей, творческое отношение к труду и формирует его отношение к врачебному делу.

Признавая ведущую роль преподавателя медицинских вузов в подготовке высококвалифицированных врачей, отвечающих современным требованиям практического здравоохранения, следует признать, что формирование педагогического состава клинических кафедр осуществляется за счет выпускников медицинских вузов, не имеющих достаточную клиническую практику и педагогическое мастерство. В этом плане необходимо вводить в практику подготовки педагогов-педиатров ступенчатую скользящую схему, на кафедрах педиатрии детских болезней, кафедре факультетской и госпитальной педиатрии по 5-7 лет в каждом, и, наконец, на кафедре факультета повышения квалификации врачей.

Аксиомой является тот факт, что профессионала могут подготовить лишь профессионалы, способные к самообразованию, самоорганизации и самоконтролю. Перед преподавателем медицинских вузов, в том числе педагогов-педиатров, стоит задача: освоить основы педагогического мастерства, научиться самоанализу собственного опыта, использование педагогических технологий в своей профессиональной деятельности и одновременно совершенствовать свою клиническую подготовку.

В настоящее время цикл «полураспада» знаний специалиста составляет 3-5 лет, что связано со стремительными интеллектуальными и технологическими обновлениями. В педагогическом самообразовании можно выделить три составляющих: «работа с собой», «работа с коллегами» и «работа с источниками информации». Работа с собой направлена на развитие образовательных потребностей и способности к анализу собственного опыта. Работа с коллегами предусматривает совершенствование мастерства в процессе обучения студентов, обмене опытом при посещениях и взаимопосещениях лекций и лабораторных занятий (внутрикафедральные, межкафедральные), участие в учебно-методических конференциях, семинарах, курсах повышения квалификации педагогов - межвузовские, зарубежные, в том числе в странах СНГ и Европы. Работа с источниками информации предусматривает работу с монографической литературой, новыми обучающими технологиями по своей специальности и смежным дисциплинам, не ограничиваясь Интернет информацией. В этом плане возникает необходимость создания рейтинговых книжек преподавателя, учитывающие все три составляющие педагогического самообразования.

По нашему мнению, такой подход к самообразованию обеспечивает достаточно стойкое становление личности преподавателя-педиатра, позволяют ему иметь высокую образовательную подготовку, отвечающую современным требованиям.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ СВОЙСТВО ПРЕПАРАТА ГЕМАЛИН У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

**Халилов О.Н., Хашимова З.М., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х.
Андижанский государственный медицинский институт**

Материал и методы исследования: исследование проводили на мышах линии СВА. В каждой серии работ (контрольная и основная группа, препарат №1, №4) включали по шесть животных. Препарат №1 – это эффективная доза препарата для мышей, а препарат №4 по дозе превышает в 10 раз относительно препарата №1. У экспериментальных животных под влиянием препарата «Гемалин» (№1 и №4) изучали кооперативный иммунный ответ Т- и В клеток по схеме Mitchell G.F., Miller J.F.A. Для этого летально облученным мышам (900 р) через сутки

после облучения трансплантировали или отдельно клетки тимуса (20×10^6) или костного мозга (10×10^6) или смесь этих клеток ($20 \times 10^6 + 10 \times 10^6$). Дополнительно всем мышам вводили 2×10^8 эритроцитов барана (ЭБ). Через семь суток после облучения в селезенках мышей определяли количество антителообразующих клеток (АОК) по методу Jerne N.H., Nordin A.A. Препарат №1 и №4 вводили мышам реципиентам, начиная со дня трансплантации ежедневно в возрастающей дозе: 0,1; 0,2; 0,3; 0,4 и 0,5 мл/мышь. Функциональная активность Т-клеток-супрессоров изучена на модели Whisler R. L., Stobo J.D. Для этого мышей линии СВА внутрибрюшинно иммунизировали эритроцитами барана (ЭБ) в дозе 4×10^9 . Опытной группе доноров начиная со дня иммунизации внутрибрюшинно вводили препарат №1 и №4 ежедневно в течение 6 дней в возрастающей дозе: 0,1; 0,2; 0,3; 0,4 и 0,5 мл/мышь. Через 14 дней у мышей доноров выделены иммунные клетки селезенки (интактные и подвергнутые воздействию препарата) и вводили внутрибрюшинно синчанным реципиентам в количестве 30×10^6 в смеси 2×10^8 ЭБ. Через 5 суток в их селезенках определяли число АОК по методу Jerne N.K., Nordin A.A. Материал обработан методом параметрической статистики (t-критерий Стьюдента), на программе Microsoft Office XP (Excel 2008).

Результаты исследования и их обсуждение: результаты наших исследований показали, что трансплантация летально облученным реципиентам экспериментальных животных сингенных Т или В-лимфоцитов совместно с эритроцитами барана (ЭБ) приводила к накоплению в их селезенках $1700,0 \pm 85,8$ и $2700,0 \pm 223,6$ АОК, ($P > 0,05$). При переносе смеси Т и В-клеток срабатывает основной феномен кооперативного взаимодействия Т и В-клеток, т.е. при реализации иммунного ответа на ЭБ в селезенке животных-реципиентов (контроль) накапливалось значительно большее количество антителообразующих клеток (АОК), т.е. $10283,3 \pm 74,1$, ($P < 0,01$). Нами установлено, что препарат «Гемалин», оказывал стимулирующее действие на кооперативный иммунный ответ Т и В клеток, при этом в селезенках экспериментальных животных накапливалось $18533,3 \pm 535,8$ АОК (препарат №1, $P < 0,001$) и $20466,7 \pm 975,3$ АОК (препарат №4, $P < 0,001$), т.е. кооперативная стимуляция увеличивалась по сравнению с контрольной группой соответственно в 1,7 и 2,0 раза. При изучении влияния препарата на функциональную активность Т-супрессоров нами установлено, что в селезенках мышей контрольной группы иммунизированных только эритроцитами барана (4×10^9) накапливалось $73066,7 \pm 4082,7$ АОК. При переносе сингенных иммунных клеток селезенки (30×10^6) число клеток-антителопродуцентов (АОК) в контрольной группе снижалось до $14933,3 \pm 983,4$ ($P < 0,001$), т.е. происходила иммуносупрессия (Т-супрессия) в 4,2 раза.

Таким образом, нами доказано, что препарат «Гемалин» у экспериментальных животных вызывает значительный иммуно-стимулирующий эффект на клеточный кооперативный иммунитет, видимо, опосредованная (через ауорегуляцию) усилением экспрессии супрессорных Т-клеток. Можно полагать, что эти свойства препарата, возможно, найдут свое применение в терапии заболеваний взрослых и детей, ассоциированных с вторичными иммуномодулирующими состояниями, к числу которых относится и глистная инвазия.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

**Халилов О.Н., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

В структуре заболеваемости детей раннего возраста обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест. Большая частота их обусловлена высокой контагиозностью инфекции, различных аллергенов и анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, иммунобиологическими свойствами ребенка.

Целью настоящей работы явилось изучение реабилитации детей, перенесших обструктивный бронхит.

Под нашим наблюдением находилось 60 детей от 3-х месяцев до 3-х лет с обструктивным бронхитом. У 86% детей имелись проявления фоновых заболеваний (экссудативно-катаральный диатез, рахит, анемия, гипотрофия). Болезнь у этих детей характеризовалась более затяжным течением, частыми рецидивами.

Эти дети были взяты на диспансерный учет и был составлен план намеченных реабилитационных мероприятий (диета, закаливающие и физиотерапевтические процедуры, массаж, витаминотерапия).

Детям с рахитом и экссудативно-катаральным диатезом применялся электрофорез с кальцием, назначались антигистаминные препараты, пиковит по 1 ч.л 3 раза в день, УФО-терапия, массаж. При гипотрофии в комплекс лечебных мероприятий включали метандростенолон, УФО, массаж, УВЧ- терапия в межлопаточную область. Детям с анемией назначали ферронат огспензию по 1 ч.л. 2 раза в день в течение месяца. После проведенной реабилитации частота рецидивов и повторная заболеваемость сократилась, выздоровление происходило в более ранние сроки.

Проведены отвлекающие процедуры (горячие ручные и ножные ванны с постепенным повышением температуры воды с 37°C до 41°C в течение 10-15 мин, горячие обертывания грудной клетки по Залманову, тепловые процедуры на грудную клетку (но не горчичники) пихтовые и другие масла, обладающие резким запахом).

Применение ингаляционных форм симпатомиметиков позволяло уменьшить необходимую дозу лекарственного вещества и снизить системный эффект симпатомиметиков. При этом, положительный эффект отмечали уже через 10-15 минут.

Лечебная физкультура и массаж грудной клетки, (особенно вибрационный), дыхательная гимнастика в обязательном порядке назначались взрослым при нетяжелом течении и не на высоте обструкции.

Таким образом, систематически проводимые реабилитационные мероприятия способствуют более быстрому улучшению состояния больных с обструктивным бронхитом и предупреждают повторную заболеваемость.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

**Халилов О.Н., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Целью данной работы явилось выявление, особенностей диспансерного наблюдения за детьми перенесших пиелонефрит.

Большой удельный вес пиелонефрита в структуре почечных заболеваний у детей, трудности диагностики и лечения, предсказуемый прогноз определили в последнее, десятилетие, серьёзный интерес исследователей к изучению различных сторон этой патологии. По распространённости среди заболеваний почек пиелонефриту принадлежит первое место. Заболеваемость детей пиелонефритом, в разных регионах нашей страны, колеблется от 4,4 до 27,5%. Наибольшая, часто заболеваемости пиелонефритом приходится на детей в возрасте до 1 года. Подобия взаимосвязь возникновения пиелонефрита с возрастом объясняется большой частотой врождённой патологией и мочевыводящей системы, выявляемых у грудных детей, а также пониженной местной и общей устойчивостью по отношению к микробной флоре в этом возрасте. В неонатальном периоде болеют преимущественно мальчики, а в других возрастных группах - девочки.

Исход заболеваний от тяжести процесса, являясь неспецифически бактериально воспалительным заболеванием, в 20 % случаев пиелонефрит наблюдается у больных, находящихся в стационаре, характеризующийся более серьёзным прогнозом и упорным течением, основой диагностики заболевания является определение достоверной бактериурии путём количественного определения бактерии в средней порции мочи, полученной при свободном мочеиспускании. В стационаре желательно проводить посев мочи - до начала антибактериальной терапии, в тех случаях, когда больной подучает антибактериальные препараты их следует отменить за 2-3 дня до исследования. При получении результатов микробиологического исследования терапия должна быть откорректирована.

Наблюдения больных, перенесших пиелонефрит, немаловажное значение имеет её профилактика и диспансерное наблюдение для чего выделяют 3 группы:

- Группа - дети с активной стадией пиелонефрита в функционально- компенсированной фазе.
- Группа - дети с частичной клинико-лабораторной ремиссией пиелонефрита в функционально компенсированной фазе.

- Группа - дети с полной клинико-лабораторной ремиссией и с риском возникновения этой патологии.

Таким образом, в перечисленных случаях тактика врача:

1. Раннее выявление детей с почечной патологией и наблюдение детей с риском развития заболевания мочевой системы.

2. Контроль за состоянием ребенка с почечной патологией в соответствии с индивидуальным планом наблюдения.

3. Долечивание и продолжение поддерживающей терапии начатой в условиях стационара.

4. Противорецидивные мероприятия, выявление и санация очагов хронической патологии.

5. Отбор детей с болезнями мочевой системы для лечения в местном санатории, на курортах и оздоровительных лагерях.

Организация восстановительного лечения и повышение общей реактивности организма.

СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУННОГО ДЕФИЦИТА

Халилов О.Н., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Финал инфекции ВИЧ—проявляется летальными осложнениями в виде тяжелых, обычно множественных оппортунистических инфекций и различных новообразований. Как известно, оппортунистические инфекции вызываются условно-патогенными микроорганизмами, “оживающими” на фоне угнетения иммунитета и приобретающими непреодолимую пока агрессивность. От их губительного воздействия практически не застрахован ни один орган, ни одна ткань, ни одна система заболевшего. В клинической картине, согласно рекомендациям ВОЗ, условно можно выделить 4 формы заболевания; легочную, неврологическую, желудочно-кишечную, лихорадочную.

Наиболее достоверным клиническим критерием при распознавании СПИДа, бесспорно, следует признать саркому Капоши. Не случайно в нашей стране СПИД впервые клинически выявил дерматолог у больных, у которых заболевание проявлялось главным образом саркомой Капоши (Н. С. Потекаев поставил диагноз в октябре 1984 г. у коренного жителя Африки и в марте 1987 г. у нашего соотечественника). Саркома Капоши как клиническая манифестация СПИДа встречается приблизительно у трети больных в этой фазе инфекции ВИЧ. Среди них 40—50% приходится на гомосексуалистов: у наркоманов, реципиентов крови и детей она встречается редко. Подобное распределение, видимо, можно объяснить высокой инфицированностью гомосексуалистов цитомегаловирусом и вирусом Эпштейна — Барра, которым в настоящее время приписывают предрасполагающую роль в возникновении саркомы Капоши как клинической формы СПИДа—висцеральный и дермальный.

При всех манифестных формах инфекции ВИЧ наиболее частыми клиническими проявлениями следует считать поражения кожных покровов и слизистых оболочек. По данным Браун-Фалко, на ранних ее стадиях на больного приходится приблизительно 2.5 дерматологического симптома, а на поздних этот показатель возрастает до 3.7. В процессе эволюции инфекции ВИЧ поражения кожи и слизистых оболочек могут регрессировать, появляться вновь, сменяться одно другим, давать разнообразные сочетания. Со временем они могут стать распространенными и тяжелыми, принимая порой не свойственные им клинические характеристики, особенно в фатальной фазе, т.е. при собственно СПИДе. Их природа весьма многообразна, чаще инфекционно паразитарная, причем с отпечатком микробного пейзажа того или иного региона мира.

БРОНХИАЛ АСТМАГА ЧАЛИНГАН БОЛАЛАРДА ВЕГЕТАТИВ НЕРВ ТИЗИМИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ханкелдиева Х.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Аллергик патологиялар орасида бронхиал астма (БА) етакчи ўринда туриб, педиатриянинг бирдан бир мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Касалликнинг долзарблиги ва ижтимоий аҳамияти бу касалликнинг тарқалиш частотаси юқорилигидадир (10–15%). Айниқса бу касалликнинг болалар ўртасида кўп учраётганлиги, “ёшариб” бораётгани ва йилдан – йилга сони ортиб бораётгани, болаларнинг меъёрида ўсиши ва ривожланишига таъсир қилиб, улар орасида эрта ногиронликка сабаб бўлаётгани ачинарли ҳолдир.

Изланиш мақсади. Изланишдан асосий мақсадимиз, бронхиал астмага чалинган болаларда вегетатив асаб тизими ҳолатини тўғри баҳолаш ва буни ўзлаштириш натижасида касалликни даволаш асоратларининг олдини олишдан иборат.

Текшириш материалари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Текширув натижалари. Вегетатив дисфункцияни аниқлаш учун, А. М. Вейн [1991] тавсия қилган, жадвалдан фойдаланилди: меъзонлар сифатида ВНС симпатик ва парасимпатик бўлимларининг фаоллигини акс эттирувчи - 20 белгилар фойдаланилди. Тери қаватлари ранги таҳлил қилинди, умумий ва локал рангпарлик, цианоз типни бўйича вазомотор бузилишлар мавжудлиги қайд этилди. Қуруқлик, гипергидроз типни бўйича тери ва унинг қўшимчаларининг трофик ўзгаришлари мавжудлиги қайд этилди, маҳаллий дермографизм текширилди. Юрак-қон томир тизими томонидан лабиллик белгилари ўрганилди. Кўздан кечириш вақтида ОИТ томонидан бузилиш белгилари, аллергия реакциялар мавжудлигига эътибор берилди. Бемор болаларнинг темпераменти, рухий ва жисмоний фаоллиги, уйқу ҳолати ҳисобга олинди.

Кузатилаётган болаларда вегетатив дисфункция мавжудлигини аниқлаш учун жадвал тўлдирилади. Мазкур жадвал нафақат беморларда, балки актив шикоят билдирмаган шахсларда ҳам СВД мавжудлигини аниқлаш имкониятини беради. Бу хавф омили бўлиб ҳизмат қилиши мумкин, буни профилактик кўрувларда эътиборга олиш керак.

Хулоса: Ушбу усул тиббиёт институтлари талабаларига бронхиал астмага чалинган беморларда вегетатив асаб тизимини ҳолатини баҳолаш учун ва тўғри ташхис қўйиш учун кўникма шаклланишида педагогик технология асосида ўргаништиляпти. Талабалар ушбу касалликни динамикасини баҳолашни ўзлаштирамоқдалар.

БРОНХИАЛ АСТМАГА ЧАЛИНГАН БОЛАЛАРДА ТИРЕОИД СТАТУСНИ ТЕКШИРИШ УСУЛИ

Ханкелдиева Х.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Бронхиал астма ривожланиш хавфи омиллари гетерогенлиги ва механизмлари касаллик типини, БА нинг текширилган натижалари таҳлили, уларнинг бир нозологик бирлигига эмас, балки синдромларига, нафас йўллари ҳолатига ҳам боғлиқлигини кўрсатди.

Бир қатор изланувчилар касалликнинг клиник – патогенетик вариантларини ажратди. Айтиб ўтилган омиллар касалликни актив олдини олиш чора – тадбирлари ўтказишга, бронхиал астма хуружи частотасини камайтиришга қўл келади. Бронхиал астма шаклланишида турли аллергиялар роли ёшга боғлиқ ҳолда алмашади.

Изланиш мақсади. Изланишдан асосий мақсадимиз, бронхиал астмага чалинган болаларда тиреоид статус ҳолатини тўғри баҳолашни ўзлаштириш натижасида касалликни даволаш ва асоратларининг олдини олишдан иборат.

Текшириш материалари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Текширув натижалари. Тиреоид статусни баҳолаш тиреотроп гормон (ТТГ), трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), эркин тироксин (эрк. Т4) концентрацияларини ва уларнинг ўзаро муносабатларини аниқлаш билан биргаликда ўтказилди. Қалқонсимон безнинг аутоиммун табиатли жароҳатларини аниқлаш учун тиреоглобулинга (ат-ТГ) ва тиреопироксидазага (ат-ТПО) нисбатан антителолар аниқланди. Тиреоид гормонлар ва қалқонсимон без компонентларига нисбатан антителоларни аниқлаш «Т3-ИФА», «Т4-ИФА», «свТ4-ИФА», «ТТГ-ИФА», «АТ-ТГ-ИФА», «АТ-ТПО-ИФА» иммунофермент реагентлари ёрдамида ўтказилди.

Хулоса: Ушбу усул тиббиёт институтлари талабаларига бронхиал астмага чалинган беморларда тиреоид статусни баҳолаш учун ва тўғри ташхис қўйиш учун кўникма шаклланишида педагогик технологиялар асосида ўргаништиляпти. Талабалар ушбу касалликни динамикасини баҳолашни ўзлаштирамоқдалар.

ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН БРОНХИАЛ АСТМАЛИ БОЛАЛАРДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ СИНДРОМИ

Ханкелдиева Х.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Аллергик патологиялар орасида бронхиал астма (БА) етакчи ўринда туриб, педиатриянинг бирдан бир мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Касалликнинг долзарблиги ва ижтимоий

ахамияти бу касалликнинг тарқалиш частотаси юқорилигидадир (10–15%).

Изланиш мақсади. Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари билан бронхиал астмали болаларда эндоген интоксикация синдромини текширишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари бўлган болаларда ўткир клиник давридаги лаборатор текширишлар натижасига кўра эндоген интоксикация барча белгилари соғлом болалар гуруҳига нисбатан кўтарилганлигини кўрсатди. Масалан, 1 гуруҳ болаларида СМП кўрсаткичи 94,6%га ва 2 гуруҳда – 114,6%га кўтарилган, токсик фактор 1 гуруҳда 81,5%га ва 2 гуруҳда – 134,7%га кўтарилган.

ЦИК кўрсаткичи 1 гуруҳда 3,4 марта, 2 гуруҳ болаларида эса 4,1 марта ўсган, яъни БА бўлган болаларда ЦИК кўрсаткичи, беморнинг оғир ҳолати билан боғлиқ бўлган. ЭИ баҳолашда кўрсаткичларнинг маълумоткорлигини таққослаб, шуни таъкидлаш керакки, энг маълумоткор кўрсаткич ЛИИ бўлган, унинг кўрсаткичи 1 гуруҳ болаларида 4,4 марта, 2 гуруҳ болаларида эса 7,4 марта юқори бўлган.

Шуни таъкидлаш керакки, ЭИ – СМП, ТФ, ЦИК ва ЛИИ кўрсаткичларини интоксикациянинг клиник симптомлари билан таққослаганда, энг юқори кўрсаткичлар беморларда касалликнинг ўта оғир ҳолатида аниқланган, ЭИ миқдори кўрсаткичи қанча юқори бўлса, интоксикация даражаси шунча юқори бўлган.

Шундай қилиб, бизнинг изланишлар ЦИК ўсиб боришини аниқлади, маълумки, улар бактериал инфекция патогенезида тўғридан тўғри рол ўйнайди.

Ўрта оғир ҳолатда СМП кўрсаткичи, соғлом болалар кўрсаткичига нисбатан , 14,7%га, оғир ҳолатда – 94,6%га ва ўта оғир ҳолатда – 141,1%га ортган.

Токсик фактор кўрсаткичи, соғлом болалар кўрсаткичига нисбатан, ўрта оғир ҳолатда 26,4%га, оғир ҳолатда – 81,5%га ва у ўта оғир ҳолатда – 103,1% га кўтарилган

Хулоса. Болаларда БА келиб чиқиши ва ривожланиши хавф омиллари қуйидагилар: оғирлашган ирсият, эркак жинсига мансублик, боланинг эрта ёши, респиратор аллергик касалликлар билан тез-тез бетоб бўлиш, ҳамда оғирлашган аллерго-анамнез, бунда она тарафдан аллергия алоҳида аҳамиятга эга.

ЭИС билан курашиш муаммоси жудаям долзарб, чунки бу синдромнинг деярли барча болалар критик ҳолатларда ўрни бор ва БА патогенезида етакчи ҳисобланади. Репаратив жараёнлар тугаб битиши ва организм табиий функциялари кескин пасайиши билан беморларда БА инфекция-токсик шок ривожланиши мумкин. Унинг ривожланиши антибиотикларни юқори дозаларда қўллаш билан боғлиқ, қўзғатувчилар кўп миқдорда бўлади ва эндотоксинларни кўп миқдорда қонга ўтади, бунда оғир ахволдаги организм ҳолати гемодинамика, тўқималар циркуляцияси ва перфузиясининг кескин бузилиши билан оғирлашади. Шок патогенезида микро- ва макроциркуляция бузилиши етакчи ўрин эгаллайди. Айнан юқори эндоген интоксикация бу ҳолатларда летал якуннинг асосий фактори ҳисобланади.

ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН БРОНХИАЛ АСТМАЛИ БОЛАЛАРДА ЭРИТРОЦИТЛАР МЕМБРАНАСИДА ПРО- ВА АНТИОКСИДАНТ ТИЗИМИ ФАОЛЛИГИ.

Ханкелдиева Х.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Нафас қисиши қайта хуружлари, сурункали гипоксия марказий ва вегетатив нерв тизимлари ҳолатига сезиларли салбий таъсир кўрсатади. Мазкур муаммода ҳал қилинмаган саволларга, адаптация шаклланишида гормонал силжишлар, ВНС назорат таъсири ва гормонал жавобни ҳисобга олган ҳолда ёндашиш аҳамиятга эга.

Изланиш мақсади. Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари билан бронхиал астмали болаларда эритроцитлар мембранасида про- ва антиоксидант тизими фаоллигини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Олиб борилган изланишларда, БА бемор болалар лимфоцитларида антиоксидант тизим етишмовчилиги прогрессияси фонида эркин радикал жараёнларнинг интенсивлигини ўсиши , Т-лимфоцитли иммунодефицит ҳолати чуқурлашиши аниқланди. Касалликлар ўткир даврида МДА даражаси аҳамиятли кўтарилиши 1 гуруҳ беморларида 2,79±0,11 нмолгача, 2 гуруҳда 8,23±1,11 кузатилади, бу назорат гуруҳига нисбатан 2,33 ва 2,9 ортиқ, ДК даражаси эса 1 гуруҳда 3,27±0,09 Е/мл гача, 2 гуруҳда – 5,61±0,69. Олинган натижалар ПОЛ жараёнларини аҳамиятли кўтарилиши ҳақида маълумот беради. СОД кўрсаткичи 1 гуруҳда 99,5%, 2 гуруҳ–99,6% га пасайган, бу лимфоцитлар мембранасида структур-функционал ўзгаришлар ҳақида далолат беради.

ПОЛ ва АОС фаоллашуви, бунинг натижаси сифатида, липид структурасида ўзгаришлар мавжудлиги даволаш ва юқоридаги ўзгаришларни коррекция қилишга қаратилган профилактик тадбирлар ўтказилишига асос бўлади.

Хулоса. Шундай қилиб, ўтказилган изланишларда болалардаги БА организм антиоксидант функцияси бузилишлари аҳамиятли патогенетик ролини аниқлади. ПОЛ-АОЗ тизимидаги ўзгаришлар лимфоцитлар фаолияти бузилишининг асосий механизми саналади. БА да иммунокомпетент ҳужайралар функционал фаоллиги йўқолиши оксидант ва антиоксидант тизимлар дисбаланси билан боғлаш мумкин. БА патогенези ҳақида янги маълумотлар таҳлилига кўра, ПОЛ интенсивлигининг узоқ ва аҳамиятли ортиши бронхиал астма шаклланишида муҳим механизми ҳисобланади, лимфоцитлар функционал фаоллигини камайтиради, иммунодефицит шаклланади, натижада касаллик оғир кечади.

ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДАГИ БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ханкелдиева Х.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига қўра, Ер аҳолисининг 3%дан ортиғи астмадан азият чекади (235 млн киши). Бошқа баҳолашларга биноан, бу кўрсаткич юқори ва 340 млн кишига етади. Астма болалар орасида энг кўп тарқалган сурункали касалликдир.

Изланиш мақсади. Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари бўлган болалардаги бронхиал астманинг клиник-анамнестик хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Бронхиал астма билан оғриган болаларда вегетатив ва тиреоид статус бузилишларининг юзага чиқиш хавфи факторларни ўрганиш мақсадида биз клиник-анамнестик маълумотла таҳлилини ўтказдик. Анамнез изланишлари 9 нафар (18,8%) 1 гуруҳ ва 13 нафар (24,1%) 2 гуруҳ болалар оналарининг ҳомиладорлиги асоратланган кечганилиги кузатилган.

Ҳомиладорлик вақтида юқумли касалликлар, жумладан ОРВИ билан 21 (43,8%) нафар ва 36 (66,7%) нафар гуруҳларга биноан болаларнинг оналарида кузатилган ($P < 0,001$). Презклампсия сони 1 гуруҳ болалар оналарида назорат кўрсаткичларидан 4 баробар ортик бўлган, 2 гуруҳ оналарида эса 6 баробар.

Бола организмнинг аллергия мейиллиги хавф омилларидан бири ва калконсимон без ва ВНС функциялари бузилишлари бошланғич механизми саналади.

Аллергологик анамнез таҳлили шуни кўрсатдики, назорат гуруҳидаги болаларнинг 32 (80,0%) 1 гуруҳдагиларнинг 10 нафар (20,8%) ва 2 гуруҳдагиларнинг 8 нафар (14,8%) тасида аллергиялогик ирсият оғирлашмаган. 1 гуруҳ болаларида аллергиялогик ирсият 12 (25,0%) та ҳолатда иккала тарафдан (ота ва она) оғирлашганлиги аниқланган, шундан она тарафдан 15 (31,3%) та, ота тарафдан 11 (22,9%) та. 2 гуруҳ болаларида аллергиялогик ирсият 15 (27,8%) та ҳолатда иккала тарафдан (ота ва она) оғирлашганлиги кузатилган, шундан она тарафдан 17 (31,5%) та, ота тарафдан 14 (25,9%) та.

2 гуруҳ болаларининг аксариятида - 26 (48,1%) БА билан биргаликда аллергиялогик ринит ($P < 0,01$) аниқланган, бу 1 гуруҳ болаларига нисбатан 2,4 марта кўп, аллергиялогик риносинусит 2 гуруҳ болаларида 1 гуруҳдаги болаларга нисбатан 2,5 марта кўп учраган. Ларинготрахеит 1 гуруҳда 2 (4,2%) нафар ва 2 гуруҳда 4 нафар (7,4%) болада кузатилган. Бу ўз-ўзидан оғир касаллик, бу бола ҳолатини жудаям оғирлаштиради, 1 та ҳолатда ўлимга олиб келган. Ушбу хамроҳ касалликлар, аллергиялогик фон яратиб, бемор бола ҳолатини чуқурлаштиради.

БА билан оғриган ва қалқонсимон без функцияси пасайган болаларининг шикоятларидан бири тез чарчаш, ҳолсизлик ва уйқучанлик кўринишидаги субъектив белгилар 1 (2,1%) 1 гуруҳда ва 35 (64,8%) 2 гуруҳда ($P < 0,001$) МНС функциялари бузилиши қалқонсимон без функцияси сустралган беморларда, яъни 2 гуруҳ болаларида, биринчи навбатда, кўзгалувчанлик, безовталилик (50,0%), уйқу ва хотира бузилишларида (46,3%) намоён бўлган.

Хулоса. Кузатувимиздаги болаларда бронхиал астма хуружлари кўпроқ сабабчи-ахамиятли аллергиялогиклар ёки респиратор вирусли инфекциялар таъсири билан боғлиқ ривожланган. Шу билан бирга, 2 гуруҳдаги болаларнинг 70,4% да (асосан касаллик давомийлиги 5 йилдан 10 йилгача ва ундан ортик бўлган беморларда) бронхиал астма хуружлари совук ҳаво билан нафас олиши, ўткир хидлар, об-ҳаво ва гелеомагнит ҳолатнинг ўзгариши, жисмоний ва психо-эмоционал зўриқишлар билан қақирилган бўлиши мумкин.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО ПРИ ПОМОЩИ ДИСПЕТЧЕРСКИХ ПРОТОКОЛОВ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Шанкратов Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: В нашей стране осуществляются комплексные меры по развитию здравоохранения, обеспечению гарантий прав граждан на охрану здоровья со стороны государства, доступность медицинской помощи для всех слоев населения. Несмотря на заложенные организационные основы функционирования службы скорой медицинской помощи, эффективность ее оказания не отвечает современным требованиям, среди звонков на службу скорую медицинскую помощь сохраняется высокая доля не экстренных вызовов.

Цель: Изучить влияние на работу службы скорой медицинской помощи оценки состояния вызывающих при помощи компьютеризованных диспетчерских протоколов для идентификации не требующих отправки вызовов.

Материалы и методы: Оценка состояния вызывающих была выполнена при помощи программного обеспечения «Интерактивная система диспетчера службы скорой медицинской помощи» (патент Республики Узбекистан №DGU03756 от 23 мая 2016 года). Разработанный протокол действий диспетчера службы скорой медицинской помощи утвержден Приказом Министерства здравоохранения №131 от 31 марта 2017 года. «Интерактивная система диспетчера службы скорой медицинской помощи» включает в себя опросник больного для определения критичности состояния и основной жалобы, после определения основной жалобы осуществляется переход к блоку данной жалобы, далее по вопросам данного блока определяется приоритетность звонка и необходимый тип бригады 103. При необходимости после отправки бригады 103 диспетчер до их прибытия на место вызова передает инструкции вызывавшему. Были оценены 635 звонки в центральную диспетчерскую скорой помощи.

Результаты: Были оценены 635 звонки, из них 330 (52,0%) сортированы как не экстренные и не нуждающиеся в отправке бригады 103. Из-за отсутствия нормативной базы отказа звонкам, этим звонкам бригады были отправлены несмотря на то что эти звонки были сортированы как не нуждающиеся в отправке бригады. Сравнение результатов сортировки вызова диспетчером (330 не экстренные вызова) с итогами выезда бригады службы 103 показало, что эти больные действительно не нуждались в скорой медицинской помощи (доверительный интервал 95%). Анализ показал, что 330 (52,0%) вызывающие сортированные как не экстренные не обратились в службу 103 в течении 24 часа после обслуживания первого звонка.

Заключение: Результаты исследования указали, что «интерактивная система диспетчера службы скорой медицинской помощи» достоверно определяет вызывающих в не экстренном состоянии. Широкое внедрение принципов сортировки вызовов на службу скорой медицинской помощи диспетчерами сможет без ущерба здоровью пациентов определить необходимость их в отправке бригаде скорой медицинской помощи или посещать семейную поликлинику. Повсеместное внедрение интерактивной системы диспетчера службы скорой медицинской помощи и юридических оснований отказа отправки бригады 103 при не угрожающих на жизнь состояниях позволяет сэкономить средства, также улучшить работу поликлиника-амбулаторную службу.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСКАРИДОЗА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б., Махмудова Б.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Аскаридоз - самый распространенный в мире геогельминтоз. Степень распространения аскаридоза зависит от почвенно-климатических условий местности, определяющих возможность развития яиц аскарид, а также особенностей хозяйствования, благоустройства, определяющих возможности загрязнения почвы фекалиями, а также санитарной культуры и бытовых привычек проживающих здесь людей.

Цель. Охарактеризовать современное состояние по аскаридозу в Андижанской области.

Материалы и методы: в 2017 г. в Андижанской области зарегистрировано 1859 случаев паразитарных заболеваний, в т.ч. аскаридоза – 80 детей, что составило 4,3% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов.

Результаты: Аскаридоз регистрировался у взрослых – 29 случаев (36,3%), и у детей – 51 случай (63,8%). По возрастам гельминтоз распределялся следующим образом: 1 год – 2 случая (3,9%), 2 года – 11 случаев (21,6%), 5 лет – 6 случаев (11,8%), 6 лет – 5 случаев (9,8%), 7 лет – 2 случая (3,9%), 8 лет – 3 случая (5,9%), 9 лет – 10 случаев (19,6%), 10 лет – 4 случая (7,8%), 11 лет – 1 случай (1,9%), 14 лет – 6 случаев (11,9%) и 16 лет – 1 случай (1,9%).

Клинически заболевание протекало следующим образом: беспокойный сон – 27 сл. (33,7%), снижение аппетита – 23 сл. (28,8%), послабление стула – 16 сл. (20,0%). В 14-х сл. (17,5%) заболевание протекало по типу аллергических реакций неясной этиологии.

Во всех случаях диагноз был поставлен лабораторным путем после обнаружения гельминта, идентифицированного, как нематода *Ascaris lumbricoides*. Во всех случаях была обнаружена самка гельминта.

Выводы. Наиболее часто аскаридоз регистрировался у детей; характерными жалобами были беспокойный сон и снижение аппетита.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б., Махмудова Б.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, пневмонии по прежнему занимают одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости у детей.

Целью нашего исследования явилось изучение клинко лабораторных маркеров, а также структуры осложнений при пневмониях у детей.

Методы и результаты исследования. Структура легочных осложнений пневмоний была представлена следующим образом: плеврит – 48 случаев (70,6%), ателектаз – 6 (8,8%), гидроторакс – 6 (8,8%), фиброз – 4 (5,9%), плевропневмония – 2 (2,9%), деструкция и пневмоторакс по одному случаю (по 1,5%). Среди них преобладало правостороннее поражение – 47, 1%, тогда как осложнения в левом легком встречались в 27,9% случаев и двухсторонние в 25%.

Следует отметить, что практически половина больных (45,6%) поступила в стационар уже в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена синдромом дыхательной недостаточности – у 36 детей (52,9%), из них: 1 степень – в 7 случаях (10,3%), 2 степень – в 25 случаях (36,8%) и 3 степень – в 4 случаях (5,9%), а также интоксикационным синдромом в 25 случаях (36,8%).

При поступлении 89,7% детей предъявляли жалобы на кашель, 32,4% отмечали наличие насморка. Одышка и боль в груди наблюдались одинаково часто и отмечались у 17,7% поступивших. На повышение температуры тела до 37,9 0С предъявляли жалобы 27,9% госпитализированных, а на повышение выше 380С – 58,8% детей.

Со стороны общего анализа крови при поступлении обращали на себя внимание следующие изменения: лейкоцитоз у 55 детей (80,9%), а средняя величина составила 15,43·10⁹/л ±6,82·10⁹/л. Однако у 16,2% детей отмечался нормоцитоз и у 2,9% лейкопения. Также отмечались выраженные изменения со стороны СОЭ в 76,5% случаев и средняя величина составила 30,37 мм/ч ± 17,88 мм/ч. Кроме того, у большинства пациентов (85,7%) отмечалось повышение уровня С-реактивного белка и в среднем этот показатель составил 160,17 мг/л.

Вывод: основным легочным осложнением пневмоний у детей является плеврит, который наиболее часто осложняет правосторонние пневмонии. Клинически осложненные пневмонии характеризуются тяжелым течением за

счет дыхательной недостаточности 1-2 степени, интоксикационного и гипертермического синдромов, лабораторно воспалительными изменениями в общем анализе крови.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.

Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б., Махмудова Б.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лямблиоз – это достаточно распространенное заболевание, развивающееся по причине поражения печени и тонкого кишечника. Актуальность лямблиоза у детей обусловлена тем, что клинические проявления заболевания часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологической патологии и аллергическими заболеваниями.

Цель. Изучить заболеваемость лямблиозом у детей Андижанской области.

Материалы и методы. Были проанализированы эпидемические карты детей, инвазированных лямблиями, а также проведен анализ клинико-лабораторных и статистических данных у больных детей лямблиозом в возрасте до 14 лет, обращавшихся за медицинской помощью с января по декабрь 2017 г.

Результаты. За анализируемый период на территории Андижанской области зарегистрировано 164 случая лямблиоза у детей. Заболевание регистрировалось как в городской (49,1%), так и в сельской (50,9%) местностях. Диагноз во всех случаях был установлен на основании анамнеза и обнаружения цист лямблий в кале.

Выводы: Проблема лямблиоза в Андижанской области продолжает оставаться актуальной; заболеванию подвержены дети в возрасте от 6 до 14 лет – 70,7%. Так же мы наблюдали за клиническим течением болезни у 37 больных детей, из которых с типичными формами лямблиоза – 29 детей (78,4%), с атипичными – 8 детей (21,6%). С кишечной формой заболевания было зарегистрировано – 13 детей (35,2%) с билиарно-панкреатической формой – 8 детей (21,6%), с астено-невротической формой – 5 детей (13,5%), со смешанной формой – 3 детей (8,1%), с бессимптомной – 6 детей (16,2%) и с токсико-аллергической – 2 детей (5,4%).

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С TORCH ИНФЕКЦИЕЙ.

Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б., Махмудова Б.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Вирусные инфекции в перинатологии представляют серьезную опасность для плода и нередко являются причиной всего спектра антенатальной патологии (мертворождение, пороки развития органов, задержка внутриутробного развития), а также могут быть причиной различных гематологических изменений.

Цель исследования. Выявить возможные особенности изменений в гемограмме новорожденных и детей раннего возраста с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции.

Материал и методы исследования. Обследованы 35 новорожденных и детей первых месяцев жизни по поводу обследования TORCH-инфекции. ИФА маркеры последних (токсоплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, герпес I – II, цитомегаловирусная инфекция) проводилось с помощью тест-системы «Вектор-Бест»: определение антител G, M, A мембранного (MOMP) и предраннего белка указанных вирусов. После уточнения диагноза дети распределялись на две группы серопозитивные (n = 15) и серонегативные (n = 20). Материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. При анализе полученных данных выявлено, что матери серопозитивных детей по TORCH-инфекции во время беременности страдали угрозой прерывания беременности (60,0% против контрольной, т.е. дети с серонегативными маркерами TORCH-инфекции - 25%, P<0,01), преэклампсией (77,8% против 40,0%, P<0,01), анемией (93,3% против 75,0%, P<0,05). У 80% матерей (против 45%, P<0,01), детей с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции наблюдалось осложненное течение родовой деятельности: преждевременное излитие околоплодных вод (46,6%), длительный безводный период (20,0%), кесарево сечение (13,5%). Следовательно, у многих матерей с иммунологическим маркером TORCH-инфекции имеет место осложненное течение беременности и родов.

В анализе крови у детей с ИФА-маркерами TORCH-инфекции чаще выявлялась анемия с $Hb \leq 120$ г/л (73,3% против 60,0%, P<0,05), тромбоцитопения ≤ 50000 /мкл (26,7% против 15,0%, P<0,05), нейтропения (40,0% против 20,0%, P<0,05) и лимфопения (20,0% против 10,0%, P<0,05). Отличительными особенностями периферической крови новорожденных и детей первых месяцев жизни с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции явилось уменьшение общего количества лейкоцитов ($5636,8 \pm 659,2$ против $6397,9 \pm 305,9$, P<0,05), уменьшение относительного содержания лимфоцитов ($65,7 \pm 3,1\%$ против $75,5 \pm 1,54\%$, P<0,01), уменьшение палочкоядерных нейтрофилов ($4,27 \pm 0,18$ против $3,29 \pm 0,26\%$, P<0,05), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – ЛИИ ($0,41 \pm 0,08$ против $0,19 \pm 0,01$, P<0,01), гранулоцитарно-агранулоцитарного индекса – ГАИ ($0,49 \pm 0,06$ против $0,28 \pm 0,05$, P<0,05), общего индекса интоксикации – ОИИ ($0,89 \pm 0,04$ против $0,37 \pm 0,05$, P<0,001), увеличение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – ИСНЛ ($0,54 \pm 0,04$ против $0,19 \pm 0,09$, P<0,05) и соотношения нейтрофилов к моноцитам – ИСНМ ($7,49 \pm 0,18$ против $0,29 \pm 0,09$, P<0,05).

Следовательно, у новорожденных и детей первых месяцев жизни при наличии серопозитивных маркеров TORCH-инфекции выявляются определенные гематологические изменения периферической крови. Это, по-видимому, связано с непосредственным действием вирусов внутриутробной инфекции на гемопоэтические клетки. Требуется продолжение научного поиска в определении специфичности гематологических изменений в зависимости от этиологической структуры TORCH-инфекций.

КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

Ходжаева Ф.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время электрохирургическая гистероскопия – гистерорезектоскопия – по праву представляет наиболее прогрессивный метод хирургического лечения больных с доброкачественной патологией матки. Благодаря этому методу резко сократилось число радикальных операций по поводу рецидивирующих маточных кровотечений.

Тем не менее, нередко наблюдения, когда при наличии условий для органосберегающего лечения пациенток с доброкачественными заболеваниями матки производятся радикальные операции. Возможным объяснением этому факту служит отсутствие широких исследований в оценке отдаленных результатов оперативной гистероскопии, а также качества жизни, связанного со здоровьем после различных видов хирургического вмешательства.

Цель исследования – изучить отдаленные результаты гистерорезектоскопии, а также качество жизни, связанное со здоровьем у пациенток с доброкачественными заболеваниями матки до и после органосберегающего эндохирургического вмешательства и гистерэктомии.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились результаты клинического обследования и эндохирургического лечения 85 пациенток с различными формами патологии слизистой оболочки тела матки.

Результаты исследования. В зависимости от нозологии патологического процесса пациентки после гистерорезектоскопии разделены на три подгруппы. В первую подгруппу включены 82 больные подслизистой миомой матки, в том числе 28 пациенток, у которых подслизистая миома матки сочеталась с железистой гиперплазией эндометрия; во вторую - 86 больных гиперпластическими процессами эндометрия; в третью - 26 больных аденомиозом.

Средний возраст обследованных женщин в обеих группах составил $43,9 \pm 6,2$ лет. Следует отметить, что к моменту обследования 89 (45,8%) пациенток основной группы находились в пременопаузальном периоде; соответственно в репродуктивном периоде их было 105 (54,2%).

При оценке по шкале А.М.Длуги et al. (1990) дисменорея легкой степени установлена у 102 (29,5%) женщин, средней степени - у 42 (12,2%) и тяжелой степени - у 28 (8,1%).

При анализе половой функции установлено, что в 292 (84,4%) наблюдениях половая жизнь, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, характеризовалась как регулярная. Жалобы на диспареунию предъявляли 117 (33,8%) женщин, однако в структуре последней преобладала легкая степень (72,4%), удельная частота тяжелой степени составила лишь 2,3%.

Вывод. Изучение отдаленных результатов гистерорезектоскопии (3-7 лет наблюдения) у пациенток с доброкачественными заболеваниями матки показало, что терапевтическая эффективность эндохирургического вмешательства находится в прямо пропорциональной зависимости от нозологии заболевания, конкретной клинической ситуации и объема эндохирургического вмешательства. При подслизистой миоме матки 0-1 степени и полипах эндометрия на фоне неизменной слизистой лечебный эффект гистерорезектоскопии достигает 100%, подслизистой миоме матки 2 степени - 92,3%, гиперплазии эндометрия (в том числе атипической) - 70,8%.

ПОСЛЕДСТВИЯ НЕПРАВИЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ - КАК ПРИЧИНА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Хашимова З.М., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Халилов О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью данной работы явилось изучение зависимости между характером вскармливания и изменениями показателей метаболизма у детей.

В последние годы среди педиатров формируется концепция пищевого программирования. Согласно этой концепции характер питания ребенка в первые годы жизни предопределяет особенности его метаболизма. Многие исследования показали, что для развития различных заболеваний в подростковом периоде, немаловажную роль сыграли факторы риска и неправильное вскармливание ребенка на первом году жизни.

Питание ребенка должно выполнять, по меньшей мере, три основные функции: питательную, сенсорную, регулирующую.

Питательное - обеспечение ребенка белками, жирами, углеводами, витаминами, минералами и микроэлементами.

Сенсорная - воздействие на вкусовые, обонятельные, зрительные и другие рецепторы.

Регулирующая - влияние на иммунитет, ЖКТ, эндокринную, нервную систему и др.

Женское молоко хорошо переваривается в желудке ребенка благодаря содержанию пищеварительных ферментов, а также более низкому содержанию белка.

В женском молоке находится большое количество защитных компонентов. Нерациональное искусственное вскармливание способствует формированию алиментарно зависимых заболеваний, увеличению частых острых и хронических заболеваний ЖКТ, аллергической патологии, снижению иммунитета, нарушению физического и интеллектуального развития. Среди важнейших отдаленных последствий неправильного вскармливания детей выявляются нарушения обмена липидов и атеросклероз, ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Анализируя обмен липидов у большого числа подростков, на основании катанестических исследований доказали, что подростки, которые в младенчестве находились на длительном грудном вскармливании имели

соотношение липопротеидов. Высокой плотности к липопротеидам низкой оптической плотности на 14% ниже, чем дети, вскармливаемые в раннем возрасте адаптированными смесями, риск развития ожирения патологии сердечно-сосудистой системы составляет только 0,8%, в то время как у взрослых, с рождения получавших искусственную смесь, он в 5 раз выше (4,5). Повышенный риск развития ожирения связан с тем, что при искусственном вскармливании потребляется больше энергии и пищевых веществ (особенно белков и углеводов), происходит повышенное образование инсулина.

Это изменяет механизмы регуляции чувства голода и насыщения.

Исследования многих авторов показали, что продолжительное грудное вскармливание снижает частоту развития инсулинозависимого сахарного диабета.

При раннем введении неадаптированных молочных смесей повышается частота почечной патологии, микродиapedезных кровотечений из ЖКТ, способствующих к развитию анемии. Во многих работах конца 80-х начала 90-х.

ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРЕНИРОВОК ДЫХАНИЕМ ЧЕРЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕРТВОЕ ПРОСТРАНСТВО

Хашимова З.М., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Халилов О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Дополнительное мертвое пространство является одним из способов повышения функциональных возможностей дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Нами проводилось исследование биомеханики дыхательного акта совместно с изучением газообмена до и после тренировок дыханием через дополнительное мертвое пространство в условиях покоя и физической нагрузки средней тяжести (60 вт при скорости педалирования 50-60 об/мин) на велоэргометре КЕ-11. ДМП создавалось путем дыхания с помощью загубника, через трубки диаметром равным диаметру трахеи и объемом 1500 мл в течение 20 дней по 20 минут ежедневно. Исследование проводилось у 12 здоровых молодых мужчин в возрасте 20-30 лет.

После тренировок дыханием через ДМП наблюдалось достоверное увеличение растяжимости легочной ткани и снижение сопротивления бронхов на выдохе (последнее изменялось от $4,36 \pm 0,54$ см вод ст/л сек до $2,69 \pm 0,51$ см вод ст/л сек).

В условиях физической нагрузки при достижении устойчивого состояния наблюдалось отчетливое снижение (по сравнению с до тренировочным периодом) сопротивление бронхов на вдохе (с $4,23 \pm 0,70$ см вод ст/л сек до $2,80 \pm 0,30$ см вод ст/л сек) и на выдохе (с $6,94 \pm 0,8$ до $5,00 \pm 0,50$ см вод ст/л сек) и снижение амплитуды внутригрудного давления ($P < 0,05$). Растяжимость легочной ткани в этих же условиях возрастала от $0,199 \pm 0,036$ л/см вод ст до $0,325 \pm 0,049$ л/см вод ст.

Энергетические затраты на литр вентиляции после проведения тренировок дыханием через ДМП снизились от $0,070 \pm 0,005$ кгм/л до $0,050 \pm 0,007$ кгм/л ($P < 0,001$). После тренировок дыханием через ДМП в восстановительном (после физической нагрузки) периоде имело место более быстрое возвращение всех показателей биомеханики дыхания к исходному уровню. Наиболее отчетливым было снижения внутригрудного дыхания и работы дыхания относительно до тренировочного периода.

Таким образом, полученные данные показывают, что тренировки дыханием через ДМП улучшают показатели биомеханики дыхательного акта и способствует оптимизации функций дыхательного аппарата в ответ на физическую нагрузку.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ТЕЛА МАТКИ

Ходжаева Ф.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Патологические маточные кровотечения при гиперплазии и полипах эндометрия являются распространенной гинекологической патологией, частота которой существенно увеличивается к периоду возрастных гормональных перестроек в пери менопаузе.

До последнего времени основными методами лечения гиперплазии эндометрия, а также сочетания гиперпластических процессов с полипами эндометрия остаются диагностическое выскабливание с последующим против рецидивным гормональным лечением, а также гистерэктомия. Использование гормональных препаратов позволяет уменьшить частоту хирургических вмешательств. Однако у ряда больных имеются противопоказания для применения гормональных препаратов, а у других их использование сопровождается разнообразными побочными эффектами.

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты гистерорезектоскопии, а также качество жизни, связанное со здоровьем пациенток с доброкачественными заболеваниями матки.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились результаты клинического обследования и эндо хирургического лечения 85 пациенток с различными формами патологии слизистой оболочки тела матки, которым была произведена гистерорезектоскопическая абляция эндометрия более 5 лет тому назад.

Результаты исследования. При проведении анализа полученных данных 85 обследованных женщин были разделены по форме патологии эндометрия на следующие группы: 1 группа состояла из 47 больных с гиперплазией слизистой оболочки тела матки и с полипами эндометрия на фоне гиперплазии. 2 группа представлена 38 пациентками с рецидивирующими полипами на фоне неизмененного эндометрия или его атрофии. В эту группу также вошли 5 женщин с кровотечениями в постменопаузе на фоне атрофии слизистой оболочки тела матки. Возраст обследованных 85 пациенток колебался от 40 до 65 лет (в среднем 50,5 лет). В первой группе больных преобладали женщины в пременопаузальном периоде, а во второй в постменопаузе.

При анализе жалоб больных выявлено, что меноррагия являлась основным клиническим симптомом гиперплазии эндометрия у 27 (57,5%) женщин. Во второй группе больных основной жалобой было кровотечение в постменопаузе у 19 (50,0%) женщин.

В ходе клинического обследования было установлено, что у 82,4% исследуемых нами больных с различными формами патологии эндометрия были выявлены различные сопутствующие гинекологические заболевания. Миома матки была обнаружена у 21,3% больных, аденомиоз – у 12,9%, причем сочетание аденомиоза с миомой матки отмечалось у 9 (10,6%) женщин. В анамнезе у 21 (24,7%) больной имелись указания на хронические воспалительные заболевания матки и придатков. Отмечена высокая частота эрозии и рубцовой деформации шейки матки (12,9%), по поводу которой 9 пациенткам (10,6%) произведена диатермокоагуляция или крио деструкция.

Вывод. Гистерорезектоскопическая деструкция эндометрия вызывает развитие аменореи в течение первых 6 месяцев у всех больных в 100% случаев и сохраняется в отдаленном периоде у больных с рецидивирующими полипами эндометрия на фоне его атрофии. У больных с гиперплазией эндометрия через 12 месяцев после операции аменорея отмечается у 59,6% пациенток и возрастает до 74,5% к 24 месяцу наблюдения за счет проведения повторной абляции. Через 5 лет и более после операции общая эффективность абляции эндометрия составила 84,7%.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Ходжаева Ф.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В случаях образования синехий и серозометры в полости матки зондирование цервикального канала противопоказано из-за высокого риска перфорации стенки матки и/или создания в ней ложного хода с возможным повреждением крупных маточных сосудов. Это особенно актуально у БПСВ с атрофическими изменениями гениталий, значительно усложняющими условия для манипуляций.

В современной гинекологии хирургическое вмешательство считается методом выбора при первом выявлении гиперпластического процесса и особенно при его рецидиве в объеме пангистерэктомии из лапаротомического или лапароскопического доступов.

Цель исследования: Изучить отдаленные результаты гистерорезектоскопии, а также качество жизни, связанное со здоровьем пациенток с доброкачественными заболеваниями матки до и после органосохраняющего эндохирургического вмешательства и гистерэктомии.

Материалы и методы исследования. В основу настоящей работы положен анализ результатов клинического наблюдения за 346 больными в возрасте от 26 до 52 лет, которым была выполнена гистерорезектоскопия или гистерэктомия по поводу гиперпластических процессов эндометрия, миомы матки, аденомиоза. Основную группу составили 194 (56,1%) женщины репродуктивного и перименопаузального периодов, у которых с целью хирургического лечения доброкачественных заболеваний матки произведена гистерорезектоскопия. Длительность наблюдения за пациентками данной группы варьировала от нескольких недель до 8 лет. В группу сравнения включены 152 (33,9%) больные после субтотальной и тотальной гистерэктомии без придатков матки, которым хирургическое вмешательство было выполнено по идентичным показаниям.

Изучение репродуктивной функции пациенток основной группы обнаружило, что одну и более беременностей имели 142 (73,2%) обследованных (соответственно, не было беременностей у 52 (26,8%) обследованных женщин). При этом среднее количество беременностей составило $3,2 \pm 0,6$. Роды в анамнезе были у 88 (45,3%) женщин, искусственные аборты – у 66 (34,1%), самопроизвольные аборты – у 27 (13,9%) пациенток.

Различные методы контрацепции ранее использовали 147 (75,7%) пациенток, в том числе применение ВМК зарегистрировано у 48 (24,7%) женщин, гормональной контрацепции (комбинированные оральные контрацептивы, престагены /ГК/) – у 38 (19,6%).

Среди перенесенных гинекологических заболеваний наиболее часто встречались дисфункциональные маточные кровотечения (178/91,7%), воспалительные заболевания матки и/или ее придатков (156/80,4%), генитальный эндометриоз (44/22,7%). Ранее миома матки диагностирована у 98 (50,5%) женщин.

Изучение характера телосложения, произведенное на основании индекса массы тела, обнаружило, что 96 (27,7%) пациенток имели избыточную массу тела. Первая степень ожирения наблюдалась у 102 (29,5%) больных, вторая – у 38 (10,9%); в 17 (4,9%) наблюдениях диагностирована третья степень ожирения.

В ходе гинекологического исследования выявлены колебания размеров матки от нормальных до 14-недельной беременности. Хирургическое вмешательство произведено всем пациенткам основной группы: в 194 (100%) наблюдениях выполнена диагностическая гистероскопия с биопсией слизистых тела матки и шеечного канала; в 170 (87,6%) наблюдений – гистерорезектоскопия (локальная резекция или тотальная абляция слизистой тела матки, трансцервикальная миомэктомия, в том числе в определенных сочетаниях).

Вывод. Выбор метода хирургического вмешательства (гистерорезектоскопия, гистерэктомия) не оказывает существенного влияния на качественные показатели половой функции женщины. Вместе с тем, после гистерорезектоскопии диспареуния наблюдалась достоверно реже, чем после гистерэктомии ($p < 0,01$). Более того, после гистерэктомии более чем в два раза возросла удельная частота 1 степени диспареунии – с 21% до 48%.

БОЛАЛАРНИ СЕМИЗЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Холмурадова З.Э., Санакулов А.Б., Тураева Д.Х.

Самарқанд давлат медицина институти,

Ишнинг максоди: семизлиги бор болаларда метаболик синдромни ташкил этувчиларни ва хавф омилларини учраш частотасини аниқлаш.

Текширувнинг материаллари ва усуллари: вилоят эндокринология диспансери рўйхатида турган 14 ёшдан 17 ёшгача бўлган 48 нафар экзоген-конституционал семизлиги бор болалар текширилди. 21 нафар киз бола ва 27 нафар ўғил бола бўлиб, ўртача $15,32 \pm 0,11$ ёшни ташкил қилди. Куйидаги клиник текширувлар ўтказилди: ҳаёт анамнезини ўрганиш, антропометрия, ортиқча тана массасини фоизларда ҳисоблаш, ТМИ, бел айланаси (БА). Бел

айланаси кўрсаткичларига қараб абдоминал семизлик (АС) аниқланди. Семизлиги бор болалар абдоминал семизлигига қараб гуруҳларга ажратилди. 1-гуруҳга 18 нафар тананинг барча қисмларида бир хил типдаги семириш билан болалар киритилди, 2-гуруҳга абдоминал семизлиги бор 30 нафар бола киритилди. Шунингдек 20 нафар 14 ёшдан 16 ёшгача бўлган ортиқча вазнга эга бўлмаган соғлом болалар назорат гуруҳини ташкил этди.

Текширув натижалари: ТМИ 1-гуруҳда $26,74 \pm 0,48$ кг/м² ни ташкил этди; 2-гуруҳда унга нисбатан юқори кўрсаткичларда эди $31,12 \pm 0,50$ кг/м². Семизлик даражаси ошиши билан бел айланасининг ошиши исботланган ($r = +0,654$). ТМИ солиштирма гуруҳда ўртача $18,14 \pm 0,41$ кг/м² ни ташкил қилди. Текширилаётган болалар ва уларнинг ота-оналарининг овқатланиш тартиби ўрганилганда, улар кунлик рационининг асосини қовурилган картошка ва қовурилган ёғли таомлар – 83,3% ни, ширинлик ва пишириклар – 81,2% ни, макарон ва бошқа ун маҳсулотлари – 77,8% ни ташкил этди. Тез тайёр бўладиган Фаст-фуд маҳсулотларини 2-гуруҳ болалари деярли тўлиқ қабул қилишган (96,6%). Семизлик билан азият чекаётган болаларнинг кўпчилигида 1-гуруҳда ҳам 2-гуруҳда ҳам гиподинамик ҳаёт кузатилган (83,3% ва 93,3%). Болаларнинг 10,1% игина спортнинг баъзи турлари билан шуғулланишган, солиштирма гуруҳ болалари орасида эса спорт билан шуғулланувчилар сони кўпроқ 60% ни ташкил этади. Хар куни компьютер ва телевизор ёнида 3 соатдан ортиқ ўтирадиганлар 93,03% ташкил этди. АҚБ даражаси 1-гуруҳда тананинг барча қисмларининг бир хил даражада ортиши билан кечадиган семизликда ёшга мос кўрсаткичларда эди ва САҚБ - $108 \pm 3,31$ ва ДАҚБ - $68,09 \pm 2,47$ мм рт. ст.ни ташкил қилди. 2-гуруҳдаги болаларнинг АҚБ САҚБ - $123,63 \pm 1,41$ ва ДАҚБ - $78,51 \pm 1,31$ мм рт. ст. ($P < 0,01$). АҚБ бу гуруҳдаги болаларда чегаравий кўрсаткичларда бўлиб, келажақда АГ га ўтиш хавфи бўлган омиллар гуруҳига қиради. Абдоминал семизлиги бор болаларда СК ошганлиги $0,389 \pm 0,012$ ммоль/л гача аниқланди; тананинг барча қисмларининг бир хил даражада ортиши билан кечадиган семизлиги бор болаларга нисбатдан – $0,223 \pm 0,011$ ммоль/л ни ташкил этди. АҚБ чегаравий ҳолатда бўлган болаларда СК даражаси баландлиги аниқланди ($0,402 \pm 0,130$ ммоль/л). Исботланган мусбат корреляция СК ва ТМИ, ҳамда АҚБ ўртасида аниқланди. Асосий гуруҳ болаларида глюкозанинг наҳордаги даражаси $5,08 \pm 0,04$ ммоль/л ни ташкил этди, семириш типидан қатъий назар, солиштирма гуруҳда бу кўрсаткич анча паст – $4,71 \pm 0,08$ ммоль/л ни ташкил этди. Шу гуруҳда ТМИ нинг ортиши ҳам ИРИ ($r = +0,608$) ва СК даражасининг ($r = +0,201$) ошиши билан кечган. Шунингдек, бу гуруҳда ИРИ ошиши билан липидлар алмашинувининг бузилиши, β-липопротеидлар ($r = +0,758$), триглицеридлар ($r = +0,740$) микдорининг ортиши кузатилган. Аниқландики, МСнинг хавф гуруҳига (АС + 1 критерия: углевод ёки липидли маркер, ёки АГ) 8 (30%) болаларда кузатилган бўлса, тўлиқ МС (АС + 2 ва ундан кўп қўшимча критериялар) 6 нафар болада (20%) кузатилди.

Хулосалар: Болаларда семизликка олиб келувчи хавф омилларига гиподинамия, юқори калорияли овқатлар сабаб бўлади. Абдоминал семизлик липидлар алмашинувининг бузилиши, АҚБ нинг ошиши, инсулинга резистентлиқнинг ортиши билан намоён бўлади. АС бор болаларнинг 1/5 да тўлиқ метаболик синдром аниқланди, 1/3 қисмида абдоминал семизлиги бор бўлган болаларда 1 та қўшимча мезон аниқланди ва бу эса бу гуруҳдаги болаларни метаболик синдром юзага чиқиш хавфи бор болалар гуруҳига қиритишга асос бўлади.

ПРИМЕНЕНИЕ А-ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Холмурадова З.Э., Ашурова А.Ж., Хайдарова Х.Р., Санакулов А.Б.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Ожирение как одна из основных причин глобального сердечно-сосудистого риска требует согласованного подхода к терапии, направленной на эффективную и долгосрочную потерю веса, что в отдаленной перспективе приведет к значительному снижению риска возникновения кардиоваскулярных осложнений, а также смежных факторов риска. Проблема лишнего веса встречается как среди мальчиков, так и среди девочек, причем любого возраста. Нередки случаи ожирения у грудных детей, что чаще всего связано с чрезмерно калорийным прикормом. Крайне редко лишний вес у малышей вызван гормональными нарушениями. В большинстве случаев причиной становится: генетическая предрасположенность; неправильный прикорм или перекармливание смесью, которая усваивается хуже материнского молока; нездоровые пищевые привычки в семье: фастфуд, переедание, перекусы, несбалансированное питание; низкая физическая активность: сегодня дети больше времени проводят за планшетами или компьютерами.

Тогда говорят об экзогенно-эндогенном ожирении, то есть зависящем только от внешних факторов и наследственности. Состояние матери во время беременности тоже играет роль: чрезмерный набор веса, диабет провоцируют ожирение у новорожденного. Малыш, чьи родители страдают ожирением, необязательно получит тот же диагноз, но он более склонен к перееданию хотя бы в силу неправильной привычек в семье

Цель исследования явилось изучение влияния метформина и α липовой кислоты на экзогенно-конституциональное ожирение у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было исследовано 32 ребенка с экзогенно-конституциональным ожирением, в возрасте от 13-18 лет. ИМТ составил в среднем $33,4 \pm 0,9$ кг/м². Дети были разделены на 2 группы: 1 составили 15 ребенка получивших только диетотерапию и метформин в дозе 1000 мг/сутки, 2 группу составили 17 детей получивших сочетание метформина и α -липовой кислоты 200 мг/сутки.

Результаты исследования. Проведенное нами исследование показало, что применение α липовой кислоты и метформина в терапии ожирения у детей в 2 раза повысило эффективность лечения по сравнению с группой пациентов, применявших лишь метформин. В ходе проведенного лечения снижение массы тела было отмечено у 88,2% пациентов основной группы и 73,3% детей группы сравнения. В среднем пациенты, получившие α липовую кислоту и метформин, сбросили по $4,3 \pm 2,5$ кг, в то время как в группе сравнения снижение массы тела в среднем не превышало $2,4 \pm 0,8$ кг. По отношению к массе тела до начала лечения этот показатель соответствовал в среднем снижению веса у детей и подростков на $7,3 \pm 1,0\%$ при использовании α липовой кислоты, в то время как пациенты в группе, получившей традиционное лечение, смогли избавиться только от $2,4 \pm 0,9\%$ своей массы. При этом

применение α липовой кислоты приводило к изменению поведения в еде, что в значительной мере снизило неконтролируемые приемы пищи. Следует отметить, что α липовая кислота хорошо переносилась всеми пациентами, ее применение не вызывало каких-либо побочных действий.

Выводы: таким образом, на современном этапе существует явная необходимость в разработке глобальной стратегии борьбы с избыточным весом и ожирением. Раннее выявление детей, относящихся к группе риска, и своевременное начало лечебно-профилактических мероприятий может предотвратить или, по крайней мере, значительно замедлить формирование характерных для ожирения факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим схема комбинированного применения альфа липоевой кислоты и метформина может с успехом применяться у детей с экзогенно-конституциональным ожирением.

ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУСЛАР ФУНКЦИЯЛАРИ БУЗИЛИШНИНГ, РИВОЖЛАНИШ ХАВФИНИ ИСБОТЛИ ТИББИЁТ НУКТАИ – НАЗАРИДА МАТЕМАТИК БАҲОЛАШ.

**Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Изланиш долзарблиги. Ҳозирги вақтда соматик касалликлар прогнози ва ташхисини ҳисобланган усулда таҳлил қилиш ишлаб чиқилган. Аммо, БА касаллиги прогнози, БАда вегетатив ва тиреоид статуслар бузилиши (ВТСБ) ни клиник-анамнестик текширувлари ўтказилмаган.

Изланиш мақсади. Болаларда бронхиал астмада вегетатив ва тиреоид статусларни функциялари бузилишининг, ривожланиш хавфини исботли тиббиёт нуқтаи – назарида математик баҳолашни ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Ўз қарашларимизда, БА нинг олдини олишда, БА (ВТСБ) билан кечувчи ривожланиш хавфини турли прогностик мезонлар ёрдамида баҳолаш йўли билан текшириш ва шунга яраша замонавий даволаш олиб боришни режалаштирдик.

Е. Н. Шиганнинг жадал кўрсаткичларни меъёрлаштириш (ЖКМ) усули, Байеснинг ишончли усуллари анамнезга асосланган ва клиник симптоматикага таянган ҳолда прогностикани ўзига асос қилиб олади.

Прогностик жадвални тузиш учун мос келувчи прогностик кўрсаткичлари градацияси керакли омил саналади.

Нисбий хавф кўрсаткичини (R) қабул қилиш, касалликка олиб келувчи омиллар аҳамияти ва унинг градацияни аниқлашда керак бўлади.

Бу кўрсаткич ҳар бир алоҳида омилни, жадал кўрсаткич даражаси (с) ни минимал кўрсаткич (d)га муносабати ($R = c/d$) билан ифодалаб топилади.

Агар омил таъсир кўрсатмаса, бирлик тенг саналади. R қанча юқори бўлса, бундай турдаги патологиялар келиб чиқиши учун хавф юқорилигини кўрсатади.

Бу усулнинг мазмунидан шундай яқун яшаш мумкинлики, меъёрий жадал кўрсаткич (МЖК) нинг одатдаги ифодаси қўйидаги формула асосида ҳисоблаб топилади: $N = r/M$, r – ВТСБ нинг юзга нисбат олинган кўрсаткичи, N – меъёрий жадал кўрсаткич, M – “меъёрлаштирувчи кўрсаткич”

Бу ҳолда меъёрий кўрсаткич сифати ВТСБ нинг ўртача частотаси барча текширилувчиларни (100 га нисбат олган ҳолдаги) ҳисобланган натижасига асослаб топилади.

Масалан, БА ни келиб чиқиш частотаси бемор болаларда 37,5 ВТСБ частотаси 55,6 дан иборат. Бунда ҳамма текширилувчилар кўрсаткичи 48,1 дан ташкил топади.

Бу ўлчам худди “меъёрлаштирувчи” (M) кўрсаткичдек қабул қилинади.

Мувофиқ келувчи ўлчамни қабул қилинган формулага қўйишдан биз, қўйидаги меъёрий жадал кўрсаткич (МЖК) ни олдик: БА билан хасталанган беморларда меъёрий жадал кўрсаткич $MЖК 1 = 37,5/48,1 = 0,78$ – $MЖК 2 = 55,6/48,1 = 1,12$. Нисбий хавф кўрсаткичини (R) = $1,12/0,78 = 1,44$ га тенг бўлди.

Хулоса. Меъёрий жадал кўрсаткич МЖК қолган барча омилларда аналогик ҳисоблаб топилади. МЖК ва бошланғич стандартлардан олинган маълумотлар, ВТСБ юзга келиш хавфини яхлитлашни баҳолаш ёрдамида алоҳида омил сифатида ва унинг комплекси сифатида қабул қилинади.

ВТСБ ривожланишида омиллар турли куч билан таъсир қилади.

Шунинг учун биз ҳар бир омилнинг нисбий хавф кўрсаткичини аҳамиятли сифатида кўриб, уни шу усул ёрдамида натижаларини баҳолаймиз.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТЛАРИДА БРОНХИАЛ АСТМА КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ.

**Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Изланиш долзарблиги. Болалар организмда қалқонсимон без гормонлари ҳамма турдаги моддалар алмашинувида иштирок этади: ҳамма ҳужайраларга таъсир қилади, тўқима нафасида иштирок этади. Шунинг учун тиреоид гормонларнинг аҳамиятсиз даражадаги дисфункцияси жиддий ва ҳатто, қайтмас жараёнлар келиб чиқишига сабаб бўлади.

Изланиш мақсади. Қалқонсимон безнинг турли функционал ҳолатларида бронхиал астма клиник белгиларининг турли функционал хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг

клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. 1 гуруҳдаги болаларда қалқонсимон без фаолияти сақланган, 2 – гуруҳда эса унинг фаолияти пасайган.

1 гуруҳдаги болаларда енгил даража 32 (66,7%) ва – 2 гуруҳда 4 (7,4%) ўрта даража 1 гуруҳдаги болаларда – 10 (20,8%) ва 2 гуруҳда – 7 (13,0%) ва ниҳоят оғир даража 1 гуруҳдаги болаларда 2 гуруҳда – 6 (12,5%) ва 2 гуруҳда 43 (79,6%) ни ташкил қилди.

Олинган натижалардан маълум бўлдики, қалқонсимон без функциясининг тўлиқ пасайиши кузатилди. Қалқонсимон без гипофункцияси турлича кўринишдаги клиник хусусиятлар билан ифодаланиб, улардан кўпи номахсус бўлиб, унинг таххислаш қийинлиги ва уни ўз вақтида аниқлаш талаб этилади.

1 гуруҳдаги болаларда трийодтиронин 12,1% гача пасайди 2 – назорат гуруҳида 41,1%, тироксин даражаси эса, 1 – гуруҳдаги болаларда сезиларсиз, 4,4%, 2 – гуруҳдаги болаларда эса 52,2% гача пасайганлиги кузатилди ($P < 0,001$).

Тиреоид гормонлар даражаси пасайишининг нафас олишга таъсири шундай механизмлар билан амалга ошадики, ўпкада гиповентиляцияси ривожланиши ва уни кислородга бўлган метаболик талабининг камайиши, чап коринчада босим ортиши, ўпка ва респиратор мускуллари тузилишининг ўзгариши, гематокрит ортиши, мия соҳасида нафас назоратини таъминловчи нейротрансмиттерлар (серотонин, гистамина) лар ўзгариши.

Мактаб ёшидаги болалардаги ҚБ гипофункциясини артериал гипертензия билан аналогик алоқаси аниқланилиб, бу ҳолат Ўзбекистон ҳудудида шунга ўхшаш текширув олиб борган бошқа олимлар текширувларидан ҳам аниқланилиб, гипотиреоз беморлар қонида ренин-ангиотензин-альдостерон даражаси бирмунча пасайган.

Бизнингча, дистония туфайли ренин-ангиотензин-альдостерон тизимидаги ўзгаришлар организмда натрийни ушланиб қолиши, натижада хужайра ташқарисидаги суюкликнинг ортиши, гломеруляр коптокчада буйрак филтрацияси пасайишига ёрдам беради ва каналчаларда натрий реарбсорбциясини оширади.

Хулоса. Шундай экан, Фарғона водийси ҳудудидаги болаларда бронхиал астма хуружи кўп ҳолларда, ҚБ функцияси пасайиши фонида кечади ва ҚБ функцияси пасайишининг кўплаб махсус клиник белгилари асосий касаллик белгилари остига “яширинади”.

Тиреоид аппарат функцияси активлигининг пасайиши оғир кечади, кўпинча астматик статус ривожланиши, қон айланиш тизимидаги яллиғланиш жараёнларининг жадаллашуви, яллиғланишга қарши даволаш самарасизлиги кузатилади.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ВЕГЕТАТИВНОГО И ТИРЕОИДНОГО СТАТУСОВ

Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, от астмы страдают более 3% жителей Земли (235 млн человек). Согласно другим оценкам, этот показатель выше и достигает 340 млн человек. Астма является самой распространенной хронической болезнью среди детей.

Цель исследования. С целью изучения факторов риска возникновения у детей с бронхиальной астмой нарушений вегетативного и тиреоидного статусов мы провели анализ клинико-anamнестических данных.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. Исследование анамнеза показало, что осложненное течение беременности наблюдалось у 9 (18,8%) матерей детей 1 группы и у - 13 (24,1%) 2 группы.

Инфекционные заболевания во время беременности, в частности ОРВИ отмечались у 21 (43,8%) и у 36 (66,7%) матерей детей по группам соответственно ($P < 0,001$). Количество матерей детей 1 группы с преэклампсией превышало контрольные значения в 4 раза, у матерей – 2 группы в 6 раз. Такая же картина наблюдалась у других показателей Исходя из данных мы делаем вывод, что почти все показатели значительно с высокой степенью достоверности ($P < 0,01$, $P < 0,001$) превышают контрольные.

Аллергическая предрасположенность организма ребенка является одним из факторов риска и пусковым механизмом нарушения функции щитовидной железы и ВНС.

Анализ аллергологического анамнеза показал, что у 32 (80,0%) детей контрольной группы, у 10 (20,8%) - 1 группы и у 8 (14,8%). В 1 группе детей отягощенная аллергическая наследственность по обеим линиям (отцовской и материнской) была выявлена в 12 (25,0%) случаев, причем по материнской линии – в 15 (31,3%), по отцовской линии - 11 (22,9%). Во 2 группе детей отягощенность аллергологического анамнеза наблюдалась в 15 (27,8%) случаев, причем по материнской линии – в 17 (31,5%), по отцовской линии - 14 (25,9%).

У большинства детей 2 группы - 26 (48,1%), наряду с БА был выявлен аллергический ринит ($P < 0,01$), что в 2,4 раза превышало его наличие у больных детей 1 группы, аллергический риносинусит в 2,5 раза у больных детей 2 группы превышал, чем у детей 1 группы. Ларинготрахеит в 1 группе наблюдался у 2 (4,2%) и у 4 (7,4%) – во 2 группе. Это само по себе тяжелое заболевание, оно очень сильно отягощает состояние ребенка, в 1 случае привел к смертельному исходу. Эти сопутствующие заболевания, создавая аллергический фон, усугубляют состояние больного ребенка.

Одними из частых жалоб больных детей БА 1 группы и пониженной функцией ЩЖ были субъективные ощущения в виде утомляемости, слабости и сонливости у 1 (2,1%) детей 1 группы и у 35 (64,8%) ($P < 0,001$) Нарушения функции ЦНС у больных с пониженной функцией ЩЖ, т.е. у детей 2 группы проявлялись, прежде всего, раздражительностью, беспокойством (50,0%), нарушением сна и памяти.

Вывод: Таким образом, течение бронхиальной астмы у детей сопровождается значительными нарушениями функции внешнего дыхания, что может явиться основой для развития дыхательной недостаточности и функциональных расстройств со стороны многих органов и систем.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО И ТИРЕОИДНОГО СТАТУСОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время разработаны вычислительные методы диагностики и прогнозирования ряда соматических заболеваний, однако прогнозирование заболеваний бронхиальной астмы (БА), в частности, БА с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов (НВТС), по клиничко-анамнестическим данным не проводилось.

Цель исследования. Изучить математическую оценку риска развития нарушения функций вегетативного и тиреоидного статусов с точки зрения доказательной медицины

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клиничко-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. Суть метода заключается в том, что вместо обычных интенсивных показателей используют НИП, который можно рассчитать по формуле: $N = r/M$, где: N – нормированный интенсивный показатель (НИП), r – интенсивный показатель НВТС на сто обследованных, M – «нормирующий показатель».

В качестве нормирующей величины в данном случае принимается средняя частота НВТС по данным всего исследования (на 100 обследованных).

Например, у больных детей частота возникновения БА составляет 37,5, а частота возникновения НВТС составила 55,6. Тот же показатель среди всех обследованных составил 48,1. Эта величина была взята как «нормирующий» показатель (M). Подставив в приведенную формулу соответствующие величины, мы получили следующие нормированные интенсивные показатели: у больных БА $НИП1 = 37,5/48,1 = 0,78$, а больных НВТС – $НИП2 = 55,6/48,1 = 1,12$. Показатель относительного риска (R) = $1,12/0,78 = 1,44$.

Аналогично рассчитывались НИП по всем остальным факторам риска. Полученные НИП и являются тем исходным стандартом, с помощью которого можно дать интегрированную оценку риска возникновения НВТС как по отдельному фактору, так и по их комплексу.

Как известно, факторы имеют различную силу влияния на развитие НВТС. Поэтому мы учли и значение показателя относительного риска по каждому фактору. Зная показатель относительного риска (R) возникновения заболевания и нормированный интенсивный показатель (N), можно определить силу влияния на возникновение НВТС каждого отдельно взятого фактора, т.е. прогностический коэффициент (X).

Эта величина определяется так: $X = R \cdot N$, где X – интегрированный показатель риска от силы влияния отдельного фактора (прогностический коэффициент); N – НИП НВТС; R – показатель относительного риска.

Если учесть, что в нашем примере показатель относительного риска (R) составлял 1,44, $НИП1 = 0,78$, $НИП2 = 1,12$, то интегрированный показатель силы влияния каждого отдельного фактора, т.е. прогностический коэффициент, составил:

$1,44 \cdot 0,78 = 1,12$, минимальное значение;

$1,44 \cdot 1,12 = 1,61$, максимальное значение.

Вывод: Таким образом, изменения со стороны гормональной системы у больных БА находятся в состоянии защитной адаптации с быстрым истощением этих процессов при тяжёлом течении БА, что сопровождается гормональным дисбалансом.

Клинические проявления гипопункции ЩЖ разнообразны, многие из них неспецифичны, с чем и связаны определённые трудности в её своевременном распознавании. В связи с этим, нами сделана попытка выявить специфические жалобы больных БА относительно гипопункции щитовидной железы.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В научных исследованиях, посвященных БА, не проводилось сопоставление изменений показателей тиреоидной функции при различной тяжести течения этого заболевания, что имеет, на наш взгляд, чрезвычайно важное значение в отношении лиц, проживающих в регионах зобной эндемии, одним из которых является Ферганская долина Республики Узбекистан. С другой стороны, гормоны ЩЖ оказывают существенное влияние на респираторную систему. Так, влияние гормонов ЩЖ на формирование дыхательной системы выявлено уже на стадии внутриутробного развития.

Цель исследования. Изучить функциональное состояние щитовидной железы при различных степенях тяжести бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клиничко-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. Дисфункция щитовидной железы наблюдалась у больных детей 2 группы, так

как при разделении обследованных детей на группы мы в 1 группу сравнения включали детей с сохраненной функцией щитовидной железы и без вегетативных нарушений. Результаты изучения функционального состояния ЩЖ у детей с БА показали что с усугублением тяжести течения БА происходит снижение тиреоидной функции. Так, у больных с легкой и средней степенями тяжести течения БА имеет место достоверное снижение концентрации гормонов трийодтиронина и тироксина. Однако, несмотря на это, отмечается положительная ответная реакция со стороны ТТТ ($P < 0,01$). У детей с тяжелой степенью БА отмечен достоверный рост секреции ТТГ ($P < 0,001$) на фоне резкого снижения трийодтиронина и тироксина ($p < 0,001$). Учитывая наличие эндокринных механизмов адаптации при БА, снижение уровня T_4 является, очевидно, результатом интенсивного превращения его в более активный T_3 в условиях повышенной активности симпатoadренальной системы на фоне постоянно повторяющихся стрессовых ситуаций. Достоверное повышение ТТГ в фазе обострения при тяжелой астме на фоне увеличения коэффициента ТТГ/ T_3 и снижения ТИ ($P < 0,001$) свидетельствует о наиболее выраженном дефиците гормонов ЩЗ у больных с тяжелой БА.

Труднообратимость обструкции дыхательных путей на фоне "лабораторного гипотиреоза" может свидетельствовать о неадекватном повышении уровня ТГ, недостаточном для поддержания окислительно-восстановительных процессов на необходимом уровне. Это объясняется наличием отечного механизма бронхообструкции.

Особый интерес представляет изучение концентрации свободного тироксина в сыворотке крови. Так, концентрация данного гормона оказалась достоверно низкая у больных с легкой БА ($P < 0,001$), а у больных с тяжелой астмой оказалась еще ниже по сравнению с легкой и среднетяжелой БА ($P < 0,001$). Следовательно, определение данного гормона является актуальным для выявления субклинического течения заболеваний щитовидной железы, при которых уровень общего T_3 и T_4 остается нормальным.

Вывод: Результаты изучения некоторых иммунологических показателей ЩЖ позволили нам установить, что аутоантитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину начали выявляться уже у больных с легкой БА, максимальная концентрация которых выявлялась у больных тяжелой астмой ($P < 0,001$). Полученные нами результаты подчёркивают, что присутствие АТ-ТГ связано с аутоиммунным поражением ЩЖ.

БОЛАЛАРДАГИ ГЕМОЛИТИК АНЕМИАНИ ДАВОЛАШДА СПИРУЛИНАНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Худойбердиева Х.Т., Арзикулов А.Ш., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти

Маълумки, болалар ўртасида учрайдиган анемиянинг огир турларидан бири гемолитик анемия ҳисобланади. Гемолитик анемияни эрта аниқлаш, даволаш ва профилактикасининг самарали усуллари талаб даражасида эмаслиги, бу касалликни ўз вақтида аниқлаб, даво ва профилактик чоралар қўришга имкон бермайди. Амалиётда бу касаллик ҳар доим ҳам эрта аниқланмайди. Бу касаллик билан оғриган болаларга қўпинча темир танқислиги анемияси диагнози қўйилиб, темир препаратлари билан даволанади. Натижада боланинг ҳолати ёмонлашади.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда гемолитик анемия диагнози билан диспансер ҳисобига олинган болаларни спирулина билан даволаш мақсад қилиб олинди.

Амбулатор шароитда 17 нафар болага даволаш муолажаси ўтказилди. Уларнинг ёши 5-15 ёшда. Шундан 10 таси ўғил болалар, 7 таси киз болалар. Гемолитик анемия диагнози стационар шароитида текширилиб, миелограммада ўз тасдиғини топган. Бемор болалардаги клиник белгилар тери қопламлари ва шиллик қаватларнинг сариклиги, спленомегалия, гепатомегалия, скелетдаги ўзгаришлар. Биокимёвий текширувлардан билирубиннинг борланмаган фракцияси ортган, умумий оксил микдори камайган. Периферик қонда нормохром анемия қўзатилган.

Кузатувдаги болаларга микросув ўтининг тоза табиий қуқунидан тайёрланган спирулина таблеткаси буюрилди. Спирулина таблеткалари Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан 2004 йил 15 декабрь ойида 012-3/1685 сонли рўйхатдан ўтказилган. Спирулина таркиби: 18 хил аминокислота, 60 дан ортик микроэлементлар, 13 хил витаминлар хлорофилл ва бошқа элементлар мавжуд. Оксил микдори 65-70% ни ташкил қилади. Шу билан бирга спирулина ўта кучли антиоксидант бўлиб, моддалар алмашувини яхшилайти, иммунитетни оширади, хужайралар регенерациясини кучайтиради, қондаги шакар, холестерин, триглицеридлар микдорини маромга солади. Озуқа голаларига бой булганлиги туфайли ичаклардаги шлақларни, ортикча йрлари, токсинларни ва парчаланишидан ҳосил булган моддаларни чиқариб ташлайди. Натижада ичак микрофлораси маромга келади.

7 ёшгача булган бемор болаларга 0,5 г дан 2 маҳал, 7 ёшдан катталарга 1,0 г дан 2 маҳал овқатдан кейин 3 ой мобайнида буюрилди. Даволаш курси давомида геридида узгаришлар 25-30 чи кунлари йуқолди, жигар ва талок улчаиларининг меъёрлашиши 30-35 чи кунларга тугри келди. Гемоглобин даражаси 35-40 чи кунлардан 10 г/л га ва эритроцитлар сони 1,0 х 12/л га ортганлиги аниқланди. Қўсаткичларнинг барчаси 90 кун мобайнида меъёрлашди.

Шуни қилиб, болаларда учрайдиган гемолитик анемияни даволашда спирулина самарали препарат ҳисобланади.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Худойбердиева Х.Т., Арзикулов А.Ш., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.

Андижонский государственный медицинский институт

Клиническая характеристика детей с железодефицитной анемией (ЖДА) показала, что изменения со стороны сердечно - сосудистой системы с возрастом увеличиваются и достигают максимума к школьному возрасту.

Исследования вегетативного гомеостаза, как один из регулирующих звеньев процесса эритропоэза, у детей с дефицитом железа не проводились.

В данной работе основной задачей явилось изучение состояния вегетативного гомеостаза с помощью кардис интервалографии (КИГ) в покое и при функциональной нагрузке.

С этой целью нами обследовано 131 больных железодефицитной анемией в возрасте 7-16 лет.

Кардиоинтервалограммы регистрировали на основании ЭКГ, записанной на электрокардиографе Cardiomax - FX - 326 (Япония) во II стандартном отведении в утренние часы в состоянии покоя и при нагрузке. Для построения КИГ определяли продолжительность кардиоциклов в 120 последовательных сердечных циклах.

Анализ полученных данных показал, что исходное состояние вегетативного тонуса характеризуется значительным увеличением случаев исходной симпатикотонии (43,9%) и эйтонии (41,5%) по сравнению с ваготонией (14,6%), однако это состояние лабильно, что выявляется при нагрузочной пробе (клинортостатическая проба): увеличиваются случаи гиперсимпатикотонической реактивности - при эйтонии (41,2%, $P < 0,05$), ваготонии (66,6%, $P < 0,01$) и симпатикотонии (33,3%, $P < 0,05$).

Изучение структуры сердечного ритма в сравнительном аспекте у здоровых детей показало напряженность компенсаторных механизмов, высокий уровень функционирования симпатического звена вегетативной нервной системы (АМо - 23,6%; $P < 0,05$) и центрального (адренергического) контура регуляции (ННt -128,9; $P < 0,01$, АМо/ 4 X - 159,6 $P < 0,01$), уменьшение холинэргической реакции сердечного ритма (ДХ - 0,23; $P < 0,05$). Эти данные зависели от исходного вегетативного тонуса, что выражено при симпатикотонии (АМо - 34,5%; $P < 0,05$; ИНt-294,4; $P < 0,01$; АМо/ Д X - 340,3 $P < 0,001$).

Нами отмечено, что у девочек с ЖДА при исходной эйтонии также определяется некоторое напряжение адаптивных механизмов структуры сердечного ритма (ННt, -67,4; АМо/ Д X -95,1).

Динамика структуры сердечного ритма у детей с ЖДА в ходе выполнения клинортостатической пробы показала незрелость вегетативной регуляции сердца, что выражалось в процентных соотношениях АМо (+77,4%; $P < 0,05$); ИНt (+ 634,1%, $P < 0,01$; АМо/ Д X + 326,7% $P < 0,001$) при исходной ваготонии и эйтонии ННt (+276,4%; $P < 0/001$; АМо/ Д X (+ 162,9 $P < 0,001$).

Указанные механизмы регуляции ритма сердца у девочек-подростков с ЖДА являются несовершенными и таят в себе опасность перенапряжения и срыва адаптации с развитием патологического процесса со стороны сердечно - сосудистой системы, что необходимо учитывать в процессе лечения и профилактики таких больных.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хомидова М.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: Установить факторы риска и основные патогенетические механизмы поражения сердечно-сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста для оптимизации дифференцированной терапии и улучшения прогноза сердечно-сосудистых нарушений.

Методы исследования: Настоящая работа выполнена в отделении патологии детей раннего возраста Андижанской детской городской больницы являющейся клинической базой кафедры педиатрии АГМИ.

Результаты исследования: У большинства детей раннего возраста (80%) острые респираторные заболевания, протекающие с обструктивным синдромом, сопровождаются транзиторным повышением уровня антикардиальных антител к проводящей системе, кардиомиоцитам, гладкой мускулатуре миокарда.

Комплексная оценка выраженности клинических симптомов (частота дыхания, степень выраженности гипоксии по данным сатурации кислорода, тахисистолия), электрофизиологических изменений и маркеров поражений миокарда позволяет с вероятностью до 93% прогнозировать развитие нарушений адаптации сердечно-сосудистой системы при бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста.

У детей первого года жизни острые респираторные заболевания с бронхиальной обструкцией сопровождаются снижением в 2,5 раза концентрации общего интерферона в сыворотке крови также сниженной способностью лейкоцитов к выработке индуцированных а, и у интерферонов, повышением провоспалительных цитокинов (СЭ25,С071) и активацией апоптоза (С095). Выявленные нарушения в большей степени характерны для детей с нарушением адаптации сердечно-сосудистой системы.

Острый обструктивный синдром при инфекционных респираторных заболеваниях сопровождается активацией процессов перекисного окисления липидов в виде повышения малонового диальдегида, снижения активности супероксидсмутазы и уровня аскорбиновой кислоты в сыворотке крови, выраженность которых коррелирует с тяжестью течения основного заболевания и степенью нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы.

Дифференцированная коррекция метаболических и иммунных нарушений в острый период бронхиальной обструкции у детей раннего возраста, наряду с общепринятым лечением острых респираторных заболеваний, включает применение антиоксидантов и мембраностабилизаторов. Сохраняющееся повышение уровня антикардиальных антител вне обострения острых респираторных заболеваний диктует необходимость длительного диспансерного наблюдения и коррекции иммунных нарушений.

Выводы: Наличие нарушений адаптации сердечно-сосудистой системы у детей с острыми респираторными заболеваниями, протекающими с бронхиальной обструкцией, диктует необходимость их наблюдения в катамнезе, кратность и объем которого определяется длительностью и характером сохраняющихся нарушений сердечно-сосудистой системы. При клиническом выздоровлении рекомендуется наблюдение кардиолога в течение 2-3 лет, с контрольным ЭКГ, на протяжении первого года с контролем ЭКГ 1 раз в 3 -6 мес., далее 1 раз в 6 мес. При неэффективности проводимой терапии или отрицательной динамике по данным ЭКГ показана госпитализация в специализированный кардиологический центр.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хомидова М.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Провести комплексную оценку факторов риска для разработки критериев прогнозирования развития дыхательных расстройств и их инфекционных осложнений у новорожденных.

Материалы и методы исследования: Характер исследования: клиническое, экспериментальное, прогностическое. Основано на проверяющей гипотезе, по типу «случай - контроль». Для выполнения задач исследования сформированы две выборки новорожденных. Доношенные пациенты (n=127) представлены подгруппами здоровых детей без дыхательных расстройств - «контроль 1» (n=100) и большими пневмонией - «больные 1», (n=27). Группа недоношенных пациентов (n=81) представлена недоношенными без дыхательных расстройств - «контроль 2» (n~27) и больными с респираторным дистресс-синдромом новорожденных - «больные 2» (n=54).

Результаты исследования: В результате проведенных исследований установлены следующие факты. Из клинических показателей существенным фактором для развития пневмонии у доношенных новорожденных является асфиксия. Оценка по шкале Апгар до 7 баллов на 5-й минуте жизни имела статистически значимую разницу (24% в «контроле 1» против 97% у «больных 1», $p=0.001$) и явилась фактором риска развития пневмонии: $OR=82.33$; 95% CI 11.82 -1685.03.

Отметим, что асфиксия при рождении является наиболее важным прогностическим признаком пневмонии. Гестационный возраст в подгруппе больных пневмонией имеет тенденцию к уменьшению до 37-38 недель. Возрастной интервал матерей у пациентов, больных пневмонией, характеризуется такими крайними точками, как 16 лет и старше 36 лет. Последнее подтверждает влияние биологического возраста матери на развитие заболеваний у новорожденных. Масса при рождении как критерий здоровья ребенка также подтвердила свою значимость для прогноза, поскольку видно, что данный параметр у новорожденных, больных пневмонией, находится на крайней границе нормы для доношенных детей (в интервале 2353-2594 г.). Длительный безводный период (более 24 часов) также является фактором риска развития пневмонии. Потребность в проведении респираторной терапии сразу после рождения, сопряженная с асфиксией, приводит к вторичному дефициту сурфактанта и повреждению легких. Следовательно, логично служит прогностическим признаком развития пневмонии у новорожденных.

Выводы: 1. Факторами риска пневмонии у доношенных новорожденных являются: гестоз, хроническая фетоплацентарная недостаточность, отслойка плаценты, оперативное родоразрешение у матери, мужской пол, асфиксия при рождении. Факторами риска респираторного дистресс-синдрома у недоношенных новорожденных являются: хроническая фетоплацентарная недостаточность, острые воспалительные заболевания матери во время данной беременности.

2. Аллель С полиморфного локуса 15800T 4 экзона гена БИТВ и аллель в полиморфного локуса 252A>0 гена БТА являются факторами риска развития респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

3. Возможно вычислительное прогнозирование риска развития пневмонии и респираторного дистресс-синдрома у новорожденных с использованием прогностических таблиц.

4. Полиморфные варианты гена И-1Ш ассоциированы с развитием инфекционных осложнений (сепсиса) у новорожденных.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хомидова М.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Установить факторы риска и основные патогенетические механизмы поражения сердечно-сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста для оптимизации дифференцированной терапии и улучшения прогноза сердечно-сосудистых нарушений.

Методы исследования: Настоящая работа выполнена в отделении патологии детей раннего возраста Андижанской детской городской больницы, являющейся клинической базой кафедры педиатрии АГМИ.

Результаты исследования и их обсуждение: Этиология острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста.

Острые респираторные заболевания, протекающие с развитием бронхиальной обструкции, в целом, у детей раннего возраста чаще развиваются при наличии аденовирусной (42%) и РС вирусной (43%) инфекциях. У детей в возрасте 2-3 лет БОС достоверно чаще развивался на фоне РС вирусной инфекции (39%) ($p<0,005$), тогда как у больных первого года жизни причиной БОС являлось сочетание РС и аденовируса (29%) (табл.3). Наряду с вирусной этиологией острых респираторных заболеваний БОС также ассоциировалась с микоплазменной инфекцией, вызванной *Mycoplasma pneumoniae* (18%), которая определялась одинаково часто как у детей первого года жизни, так и у более старших больных, тогда как БОС, обусловленный *Chlamidia pneumoniae* в 3 раза чаще встречался у детей первого года жизни (12%).

Проведенные исследования показали, что при микоплазменной инфекции у половины больных острый бронхообструктивный синдром сопровождается нарушением деятельности ССС, реже данные изменения встречались при аденовирусной (5%) и риносинцитиальной вирусной (3%) этиологии.

Корреляционный анализ показал наличие достоверной прямой корреляционной зависимости между развитием нарушения деятельности ССС и микоплазменной этиологией БОС ($r=0,65$, $p<0,005$), в случае аденовирусной и риносинцитиальной этиологии БОС эта зависимость была менее выражена и составляла $r=0,45$ ($p<0,005$) и $r=0,40$, ($p<0,005$) соответственно.

Выводы: 1. Ведущая роль в этиологии обструктивного бронхита при остром респираторном заболевании принадлежит аденовирусу, риносинцитиальному вирусу или их сочетанию (66%). У 18 % детей раннего возраста обструктивный бронхит обусловлен микоплазменной и хламидийной инфекцией (8%).

2. Острый период бронхиальной обструкции инфекционного генеза у всех детей раннего возраста характеризуется вовлечением в патологический процесс сердечно-сосудистой системы и у 45% детей протекает с формированием стойких нарушений сердечно-сосудистой деятельности.

Бронхообструктивный синдром у всех детей раннего возраста сопровождается тахисистолией и электрофизиологическими изменениями миокарда в виде нарушений сердечного ритма (4%), нарушений проводимости (7%) и нарушений процесса реполяризации в миокарде желудочков (35%), степень выраженности и устойчивость которых отражает степень нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы.

4. Повышение уровня специфического (тропонина Т) и неспецифических (КФК МВ и ЛДГ 1) маркеров повреждения миокарда отражают патофизиологический процесс формирования нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы в острый период бронхиальной обструкции.

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ЮРАК ЭЛЕКТРИК ФАОЛЛИГИ ВА ТУРГУНЛИГИНИ ЎРГАНИШ МАСАЛАСИ.

**Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Ахрорхонов Р.А., Мирзаева З.У.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Амалий электрокардиографияда юрак биоэлектрик потенциаллари микродий баҳолаш катта ахамият касб этади. Юракни, хусусан қоринчалар фаоллиги ва турғунлигини ўрганишга доир интеграл кўрсаткичларга ЭКГ ни айрим интервалларини ўрганиш керак. QT / PT қоринчалар электрик систоласи даврини, қоринчалар электрик турғун даврига ўзаро нисбати. TP / PT миокардни электрик турғун даврини, унинг электрик фаоллик даврига ўзаро нисбати.

Соғлом ўқувчиларда юракни электрик фаоллигини умумий давомийлиги барча ҳолатларда статистик жиҳатдан (P-T) юракни умумий электрик стабиллигига нисбатан олинади. (P<0,05 -0,01) T-P кейингиси ёш ўтган сари кучайиб боради ва бу TP/PT (P<0,05-0,01) нисбатини орттиришига олиб келади ва бу электрик тинчлик даврини ахамиятидан далолат беради. Ёш ўтиши билан қоринчалар электрик фаоллик давомийлигига нисбатан сезиларли ўзгармайди. QT/ PT у ўртача юракни умумий электрик фаоллигининг 70-75% ни ташкил қилади. Қоринчалар электрик фаоллик (QT) ва турғунлик давирлари (TQ) ёш ўтиши билан узайиб боради. Бу ўз навбатида QT/TQ нисбатини камайтиришга олиб келади ва қоринчалар фаолияти учун қулай шароит яратилади. Бу интеграл кўрсаткичлар амалиётда миокардни функционал фаолиятини аниқлашга имконият беради.

ЮРАК РИТМИ ВА ЎТКАЗУВЧАНЛИГИ БУЗУЛГАН БОЛАЛАРДА ДЕРМАТОГЛИФИК ХУСУСИЯТЛАРИНИНГ ТЕКШИРУВЛАРИНИ ДАСТЛАБКИ ТАХЛИЛЛАРИ.

**Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Тоғаев Б.К.
Андижон Давлат Тиббиёт Институти**

Болаларда юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузулиши клиник педиатриянинг энг оғир ва мураккаб бўлими ҳисобланади. Бунга аритмия шакллари турли туманлиги, ташхислашни қийинлиги, кўп ҳолларда эффе́ктив даво воситалари ва чораларининг йўқлиги, қўйилмаганда параксизм ва бошқа асоратларининг пайдо бўлиши, аксарият ҳолларда болаларнинг тўсатдан ўлими ва оғир ногиронликка сабаб бўлади. (М.Б. Кубергер 1983).

Кардиологик клиникаларда юрак ритми ва ўтказувчанлигини бузулиши билан даволанаётган болалар орасида айрим фенотипик хусусиятли болалар ҳам учрайди.

Биз юрак ритми ва ўтказувчанлигини ҳар хил турдаги бузулишлари билан даволанаётган 135 та ўқувчи болаларни дерматоглифик хусусиятларини ўрганиб чиқишга ҳаракат қилдик, назорат гуруҳи сифатида шунча соғлом бола олинди.

Дерматоглифлар босмаси қабул қилинган усул бўйича топографик бўёқ ёрдамида олинди. Г.Д. Глаткова (1966) усулида тахлил қилинди.

Текширув тахлилларининг кўрсатишича панжа қафт дерматоглификаси аритмияси бор болаларда ўзига хос фаркланади.

Чап қафт ёйи бўйича (А) ушбу хусусиятлар 31,4% (назорат гуруҳида 47,3%), ўнг қафт бўйича 40,5% (назорат гуруҳида 51,2%) учрайди.

Нақшинкор излар (W) 42,5% (назорат гуруҳида 50,7%), улнар халқалар 61,8% (назорат гуруҳида 67,7%), радиал халқалар 9,07% (назорат гуруҳида 7,93%) учрайди.

Шуни тақидлаш жоизки ўнг ва чап қафтдаги панжа нақшлари маълум қонуниятга кўра тарқалган. Шунинг учун улнар халқалар ўнг қўл бармоқларида кўпроқ учрайди. Юқорида қайд этилган маълумотларни ҳисобга олган ҳолда шундай хулоса қилиш мумкин: Аритмияси бор болаларда дерматоглифик хусусиятларни ўрганиш қимматли маълумотларни бериш ва юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузулишини ташхислашда қўшимча мезон бўлиб хизмат қилиши мумкин.

ҚОРИНЧАЛАРНИНГ ЭРТА ҚЎЗГАЛУВЧАНЛИК СИНДРОМИ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ВЕГЕТАТИВ ГОМЕОСТАЗ ҲОЛАТИ.

**Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Фозилов С.А.
Андижон Давлат Тиббиёт Институти**

WPW синдроми билан касалланган болаларда вегетатив гомеостаз ҳолатини ўрганиш мазкур ишнинг мақсади ҳисобланади. WPW синдроми билан 29 нафар, Клерк – Леви - Кристеско синдроми билан 44 нафар,

Майхама синдроми билан 9 нафар бола текширилди. Текширилганларнинг кўпчилиги эркак жинсига хос бўлиб, (84,5%, $p=0,01$) ни ташкил қилади, аёллар эса (30,5%). Вегетатив гомеостаз ўрганилди.

Тадқиқотлар натижаларидан маълумки, 68,3% болаларда перинатал давр оғирлашган, авлодлар шажарасида ВСД нинг гипер - (18,3%) ва гипотоник тури (28,0%), гипертоник ва гипотоник касалликлар (14,6%), сурункали бронхит ва бронхиал астма (6,09%), холецистит (2,44%) кузатилган. Таъкидлаш жоизки, ота - оналарнинг бу касалликлари парасимпатик асаб тизими орқали реализация қилинади, бу гомеостазнинг руҳий соматик патологиясига тегишли бўлиб, вегетатив гомеостаз бўйича ирсий оғирлик саналади.

БОЛАЛАРДА АРИТМИЯ ХАВФ ОМИЛЛАРИ.

Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Мирзаева З.У., Ахрорхонов Р.А., Фозилов С.А.

Андижон Давлат Тиббиёт Институту

Болаликда хавфли ҳолатларнинг ривожланишига олиб келувчи сабаблардан бири юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши ҳисобланади.

Маълумки, аритмия генезида кардиал (импульснинг ўтказувчи қўшимча йўллари, юрак камерасининг ортиқча босими ва ҳажми, миокардда дистрофик ва ишемик ўзгаришларнинг борлиги) ва экстракардиал омиллар (марказий асаб тизими ва ички асаб тизимининг жароҳатланиши) муҳим аҳамиятга эга. Болаларда вегетатив дисфункциянинг пайдо бўлиши онанинг ҳомилдорлик даврида турли жароҳатловчи таъсирларга, патологик туғрик, бола шахсининг характерли хусусиятлари ва руҳий ҳаяжонланишига, ўткир ва сурункали юқумли ҳамда соматик касалликларга, инфекция ўчоқлари, гормонал дисбалансга сабаб бўлади.

Юрак аритмияси тезлигини ўрганиш мақсадида 7-14 ёшдаги 1733 нафар мактаб ўқувчилари текширилди. Улардан юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилган (562 нафар) болалар ажратиб олинди. Болалар ўртасида ўткир ва сурункали юқумли ҳамда соматик касалликларини ва инфекция ўчоқларини аниқлаш учун кардиоинтервалография (КИГ), стандарт усули бўйича ЭКГ, мактаб ўқувчиларини сўров варақаси орқали ўрганишни ўз ичига олувчи умумий тиббий текширув ўтказилди.

Текширув натижаларига кўра, кўп ҳолларда инфекциянинг сурункали ўчоқлари юрак ритмининг бузилиши, миокард дистрофияси ва ишемия белгилари билан бирга кечиши аниқланди. Кўпинча миокардда ишемик ва дистрофик ўзгаришлар (Т - тишининг уйғунлашиши ва ST аралашиши) (88,9% болаларда) қоринча ичи ўтказувчанлиги бузилиши, ягона қоринча экстрасистолияси, Гиса тутами ўнг оёғининг тўлиқ бўлмаган камали, атриовентрикуляр ўтказувчанлигининг бузилиши билан бирга кузатилди.

Шундай қилиб, юқорида кўрсатилган натижаларга асосланиб, қуйидаги хулосага келиш мумкин: оммавий кўрув давомида болада юрак ритми ва ва ўтказувчанлиги бузилишининг оғир (ўлим) шаклининг бўлиши эҳтимоллини аниқлашда миокардда ишемик ўзгаришлар ва алмашинув жараёнларининг бузилишидаги сезиларли бўлмаган белгилар ҳам алоҳида гуруҳ шакллантириш учун шифокорни сергаклантиради ҳамда стационар шаклда холтеров мониторингидан фойдаланиб, чуқурлаштирилган текширув ва адекват терапия талаб қилади.

ХАЁТГА ХАВФ СОЛУВЧИ АРИТМИЯЛАР: ЭКСТРАСИСТОЛИЯЛАР ТАРҚОҚЛИГИ.

Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Тоғаев Б.К., Ахрорхонов Р.А.

Андижон Давлат Тиббиёт Институту

Кардиологиянинг долзарб муаммоларидан бири, тўсатдан аритмик ўлим бўлиб, энг хавфли, яширин сабабларидан бири экстрасистолиялардир.

Ушбу тадқиқотларимиз болалар орасида экстрасистолиялар учрашини ўрганишга қаратилган.

Биз Ўзбекистоннинг Андижон вилоятида яшовчи 7-14 ёшли 1733 та мактаб ўқувчилари популяциясини оддий рандомизация усулида ажратиб олдик.

Режалаштирилган умумий тиббий кўрик ва 12 та стандарт тармоқларда ЭКГ текширувидан ўтказдик.

Текширувларимизда 7-10 ёшли 1,82 % ўғил болаларда ва 1,92% қиз болаларда экстрасистолиялар мавжудлиги аниқланди. 11-14 ёшлар гуруҳида эса 1,21 % ўғил болаларда ва 1,46 % қиз болаларда экстрасистолиялар аниқланди. Лаун таснифи бўйича 2/3 ҳолларда экстрасистолиялар камроқ, 1/3 ҳолларда кўпроқ аниқланди. Келиб чиқишига кўра 69% суправентрикуляр ва 31% қоринчалар ичи экстрасистолиялари эканлиги аниқланди.

Шундай қилиб, текширув натижаларига асосланган ҳолда болалар ўртасида тўсатдан аритмик ўлимни олдини олиш учун миокарднинг электрик ностабиллигини аниқлашга йўналтирилган эпидемиологик скрининг текширувлар олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

БОЛАЛАРДА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШИНING ВУЖУДГА КЕЛИШИГА ВЕГЕТАТИВ ДИСФУНКЦИЯ ТАЪСИРИ

Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Фозилов С.А., Тоғаев Б.К., Ахрорхонов Р.А.

Андижон Давлат Тиббиёт Институту

Мактаб ёшидаги болалар ўртасида аритмия тарқалганлигини аниқлаш учун 12 та стандарт кўрсаткичларда ЭКГ ва умумий диспансеризация дастури бўйича объектив тарзда мактаб ўқувчилари текширилди. Юрак ритми бузилиши билан касалланган болалар ҳар хил кардиал, церебрал, руҳий вегетатив характердаги шикоятлар қилишди.

Касал болалар орасида руҳий вегетатив шикоятлар: ташвишланиш, серзардалиқдан ховотирланиш ($p<0,094$), хорғинлик, енгил толиқиш, кайфиятнинг тушиши ($p<0,093$), уйқунинг ҳар хил бузилиши (кеч ухлаш, кеч уйғониш, тунда чўчиш, кўрқув, жумладан ўлимдан кўрқиш, тушда юриш ($p<0,003$)).

Юрак ритми бузилиши (ЮРБ) билан касалланган болаларда шартли равишда церебрал шикоятлар: кулоқда, бошда шовкин ($p < 0,012$) бўлиши, бош оғриғи, баъзан ўқув йили охирида бир маромда оғриб туриши ($p < 0,003$), синкопал ҳолат ва унинг ўхшашликлари (бош айланиши, кўз олдида "чумолилар" юриши), хотира ва диққатнинг заифлашиши.

Касал болаларда кардиал характердаги шикоятлар: оғриқ хисси, санчиқ (кардиалгия), юрак соҳасида оғирлик, юрак ўйнаши, юракнинг нотекис уриши, юрак хавотири, жисмоний меҳнат билан боғлиқ бўлмаган нафас қисиши ($p < 0,084$). Бошқа шикоятлар билан касал болалар ($p < 0,008$) ни ташкил қилди. Таъкидлаш жоизки, кўпгина болалар томонидан қилинган невроген, кардиал ва церебрал характердаги шикоятлар ваготоник йўналишдаги вегетомирили дистония соҳасида жойлашган вегетатив генезнинг юрак ритми бузилиши сабаби ҳисобланади.

Шундай қилиб, юрак ритми бузилиши билан касалланган болаларда церебрал ва кардиал характердаги кўпгина шикоятлар кардиалгия, қўл ва оёқ мускуллари гипотонияси, нафас ритмининг бузилиши (ҳаво етишмаслиги) билан биргаликда коронар артерия спазми туфайли миокардда қон таъминотининг пасайиши, ўқимадан ташқари кальций даражасининг камайиши, асаб-мускул кўзғалишининг ошиши охир оқибат аритмияга мойил бўлади.

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ

Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Ходжалиев Б.Г.

Андижанский филиал РНЦЭМП

До недавнего времени врачи считали, что инсульт - прерогатива пожилых людей. Однако, это в корне неверно - этому заболеванию подвержены люди любой возрастной категории, в том числе и новорожденные дети. У детей чаще встречается геморрагическая форма инсульта. Тяжесть состояния напрямую зависит от локализации очага и его размеров.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей проявления острых нарушений мозгового кровообращения у новорожденных и детей раннего возраста.

Материалы и методы: в 2016 - 2018 гг в педиатрический блок АФ РНЦЭМП было госпитализировано 103 пациента с типичной клиникой острой мозговой сосудистой катастрофы. Возраст больных детей составлял от 1 го дня до 3-х месяцев. Большинство детей, 60% доставлены из дома и 40% были переведены из других стационаров. Анамнез детей с проявлениями острого нарушения мозгового кровообращения имеет схожесть в том, что у их матерей были проблемы во время вынашивания ребенка и в родах, а также все матери были TORCH-инфицированы. У всех детей с ОНМК выявлено наличие родовой травмы.

Результаты исследования: в нашем исследовании различий по полу (девочки - 53% и мальчики - 47%, $p > 0,05$) и сторонности поражений (справа - 56% и слева - 44%) не выявлено. Геморрагический инсульт диагностирован в 66%, а ишемический - в 34 % случаев. Диагноз ОНМК установлен у большинства пациентов - 74, 1% в приёмном отделении. Среди факторов риска можно выделить: заболевания сердца - 12%, в их числе врожденные пороки - 8%, предшествующие инсульту родовые травмы или черепно-мозговые травмы, полученные после рождения - 9%. Сложности адаптации в неонатальном периоде наблюдался почти у половины детей - 53%. К причинам инсульта отнесены: болезни системы крови и коагулопатии - 60%, болезни сердца - 40%.

Начало заболевания протекало почти одинаково у всех детей. **Предвестники:** За 2-3 дня до возникновения внутримозгового кровоизлияния на коже и слизистой ротовой полости появлялись геморрагические элементы, беспокойство и судороги. Дети проявляли периодическое беспокойство, начинали стонать, отказывались от кормления, затем становились апатичными и безучастными к внешней среде. У всех детей внутримозговое кровоизлияние сопровождалось внезапным, болезненным, но не длительным плачем. У 18% детей - постоянная и неукротимая рвота, а у 16-ти из них случаях - с примесью крови. Рвота не отмечалась только у 3% пациентов. У 20% детей отмечались тонические судороги, нарастала резкая бледность кожи. Кратковременная субфебрильная температура сменялась гипотермией.

Практически все дети были очень поздно госпитализированы: время, проведенное дома от момента возникновения кровоизлияния до госпитализации, составляло более 24 часов. При поступлении в реанимационное отделение 75% детей находились в крайне тяжелом состоянии. У всех определялась декомпенсация легочной вентиляции, расстройства системного кровообращения, очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика, нарушения гемостаза.

Патологические формы дыхания у этих детей начинались ещё до момента госпитализации и продолжали прогрессировать до полной утраты автоматизма дыхания. Артериальное давление колебалось от 60/40 до 70/50 мм рт. ст. В 7% случаях у детей отмечалась тахикардия с глухостью сердечных тонов.

Отмечалось угнетение стволовых функций, рефлексы со слизистых (роговицы, глотки, трахеи) не вызывались. Отмечалась резкая сухость и отек слизистой ротовой полости. Выявлялись фиксированный двусторонний паралитический мидриаз и диффузная мышечная атония. У 3% больных - признаки умеренно выраженной внутричерепной гипертензии.

У 8 % больных детей при поступлении в реанимацию была констатирована кома 1-2 степени. У 5% больных была констатирована кома 3 степени (запредельная), которая прогрессировала на фоне синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания в летальный исход.

Необходимо отметить, что за время лечения в отделении реанимации более, чем у половины пациентов отмечалась тенденция к регрессу неврологической симптоматики, особенно общемозгового характера. Очаговые симптомы носили более стойкий характер в динамике заболевания и в остром периоде были представлены преимущественно в виде парезов - плегий и дисфункции черепно-мозговых нервов (69% и 61%, соответственно).

Выводы: внезапность развития на фоне предвестников, сочетание общемозговой и очаговой симптоматики, как и у взрослых, определяет диагностику ОНМК.

Педиатры первичного звена и скорой медицинской помощи должны быть «инсультно-насторожены» и своевременно распознавая заболевание, способствовать более ранней госпитализации, что приведёт к снижению летальности.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проявлениями этого влияния является высокий процент недонашивания - угроза прерывания беременности встречается в 2,5 раза чаще, чем у здоровых беременных; плацентарная недостаточность - признаки внутриутробной гипоксии плода и синдром задержки внутриутробного развития встречаются в 22-25%, создается угроза инфицирования. У большинства больных беременность не оказывает отрицательного влияния на течение заболевания и не представляет риска для матери. Течение хронического вирусного гепатита у беременных характеризуется, как правило, низкой активностью и редкостью обострений.

Все вышеизложенное ведет к увеличению числа беременных и рожениц среди женщин, страдающих ВГ, что представляет реальную угрозу не только для жизни и здоровья будущей матери, но и для ребенка, который может стать бессимптомным носителем инфекции, заболеть острым или хроническим гепатитом с исходом в цирроз и гепатоцеллюлярный рак.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы: Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение: Данные серологического и биохимического исследования крови исследуемых женщин показали, что у 25 (33,3%) беременных был выявлен HbsAg, у 49 (65,3%) женщин обнаружены антитела к вирусному гепатиту С, у 1 женщины определены HbsAg и антитела к вирусному гепатиту С (1,3%).

Биохимическое исследование крови позволило выявить следующие отклонения: среднее значение общего белка составило $64,87 \pm 6,71$ г/л; увеличение билирубина выявлено у 5 (6,7%) беременных (максимальное значение составило 65,7 мкмоль/л); увеличение АлАТ имело место у 2 (2,7%) женщин, максимально достигая значения 2 мкмоль/ч/л (№ до 0,68 мкмоль/ч/л), АсАТ - у 3 (4%) женщин, максимально до 0,85 мкмоль/ч/л (№ до 0,45 мкмоль/ч/л); увеличение тимоловой пробы наблюдалось у 2 (2,7%) беременных, максимально до 7 ЕД (№ до 4 ЕД), щелочная фосфатаза была увеличена у 12 (16%) человек. Изменений показателей коагулограммы не выявлено ни у одной пациентки.

Для сравнения показателей биохимического скрининга у пациенток исследуемой группы с показателями при физиологически протекающей беременности была набрана группа практически здоровых женщин с неосложненным течением гестационного процесса ($n=21$). При анализе полученных данных в группе исследования выявлены достоверные отличия средних показателей количества билирубина - $18,83 \pm 3,64$ мкмоль/л и АлАТ - $0,64 \pm 0,12$ мкмоль/ч/л в сторону увеличения по сравнению с показателями при физиологически протекающей беременности ($p < 0,05$). Средние показатели оставались в пределах нормативных значений.

Выводы. Вирусные гепатиты В и С оказывают отрицательное влияние на течение беременности как первой, так и второй половины, вызывая угрозу прерывания беременности (13,3%), плацентарную недостаточность (25,3%), умеренную и тяжелую преэклампсию (33,3%). У каждой 3-й беременной (32%) наблюдаются изменения биохимических показателей крови (общего билирубина, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы) в сторону увеличения.

Наличие изменений в маточно-плацентарном комплексе (хроническая гипоксия плода, ЗВРП плода I и II степени) приводит к осложненному течению раннего неонатального периода новорожденных (развитию церебральной ишемии I и II степени (60%), гипотрофии новорожденного (28%), ВАИ (24%)).

ГЕПАТИТ С ХАСТАЛИГИГА ЧАЛИНГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЛАБАРАТОР ТАХЛИЛЛАР НАТИЖАРИ

Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Изланиш долзарблиги. Бугунги кунда дунёда 2 миллиарддан ортик одамда гепатобилиар патологиялар кайд этилган. Улардан 300-350 миллион беморлар вирусли гепатит В билан ва тахминан 170 миллион гепатит С билан оғриган. Ўзбекистонда ҳам охириги 10 йилда сурункали гепатитлар ва жигар циррози, сурункали холециститлар сони кўпайган ва гепатобилиар тизим касалликлари нафас тизими ва юрак кон-томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринни эгалламоқда.

Гепатит С гепатитнинг энг оғир шакли бўлиб, асосан кон куйиш орқали юқади. Айрим ҳолларда жинсий алоқа орқали ва ҳомиладор аёлдан ҳомилага ўтиши мумкин. Бу касаллик юқишидан намоён бўлгунга қадар 2 ҳафтадан 26 ҳафтагача ўтиш мумкин. Бу дегани касал юқтириб олган одам ўзи билмаган ҳолда бошқаларга юқтириб юриши хавфи бор. Айрим ҳолларда тана ҳарорати ошиши кузатилиши мумкин. Лекин жигар учун у жуда зарарли бўлиб, вақт ўтиб жигар шишига олиб келиши мумкин. Гепатит С нинг зарарли томони шундаки, у доимий симптомсиз касалликка айланиши мумкин. Бунда жигар йиллар мобайнида вирусдан таъсирланиб рак касаллигига учраши мумкин.

Изланиш мақсади: илмий изланишдан асосий мақсад – ҳомиладор аёллар ўртасида кузатилаётган гепатит С хасталигини лаборатор тахлилларни ўрганиш ва уларда шунга асосланган ҳолда замонавий ташхис қўйиш ва даволаш масалаларини ишлаб чиқишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари: биз ўз олдимизга қўйиб олган вазифамизни бажариш учун Андижон вилояти 2 – туғруқ комплексига мурожаат қилиб келган, анамнезидан гепатит С билан хасталанган бемор аёллардан жами 45 нафари танлаб олинди.

Изланиш натижалари тахлили. Лаборатор текширувлардан беморларга умумий қон тахлили, умумий сийдик тахлили, умумий ахлат тахлили, қон биохимияси, ПЗР (полимераз занжирли реакция) текшируви ўтказилган. Беморларнинг барчасида ХСВ антитела мусбат топилган. Қон биохимиясида билирубин миқдорининг 29,9 дан 320 мм/лгача ошганлиги, тимол синамасининг ошганлиги (8,9 ммол/лгача), сулема синамасининг 2,2 дан 1,48 гача пасайганлиги аниқланади. Қонда умумий оксил миқдори 4,5 г/лгача камайганлиги қайд этилган. Умумий қон тахлилида беморларнинг 100% да камқонлик аниқланган. Шулардан ўрта даражали камқонлик (70-90г/л) 67,7% беморларда, оғир даражадаги камқонлик (70-55 г/л) камқонлик 33,3% беморларда аниқланди.

Тахлилларга кўра, айрим ҳомиладор аёлларда қон зардобиди трансминазалар миқдори камайиши (32,8%), қондаги айланиб юрган вирус миқдори ҳам пасайиши аниқланган (24,6%). Бу ҳолат ҳомиладор аёллар иммун тизимининг ўзгариши ва қонда жинсий гормонлар эстрогенлар миқдорининг ортиши билан боғлиқ.

Хулоса. Ҳомиладор аёлларда вирусли гепатит С кузатилганида ҳар ойда уларнинг биохимик текширув тахлиллари ўтказилиб, ҳамроҳ касалликлар ва улардаги асоратлар қатъий назорат остида даволаниб бориши талаб этилади. Бу эса ўз навбатида аёлларни туғруқ билан боғлиқ муаммоларини, чақалоқнинг асоратли туғилиш хавфини ва она – бола ўлимини олдини олади.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р., Мамадиева М.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. По данным современных исследований несовершенная адаптация организма к физиологическому выключению функции яичников в климактерический период приводит к развитию климактерического синдрома (КС) у 35-80% женщин.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения с увеличением продолжительности жизни к 2017 году около трети жизни женщина будет находиться в постменопаузе. Поэтому актуально изучение физиологических и патологических процессов в организме женщины в период перехода от репродуктивного возраста к старости и обеспечение здоровья, а, следовательно, качества жизни, профессиональной и социальной деятельности женщин этого возраста.

Цель исследования – повышение эффективности лечения климактерического синдрома и коррекция метаболических нарушений в раннем периоде естественной постменопаузы путем применения фитогормонов.

Материалы и методы исследования. В рандомизированное параллельное простое слепое плацебо-контролируемое исследование было включено 88 женщин с КС типичного течения, который развился на фоне естественной постменопаузы длительностью от 1 года до 5 лет.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что в первые пять лет естественной постменопаузы КС клинически проявляется преимущественно нейровегетативными (у 100% женщин) и психо-эмоциональными расстройствами (у 73,9% женщин). Встречаемость психо-эмоциональных расстройств через 3-5 лет после менопаузы больше, чем в первые два года (89,1% и 33,3% соответственно, $p < 0,001$). Наиболее частыми были жалобы на приливы жара (100%), потливость (100%), нарушение сна (39,8%), сонливость (40,9%), раздражительность (72,7%) и подавленное настроение (56,9%), а также утомляемость (69,3%).

Предикторами развития КС тяжелой степени в сроки постменопаузы 3-5 лет были приливы жара и потливость за 1-2 года до менопаузы (ОР=1,6; ДИ 1,4÷1,9; $p=0,045$), отсутствие предшествовавшего менопаузе периода нарушения менструальной функции (ОР=1,7; ДИ 1,3÷2,1; $p=0,038$). Тяжесть КС не зависела от длительности постменопаузы, концентрации в крови гипофизарно-яичниковых гормонов (ЛГ, ФСГ, прогестерона, эстрадиола), однако положительно коррелировала с числом хронических экстрагенитальных патологий ($rs=0,38$, $p=0,024$).

Выводы. В первые пять лет естественной постменопаузы климактерический синдром клинически проявляется преимущественно нейро-вегетативными (у 100% женщин) и психо-эмоциональными расстройствами (у 74% женщин), снижающими физический и психологический компоненты качества жизни и наиболее тяжело протекающими у женщин с хроническими экстрагенитальными заболеваниями.

Предикторами тяжелого течения климактерического синдрома в первые пять лет естественной постменопаузы являются приливы жара и потливость за 1-2 года до менопаузы (относительный риск 1,4÷1,9), отсутствие предшествовавшего менопаузе периода нарушения менструальной функции (относительный риск 1,3÷2,1).

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН

Шокирова С.М., Ибрагимова С.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения с увеличением продолжительности жизни к 2017 году около трети жизни женщина будет находиться в постменопаузе.

У женщин в постменопаузе частота ишемической болезни сердца повышается в 3 раза, инсульта в 7 раз, а частота постменопаузального остеопороза составляет 85% всех случаев первичного остеопороза. В связи с этим, одной из составляющих современной стратегии лечения КС является эффективная коррекция ранних климактерических расстройств (нейро-вегетативных и психо-эмоциональных), развивающихся в первые годы после менопаузы, и одновременно как можно более ранняя коррекция метаболических нарушений, ведущих к поздним осложнениям климактерического периода - остеопорозу и атеросклерозу.

Цель исследования – повышение эффективности лечения климактерического синдрома и коррекция

метаболических нарушений в раннем периоде естественной постменопаузы путем применения фитогормонов.

Материалы и методы исследования. В рандомизированное параллельное простое слепое плацебо-контролируемое исследование было включено 88 женщин с КС типичного течения, который развился на фоне естественной постменопаузы длительностью от 1 года до 5 лет. Ни одна из женщин с КС до участия в исследовании не принимала гормональные или негормональные препараты для коррекции климактерических расстройств. С целью выявления постменопаузальных метаболических изменений была сформирована группа из 30 женщин в пременопаузе, средний возраст которых был близким к возрасту женщин с КС.

Результаты исследования. Предикторами тяжелого течения климактерического синдрома в первые пять лет естественной постменопаузы являются приливы жара и потливость за 1-2 года до менопаузы (относительный риск $1,4 \div 1,9$), отсутствие предшествовавшего менопаузе периода нарушения менструальной функции (относительный риск $1,3 \div 2,1$).

У пациенток с климактерическим синдромом в раннем периоде постменопаузы по сравнению с женщинами в пременопаузе имеется комплекс системных метаболических нарушений, ассоциированных с развитием остеопении и остеопороза: повышение скорости ремоделирования костной ткани с дисбалансом маркеров резорбции костной ткани – С-концевых телопептидов коллагена I типа (увеличение в 5,4 раза) и формирования костной ткани – остеокальцина (увеличение на 56%) – в сочетании с повышением уровня кальцитонина и фосфатов плазмы крови.

Выводы. В первые пять лет естественной постменопаузы климактерический синдром клинически проявляется преимущественно нейро-вегетативными (у 100% женщин) и психо-эмоциональными расстройствами (у 74% женщин), снижающими физический и психологический компоненты качества жизни и наиболее тяжело протекающими у женщин с хроническими экстрагенитальными заболеваниями.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ БЕРЕМЕННЫХ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ

Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Современные клинические, лабораторные и экспериментальные методы исследования направлены на изучение механизмов возникновения и развития этого акушерского осложнения.

Предложено множество теорий, однако и сегодня приходится соглашаться с Jeffcoate T. N. и Бакшеевым Н. С., назвавшими 50 и 40 лет назад соответственно ПЭ «болезнью теорий» и «болезнью загадок и предположений», как и в 30-х годах прошлого века большинство современных статей, посвященных изучению ПЭ, начинается с утверждения, что полностью причины развития этого заболевания неизвестны.

Диагностические критерии по-прежнему основаны на неспецифических клинических и лабораторных признаках и своевременное точное распознавание развития ПЭ является важной задачей современных исследователей.

Цель исследования: изучить клинические особенности преэклампсии и разработать методы современной терапии.

Материалы и методы исследования: С 2009 по 2013 годы в АОПЦ было родоразрешено 24961 беременных. За этот период диагноз «тяжелая преэклампсия» был поставлен 244 женщинам, что составляет 0,98% от всех родоразрешенных в стационаре. Все пациентки были включены в основную группу первого этапа исследования.

Результаты исследования: У большинства обследуемых менструальный цикл был регулярный нормопонирующий, нарушение цикла по типу опсоменореи имело место в 3 (1,48%) случаях, дисменорея наблюдалась в 5 (2,46%) наблюдениях.

Анализируя гинекологический анамнез, следует отметить, что 124 (61,08%) пациенток с тяжелой ПЭ имели в анамнезе гинекологические заболевания, у 24 (11,82%) из них анамнез был отягощен бесплодием (длительностью от 2 до 17 лет).

У четверти обследуемых с предстоящими повторными родами, предыдущая беременность закончилась операцией кесарево сечение, показанием к которой у 11 человек явилась тяжелая ПЭ. Всего же в анамнезе это осложнение беременности встречалось у 20 пациенток и развивалось повторно при данной беременности, у 3 из них тяжелая ПЭ привела к антенатальной гибели плода при прошлых беременностях.

В нашем исследовании мы наблюдали несколько клинических вариантов ПЭ: классическая триада Цангемейстера наблюдалась в 58,2% (142 женщины) случаев, отечно-протеинурическая форма имела место в 14,75% (36 случаев) наблюдений, на основании изолированной высокой АГ диагноз тяжелой ПЭ был поставлен в 16,8% случаев (к клинике присоединялись и другие критерии тяжелой ПЭ).

Выводы. У беременных с тяжелой ПЭ в сыворотке крови концентрация 2.антиангиогенного фактора значимо выше по сравнению со sFlt-1 беременными без гипертензивных расстройств ($4362 \pm 570,12$ и 1080 ± 435 пкг/мл соответственно; $p < 0,05$), значение соотношения sFlt-1/VEGF почти в 6 раз значимо выше у пациенток с тяжелой ПЭ (503 ± 67 и $86,22 \pm 11,81$ соответственно; $p < 0,01$).

При тяжелой ПЭ сывороточный уровень молекул адгезии как 3. показателей эндотелиальной дисфункции выше, между ними определяется высокая положительная связь ($r = 0,74$; $p < 0,0001$), значимая разница имеет место при рассмотрении sVCAM-1 ($1391 \pm 308,33$ и $966,2 \pm 165,22$ нг/мл соответственно; $p < 0,05$).

МЕТАБОЛИЗМ ЖЕЛЕЗА И ЕГО РЕГУЛЯЦИИ, ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Хомидова М.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: В связи с вышеизложенным, целью настоящей работы явилось установление возрастных особенностей метаболизма железа и состояния факторов гемопоэза в норме и при патологии, включая антенатальный период, и совершенствование лабораторно-клинической диагностики его нарушений для обоснования методов эффективного лечения и разработки оптимальных схем профилактики ЖДС на современном этапе.

Материалы и методы исследования: На большом клиническом материале проведено исследование параметров метаболизма железа более чем у 105 детей и подростков.

Результаты исследования: Установлены закономерности становления метаболизма железа в раннем онтогенезе человека, ассоциированные с гестационным возрастом (ГВ) плода. Об этом свидетельствует достоверная корреляция между ГВ и содержанием железа ($r=0,9398$, $p<0,001$), щелочного ферритина ($r=0,9597$, $p<0,001$), растворимого трансферринового рецептора ($r=0,9293$, $p<0,001$), гепсидина ($r=0,8183$, $p<0,001$), эритропоэтина ($r=0,8889$, $p<0,0001$), ферритина эритроцитов ($r=0,9297$, $p<0,001$). Участие основных железосодержащих и железорегуляторных протеинов в поддержании высокой активности пролиферативных и пластических процессов подтверждается тесной высоко достоверной корреляцией между содержанием железа и щелочного ферритина ($r=0,894$, $p<0,0001$), щелочного ферритина и растворимого трансферринового рецептора ($r=0,8399$, $p<0,0001$), щелочного ферритина и эритропоэтина ($r=0,9193$, $p<0,0001$), железа и гепсидина ($r=0,8897$, $p<0,001$), ферритина эритроцитов и эритропоэтина ($r=0,9067$, $p<0,0001$), что позволяет использовать показатели уровней щелочного ферритина (ЩФ), растворимого трансферринового рецептора (рТФР) и гепсидина в качестве важных прогностических маркеров нарушений внутриутробного развития плода, а значения эритропоэтина (ЭПО) и ферритина эритроцитов (ФЭ) - для оценки степени гипоксии.

Установлено, что высочайший провоспалительный паттерн цитокинов (ИЛ-6 и ФНО-а) характерен только для раннего эмбриогенеза (до формирования плаценты). Дальнейшая динамика их содержания на протяжении внутриутробного развития плода отражает тонкий и четкий баланс процессов пролиферации, альтерации и апоптоза в раннем онтогенезе человека, на что указывает достоверная прямая корреляция между содержанием ФНО-а и ЩФ ($r=0,9197$, $p=0,00001$), ФНО-а и рТФР ($r=0,8789$, $p<0,0001$).

Выявлена недостаточная продукция как провоспалительных (ФНО-а и ИЛ-6), так и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-10) при инфекционно-воспалительных заболеваниях (ИВЗ) плода, свидетельствующая об ограниченной способности плодов в возрасте 19-28 нед гестации к экспрессии цитокинов, формированию иммунного ответа и системной воспалительной реакции.

Вывод: 1. Показано, что у больных с тяжелой степенью ЖДА, хроническими ИВЗ, у детей из неблагоприятного социума целесообразно начинать ферротерапию с парентеральных ферропрепаратов, что позволяет минимизировать сроки восполнения депо железа ($p<0,001$) и пребывания в стационаре ($p<0,01$). Сапплементацию витамином В12 и фолатами следует проводить у пациентов со средней и тяжелой степенью ЖДА спустя 7-10 дней от начала приема препаратов железа.

2. Установлено, что даже простые диетические мероприятия (исключение из рациона цельного молока, включение продуктов, богатых железом, их раздельное использование с продуктами, тормозящими абсорбцию железа) позволяют сократить заболеваемость ЖДС у детей раннего' возраста на 16-38%, сроки реабилитации детей и подростков с ЖДА — в 80,7% случаев.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Хомидова М.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: На основании клинико-генетического анализа у детей с ожирением разработать рекомендации по формированию группы высокого риска развития метаболического синдрома для осуществления ранней профилактики ассоциированных с ним заболеваний.

Материалы и методы исследования: Работы доложены и обсуждены на заседании кафедры детских болезней педиатрического факультета АГМИ.

Результаты исследования: В исследование были включены 148 детей в возрасте $13,30\pm 0,19$ лет (104 мальчика и 44 девочки) с ожирением (основная группа) и 46 человек (22 мальчика и 24 девочки) с нормальной массой тела (группа контроля) в возрасте $12,87\pm 0,27$ лет. Среди детей основной группы 30 человек (20,3%: 27 мальчиков и 3 девочки) имели I степень ожирения, 49 (33,1%: 32 мальчика и 17 девочек) - ожирение II степени, 57 человек (38,5%: 38 мальчиков и 19 девочек) обладали III степенью ожирения и 12 детей (8,1%: 7 мальчиков и 5 девочек) страдали IV степенью ожирения. В результате анализа данных у детей основной группы была установлена прямая корреляционная зависимость ($r=0,47$, $p<0,01$) между возрастом и степенью ожирения и обратная связь между степенью ожирения и возрастом появления избыточной массы тела ($r=-0,35$, $p=0,04$).

По данным семейного анамнеза более чем у 3/4 детей основной группы родственники обладали факторами риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии. Так, неблагоприятную наследственность по избыточной массе тела или ожирению имели 86,5% (128 человек) детей, у 72,3% пациентов (107 человек) прослеживалась отягощенность по АГ, у 48,6% (72 пациента) - по ИБС и у 42,0% (62 ребёнка) - по нарушениям обмена углеводов. При этом у 32,7% детей основной группы наследственность была отягощена по одному диагностическому критерию МС, у 30,4% - по двум и у 24,1% - сразу по трём критериям МС, и чем большим избытком массы тела страдал ребёнок, тем значительнее была отягощена его наследственность по количеству критериев МС ($p<0,05$). Наиболее неблагоприятным по развитию кардиоваскулярной патологии семейным анамнезом обладали 12,8% детей (19 человек) основной группы, родственники которых (из I и/или II поколения) имели МС.

У детей группы контроля отягощенную наследственность по факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний имели: 17,4% - по ожирению, 19,6% - по АГ, 17,4% - по ИБС и 8,6% - по нарушениям метаболизма углеводов, при этом ни у кого из детей наследственность не была отягощена сразу по нескольким из перечисленных компонентов.

Вывод: 12,8% детей с ожирением имели родственников, страдавших МС. 24,1% детей с ожирением обладали отягощенной наследственностью по трём критериям МС, 30,4% - по двум и 32,7% - только по одному диагностическому критерию МС.

2. Признаками МС не обладали 2,0% детей основной группы. У 31,7% детей выявлено только абдоминальное ожирение. Ожирение в сочетании с одним из дополнительных критериев МС установлено у 29,1%, с двумя - у 20,3%, с тремя - у 12,2% детей. Все четыре критерия МС имели только 4,7% детей.

3. Количество и степень выраженности основных диагностических критериев МС, а также наличие и сила корреляций между ними достоверно нарастают с увеличением избытка массы тела и длительности ожирения.

НЕФРОГЕННАЯ АНЕМИЯ - НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП У ДЕТЕЙ

Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Хомидова М.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценить влияние анемии на течение хронической болезни почек у детей, выявить зависимость между уровнем гемоглобина, эндокринной и выделительной функцией почек.

Методы исследования: Настоящая работа выполнена в отделении патологии детей раннего возраста Андижанской детской городской больницы, являющейся клинической базой кафедры педиатрии АГМИ.

Результаты исследования: Анемический синдром сопровождает додиализный период ХБП у 20% детей. Его распространенность неуклонно возрастает параллельно деградированию выделительной функции почек с 17,0% на I стадии до 36,4% на V стадии болезни.

Анемический синдром способствует более быстрому снижению выделительной функции почек, оцененной по СКФ. Однако в большей степени он связан с косвенными (клиническими и лабораторными изменениями) проявлениями, характерными для прогрессирования ХБП. Четкая зависимость между анемией и снижением СКФ проявляется только на поздних стадиях болезни.

Основными предикторами развития анемии на додиализном этапе ХБП является возраст 4-7 лет, основной диагноз ХГН, особенно вторичный на фоне заболеваний соединительной ткани, выявление сопутствующей соматической патологии, снижение минеральной плотности костной ткани, лейкоцитурия, повышение уровня мочевины в сыворотке крови и установленная по СКФ V стадия болезни.

Существенное повреждение эндокринной функции почек с развитием относительного дефицита ЭПО формируется уже на ранних стадиях ХБП. Значимым можно считать снижение уровня ЭПО ниже 50 перцентиля от нормы.

Выводы: 1. Для определения детей групп риска необходим расчет суммарного диагностического коэффициента по значениям диагностических коэффициентов для различных предикторов развития анемии.

2. На стационарном этапе лечения необходимо проводить определение уровня сывороточного эритропоэтина у детей с хронической болезнью почек и анемией. Снижение уровня сывороточного эритропоэтина ниже 50 перцентиля от нормы следует расценивать как подтвержденный относительный дефицит эритропоэтина и решать вопрос о начале терапии препаратами рчЭПО.

3. Рекомендовано внести изменения в схему диспансеризации детей с хронической болезнью почек из группы риска по развитию анемии, а именно частоты проведения общего анализа крови, оценки состояния обмена железа, осмотра специалистами и контроля над состоянием выделительной функции почек.

ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Юлдашева О. С., Негматшаева Х. Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель нашего исследования - изучить структуру и причины преждевременных родов.

Нами ретроспективно проанализировано 31 история родов женщин, родоразрешённых преждевременно в Андижанском городском клиническом родильном доме 2 за период с февраля 2017 года по апрель 2018 года.

Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р,%) и стандартной ошибки доли (Sp,%).

Очень ранних преждевременных родов в сроке гестации 22-27 недель было 2 (6,45±4,41%), ранних преждевременных родов (28-33 недели беременности) - 5 (16,13±6,61%) и преждевременных родов в сроке 34-37 недель беременности - 24 (77,42±41,81%). Средний срок гестации составил 34,48±3,08 недель. Средний возраст обследуемых женщин равнялся 25,9±5,25%. Оперативно родоразрешены 22 (70,97±8,15%) женщины, причём у 9 (40,91±10,48%) показанием к операции была преждевременная отслойка плаценты, у 6 (27,27±9,5%) - преждевременное излитие околоплодных вод в сочетании с акушерской патологией (тазовое предлежание, гестоз средней степени тяжести, оперированная матка и т.д.), у 4 (18,18±8,22%) - гестоз средней и тяжёлой степени тяжести, не поддающийся медикаментозной терапии, и по 1 (4,55±4,44%) - ножное предлежание, монохориальная двойня, гипотрофия плода в сочетании с прогрессирующим нарушением фето-плацентарного кровотока на фоне медикаментозной терапии. Из 9 (29,03±8,22%) женщин, родоразрешённых через естественные родовые пути, у 8 (88,89±10,48%) было преждевременное излитие околоплодных вод и у 1 (11,11±10,48%) - тазовое предлежание. Средняя масса тела и рост новорожденного составили 2188,59±506,27 г и 44,97±5,9 см, соответственно.

Таким образом, наиболее частыми причинами преждевременных родов являлись преждевременное излитие

околоплодных вод - у 14 (45,16±8,94%) женщин и преждевременная отслойка плаценты - у 9 (29,03±8,22%).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИЕМЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Юлдашева О.С., Негматшаева Х. Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В условиях современной жизни, характеризующейся высоким темпом жизни, большим количеством стрессов, отмечаются различные нарушения менструального цикла. Среди многочисленных проявлений этих нарушений следует отметить довольно высокую частоту предменструального синдрома (ПМС).

Цель исследования. Изучить распространенность и особенности течения ПМС у женщин, использующих комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

Материал и методы. Проведено анкетирование 200 женщин от 25 до 43 лет. Было выявлено наличие субъективной симптоматики у женщин, пользующихся современными контрацептивными средствами - низкодозированными КОК. Группой сравнения были пациентки (n= 50), не принимавших КОК.

Результаты исследований. В результате проведенных исследований установлено наличие признаков ПМС у 132 женщин (66%). Нейро-психическая форма выявлена у (35%) от общего числа обследованных женщин. Отечная форма была отмечена у (31%) обследуемых женщин.

Отмечено, что у женщин, пользующихся гормональными препаратами, ПМС встречался реже (15%), по сравнению с женщинами, использующими спираль (27%), а его клинические проявления были более легкими. Так, только у (25%) женщин, использующих гормональные препараты, было отмечено наличие боли внизу живота (22%), повышенной возбудимости (25%), ухудшение самочувствия (10%).

Выводы. В условиях современной жизни подавляющее число женщин (66%) детородного возраста в той или иной степени страдают проявлениями предменструального синдрома. Среди проявлений ПМС преобладающими являются нейропсихический (35%) и отечный (31%) синдромы. У женщин, использующих гормональные препараты, частота и выраженность ПМС была значительно ниже, как по сравнению с женщинами общей обследуемой группы, так и в сравнении с женщинами пользующихся спиралью (27%). Использование КОК способствует сглаживанию проявлений ПМС.

ФАКТОРЫ РИСКА УГРОЗЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Юлдашева О.С., Негматшаева Х. Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Невынашивание беременности может быть обусловлено ее замиранием. Это обуславливает необходимость изучения причин данного явления.

Цель и задачи. Изучение факторов, препятствующих развитию беременности, методом анкетирования.

Материал и методы. Проведено анкетирование 55 женщин с неразвивающейся беременностью сроком от 3-х до 12-и недель. У беременных женщин с данной патологией изучено влияние на их организм социально экономических, психогенных, эндокринных, иммунологических, генетических, инфекционных факторов, а также экстрагенитальных заболеваний, токсикозов и других факторов неизвестной этиологии.

Результаты. Основную группу анкетированных составляли женщины в возрасте от 25 до 35 лет (59%). В течение первого триместра беременности наблюдались следующие заболевания: ОРВИ (25%), ОРЗ (23%), герпес (16%), грипп (10%), ринит (8%), ангина (6%). Так же у большинства женщин проводилось обследование на инфекции передающиеся половым путем (ИППП), в результате которого были выявлены такие заболевания, как хламидиоз (11,4%), уреаплазмоз (11,4%), микоплазмоз (9,1%), герпес (6,8%), кандидоз (6,8%), гоноррея (2,3%), цитомегаловирус (4,5%) и туберкулез (2,3%). Среди профессиональных вредностей чаще встречались психологическое перенапряжение, физическая нагрузка, пыль, шум,

Выводы. Выявлена прямая корреляционная зависимость между невынашиванием беременности и перенесенными в первом триместре ОРВИ и ОРЗ, ИППП, отсутствием прегравидарной подготовки, паритетом родов, группой крови.

Внедрение скрининговых диагностических программ по выявлению факторов риска по невынашиванию беременности является одним из важных.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Юлдашева О.С., Негматшаева Х. Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Разработать акушерскую тактику у ВИЧ инфицированных женщин

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 81 историй родов ВИЧ-инфицированных женщин: с 2015 – 2018 год родильного дома 2 города Анджана

Результаты и их обсуждение. В родильный комплекс поступило 81 беременных с ВИЧ инфекцией. По сроку гестации они были распределены следующим образом до 37 недель поступило 60 беременных в сроке 38-40 недель 21 беременных.

У 76 беременных проведено плановое кесарево сечение. Средняя масса родившихся в срок новорожденных составила 2966,4±396,2 г, 5 ВИЧ инфицированных женщин поступили в 1 периоде родов с отошедшими водами они были родоразрешены через естественные родовые пути

Повышение частоты досрочного родоразрешения вероятно связано с антенатальной трансмиссией ВИЧ через плаценту, .

Антиретровирусная профилактика (АРП) во время беременности была начата в срок 14 недель и была продолжена после родов а новорожденным назначали профилактическую терапию в течение 24 часов желательна в первые 6 – 12 часов после родов У новорожденных ИФА обследование необходимо проводить в 18 месяцев. Нами составлен алгоритм обследования ВИЧ инфицированных беременных.

Вывод. На основании полученных данных наиболее оптимальный срок родоразрешения 37-38 недель путем планового кесарева сечения и своевременная постнатальная профилактика у новорожденных в первые 24 часа после родов.

ЗНАЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ В ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Юлдашева О. С., Негматшаева Х. Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Изучить значение кандидозной инфекции нижних отделов половых путей в преждевременном излитии околоплодных вод.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели нами обследованы 16 женщин в сроке беременности 38-39 недель, больных вульвовагинальным кандидозом и 28 родильниц в первые сутки послеродового периода, роды которых осложнились преждевременным излитием околоплодных вод (у 19 из них произошли срочные роды, у 9 - преждевременные роды). Диагноз вульвовагинального кандидоза был выставлен на основании жалоб, клиники, результатов бактериоскопического и бактериологического методов исследования.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel for Windows. Определение достоверности различий при альтернативном варьировании произведено по методу Стьюдента. Для выявления зависимости изменений признаков вычисляли коэффициент корреляции Пирсона (r).

Результаты. По полученным нами данным у 31,25±11,59% женщин, болевших вульвовагинальным кандидозом в конце третьего триместра беременности, роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод. Полный курс лечения прошли 50,00±12,5% беременных, другие 50,00±12,5% не закончили санацию в связи с развитием регулярной родовой деятельности. Достоверно чаще преждевременное излитие околоплодных вод произошло в группе тех женщин, которые не получили адекватной терапии генитального кандидоза в сравнении с группой санированных (t=3,65, P<0,01). В группе обследованных родильниц в 7,14±4,87% выявлено наличие кандидозной инфекции половых путей, а 32,14±8,83% из них болели вульвовагинальным кандидозом в период беременности. Выявлена прямая корреляционная зависимость между кандидозом и преждевременным излитием околоплодными водами.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Урогенитальный трихомониаз - часто встречающееся заболевание, передающееся половым путём. Также возможно инфицирование через предметы быта (предметы туалета, бани, ванной). Заболевание встречается в любом возрасте и тенденции к снижению или увеличению заболеваемости не отмечается.

Вагинальный трихомониаз - форма, встречающаяся у женщин и являющаяся наиболее распространённой причиной влагалищных выделений. У рожениц трихомониаз имеет более бурное течение. Это объясняется усилением функций внутренних желез и обогащением влагалищных выделений и эндотелия гликогеном, который способствует усиленному размножению трихомонад и других патогенных и условно патогенных микроорганизмов. Оральные противозачаточные средства (Диане-35, Ревигидон и т.п.) также создают благоприятные условия для развития заболеваний мочеполового тракта.

Клинически трихомониаз протекает по-разному. Нередко имеет место длительное течение с поражением внутренних органов, высокий процент рецидивов, резистентность возбудителя к лекарственным препаратам. В связи с этим сохраняется актуальность лечения этой патологии.

В современной литературе описываются случаи неэффективности препаратов противотрихомонадного ряда (трихопол, метронидазол и др.). В.П.Адаскевич (2002 г.) при инфекциях, передаваемых половым путем применяли орнизол при лечении трихомонадных кольпитов и уретритов. М.А.Гомберг (2007 г.) при лечении смешанной инфекции - трихомонадном уретрите - применял орнизол и получал хорошие результаты.

Поэтому, мы изучили терапевтическую ценность препарата «Орнизол», производимого фармацевтической компанией ВАТ «Киев-медпрепарат», отличающегося от других используемых средств широким спектром действия (противотрихомонадным, бактериостатическим действиями). Орнизол при хроническом трихомониазе (по 0,5 г 2 раза, 7-10 дней). У 35 больных в возрасте от 25 до 40 лет диагноз выставлен после клинического бактериоскопического исследования, иногда путём кон-frontации. Трихомониазный эндоцервицит и вульвовагинит - у 23 больных (из них шестеро - больные только вульвовагинитом), .

Наблюдения проводили сразу после проведения лечения, спустя 10 дней у 9 больных в течение последующих 2 месяцев после менструально-овариального цикла.

Из 35больных, получивших орнизол, у 30 из них наступило клиническое выздоровление, подтверждённое лабораторными исследованиями, а 6 больных орнизол был назначен по 0,5 г 2 раза в день в течение 10 дней, после чего был достигнут терапевтический эффект. Во время проведения лечения больные чувствовали себя удовлетворительно, кроме 3-х пациентов, страдавших хроническим холециститом, у которых на 6-8 день лечения были побочные действия препарата в виде головокружения, тошноты, рвоты. Лечение этих больных было

приостановлено.

Таким образом, орнизол является хорошим противотрихомонадным и антимикробным препаратом, который можно использовать при лечении трихомонадного эндоцервицита, уретрита (особенно в острых, подострых и хронических течениях).

ПРОБЛЕМА ПУБЕРТАТНЫХ МЕНОРАГИЙ У ДЕВОЧЕК

Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Нарушения овариально - менструального цикла занимают частое место в структуре гинекологических заболеваний у девочек подростков. Нами было обследовано 40 девочек в возрасте от 11 до 18 лет с пубертатными кровотечениями. Наиболее часто менорагии встречаются у девочек в возрасте 14-16 лет в весенне-осеннее время у девочек как городского так и сельского районов. Пубертатные кровотечения возникают у девочек с прморбидным фоном у 35 % девочек выявлено заболевание щитовидной железы у 16% астено-невротический синдром у 11 % заболевание желудочно-кишечного тракта у 4 % хронический сальпингооофарит. Всем девочкам было проведено общеклиническое обследование- общий анализ крови мочи УЗИ при необходимости консультации узких специалистов. У 24% девочек при УЗИ выявлено кистозные изменения яичников у 74 % маточные кровотечения возникли при величине М-эхо 9-12мм у 11% маточные кровотечения возникли при М-эхо 13-16 мм; У 90 % девочек с маточными кровотечениями выявлена постгеморрагическая анемия. После проведенного обследования проведен гормональный гемостаз препаратом регулон по следующей схеме первый день по 2 таблетке 3 раза в день второй третий день по 1 таблетке 3 раза в день третий день по 1 таблетке 2 раза три дня четвертый день по 1 таблетке 1 раз до остановки кровотечения. Для профилактики рецидива заболевания назначено было комбинированные оральные контрацептивы если 21 таблетка то назначали с первого дня менструального цикла если 28 таблеток то с 5 дня менструального цикла в течении 3 месяцев.

Выводы: Пубертатные кровотечения чаще возникают у девочек в весене-осенний период года при выявленной экстрагенитальной патологии в возрасте 14-16 лет.

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ ЖЕНЩИН ПРЕПАРАТОМ МЕГАСЕФ

Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Инфекция мочевыводящих путей нередко осложняет течение беременности. Риск развития инфекции мочевыводящих путей у беременных существенно выше, чем в среднем в популяции небеременных женщин.

Цель работы — установление эффективности препарата "Мегасеф" в терапии гонореи женщин.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 больных гонореей женщин. Из них у 5 (25%) была свежая острая гонорея, у 3 (15%) - подострая гонорея, у 4 (20%) - торпидная гонорея и у 8 (40%) - хроническая гонорея. Возраст больных от 20 до 45 лет. Из 20 больных 8 ранее лечились препаратами пеницилина и тетрациклина, но безуспешно. Инкубационный период у больных свежей гонореей составлял в среднем 6,7 дня, а у большинства пациенток с хронической гонореей не удалось установить точное время заражения. Диагноз у всех больных подтвержден бактериоскопически и бактериологически.

Результаты исследования. Определяли исчезновение гонококка из отделяемой уретры и цервикального канала. При острой и подострой гонорее женщинам назначали на приём 1000 мг мегасефа (2 таблетки), через 12 часов ещё 1000 мг, на курс лечения 2 г. При торпидной и хронической гонорее препарат давали после иммунотерапии по 500 мг каждые 12 часов в течение 7-дней.

Вывод: мегасеф в вышеуказанной дозе эффективен и может быть предложен для лечения неосложнённой гонореи у женщин. Это позволит расширить арсенал лекарственных препаратов, применяемых при гонорейной инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Юлдашев В.Б., Исmoilов О.О., Мамажонов У.Р., Уринбоев О.А., Усмонов Э., Хасанов Х.

Андижанский филиал РНЦЭМП.

Чрез- и надмышелковые переломы плечевой кости у детей составляют 69,6%- 70% от числа всех переломов костей локтевого сустава. По данным литературы, эти повреждения составляют от 40 до 77,9% всех переломов нижнего отдела плечевой кости у детей, а по числу и тяжести осложнений занимают ведущее место среди всех переломов локтевого сустава. Отмечают, что процент отрицательных результатов при лечении переломов области локтевого сустава у детей в 3-9 раз превышает таковой при других локализациях. Широкая распространенность переломов, многообразие клинических проявлений, высокая травматичность локтевого сустава, а также сложность анатомического строения дистального отдела плечевой кости, а также наличие множества ядер окостенения и неравномерности их развития затрудняют выработать стандартные приёмы лечения подобных повреждений.

Цель: поиск рациональных, малоинвазивных методов лечения чрез- и надмышелковых переломов плечевой кости у детей, которые могли бы обеспечить точную репозицию и стабильную фиксацию отломков.

Материал и методы. в 2016-2017 гг. в отделении детской нейротравматологии (ДНТ) Андижанского филиала РНЦЭМП на лечении находились 95 детей с чрез- и надмышелковыми переломами плечевой кости в возрасте от 1 года до 18 лет. Мальчиков было - 53, девочек - 46. Удельный вес закрытых переломов - 92,5%, открытых - 7,5%, причем среди открытых переломов чаще наблюдались вторично-открытые переломы.

Чрез- и надмышелковые переломы плечевой кости без смещения костных отломков в нашем исследовании отмечены в 24-х случаях (17,8 %). Было достаточно фиксации поврежденной руки гипсовым лонгетом сроком на 3-4

недели. При смещении костных отломков лечение начинали с закрытой ручной репозиции с наложением гипсовой повязки. На 6-7 сутки после уменьшения отека мягких тканей в области перелома производили контрольную рентгенографию.

Безуспешные закрытые репозиции и вторичное смещение отломков требовали применения более решительных методов лечения. Показаниями к оперативному лечению выставлялись на основании:

- переломы с явной симптоматикой расстройства функции сосудисто-нервного пучка;
- первичные и вторичные смещения костных отломков;
- открытые и многооскольчатые переломы;
- «Г», «У» - образные переломы с выраженным расхождением костных отломков;
- переломы с интерпозицией мягких тканей.

При чрез-и надмыщелковых переломах плечевой кости со смещением костных отломков под внутривенным наркозом приводили закрытую ручную репозицию костных отломков. Под рентгеновским (С-ARM) контролем определялось стояние костных отломков, после чего:

- Устанавливали аппарат Илизарова из 1,5 колец. Этот метод применён у 34 больных. Аппарат Илизарова демонтировали через 3-4 недели. Больным назначали ЛФК локтевого сустава.
- Малоинвазивный способ – фиксация костных отломков двумя спицами Киршнера латерально с двух сторон от локтевого сустава. Этот метод применён у 37 больных. Спицы удаляли через 3-4 недели. Больным назначали ЛФК локтевого сустава.

Четырём больным ввиду наличия симптомов повреждения сосудисто-нервного пучка применяли ревизию сосудисто-нервного пучка с открытой репозицией костных отломков с остеосинтезом аппарата Илизарова (2 больных), спицами Киршнера (2 больных).

Анализ результатов лечения детей с чрез-и надмыщелковыми переломами плечевой кости показал, что в 2-х случаях отмечались вторичные смещения костных отломков под гипсовой повязкой («подвижный ребёнок») потребовавшей в последующем открытой репозиции и остеосинтезу аппаратом Илизарова. В группах с различными методами фиксации особых различий в стабильности и консолидации костных отломков не было. Также отмечено, что лечение малоинвазивным методом лечения снижает риск развития вторичных смещений костных отломков, параартикулярных процессов в мягких тканях (в 3 случаях), контрактур (2), тугоподвижности и деформации локтевого сустава (5). Сроки реабилитации при использовании данных методов лечения сократились на 1.5-2 месяца, а применение малоинвазивных методов, кроме того имеет ещё и косметические преимущества, что немаловажно особенно у девочек.

Открытая репозиция костных отломков при повреждении сосудисто-нервного пучка дает возможность ревизии и устранения блока, интерпозиции сосудисто-нервного пучка на месте перелома, а также позволяет правильно оценить степень послеоперационного восстановления сосудов и нервной проводимости.

Выводы: применение закрытой репозиции с последующим остеосинтезом спицами Киршнера позволяет стабилизировать костные отломки при чрез-и надмыщелковыми переломах плечевой кости у детей и сократить сроки их реабилитации.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ Юсупова З.К., Собиров Э.Ж. Ургенческий филиал ТМА

Актуальность. Средства, которые применяются при анестезии, могут оказывать влияние на функциональное состояние кровообращения. Несмотря на значительные успехи фармакологии и анестезиологии, все еще отмечаются эпизоды гемодинамических, терморегуляторных и газообменных нарушений, которые особенно тяжело протекают у больных с сопутствующей патологией. В процессе анестезии и оперативного вмешательства оценка показателей гемодинамики играет важную роль в обеспечении адекватности анестезии. Большое значение в практике продолжают иметь наркотические (центральные) анальгетики, вследствие их непревзойденной обособленности к болевому толерантности, уменьшением восприятия центральной нервной системой болевых импульсов. Постепенно в анестезиологическую практику внедряются новые методы мониторинга, расширяется круг изучаемых показателей.

Цель работы: изучить изменение показателей центральной гемодинамики при общей анестезии с использованием промедола и оксифурилата натрия.

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 больницы Хорезмской области. Для обеспечения анестезиологической защиты были использованы комбинированная анальгезия промедолом в сочетании с оксифурилатом натрия. Дети в возрасте от 3 – 5 лет составляли 28% от общего количества больных, дети от 6 - 9 лет – 36% и дети старшего возраста от 10 до 12 лет составляли 36%. У 69% обследованных нами больных наблюдались врожденный гидронефроз, а у 31% пациентов мочекаменная болезнь. Оценка эффективности комбинированных методов анестезии проводилась на основании клинических данных: наличие двигательных реакций, величина и реакция зрачков. На всех этапах оперативного вмешательства и анестезии осуществлялся мониторинг с оценкой показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации кислорода (SpO₂), частоты дыхания (ЧД). Методом эхокардиографии исследованы показатели центральной и периферической гемодинамики.

Результаты и их обсуждения. С целью устранения беспокойства, предотвращения тошноты и рвоты, возможных вагусных влияний была назначена премедикация. 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 носило 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 оксibuтиратом 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.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ДО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВМС

Юсупова У.М., Мамажонova С.О.
Кафедра акушерства и гинекологии АГМИ

Цель. Определить значимость активизации провоспалительных цитокинов в смывах цервикального канала у женщин применяющих ВМС в развитии воспалительных процессов в органах малого таза.

Материалы и методы: обследовано 58 женщин репродуктивного возраста (от 17 до 36 лет), применяющих медьсодержащие ВМК в течение 6 месяцев (основная группа). Контрольную группу составили 14 практически здоровых женщин репродуктивного возраста без ВМК. В смывах из цервикального канала определяли содержание провоспалительных цитокинов (интерлейкины IL-1 β , IL-6 и фактор некроза опухоли TNF- α) проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» (Россия, Новосибирск).

Результаты: уровень провоспалительных цитокинов в смывах цервикального канала через 24 часа после вставления ВМК статистически значимо возрастал в 2,11; 1,93 и 2,23 раза по сравнению с показателями контрольной группы (табл. 1). Выявлены следующие отличительные особенности, так если содержание IL-6 через 40 дней, 3 и 6 месяцев приближался к норме, то уровень IL-1 β достоверно превышал значения нормы в 1,94; 1,61 и 1,78 раза, а TNF- α – в 1,72; 1,47 и 1,52 раза, соответственно срокам.

Вывод: 1) В смывах из цервикального канала женщин с ВМК уровень цитокинов возрастает, особенно у пациенток с наличием воспалительных процессов в органах малого таза.

ВЛИЯНИЕ ВМС НА КОНТАМИНАЦИЮ ВЛАГАЛИЩА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.

Юсупова У.М., Мамажонova С.О.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучить послеродовую инволюцию и влагалищный пейзаж при ранней послеродовой контрацепции.

Материалы и методы. обследование проводилось в акушерском отделении 2-родильного комплекса города Андижана. Под нашим наблюдением находилось 80 родильниц, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли женщины, которым ВМС была введена постплацентарно, во 2-ю – женщины, которым ВМС была введена в первые 48 часов после родов. 3-я группа(контрольная)-женщины, которым ВМС не вводилась. Всем родильницам вводилась ВМС моделиТС и 380А(Индия). В исследование были включены женщины без признаков воспаления и вагиноза. Микроскопическое исследование вагинального отделяемого было проведено при поступлении в родильный комплекс и на 40-сутки послеродового периода. Инволюция матки оценивалась по данным УЗИ.

Результаты. До родов у женщин всех трёх групп отмечалось наибольшее количество эпителиоцитов (9,7 в поле зрения). На 40-сутки в 1-й группе отмечено уменьшение лейкоцитов почти в 3 раза, во 2-й и 3-й группах отмечено увеличение лейкоцитов почти в 2 раза. До родов у всех обследуемых в мазках обнаруживались кокки, палочки и их ассоциации. Постплацентарное введение ВМС и введение ВМС в первые 48 часов после родов сопряжено с риском развития гематометры в 5% случаев. Во 2-й группе в 2 случаях развился эндометрит, экспульсия ВМС наблюдалась в 1-й и во 2-й группах по одному случаю.

Сравнивая инволюцию матки мы выяснили, что введение ВМС не препятствует процессу послеродовой инволюции, а также адекватной эпителизации эндометрия, что определено по УЗИ- критериям, характеру лохий и влагалищному биоценозу, кроме того по данным УЗИ инволюция матки в 1-й группе происходила быстрее.

Вывод: раннее введение ВМС не влияет на микробиоценоз влагалища и послеродовую инволюцию матки.

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Юлдашев В.Б., Исмоилов О.О. Мамажонов У.Р., Уринбоев О.А., Усмонов Э., Хасанов Х.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Чрез- и надмышелковые переломы плечевой кости у детей составляют 69,6%- 70% от числа всех переломов костей локтевого сустава. По данным литературы, эти повреждения составляют от 40 до 77,9% всех переломов нижнего отдела плечевой кости у детей, а по числу и тяжести осложнений занимают ведущее место среди всех

переломов локтевого сустава. Отмечают, что процент отрицательных результатов при лечении переломов области локтевого сустава у детей в 3-9 раз превышает таковой при других локализациях. Широкая распространенность переломов, многообразие клинических проявлений, высокая травматичность локтевого сустава, а также сложность анатомического строения дистального отдела плечевой кости, а также наличие множества ядер окостенения и неравномерности их развития затрудняют выработать стандартные приёмы лечения подобных повреждений.

Цель: Поиск рациональных, малоинвазивных методов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей, которые могли бы обеспечить точную репозицию и стабильную фиксацию отломков.

Материал и методы. В 2016-2017 гг. в отделении детской нейротравматологии (ДНТ) Андижанского филиала РПЦЭМП на лечении находились 95 детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости в возрасте от 1 года до-18 лет. Мальчиков было - 53, девочек - 46. Удельный вес закрытых переломов - 92,5%, открытых - 7,5%, причем среди открытых переломов чаще наблюдались вторично-открытые переломы.

Чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости без смещения костных отломков в нашем исследовании отмечены в 24-х случаях (17,8 %). Было достаточно фиксации поврежденной руки гипсовым лонгетом сроком на 3-4 недели. При смещении костных отломков лечение начинали с закрытой ручной репозиции с наложением гипсовой повязки. На 6-7 сутки, после уменьшения отека мягких тканей в области перелома производили контрольную рентгенографию.

Безуспешные закрытые репозиции и вторичное смещение отломков требовали применения более решительных методов лечения. Показаниями к оперативному лечению выставлялись на основании:

- переломы с явной симптоматикой расстройства функции сосудисто-нервного пучка;
- первичные и вторичные смещения костных отломков;
- открытые и многооскольчатые переломы;
- «Т», «У» - образные переломы с выраженным расхождением костных отломков;
- переломы с интерпозицией мягких тканей.

При чрез-и надмыщелковых переломах плечевой кости со смещением костных отломков под внутривенным наркозом производили закрытую ручную репозицию костных отломков. Под рентгеновским (С-ARM) контролем определялось стояние костных отломков, после чего:

- Устанавливали аппарат Илизарова из 1,5 колец. Этот метод применён у 34 больных. Аппарат Илизарова демонтировали через 3-4 недели. Больным назначали ЛФК локтевого сустава.
- Малоинвазивный способ – фиксация костных отломков двумя спицами Киршнера латерально с двух сторон от локтевого сустава. Этот метод применён у 37 больных. Спицы удаляли через 3-4 недели. Больным назначали ЛФК локтевого сустава.

Четырём больным ввиду наличия симптомов повреждения сосудисто-нервного пучка применяли ревизию сосудисто-нервного пучка с открытой репозицией костных отломков с остеосинтезом аппаратом Илизарова (2 больных), спицами Киршнера (2 больных).

Анализ результатов лечения детей с чрез-и надмыщелковыми переломами плечевой кости показал, что в 2-х случаях отмечались вторичные смещения костных отломков под гипсовой повязкой («подвижный ребёнок») потребовавшей в последующем открытой репозиции и остеосинтезу аппаратом Илизарова. В группах с различными методами фиксации особых различий в стабильности и консолидации костных отломков не было. Также отмечено, что лечение малоинвазивным методом лечения снижает риск развития вторичных смещений костных отломков, параартикулярных процессов в мягких тканях (в 3 случаях), контрактур (2), тугоподвижности и деформации локтевого сустава (5). Сроки реабилитации при использовании данных методов лечения сократились на 1,5-2 месяца, а применение малоинвазивных методов, кроме того имеет ещё и косметические преимущества, что немаловажно особенно у девочек.

Открытая репозиция костных отломков при повреждении сосудисто-нервного пучка дает возможность ревизии и устранения блока, интерпозиции сосудисто-нервного пучка на месте перелома, а также позволяет правильно оценить степень послеоперационного восстановления сосудов и нервной проводимости.

Выводы: применение закрытой репозиции с последующим остеосинтезом спицами Киршнера позволяет стабилизировать костные отломки при чрез-и надмыщелковыми переломах плечевой кости у детей и сократить сроки их реабилитации.

ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II –ТИПА

Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценка эффективности сосудистых осложнений у беременных с сахарным диабетом II типа.

Материал и методы исследования: курантил применен у 15 больных с сахарным диабетом II типа во II и III триместрах беременности, клинические методы, определение количество тромбоцитов, времени свертывания крови. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с оценкой достоверности по критерию Стьюдента. Связи между параметрами выявляли на основе линейного корреляционного анализа.

Результаты исследования: Курантил применялся во II и III триместрах беременности, т.е., в сроках, когда наблюдаются наибольшее прогрессирование микроангиопатий и присоединение гестационной гипертензии. Средний возраст пациенток составил $24,4 \pm 2,2$ года, продолжительность заболевания диабетом $10,7 \pm 4,4$ года. Средний срок беременности при начале лечения $28 \pm 5,5$ нед. у всех беременных имелись сосудистые осложнения СД. У 6 (40%) женщин отмечено сочетание ангиопатии сетчатки и энцефалопатии, у 5 (33,3%) беременных была ретинопатия II –III степени в сочетании с энцефалопатией, у 26 из них – макроангиопатия нижних конечностей.

У 4 (26.7%) беременных ведущим симптомом сосудистых осложнений являлась диабетическая нефропатия II степени длительностью от 4 до 9 лет. У 8 беременных диабет II типа был компенсированным, у 7 – субкомпенсированный.

У 7 беременных наблюдалась гестационная гипертензия, все они получали общепринятую терапию, начатую до применения курантила. Курс лечения курантилом составил 12 дней, препарат вводили внутрь по 75 мг. 3-4 раза в сутки. За 1 час до еды или в/м и медленно в/в, скорость инфузии не должна превышать 200мкг/м. Суточная доза 150-200 мг.

Эффект лечения оценивали при сравнении клинических и лабораторных показателей, а также показателей свертывающей системы крови. Количество тромбоцитов и время свертывания определяли общепринятыми методами.

После курса терапии курантилом у беременных с СД II-типа наступило некоторое улучшение – снижения среднесуточной гликемии с 8.0 ± 1.3 до 6.8 ± 1.2 ммоль/л и статистически недостоверное снижение максимальной суточной дозы инсулина. У беременных с АГ наблюдали умеренное снижение АД со $130.7/89.9 \pm 56/2.6$ мм. рт. ст. Количество тромбоцитов уменьшилось в среднем с 223,2 до 181,1 Что составляет 18,8 %; время свертывания уменьшилось на 1.5 минуты (13,1 %), ПТИ уменьшилось на 14, 5 %. В клинических анализах со стороны красной и белой крови не выявлено каких – либо значимых изменений до и после лечения курантилом.

Таким образом, у беременных с СД II- типа после применения курантила наблюдалось заметное улучшение основных параметров тромбоцитарного звена системы гемостаза.

Вывод: Применение курантила в комплексном лечении сосудистых осложнений у беременных с СД II - типа во втором и третьем триместрах беременности эффективно и патогенетически обосновано. Выявлено улучшение клинико-лабораторных показателей и благоприятный исход родов для матери и плода.

МЕМБРАНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АДНЕКСИТОМ

Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось выявление цитологических особенностей смешанной слюны у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями придатков матки.

Материалы и методы: Обследовано 33 больные хроническим аднекситом в возрасте от 18 до 42 лет. Среди обследованных были 23 больные с 2-сторонним процессом и 10 больных с односторонним воспалением. Все женщины тщательно обследовались. Им проводились общеклинические методы обследования, биохимические исследования крови, цитологические исследования мазков периферической крови и смешанной слюны.

Результаты исследования: Анализ результатов цитологического исследования смешанной слюны больных хроническим аднекситом позволил выявить 2 типа характерных цитоморфологических исследования. В основном у 23 больных отмечались признаки наличия с участием иммунных механизмов защиты.

У 10 больных выявлены дисметаболические функции участия клеток иммунитета. Эпителиальные клетки у больных I группы были структурно сохранены, расположены единично или в виде пластов, иногда с наличием зерниста. Ядро – цитоплазмное соотношение сохранено. Количество форменных элементов крови зависело от характера иммунного ответа в большом количестве нейтрофилы, эритроциты были выявлены у 12 больных, у 11 в небольшом количестве. Иммунные патологические механизмы формировались а тех случаях, когда поверхностные мембраны были с сохраненным рецепторным аппаратом – аппараты узнавания антигенных раздражений. В зависимости от характера АГ формировались либо гуморальная, либо клеточная функция.

Клинический неблагоприятное течение заболевания в I группе больных, у которых были выявлены дисметаболические изменения в слюне. У таких женщин чаще наблюдались выкидыши, бесплодие. В патологических процессах участвуют непосредственно клеточные мембраны эпителиальных клеток. Структурные элементы высвобождаются из мембраны клетки, и она утрачивает рецепторные образования. Усиливается регулирующая функция иммунной системы и всех других регуляторных механизмов дистанционным управлением их. При дисметаболических аднекситах в препаратах слюны были обнаружены эпителиальные клетки в большом количестве признаками отека, жировой дистрофии, ядра их пикнозные. Липиды в тканевом детрите были в различных кристаллических состояниях в виде везикул (фосфолипиды) фосфолипидных кальциевых агрегатов, нередко с эпителизацией в виде различных ветвей детритов.

Вывод: Таким образом, цитологический метод исследования смешанной слюны позволяют выявить быстро, неинвазивным путем, характер патологического процесса, установить тяжесть мембрано-деструктивного процесса, прогнозировать исход заболевания, подобрать индивидуально комплекс лечебно профелактических мероприятий у больных с хроническим аднекситом.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Провести ретроспективный анализ историй болезни женщин с врожденными пороками сердца обследованных во время беременности и родов и выработки тактики ведения беременности и родов, послеродового периода.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 47 женщин с врожденными пороками сердца, контрольную группу составили 50 здоровых родильниц. С целью ранней диагностики нарушений состояния беременной проводили биохимические, иммунологические исследования крови. Обследованные беременные были в

возрасте от 19 до 38 лет.

Результаты исследования: Диагноз врожденного порока сердца у 24 женщин был установлен во время беременности, у остальных до наступления беременности. По характеру порока сердца беременные распределялись следующим образом: дефект межпредсердной перегородки у 26 (55,3%), дефект межжелудочковой перегородки у 13 (27,6%), открытый артериальный проток у 8 (17,02%). У всех беременных с пороками сердца отмечались явления недостаточности кровообращения: I стадия декомпенсации имела место у 67% больных, II А стадия – у 32%. В зависимости от состояния давления в малом круге кровообращения больные были разделены на 3 группы: 22% беременных с нормальным давлением в системе легочной артерии, 63% беременных с I- степенью легочной гипертензии и 17% беременных со II и III стадиями. При изучении акушерского анамнеза оказалось, что у большинства больных с врожденными пороками сердца менархе наступило своевременно. Позднее начало менструаций было у 16% беременных, что можно объяснить отставанием полового развития девочек в связи с наличием порока сердца. Первородных было 71% повторнородных – 29%, первородящих – 83%, повторнородящих- 17%. Анализ течения беременности и родов показал, что при врожденных пороках сердца наблюдаются различные осложнения беременности и родов. Ранние токсикозы (24,35% ± 4%) и гипертензивные состояния беременности соответственно (19% ± 3%) у беременных с пороками сердца наблюдались в 3 раза чаще, чем у здоровых женщин. Обращает на себя внимание большая частота прерывания беременности (21%) и внутриутробной гипоксии плода (19%). Различные отклонения от нормального течения родового акта у обследованной группы наблюдались в 3 раза чаще, чем в контрольной группе беременных. Так, быстрые и стремительные роды имели место соответственно в 16% и 6% случаев. Следует отметить повышенную частоту кровотечений в родах у больных с врожденными пороками сердца - 23%.

Необходимость облегчить и сократить период изгнания, связанная с тяжестью течения заболевания, наличием недостаточности кровообращения, обусловила большую частоту оперативных вмешательств в родах: акушерские щипцы применялись у 14%, кесарево сечение у 16% женщин.

Общая продолжительность родов у первородящих женщин с врожденными пороками сердца составила 11±0.5 ч, у повторнородящих - 6± 0.4 ч.

Вывод: Разработанная терапия способствует нормализации параметров гомеостаза, уменьшению степени кислородной недостаточности и повышению адаптации организма к гипоксии, что определяет ее эффективность.

Своевременная диагностика и эффективное лечение уменьшило степень гипоксии и применение вышеуказанной терапии обусловило снижение частоты осложнений беременности, родов и послеродового периода.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ

Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш., Мамадиева М.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Репродуктивная функция является важнейшим интегральным показателем здоровья, определяет качество жизни будущих поколений, а соответственно, здоровье и качество жизни нации. Сегодняшние дети будут поддерживать основной уровень рождаемости в 2020-2030 гг. Основным принципом сохранения медико-биологического потенциала рождаемости должен быть принцип сохранения репродуктивного здоровья каждой девочки и каждого мальчика, начиная с момента рождения и включая все этапы становления и реализации репродуктивной системы.

Цель исследования: изучить современное лечение нарушения менструальной функции у девочек – подростков.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач, мы обследовали 256 пациентов с диагнозом нарушения менструальной функции у девочек – подростков.

Результаты исследования: Впервые на основании многофакторного анализа установлено, что наиболее сильное влияние на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков оказывает совокупность медико-биологических факторов. При этом коэффициент множественной детерминации, отражающий, какую долю причин, способствующих развитию исследуемых заболеваний, имеет изучаемая совокупность признаков, составляет 26,3% ($R^2=0,224$; $p<0,001$). Второе место по силе влияния на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков принадлежит совокупности экологических факторов - 15,6% ($R^2=0,21$; $p<0,001$), третье - социально-гигиеническим -14,2% ($R^2=0,189$; $p<0,001$). Условия учебной и внеучебной деятельности занимают четвертое место - 12,3% ($R^2=0,163$; $p<0,001$), пятое и шестое место принадлежит социально-психологическим - 11,5% ($R^2=0,152$; $p<0,001$) и санитарно-гигиеническим - 9,6% ($R^2=0,124$; $p<0,001$) факторам. Медико-демографические (6,3%, $R^2=0,113$; $p<0,001$) и медицинские (4,2%; $R^2=0,103$; $p<0,001$) факторы занимают, соответственно, седьмое и восьмое место.

Впервые установлено, что у девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты, наличие изменений клеточного состава крови и показателей иммунитета, характеризующихся количественным дефицитом Т- и В-лимфоцитов, напряжением гуморального звена иммунитета, усилением факторов неспецифической реактивности организма - повышением фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса, увеличением метаболической активности фагоцитов по НСТ-тесту представляют собой проявление полисистемного дезадаптационного синдрома.

Вывод: На основании многофакторного анализа установлено, что наиболее сильное влияние на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков оказывает совокупность медико-биологических факторов, для которых коэффициент множественной детерминации составляет 26,3% ($R =0,224$; $p<0,001$). Второе место по силе влияния на возникновение гинекологической патологии у подростков принадлежит совокупности

экологических факторов - 15,6% ($R^2=0,21$; $p<0,001$), третье - социально-гигиеническим - 14,2% ($R^2=0,189$; $p<0,001$). Условия учебной и внеучебной деятельности занимают четвертое место - 12,3% ($R^2=0,163$; $p<0,001$), пятое и шестое место принадлежит социально-психологическим - 11,5% ($R^2=0,152$; $p<0,001$) и санитарно-гигиеническим - 9,6% ($R^2=0,124$; $p<0,001$) факторам. Медико-демографические (6,3%, $R^2=0,113$; $p<0,001$) и медицинские (4,2%; $R^2=0,103$; $p<0,001$) факторы занимают, соответственно, седьмое и восьмое место.

III-ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдуллаев С.А., Ахмедов Г.К., Жалолов С.И., Алимов Ж.И.
Самаркандский Государственный медицинский институт

Течение гнойно-септических ран у больных с сахарным диабетом характеризуется рядом особенностей. Основные из них является рост гнилостной инфекции, усиливается нарушение всех видов обмена, вызывает ацидоз, подавляет защитные способности организма и резкое ослабление иммунобиологических свойств, которым приводит к развитию сепсиса.

Цель: Усовершенствовать стандартных методов диагностики и хирургического тактика лечения гнойно-септических ран у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы: В отделении гнойно-септической хирургии СамГМО за последние 2 года обследовано 79 больных с гнойно-септическими осложнениями, в том числе и диабетической стопой. Возраст больных были 30-74 лет, из них мужчин 41 (51,9%) и 38 (48,1%) женщин. Из них у 18 пациентов установлен сахарный диабет I типа. Легкая форма сахарного диабета у 15 (18,9%), средней 23 (29,2%) и 41 (51,9%) больных тяжелой тяжести. Длительности сахарного диабета в среднем составил 14,2 года и у 6 (7,6%) больных установлен впервые. У 58 пациентов обнаружено сопутствующие патологии: из них у 32 (40,5%) больных сердечно-сосудистые патологии, у 22 (27,8%) пациентов почечные патологии, с заболеваниями печени и желчных путей выявлено у 18 (22,8%) больных. У некоторых эти заболевания сочетались.

Из 79 больных у 35 были гнойно-воспалительные процессы мягких тканей в виде флегмоны и у 13 (16,5%) больных обширные флегмоны промежности с некротическим фасцитом и мионекрозом которым, выявлен сепсис. Этим больным произведены ранние широкие разрезы с удалением мёртвых тканей. У 31 (39,2%) больного был установлен диагноз синдром диабетической стопы. Из них ангионейропатическая форма у 18 (58%) и нейроишемическая форма у 13 (42%) больных. Для определения характера изменения всем больным нами проведены рентгенография костей стопы в прямой и боковой проекции и доплерографии. определялось уровень гликемии, биохимическое исследование крови и мочи.

Результаты: В лечение гнойно-некротического осложнения сахарного диабета мы придерживаемся следующие принципы: специфический контроль уровень гликемии, определение чувствительность к антибиотикам, лечение сопутствующих заболеваний, своевременное определение синдрома диабетической стопы и местное лечение, вывести стопы ног из критического состояния ишемии.

В послеоперационном периоде у 35-40% больного наблюдалось гнойно-некротические осложнения. Самое тяжелое из этих осложнения встречаются в нижних конечностях и большинство случаев заканчивается с ампутацией. При определении оптимального уровня ампутации мы использовали лабораторно-рентгенологических и доплерографические данные.

Выводы: Использование комплексной диагностики и раннее хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений сахарного диабета значительно сократились количество летальных исходов и высоких ампутации конечностей.

БИТИШМА КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ

Абдуллаев С.А., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И.
Самарканд Давлат тиббиёт институти

Битишма касаллиги абдоминал хирургиянинг энг оғир муаммоларидан хисобланади. Адабиётларда келтирилган маълумотларга асосан охириги йилларда қорин бўшлиғидаги битишмаларни профилактика қилишда юқори молекулали декстранларни тавсия қилмоқда.

Ишнинг мақсади: Битишма касаллигини даволаш ва профилактика усулларини такомиллаштириш.

Ишнинг материаллари: Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг хирургия бўлимларида 2010-2017 йилларда қорин бўшлиғи битишма касаллиги билан даволанган 68 та бемор устида кузатув олиб бордик. Беморлар 21-72 ёшларни ташкил қилди. Аёллар 44(62%) эркаклар 26(48%) эканлиги аниқланди. Битишма касаллигини янги технология бўйича профилактика қилиш усулининг эффективлигини аниқлаш учун беморларни икки гуруҳга бўлдик. Биринчи асосий гуруҳга 44 та бемор қорин бўшлиғи битишма касаллиги ва ўтқир битишмали ичак тутилиши билан клиникада операция қилинди ва битишмани профилактика қилиш мақсадида биз қўллаб келган аралашмага мезогель суюқлиги қўшилди. Иккинчи назорат гуруҳига 24 та бемор қиритилди ва қорин бўшлиғи битишмаларига қарши махсус суюқликлар қўлланилмаган. Қорин бўшлиғида операция қилинган 68 та бемордан 1 йил ўткандан кейин 5 та беморда, 2-3 йилдан кейин 13 та, 5 йил мобайнида 17 та, 6 ва ундан кўп йил ўткандан кейин 13 та бемор стационарга тушганлар. Уларга қуйидаги операциялар қилинган - аппендэктомия 15 та, меъда резекцияси 7 та, ичаклараро анастомозлар қўйиш 9 та, ўтқир ичак тутилишини бартараф қилиш 14 та. Беморлар стационарга тушганларида умумий клиник белгиларига, асбоблар ва рентгенологик текшириш усулларига асосланиб битишмали ўтқир ичак тутилиши диагнози қўйилди.

Натижалар. Асосий гуруҳдаги 44 бемор ҳаммаси ўтқир ичак тутилиши билан операция қилинди ва операция пайтида қорин бўшлиғида яси, ипсимон, висцеро-висцерал, висцеро-париетал битишмалар топилди. Улар ингичка-ингичка ичак 20 та, йўғон ва ингичка ичак 12 та ва 10 та беморда аралаш турдаги ичак тутилиши ҳосил бўлганлиги аниқланди. Битишмаларни профилактика қилиш мақсадида операция охирида қорин бўшлиғини мезагель эритмаси билан ишланди. Операциядан кейин ҳам 3-4 кун мобайнида қорин бўшлиғига қўйилган най орқали 150-160 мл мезагель эритмаси қуйиб турилди. Хамма беморларга назоинтестинал зонд қўйилиб трансректал ичаклар интубатция

килинди. Шу гурух беморларда операциядан кейинги давр текис, асоратсиз ўтди. Операциядан 3-4 кун ўтгандан кейин беморларни қайта кўриб, қорин бўшлиғини УТТ қилинди ва битишма ҳосил бўлиши топилмади. Операциядан кейин беморларни эрта фаоллаштириш, ичак фаолиятини стимуляция қилиш ва физиотерапия даволаш битишмаларни профилактика қилишда муҳим ҳисобланди. Операциядан кейинги даврда 6 ойдан 1 йилгача 15 беморни УТТ, ошқозон ичак тизимини контрастли рентген билан текширилганда битишмалари ичак тугилиши белгиси топилмади. Назорат гуруҳи билан таққослаганимизда бу гуруҳда операциядан кейин стационарда ётиш муддати узок давом этиши, ичак фаолиятининг тикланишига анча қийин бўлганлиги ва 26% беморларда операциядан кейинги битишмалари асоратлар аниқланди.

Хулоса: Ўткир битишмалари ичак тугилиши билан операциядан кейинги қорин бўшлиғи битишмаларини профилактика қилиш комплексига мезагельнинг киритилиши битишма касаллигини даволашда яхши самара берди.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н., Бозоров Н.Э., Рустамжонов А.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Послеоперационные грыжи брюшной стенки (особенно при больших и гигантских ее формах) и по сей день представляют серьезную проблему для хирургического лечения. Об этом свидетельствует высокая частота, как послеоперационных осложнений, так и рецидивов вентральных грыж после хирургических вмешательств - от 18 до 43%.

Одним из основных путей профилактики послеоперационных осложнений и рецидивов вентральных грыж после хирургических вмешательств является выбор оптимального метода предоперационной подготовки. Речь идет, прежде всего, о выборе метода предоперационной подготовки и о применении наиболее эффективных методов пластики брюшной стенки.

Материалы и методы: В настоящей работе анализируется опыт лечения 132 больных с большими и гигантскими ПОВГ, поступивших на лечение в III хирургическое отделение клиники Андижанского Государственного медицинского института за последние 10 лет. Эти больные составили 31% поступивших больных с различными формами грыж живота. При этом нами использовались различные методы пластики грыжевых ворот.

Из 132 больных с большими и гигантскими ПОВГ мужчины составили 43 (32,6%), пациенты женского пола 89 (67,4%). При этом их соотношение составило 3,2:1. В возрастном составе преобладали лица в наиболее трудоспособном возрасте (76,8%).

Результаты исследования и их обсуждения. По нашим наблюдениям ПОВГ больших размеров составили - 114 (86,4%) больных, а гигантские - 18 (13,6%). Наличие больших и гигантских ПОВГ представляло значительные сложности при определении хирургической тактики. Это было связано с ожирением и отвислым животом, а также ранее перенесенной операцией по поводу холецистита и гинекологических операций у женщин.

Лишь у 10 (7,6%) исследуемых больных с ПОВГ длительность грыженосительства к моменту операции составило до 1 года. При этом, грыженосительство сроком от 1 до 3 лет составило у 67 (50,7%), а 4-6 лет - у 34 (25,7%) больных. Причинами длительности анамнеза: (от 7 до 10 и более лет), наши больные объясняли боязнью перед операцией, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний и в ряде случаев, воздержанием хирургов от операции.

Наряду с этим, у 73 (55,3%) больных с ПОВГ наблюдали сочетания с терапевтической патологией, что требовало их коррекции при подготовке к операции.

Всем остальным больным проводили комплексную предоперационную подготовку, порой начиная ее амбулаторно в терапевтических отделениях.

Данный контингент больных подлежал хирургическому лечению лишь после коррекции сопутствующих заболеваний, снижения массы тела, адаптации к повышенному внутрибрюшному давлению и т.д.

Важным этапом предоперационной подготовки исследуемых больных является соблюдение бесшлаковой диеты и подготовка кишечника. Из пищевого рациона исключалась пища богатая углеводами, жирами, высококалорийная каша, мучные, картофельные блюда и назначали различные соки, овощи и фрукты. Разрешались куриные бульоны, протертая каша, кефир, кисели, протертые супы, растительная пища, чай.

Наряду с этим, исследуемым больным рекомендовали физическую нагрузку, длительную ходьбу, гимнастику, вправление содержимого грыжевого мешка в брюшную полость и дозированное завязывание живота специально приготовленным кожаным ремнем-корсетом, сочетающееся с активной дыхательной гимнастикой.

У больных с ПОВГ больших и гигантских размеров эти мероприятия должны быть начаты в домашних условиях задолго до операции.

Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний, витаминотерапию, коррекцию нарушений сердечно-легочной деятельности, уменьшение веса больного (до 10-15 кг), объема живота и адаптации к повышенному внутрибрюшному давлению, а также профилактику тромбозомболических и гнойно-септических осложнений со стороны операционной раны.

За 2-3 дня до операции операционное поле обрабатывается спиртом и накладывается асептическая повязка.

Для профилактики тромбозомболических осложнений у больных с большими и гигантскими ПОВГ нами исследована свертывающая и антисвертывающая система крови. У 71 больного в возрасте от 32 до 74 лет, 8 из них были старше 50 лет.

У больных с большими и гигантскими ПОВГ свертывающая активность крови значительно повышена. Об этом свидетельствует укорочение времени свертывания в среднем до $214 \pm 13,5$ сек и времени рекальцификации до 96 ± 13 сек ($P < 0,001$). Показатель отражает достоверность полученных результатов. Толерантность плазмы к гепарину

была повышенной-503±48 сек. При норме 638±30 сек ($P<0,05$), время пробы на чувствительность плазмы больного к гепарину было укороченным. Это можно объяснить понижением содержания гепарина в крови, наблюдаемое у наших больных. Содержание прокоагулянтов (протромбин, проакцелерин, проконвертин), кальция в сыворотке крови находилось в пределах нормы ($P>0,05$).

Ретракция сгустка у больных с большими и гигантскими ПОВГ была повышена в среднем до 43,2±2% (при норме 38,9±0,75%). Время кровотечения оказалось укороченным в среднем до 91±7 сек ($P < 0,05$). Тромботест был повышен (7 степень) у 13 больных, нормальная степень тромботеста обнаружена у 15 больных. Количество тромбоцитов было повышено по сравнению с нормой и составило в среднем 230.800±3150. ($P<0,001$). Содержание фибриногена у больных с большими и гигантскими ПОВГ было увеличено в среднем до 353±23 мг/% ($P<0,001$).

При исследовании антикоагулянтной (количество свободного гепарина) и фибринолитической активности крови особых изменений не выявлено. Статистическая разница показателей составила $P>0,005$. Отмечено достоверное укорочение гепаринового времени в среднем до 47±5 сек, при норме 59±2 сек.

Следует отметить, что степень изменений показателей свёртывающей и противосвёртывающей систем соответствовали тяжести заболевания, патологическим изменениям, возрасту и клиническому состоянию больных.

Проводя подобную комплексную предоперационную подготовку у больных с ПОВГ на протяжении ряда лет мы убедились, что она является наиболее подходящей и оптимальной. Доказательством тому было упрощение основных этапов пластики грыжевых ворот во время операции, а также более благоприятное течение раннего послеоперационного периода.

ИНВАГИНАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ВЗРОСЛЫХ

Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н., Нуманов Э., Рустамжанов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Одной из редких и трудно диагностируемых форм острой кишечной непроходимости (ОКН) у взрослых является инвагинация. Частота ее среди всех форм ОКН составляет от 10 до 18%. Слепокишечная инвагинация наблюдается в 45-63% случаев, толстокишечная в 15%, повздошно-ободочная - в 12-17%, тонкокишечная - в 10,7%. Множественные инвагинации возникают в 0,4-3,6% случаев, сложные (многоцилиндровые) - в 8,3 %.

Из редких форм инвагинации описаны следующие:

- инвагинация купола, боковой стенки слепой кишки;
- инвагинация червеобразного отростка, дивертикулов кишечника;
- инвагинация культы аппендикса;
- инвагинация гаустр толстой кишки;
- множественные инвагинации в различных отделах кишечника;
- инвагинация при опухолях и гематомах;
- ретроградная инвагинация;
- многоцилиндровые инвагинации.

Любое фиксированное механическое препятствие или локальные морфологические изменения стенки кишки могут втягиваться в просвет кишки, затем продвигаться по кишечнику перистальтической волной. Наиболее часто инвагинации у взрослых провоцируют опухоли, особенно полипы на ножке - 25-33% случаев.

Инвагинация может возникнуть при инфекционных заболеваниях, во время которых в кишечнике образуются язвы, воспалительные инфильтраты (дизентерия, брюшной тиф). Они вызывают дискоординацию перистальтики - усиление сегментарной перистальтики в «попытках» кишки «избавиться» от чужеродного образования. Именно таким представляется патогенетический механизм «запускающий» процесс инвагинации. Аналогичный механизм возникновения инвагинации возникает при кровоизлияниях в ее стенку (интрамуральные гематомы различного генеза: спонтанные, посттравматические, болезнь Шенляйн-Геноха и др.).

Одной из клинических масок инвагинации является ишемическая - клинически очень близкая к острому нарушению кровообращения в одном из висцеральных сосудистых бассейнов (верхне-, нижнебрюшечный, чревный). При обоих заболеваниях возникают острые, внезапные боли, вначале усиленная, затем затихающая перистальтика, развивается метеоризм, наличие пальпируемого уплотнения кишечника (инфаркт при ОКН - синдром Мондора), выделение крови во время дефекации или тенезмов. При развитии тромбоза нарушается гемодинамика, метаболизм, нарастает интоксикация. Однако при ОКН боли постоянные, нарастающие, не схваткообразные. Болезненное уплотнение появляется значительно позже. Выделение крови - симптом поздний и непостоянный. Вздутие кишечника как один из симптомов ОКН появляется раньше и захватывает значительные участки кишечника (симметричное вздутие). Рвота при этом, как один из основных симптомов ОКН, не характерна.

Интраоперационная дезинвагинация допустима только в ранних стадиях - при недавних, небольших и не фиксированных инвагинатах.

Дезинвагинацию следует проводить комбинированно - потягиванием за входящую в инвагинат кишку и выталкиванием головки инвагината, предварительно проведя новокаиновую блокаду брыжейки обоих кишок - внедрившийся и принявший инвагинат. Если ощущается сопротивление, дезинвагинацию следует прекратить.

Если дезинвагинация удалась, перемещать содержимое, скопившееся над инвагинатом, в отводящую от инвагината петлю путем «выдавливания», не следует, поскольку «массаж» кишечника путем выдавливания может привести к тромбозу как в сосудах брыжейки, так и микроциркулярном русле. Кроме того, после «выдавливания» возникает длительный парез кишечника.

Если дезинвагинация не показана или невыполнима, проводится резекция внедрившейся кишки и кишки «футляра» по техническим стандартам, принятым для механической кишечной непроходимости.

Выводы. Наиболее частой причиной инвагинации кишечника у взрослых являются опухоли. Чем моложе больной, тем тяжелее протекает инвагинация. Чем старше больной, тем вероятнее наличие опухоли - как причины инвагинации. Чем старше больной, тем быстрее развиваются нарушения кровообращения в инвагинированной кишке, тем шире зона их распространения, тем выше риск циркуляторного некроза после операции. Чем больше размеры инвагината, тем больше вовлечена в него брыжейка, тем сильнее нарушено кровообращение в инвагинированной кишке, тем быстрее наступает некроз. Чем выше расположен инвагинат, тем больше преобладает клиника высокой непроходимости, тем тяжелее она протекает. Чем быстрее развивается инвагинация, тем быстрее и глубже происходят нарушения кровообращения в инвагинате. Во время операции по поводу инвагинации необходимо провести ревизию всего кишечника - инвагинации могут быть множественными и нераспознанными.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Цель исследования. Совершенствование существующих и разработка новых ультразвуковых критериев в хирургическом лечении больных рецидивным и диссеминированным эхинококкозом печени.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ опыта лечения 829 больных с эхинококкозом печени, за период 2010 по 2017 годы на базе кафедры хирургии Андижанского Государственного медицинского института. Тщательному анализу подвергнуты 145 больных с рецидивным и диссеминированным эхинококкозом печени (ЭП). Рецидивным эхинококкозом прооперированы 97 (62%) больных, рецидивы с диссеминацией эхинококкоза печени выявлены у 48 (30%) больных. Необходимо отметить что, лишь 13 (9%) больных ранее оперировались в нашей клинике, а остальные 132 (91%) первичное хирургическое вмешательство выполнены в других лечебных учреждениях. Среди обследованных, мужчины составили 51 (35,2%), а женщины 94 (64,8%) больных. Возраст больных варьировал от 15 до 68 лет, но наиболее часто, было выявлено у 104 больных в возрасте от 20 до 45 лет.

Всем больным были проведены целенаправленные клинико-лабораторные исследования, в том числе рентгенография органов грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ.

Клинические проявления были разнообразными, зависели от количества кист, их размеров, локализации, а также наличия или отсутствия осложнений.

Лабораторные исследования крови не выявляли характерных отклонений, за исключением эозинофилии. Однако эозинофилия не является надежным и постоянным признаком эхинококкоза печени, так как увеличение содержания эозинофилов наблюдается и при других глистных заболеваниях. Рентгенологические исследования позволили выявить лишь косвенные признаки:

В основном, и наиболее часто диагностика эхинококковых кист облегчалось применением ультразвукового исследования (УЗИ), которая отличалась своей дешевизной и доступностью.

При УЗИ наличие рецидива заболевания достоверно чаще определяли ровный контур, гипозоногенное образование, гипозоногенный ободок, симптом заднего усиления, двухконтурность стенки, тонкая капсула и жидкостные, округлые образования внутри полости (дочерние кисты). Иногда эхинококковые кисты визуализировались в виде двойных эхогенных линий, разделенных гипозоногенным слоем с перегородками, или кисты в виде скопления жидкости с множественными септами, напоминающими пчелиные соты у 25 больных. При больших кистах распознавание отслоения хитиновой оболочки при УЗИ не представляло большой проблемы. Дочерние эхинококковые кисты представлены множеством внутрисплетных гипозоногенных включений, округлой формы, с четким контуром строения стенки, повторяющих характеристики строения стенок материнской кисты.

При рецидивах эхинококкоза частота выявления мертвого паразита ($40,73 \pm 2,10$ %) и осложненных паразитарных кист ($37,64 \pm 2,10$ %) была достоверно выше, чем частота выявления живого паразита

В случаях вовлечения крупных сосудистых структур метод доплерографии значительно повышал информативность изображений, где отмечалось отсутствие сосудистой архитектоники. При нагноении эхинококковой кисты отмечали уплотнение ее стенок негативным эхогенным ободком по периферии.

В то же время, при наличии остаточной полости достоверно чаще наблюдались неровный контур образования и эхогенное уплотнение перикистозной ткани. В основном трудности ультразвуковой диагностики возникали при развитии нагноительного процесса в кисте и при разрушении ее оболочек. При нагноении эхинококковой кисты у 12 больных, отмечали уплотнение ее стенок негативным эхогенным ободком по периферии.

Множественная форма поражения представляет собой наличие нескольких эхинококковых кист в разных сегментах печени. В нашем исследовании множественное поражение печени отмечено в 30 случаях, при этом количество кист варьировало от 2-х до 8-ми кист в разных сегментах печени. При диссеминированных формах из 48 пациентов у 36 наличие кист в на органах брюшной полости выявлялись теми же признаками, у 9 с признаками отслоения хитиновой оболочки, как гипозоногенное образование с фрагментарно двойным контуром строения стенки, неоднородным содержимым и внутрисплетными линейными структурами. У 3 больных наблюдали обызвествление фиброзной капсулой кисты, за которой элементы кисты практически не дифференцировались.

Заключение. Таким образом в условиях высокой заболеваемости населения эхинококкозом результаты УЗИ имеют большее диагностическое значение, и позволяют определить локализацию и размеры эхинококковых кист в печени и на органах брюшной полости, выявить наличие и характер осложнений. Применение доплеровского исследования повышает возможности УЗИ.

СУТ БЕЗИ РАКИДА ТАШҲИС ҚЎЙИШ МАСАЛАЛАРИ

Абдурасулов Х.Х., Ибрагимов С.С.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги: Кўкрак беи раки аёлларимиз орасида учрайдиган онкологик касалликлар орасида биринчи ўринни эгаллаб, касалланганлар сони йилдан йилга ортиб бормоқда. Маълумотларга кўра, дунё бўйича ҳар бир ўнинчи аёл кўкрак беи саратони билан хасталанар экан. Бир йилда кўкрак беи раки касаллиги туфайли 1,5 миллиондан ортик аёл дунёдан кўз юмади.

Кўкрак беи саратони аёлларда энг кўп учрайдиган хавфли ўсмдир. Касалланиш ҳамма иқтисодий ривожланган мамлакатларда йилдан-йилга ошиб бормоқда. Кузатишлар, кўкрак беи саратонининг кўпайиши ва касаллик ёшараётганлигини кўрсатмоқда. Бундан 10-15 йиллар илгари бу хасталик 50-60 ёшдаги аёллар ўртасида кўпроқ учраган бўлса, хозирги вақтда у 30-40 ёшдаги аёллар ўртасида ҳам тарқалиб бормоқда.

Афсуски, кўкрак беи саратони ва саратон олди касалликларини қандай кечишидан беҳабар, уни оддий касаллик деб юрган аёлларимиз ҳам йўқ эмас. Беморларнинг кўпчилиги кўкрак беи саратони касаллиги тўғрисида деярли маълумотга эга эмас. Бу ҳол жуда ташвишлидир.

Изланишдан мақсад: Сут беи раки муаммосининг ечимини излаш ва унда ташҳис қўйиш масалаларини ишлаб чиқишдан иборат

Сут беи ракида ташҳис қўйиш масалалари: Кўкрак беи раки касаллигини диагностика қилишнинг асосий усули маммография ҳисобланади. Маммография — кўкрак беи касалликларини рентген нурлари ёрдамида аниқлаш усулидир. Бу усул асосан 35-40 ёшдан ошган аёлларга тавсия этилади. Унинг ёрдамида 92-96 фоизгача тўғри ташҳис қўйиш мумкин. Айниқса, бу борада рақамли маммографларнинг имкониятлари жуда катта. Чунки айнан у билан кўкракда пайдо бўлган микрокальцинатлар жуда яхши аниқланади. Микрокальцинатлар эса кўкрак саратони касаллигининг дастлабки белгилари ҳисобланади.

Экологик бузилишлар, хусусан, тупроқда, ичимлик сувида йод моддасининг танқислиги қалқонсимон без касаллигининг кўпайишига қулай шароит яратмоқда. Қалқонсимон без касаллиги ўз навбатида организмиздаги гормонал бузилишларга олиб келади. Натижада кўкрак беида ҳар хил дисгормонал ўзгаришлар, жумладан, саратон олди ва саратон касалликлари келиб чиқишига қулай муҳит яратилади.

Кўкрак беи саратонини эрта аниқлаш бу — радикал даволашда, касаллик натижаси, оқибатини яхшилашда жуда муҳим аҳамиятга эга. Ўз-ўзини текшириш кўкрак беи ўсмаларида қўшимча текшириш усулларида бири ҳисобланади. Бундан ташқари, 35 ёшгача бўлган хотин-қизлар сут безлари ультратовуш текширувидан бир йилда бир марта, 40 ёшдан ошганларга икки йилда бир марта маммография текширувидан ўтишлари лозим. Қишлоқ врачлик пунктларида мутахассисларимиз томонидан ўтказилаётган давра суҳбатларида бу ҳақида атрофлича маълумот бериб бораёпмиз.

Хулоса: Юқоридаги айтиб ўтилган фикрлардан шундай хулоса яшаш мумкинки, бу касалликка чалинган аёлларда хавф ва ўлим сонини камайтириш учун кўкрак беи саратони билан оғриган аёлларнинг даволашда уларнинг ҳар бирига индивидуал ёндашиш талаб қилинади. Аввало, уларнинг руҳий қуввати сусайишига йўл қўймасликка жиддий қаралади. Чунки хавфли ўсма ташҳиси ҳақида эшитиш — бу энди ҳаммаси тугади дегани эмас! Аксинча, умид ва ишонч, ҳаётга бўлган муҳаббат кучли экан, дард ҳам ортга чекина бошлайди.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдурасулов Х.Х., Ибрагимов С.С.

Андижанский государственным медицинский институт

Цель исследования: Изучить особенности маммографического обследования больных раком молочной железы после выполнения им реконструктивно пластических операций.

Материалы и методы: Маммография выполнялась у больных после реконструктивно пластических операций на молочной железе в сроки от 3 месяцев после операции, затем каждые 5 - 6 месяцев в течение всего срока наблюдения.

Результаты: За период с 2015г. по 2016г. обследована 31 больная раком молочной железы (РМЖ) после реконструктивно пластических операций. Возраст больных от 25 года до 60 лет. Всего выполнено 90 обследований. Количество обследований на 1 больную от 1 до 4 раз. Реконструкция молочной железы осуществлялась следующими способами: лоскутом широчайшей мышцы спины (ШМС); TRAM-лоскутом; эндопротезом с укрытием ШМС. Рентгенологическая картина молочной железы при каждом способе реконструкции имеет свои особенности: При реконструкции молочной железы лоскутом ШМС кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см. Весь объем молочной железы заполнен выраженными грубыми соединительнотканными тяжами.

При реконструкции молочной железы TRAM-лоскутом кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см. Весь объем молочной железы выполнен жировой тканью с наличием выраженных соединительнотканых тяжей. Жировая ткань имеет, как правило, более высокую плотность по сравнению с маммограммами нормальной молочной железы.

При реконструкции молочной железы эндопротезом кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см. Весь объем молочной железы заполнен эндопротезом повышенной рентгеновской плотности по сравнению с нормальной тканью молочной железы с большим количеством хаотично разбросанных по поверхности протеза соединительнотканых тяжей.

При всех типах реконструкции общим для маммограм является полное отсутствие железистого компонента. При последующей реконструкции соска в субареолярной зоне молочной железы появляется локальный фиброз.

Выводы: Маммография после реконструктивных пластических операций на молочной железе является прекрасным способом мониторинга за состоянием реконструированной молочной железы. При учете особенностей типа реконструкции позволяет выявлять возможные рецидивы.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день доказано, что жировая ткань секретирует ряд биологически активных веществ - адипонектин, адипонектин, лептин, резистин, фактор некроза опухоли альфа и многие другие. Метаболические сдвиги, которые происходят при метаболическом синдроме, являются причиной развития и прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). В настоящее время НАЖБП расценивается как часто встречаемый компонент МС и сахарного диабета 2 типа, объединяющим звеном которых является инсулинорезистентность. Большую роль в развитии НАЖБП отводят дисбалансу в системе адипокинов

Цель исследования. Совершенствование способов ультразвуковой диагностики неалкогольной жировой болезни печени, основанных на количественной оценке эхогенности паренхимы печени.

Материалы и методы исследования. Группа исследования представлена 153 пациентами (47 мужчин и 106 женщин) с метаболическим синдромом. Контрольную группу составили 88 человек (19 мужчин и 69 женщин) в возрасте от 25 до 65 лет.

Результаты исследования. Всем больным была проведена компьютерная томография на аппарате Aquilion 16 фирмы Toshiba. При исследовании использовали стандартный протокол обследования брюшной полости. Больного укладывали на стол на спину, в положении рук за головой. На пульте управления выбирали программу «ABDOMEN». После этого производили топографическое сканирование области живота для определения зоны интереса. После определения врачом границ исследования выполняли послойное спиральное томографирование в рамках следующих технических параметров: напряжение на трубке 120 кV, сила тока 220 мА, толщина среза 3 мм.

На полученных сканах оценивали следующие количественные параметры: рентгеновскую плотность печени, размеры правой и левой долей, общий объем паренхимы печени, рентгеновскую плотность селезенки.

Вывод. Таким образом, при исследовании пациентов с МС и СД высока вероятность получения ложноотрицательных результатов при использовании гепаторенального индекса. Учитывая, что среди пациентов с НАЖБП высока доля больных с МС и СД, то поиск подходов к повышению эффективности количественной оценки эхогенности печени для диагностики НАЖБП является актуальной задачей.

МАГНИТНО – РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПОЗВОНОЧНИКА

Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Позвоночника с помощью МР томографии широко применяется в неврологической, онкологической и нейрохирургической практике для диагностики различных заболеваний, уточнения стадии и остроты патологического процесса, подбора лечения при установленном диагнозе, решения вопроса о хирургическом лечении, контроля его эффективности или выявления осложнений, а также для профилактики и раннего выявления изменений в организме (новообразований, дегенеративных процессов).

Цель исследования: Изучить современные методы диагностики магнитно – резонансной томографии патологии позвоночника.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы обследовали 40 пациентов в клинике АГМИ в отделе диагностики.

Магнитно – резонансная томография позвоночника - наиболее информативный, точный и надежный вид обследования позвоночника и прилегающих тканей, в том числе, спинного мозга. Так как данный метод диагностики не требует инструментального вмешательства, отсутствует какие либо виды излучения, он считается одним из самых эффективных, перспективных и безопасных.

Получив с помощью исследования серию срезов, врач-рентгенолог оценивает изображение отделов позвоночника в 3-х взаимно перпендикулярных проекциях. При магнитно-резонансной томографии позвоночника визуализируются тела позвонков, межпозвонковые диски, суставы, спинной мозг, а так же нервные корешки, выходящие из спинномозгового канала.

Результаты и обсуждение: Все обследованные больные имели повышенный риск переломов и травм позвоночника, из них 12 человек перенесли дегенеративно-дистрофические поражения тел позвонков и межпозвонковых дисков — наиболее часто встречающееся заболевание позвоночника; опухоли и метастазы в позвоночник воспалительные заболевания (болезнь Бехтерева, спондилит и т.д.); деструктивные (некротические) процессы (остеомиелит, туберкулезный спондилит и другие); возрасте старше 40 лет, у 6 пациенты выявлен демиелинизирующие заболевания (рассеянный склероз и другие миелопатии); травмы позвоночника; аномалии развития позвоночника; планирование оперативного вмешательства на позвоночнике и контроль его эффективности. 22 больных выявлены подозрение на очаговое поражение, опухоли спинного мозга или его оболочек; оценка ликворных пространств спинного мозга, выявление сирингомиелии (образование кист в спинном мозге); оценка результатов оперативных вмешательств на спинном мозге.

Вывод: Магнитно резонансная томография позвоночника выявит причины боли в позвоночнике и поможет исключить «серьезные заболевания» на самых ранних стадиях развития. Возможно обследование всех отделов позвоночника за одно сканирование, что существенно снижает время обследования и стоимость. МРТ-диагностика позвоночника поможет назначить дальнейшее правильное лечение.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Совершенствование медицинской техники и разработка новых методик диагностики заболеваний человека позволяют врачу, который проводит обследование пациента, сократить время диагностики и значительно повысить ее точность. При заболевании опорно-двигательного аппарата и нервной системы невозможно обойтись без МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника – метода исследования, основанного на использовании свойств наведенного магнитного поля визуализировать структурные и функциональные изменения во внутренних органах человека. Использование этого метода современной неинвазивной диагностики не создает на организм человека никаких дополнительных лучевых нагрузок, и очень редко требует дополнительного введения лекарственных препаратов для повышения информативности исследования.

Цель исследования: Изучить современные методы диагностики пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы обследовали 30 пациентов в клинике АГМИ в отделении диагностики.

Результаты и обсуждение: Все обследованные больные имели повышенный риск переломов и травм позвоночника, из них 4 человека перенесли протрузии и грыжи межпозвонковых дисков различных локализаций в возрасте старше 50 лет: у одной пациентки выявлены новообразования, опухоли, метастазы: 12 человек перенесли заболевания костей инфекционного характера, 24 больных (80%) – спинальный стеноз (сужение спинномозгового канала); сакрализация (сращение) позвонков; остеопороз; синдром «конского хвоста»; миелит; гемангиомы; рассеянный склероз; воспалительные процессы; поясничный остеохондроз, остеоартроз. Кроме того, у 2-х пациенток обнаружили абсцесс.

МРТ – безопасная и несложная процедура. Магнитное поле и низкочастотные радиоволны, которые используются в обследовании, не представляют угрозы здоровью. Процедуру можно повторять без побочных эффектов. Если пациенту необходим наркоз, вы можете обсудить плюсы и минусы препарата с фармацевтом.

Риски при проведении МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника связаны, как правило, с несоблюдением условий обследования. Так, если пациент не предупредил о наличии у него предрасположенности к аллергии, у него может неожиданно развиться аллергическая реакция на контрастное вещество в ходе процедуры. К счастью, в современных клиниках врачи на такой случай имеют под рукой все необходимое для прекращения приступа аллергии. Обычно в таком случае процедуру прерывают.

При МРТ поясничного отдела позвоночника во время сканирования пациент практически полностью (кроме ног) находится внутри кольцевой части томографа. Естественно, если он не сможет туда поместиться из-за повышенной массы тела, провести процедуру будет невозможно, поэтому еще одним противопоказанием считается ожирение. Томография с контрастом также не рекомендована при непереносимости контрастного препарата и наличии у человека патологий, препятствующих выведению средства из организма (тяжелых заболеваний почек).

Выводы: Ценная информация выявляется на МР-томограммах позвоночника, особенно на сагиттальных срезах. При этом визуализируются структурные проявления остеохондроза, в частности состояние позвонков и связочного аппарата, межпозвонковых дисков, их пролабирование и воздействие на твердую мозговую оболочку, спинной мозг, конский хвост, визуализируются также внутриспинальные новообразования, проявления гидромиелии, гематомиелии и многие другие патологические процессы.

АНАТОМИЯ АНЕВРИЗМ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ И ИХ СОЧЕТАНИЙ

Абралов Х.К., Алимов А.Б., Муротов У.А., Холмуротов А.А., Пирназаров Ж.Т.

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

Цель работы. Аневризма синусов Вальсальвы (АСВ) – редко встречающаяся патология и составляет 0,1-3,5% среди всех врожденных пороков сердца (ВПС). Однако, несмотря на редкую встречаемость, данный порок характеризуется вариативностью своих анатомических составляющих и различными сочетаниями с другими пороками сердца. Исходя этого, целью данной работы является исследование вариантной анатомии АСВ и их сочетание с другими ВПС.

Материалы и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова за период с января 1988 по январь 2013 гг. оперировано 55 больных с диагнозом АСВ. Возраст больных колебался от 5 до 50 лет (в среднем 22,9±9,9 лет). Пациентов мужского пола было 34(61,8%) – а женского 21(38,2%). У всех больных с целью диагностики порока рутинно использовалась эхокардиография, с целью уточнения анатомии порока и его сочетаний с другими ВПС.

Результаты. В ходе эхокардиографического исследования АСВ установлено у 20 (36,4%) больных, причем у 15(27,3%) АСВ сопрягались с полостью правого желудочка (ПЖ), а у 5(9%) больных с полостью правого предсердия (ПП). У остальных 35 (63,6%) больных АСВ осложнился разрывом (РАСВ) в прилегающие камеры сердца: в 32(58,3%) случаях в ПЖ, в 1 (1,8%) случае в ПП, в 1 (1,8%) случае в легочную артерию и в 1 (1,8%) случае в полость левого предсердия. У 37 (67,3%) больных установлено сочетание Р/АСВ с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Локализация ДМЖП представлена следующими вариантами: подаортальный ДМЖП в 18 (37,2%) случаев, подлегочной локализации в 14 (25,5%) случаев и подартериальный ДМЖП у 5 (9%) больных. Среди прочих ВПС сочетающихся с Р/АСВ были выявлены следующие: стеноз легочной артерии у 6 (10,9%) больных, из них у 3 (5,5%) больных стеноз легочной артерии был обусловлен протрузией АСВ в выходной тракт правого

желудочка. У 4(7.3%) больных выявлен дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), и у 1(1.8%) пациента выявлен открытый артериальный порок.

Хирургическая коррекция осуществлялась по поводу основной патологии в частности РАСВ, ДМЖП и стеноза легочной артерии. Из них среди больных с РАСВ, ушивание выполнено у 33 (60%) больных, у 2 (3.6%) пациентов пластика РАСВ. Пластика ДМЖП у 22(40%) больных, ушивание ДМЖП у 15 (27.3%) пациентов. Из 6 пациентов со стенозом легочной артерии в 3 (5.5%) случаях произведена инфундибулярная резекция ВТПЖ, у остальных 3 больных стеноз был обусловлен динамической обструкцией ВТПЖ за счет АСВ в связи с чем стеноз устранился после аневризморафии АСВ. У 4 больных с РАСВ в сочетании ДМПП произведено одномоментное ушивание обоих дефектов. У 1(1.8%) больного с открытым артериальным протоком и РАСВ произведено ушивание из просвета легочной артерии с одномоментной пластикой РАСВ.

Заключение. Исходя из полученных результатов видно, что в хирургическом аспекте АСВ не всегда является доминирующим пороком, однако всегда требует одномоментной хирургической коррекции во избежание развития осложнений. В определенных случаях АСВ может являться причиной динамической обструкции ВТПЖ требующих хирургической коррекции. Таким образом с учетом вариантной анатомии Р/АСВ и ее сочетание с другими ВПС вопрос показаний к операции должен строиться по доминирующему компоненту порока с одномоментным устранением всех компонентов порока.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АНЕВРИЗМЕ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ И ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Абралов Х.К., Алимов А.Б., Муротов У.А., Пирназаров Ж.Т., Инагамов С.А.

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

Цель работы. Реконструктивно восстановительные операции при аневризматическом расширении восходящего отдела аорты получают все большую популярность. В нашем исследовании мы приводим критерии оценки и отбора пациентов на операцию Бенталл при аневризматическом расширении синусов Вальсальвы и восходящего отдела аорты.

Материалы и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова за период с 2008 по 2014 годы 28 больным выполнены хирургические вмешательства по поводу аневризм восходящего отдела аорты различной этиологии. Мужчин 23 (82,1%) и 5 (17,8%) женщины. Средний возраст оперированных составил 24,2±0,2 лет. Этиологически аневризмы были представлены: синдром Марфана у 10 (35,7%) пациентов, врожденного генеза 5 (17,8%), медианекроз - у 4 (14.2 %) и 9 (32,1%) – атеросклеротического генеза. У 5 (17,8 %) больных обнаружено расслоение аорты II-го А типа по De Bakey; остальные 23 (75 %) оперированы без признаков расслоения.

Протезирование восходящей аорты по методике Бенталла-Де Боно выполнено у 23 (82,1%) случаях, в одном случае операция Бенталл дополнен заменой дуги аорты с реимплантацией брахиоцефальной и левой сонной артерии в условиях циркуляторного ареста с селективной церебральной перфузии. Из клапансохраняющих вмешательств на корне аорты: операция Т.Дэвид - 2 выполнена у 4 (14,2%) больных, операция Вольфа (протезирование некоронарного синуса Вальсальвы с восходящим отделом) у 1 (3,5%).

Результаты. Госпитальная летальность среди оперированных по методике Бенталл составила 3 (10,7 %), причинами которых были полиорганная недостаточность (2 больных) и - кровотечение (1 случай). В структуре летальности следует отметить, что у двух больных с синдромом Марфана первоначально была предпринята попытка клапанносохраняющих вмешательств с последующим протезированием клапанносохраняющим протезом и у одного больного развилось кровотечение обусловленное дегенеративным медианекрозом тканей. Непосредственные результаты полученные в ходе послеоперационного эхокардиографического контроля показали что у 1 (3,5%) больного с синдромом Марфана 11 летнего возраста которому произведена операция Вольфа отмечена недостаточность I степени.

Заключение. Таким образом, анализируя свои наблюдения, считаем что при генетическом генезе аневризм восходящей аорты операция Бенталл наиболее предпочтительна и может быть выполнена с хорошим непосредственным результатом. В случаях негенетической этиологии и относительной сохранности аортального клапана (НАК \leq 2 ст.) а также при изолированном аневризматическом расширении синусов Вальсальвы предпочтение следует отдавать клапанносохраняющим вмешательствам операций типа Т.Дэвид, во избежание неоправданного расширения показаний для протезирующих вмешательств и связанных с ними недостатков качества жизни пациентов. В случае с клапансохраняющей реконструкции корня аорты при синдроме Марфана операцию Вольфа, считаем оправданной как способ позволяющий избежать недостатков протезирования, однако учитывая возраст больного и генетический характер патологии не исключается вероятность в необходимости повторного окончательного вмешательства в долгосрочной перспективе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ АОРТЫ

Абралов Х.К., Муротов У.А., Алимов А.Б., Исмаилов Т.Б., Кобилжонов Б.Х.

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

Цель работы. В связи с улучшением диагностики выявляемость патологии аорты резко возросла. Это в свою очередь увеличило количество реконструктивно восстановительные операции при аневризматическом расширении восходящего отдела аорты. В нашем исследовании мы приводим критерии оценки и отбора пациентов на операцию Бенталл при аневризматическом расширении восходящей аорты.

Материалы и методы. С января 2009 по март 2017 года в нашем Центре были оперированы 70 больных, из которых 58 (82,9%) мужчины и 12 (17,1%) женщины, в возрасте от 8 до 71 лет (средний возраст 31,8 лет). 43 (61,4%) пациентов с изолированной дилатацией корня и восходящего отдела аорты и 21 (30%) пациентов осложненных расслоением аневризмы аорты. Из них 5(7,1) случаев аневризма восходящей части аорты сочетанием коарктацией аорты. Этиологически аневризмы были представлены дегенеративным поражением 37 (52,9%), 5 (7,1%) пациентов с ревматической этиологией и 28 (40%) пациентов с аневризмами на фоне синдрома Марфана. Всем больным было выполнено протезирование восходящего отдела аорты синтетическим кондуитом с реимплантацией устьев коронарных артерий.

Результаты. Случаев интраоперационной летальности отмечено в 2 (2,9%) случаях. Госпитальная летальность составила 7,1% (5 пациентов) обусловленное вторичной диалатационной кардиомиопатией и прогрессирующей сердечной недостаточностью. Пациентов нуждающихся на повторной реоперации не было. В послеоперационном периоде у 7 (10%) больных отмечено значимое кровотечение требовавшее гемотрансфузию.

Заключение. Операция Бенталла может быть выполнена с отличными непосредственными и отдаленными результатами у относительно не осложненных больных, у которых недостаточность аортального клапана сочетается с аневризматическим расширением восходящей части аорты. Мы считаем операцию Бенталла приемлемым и радикальным методом хирургического лечение при аневризматическом расширении восходящего отдела и дуги аорты, обусловленных синдромом Марфана или дегенеративной этиологией с расслоением или без него.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОТАЛЬНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН **Абралов Х.К., Холмуратов А.А., Ибрагимов Н.Ш., Бердиев К.Б., Мирсаидов М.М.** **Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова**

Цель работы. Представить результаты хирургического лечения тотального аномального дренажа легочных вен (ТАДЛВ) осложнённых высокой легочной гипертензией (ВЛГ).

Материалы и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова за период с 2015 года по 2017 год прооперировано 16 больных с ТАДЛВ, осложненными ВЛГ в возрасте от 2 до 18 (в среднем $3,6 \pm 2,4$ месяцев) месяцев, с массой тела от 3,9 до 10 кг (в среднем $6,1 \pm 1,8$ кг). У 6 пациентов по данным ЭхоКГ отмечалось смещение межжелудочковой перегородки в сторону левого желудочка. Все больные дооперационном периоде получали силденафил и диуретическую терапию. Время искусственного кровообращение составило от 43 минут до 76 минут (в среднем $54 \pm 9,1$ минут), время пережатия аорты от 32 до 68 минут (в среднем $47 \pm 6,8$ минут). Для уточнения анатомии порока 7 (43,7%) пациентам произведена мультислайсная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием. Для измерения инвазивного давление в легочной артерии 5 (31,2%) пациентам произведена ангиокардиографическое (АКГ) исследование. 4 (25%) выполнена радикальная коррекция порока, опираясь данным ЭхоКГ.

Результаты. Летальный исход в раннем послеоперационном периоде составил 6,2% (1 больной). Основной причиной летального исхода было развитие легочно-гипертензионного криза. По данным ЭхоКГ у 11 (68,7%) пациентов послеоперационном периоде систолическое давление в правых отделах сердца снизилось в среднем на 50% от системного. У 4 (25%) пациентов снизился на 30% от системного давления.

Заключение. 1. При выполнении радикальной коррекции ТАДЛВ можно обойтись без АКГ исследования; 2. МСКТ с контрастированием и ЭхоКГ дают полную информацию анатомии и гемодинамики порока. 3. Результаты нашего исследования показывают что, радикальная коррекция в раннем возрасте позволит добиться хороших непосредственных и отдаленных результатов.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН **Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.** **Андижанский государственный медицинский институт**

В настоящее время в постсоветском пространстве нередко возникают вылазки экстремистов, в связи с чем отмечен резкий рост числа огнестрельных повреждений среди мирного населения. Несмотря на большой опыт эффективного применения лимфотропной терапии в лечении гнойной хирургической инфекции, встречаются лишь единичные работы, посвящённые применению этого метода в профилактике и лечении раневой инфекции при огнестрельных ранениях.

Цель исследования – изучить экспериментальным путём возможность воздействия на заживление огнестрельной раны метода лимфотропной антибиотикотерапии и региональной лимфостимуляции. Провести изучение результатов лечения огнестрельных ран мягких тканей конечностей у раненых пациентов.

Экспериментальные исследования выполнены на кроликах обоего пола, весом 5-6 кг. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика.

Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности. Лимфотропное введение антибиотиков с региональной лимфостимуляцией проводили 1 раз в сутки.

Экспериментальные образцы тканей раневого канала забирали у животных под наркозом на 1,3,5,7 и 9 сутки после нанесения огнестрельного ранения.

Образцы подвергнуты световой, (СМ), трансмиссионной электронной (ТЭМ) и сканирующей электронной (СЭМ) микроскопии.

Экспериментальные исследования показали, что лимфотерапия ускоряет процесс заживления раны, начиная с 3-х суток, способствует уменьшению отёка, резорбции некротических масс, удалению инородных

частичек и микробов, рубцеванию раневого канала и полноценному восстановлению мышечных волокон в зоне комоции и в более отдалённых от раневого канала тканях.

Под нашим наблюдением находились больные с огнестрельными ранениями мягких тканей конечностей. Эти повреждения составили 44,7% от числа всех ранений конечностей. 67,8% больных составили основную группу и 32,2% - контрольную. Среди пострадавших мужчин было 96,6% и женщин 3,4%. Возраст пострадавших колебался от 15 до 52 лет.

При поступлении всем раненым проводили лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, иммунологические цитологические исследования, рентгенография поврежденной конечности.

Хирургическая обработка огнестрельных ранений является основной в лечении данного поражения. Успех иссечения ран тем больше, чем раньше производится операция.

В послеоперационном периоде больным основной группы проводилась ЛА с РЛС 1 раз в сутки в течении 5-7 суток, в зависимости от тяжести ранения, контрольной – антибактериальная терапия традиционным методом.

Предложенная методика позволила наложить 85% раненым первичные швы. Длительность пребывания в стационаре составила $6,3 \pm 0,7$ дня. Во всех случаях раны зажили без осложнений. Амбулаторная реабилитация продолжалась $3,1 \pm 0,6$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $21,7 \pm 2,3$ дня ($p < 0,01$).

У 10% больных с наличием значительного дефекта были наложены первично-отсроченные швы на $4,5 \pm 1$ -е сутки, а у 5% — произведена аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом. Полное заживление раны отмечено через $15,2 \pm 1,1$ сут, против $21,7 \pm 2,3$ сут в контрольной группе ($p < 0,05$).

Осложнение отмечено лишь у 2,5% больных, в виде частичного нагноения послеоперационной раны, что потребовало наложения вторичных швов. Отмечено полное выздоровление. В контрольной группе нагноение раны отмечено у 10,5% раненых.

Таким образом, применение в основной группе при огнестрельных ранениях комплексной методики ЛА с РЛС позволило добиться сокращения сроков пребывания в стационаре, заживления ран и уменьшения гнойно-септических осложнений.

ФАРМАКОКИНЕТИКА АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Широкое применение огнестрельного оружия привело к увеличению количества тяжелых ранений. Однако остается актуальной проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений.

Цель исследования – провести экспериментальное изучение фармакокинетики гентамицина при лимфотропной терапии (ЛТ) с региональной лимфостимуляцией (РЛС) в сравнении с традиционными методами введения.

Экспериментальные исследования проводились на 40 кроликах обоего пола массой 5-6 кг. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика. Для изучения фармакокинетики нами использовался гентамицин в количестве 1 мг/кг, что соответствует среднетерапевтической дозе для взрослого человека.

Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась по следующей методике. Под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности вводили раствор лидазы в количестве 16 Ед. Через 4-5 минут, не вынимая иглы, вводили антибиотик (гентамицин в дозе 1 мг/ кг). В этот же участок вводили гепарин в дозе 70 Ед./ кг. Лимфотропное введение антибиотиков с РЛС проводили 1 раз в сутки.

Определялась концентрация антибиотиков в сыворотке крови, паховых лимфоузлах и мягких тканях в области огнестрельной раны, с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Анализ фармакокинетики гентамицина при различных способах введения показывает, что традиционные методы создают пик концентраций в период времени, равный 0,5-1 час. Затем концентрация довольно быстро падает, и к 6 часам с момента введения уровень препарата у разных животных составлял от «следов» антибиотика до 1,6 мкг/мл. Средние значения концентрации, не достигали терапевтических величин. При лимфотропном введении наибольшая концентрация приходится на период времени 1 час и это свидетельствует о сравнительно быстром проникновении препарата в достаточно высокой концентрации в кровь. Через 6 часов концентрация антибиотика в крови в 1,8-3,4 раз больше при лимфотропном введении, чем в опытах с внутримышечным, внутривенным и подкожным применением препарата. Через 24 часа при традиционных введениях гентамицин в крови не определялся ни у одного из животных. Лимфотропное введение же создавало концентрации гентамицина, близкие к терапевтическим, в среднем $1,07 \pm 0,23$ мкг/мл.

Сопоставление содержания гентамицина в паховых лимфатических узлах и мягких тканях огнестрельной раны конечности при различных способах применения показало, что через 6 часов после введения в паховых лимфатических узлах наибольшая концентрация соответствующая $1,44 \pm 0,64$ мкг/г, создается при лимфотропном методе. При внутримышечной инъекции через 6 часов в паховых лимфоузлах отмечались лишь «следы» антибиотика.

Таким образом, метод лимфотропной антибиотикотерапии при использовании среднетерапевтической дозы антибиотика, введенного однократно, обеспечивает по сравнению с традиционными методами более стабильное и длительное насыщение крови.

Сравнительно высокое и длительно удерживающееся содержание гентамицина в лимфатических узлах достигается при лимфотропном способе. Введенный этим способом антибиотик более продолжительное время, чем при традиционных способах, содержится в мягких тканях огнестрельной раны конечности.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Умурзаков С.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Диабет является хроническим заболеванием, вызываемым как наследственными факторами, так и факторами окружающей среды.

Диабетическая стопа среди осложнений занимает лидирующую позицию, так как 40-70% всех ампутации нижних конечностей связаны с сахарным диабетом.

Современные подходы в консервативной терапии синдрома диабетической стопы: коррекция углеводного обмена. Это достигается обязательным назначением простого инсулина. Потребность в назначении инсулинотерапии у больных сахарным диабетом II типа составляет 60-70%.

При госпитализации больных с гнойно-некротическими поражениями стоп в хирургический стационар антибактериальная терапия должна назначаться эмпирически (предпочтение отдается внутримышечному или внутривенному введению препаратов), с учётом антибиотикограмм на фоне неоднократного микробиологического исследования гнойной раны.

При сухих гангренах и некрозах назначается мототерапия цефалоспорины I-III поколений, влажных гангренах – цефалоспорины III поколения + метронидазол + амикацин, флегмонах – цефалоспорины III поколения + амикацин (линкомицин), ранах и язвах – цефалоспорины I – II поколения. Адекватное применение антибиотиков является необходимым для лечения инфекций и уменьшения частоты осложнений, смертности и ампутаций, а также для профилактики резистентности штаммов микроорганизмов. Лечение диабетической невропатии сводится к назначению препаратов α – липоевой кислоты, а также витамина группы В.

Разгрузка пораженной конечности имеет важное значение в комплексной консервативной терапии. Основными методами разгрузки является разгрузочный башмак, кресло – каталка, применение костылей и индивидуальных разгрузочных повязок.

Местная терапия у больных в послеоперационном периоде приобретает лидирующие позиции. Применение высокоэнергетического CO_2 – лазерного излучения, обладающего уникальными свойствами и многообразным действием позволяет усовершенствовать главный элемент – хирургическую обработку раны.

При применении ПХО раны CO_2 -лазером дозой излучения 14 Дж / cm^2 обсемененность раны после операции снижается до 10^3 - 10^4 микробных тел в одном грамме ткани. Однако у 50% пациентов в дальнейшем на 3-5 сутки отмечается возрастание микробных тел в одном грамме ткани до 10^5 - 10^6 , т.е. превышает критический уровень. Это обусловлено вторичным инфицированием и микроциркуляторными нарушениями в ране в период отторжения коагуляционного струпа.

Обработка гнойного очага у больных с гнойно – некротическими формами диабетической стопы высокоэнергетическим лазерным излучением обладает выраженным антибактериальным эффектом, а применение в послеоперационном периоде обработки раневой поверхности экзогенным оксидом позволяет добиться дальнейшего снижения бактериальной обсемененности ран.

Таким образом, лечение синдрома диабетической стопы должно быть комплексным с использованием современных технологий, что позволит улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЕГО ДИСПЛАЗИИ

Азизов М.Ж., Хакимов А.Д.
РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава (ТБС) на долю диспластического коксартроза (ДКА) приходится до 79%, в том числе порядка 19% клинических случаев - на выраженную дисплазию тазобедренного сустава. Основным способом оказания помощи таким пациентам остается операция тотального эндопротезирования сустава. В настоящее время наиболее эффективным среди оперативных методов лечения заболеваний тазобедренного сустава является эндопротезирование В Узбекистане, как и во всем мире, растет число операций по замене крупных суставов.

Цель исследования. Анализ проведенных операций эндопротезирования по поводу дисплазии тазобедренного сустава больных, поступивших в отделения травматологии и ортопедии РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз с 2010 по 2015 года.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ лечения 106 пациентов (71 женщин, 35 мужчин) в возрасте от 18 до 66 лет, находившихся на стационарном лечении с диагнозом диспластический коксартроз тазобедренного сустава. Все случаи эндопротезирования ТБС на фоне ДКА распределены на три подгруппы, в зависимости от степени дисплазии в соответствии с классификацией J.F. Stowe (1979). В первую подгруппу вошли 69 пациентов, с дисплазией I степени, во вторую - 28 больных с дисплазией II и III степенями и в третью - 9 пациентов, с полным вывиха бедра (IV степень).

Контрольные осмотры пациентов проводились через 3, 6 и 12 месяцев после операций эндопротезирования ТБС, а в последующем - один раз в год (в течение 3-х лет).

Оценку функции тазобедренного сустава проводили по системе оценки W.H. Harris (1969). Данная система является достаточно информативной и, в то же время, простой и понятной для заполнения. Данная система включает определение следующих показателей, выражающихся в баллах: «Боль» - 44, для категорий «Функция», «Амплитуда движений» и «Деформация» - соответственно 47, 5, 4.

Результаты исследования: анализ результатов хирургического лечения пациентов, перенесших эндопротезирование ТБС на фоне дисплазии I степени, показал высокую вероятность достижения хороших функциональных исходов. Средний балл по шкале Харриса при среднем сроке наблюдения 83,5±28,8 месяца в первой группе составил 85,2±11,23.

Частота интраоперационных осложнений во второй группе составила 7,5%, аналогичные показатели прослеживаются и в отношении послеоперационных осложнений. На основе приведенного материала можно с уверенностью сказать, что наличие дисплазии II-III степени оказывает существенное влияние на исход первичного ТЭ ТБС. В динамике наблюдения средние показатели функционального состояния прооперированного сустава у них составили 75,6±25,5 баллов.

Результаты эндопротезирования ТЭ ТБС были прослежены у всех 9 пациентов третьей группы, сроки наблюдения составили от 38 до 87 месяцев (в среднем 54,1±14,9 мес.). В третьей группе интраоперационные осложнения встречались в 36,8%, а послеоперационные - почти в 21,1%. Наилучшие функциональные результаты в исследуемой группе были отмечены через 24 месяцев после операции. В дальнейшем средний балл по шкале Харриса постепенно снижался. При оценке в динамике через 12, 24 и 36 месяцев сохранялись статистически достоверные различия по сравнению с предоперационными показателями ($P < 0,01$).

Заключение: тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе является эффективной операцией, позволяющей добиться у 87,1% больных стойкого исчезновения болевого синдрома и хорошего функционального результата лечения (средний балл по шкале Харриса 85±4,7 балла). Характер выполняемых операций и отдаленные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при его дисплазии во многом определяются степенью ее выраженности, так у пациентов с I степенью дисплазии хорошие результаты (средний балл по шкале Харриса 89±2,1) достигнуты в 89,7% наблюдений, при II и III степенях - в 85,0% (средний балл 82±3,9), а при IV степени - только в 73,6% (средний балл 77±5,6).

ЧАСТОТА ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Азизов М.Ж., Хакимов А.Д.

РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных авторов число пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости составляет от 15 до 45% всех переломов. В большинстве работ, посвященных эпидемиологии обращает на себя внимание рост числа повреждений шейки бедренной кости, при этом более 90% повреждений шейки бедренной кости происходит при минимальной травме.

Цель исследования: изучить частоту переломов шейки бедренной кости в Андижанской области.

Материалы и методы исследования: проведен анализ частоты встречаемости переломов шейки бедренной кости в Андижанской области за период с 2014 года по 2016 год, среди травматологических больных, поступивших в Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (АФРНЦЭМП).

Результаты исследования: в 2014 году в АФ РНЦЭМП поступило 2610 больных с различными переломами, из них 209 пациентов с переломом шейки бедренной кости, что составляет 8%, в 2015 году из 2674 поступивших, переломы шейки бедренной кости составили 10,2% больных (273 пациента), в 2016 году поступило 2769 больных из них переломы шейки бедренной кости составили 11,9% (331 пациент). Отмечается повышение частоты встречаемости переломов шейки бедренной кости, так если в 2014 году переломы шейки бедренной кости встречались в 8% случаях, то в 2016 году их частота встречаемости выросла до 11,9%.

Из всех обратившихся за 3-х летний период в АФ РНЦЭМП по поводу различных переломов, переломы бедренной кости составили 10,1%.

Заключение: таким образом, частота встречаемости переломов шейки бедренной кости в Андижанской области за трех летний период составляет 10,1%. Установлена тенденция роста частоты встречаемости переломов шейки бедренной кости в 1,5 раза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Акбарова М.А., Абдурасулов Х.Х., Мамарасулова Д.З., Султонкулова М.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы Актуальность рака молочной железы (РМЖ) в мире определяется высокой заболеваемостью и смертностью, а также имеющейся тенденцией нарастания частоты.

На сегодняшний день РМЖ занимает первое место в структуре злокачественных новообразований у женщин. Стандартизованный показатель (СП) за заболеваемости РМЖ всего женского населения в мире составляет 34,3 и 31,6‰ (000). Среднегодовой обычный показатель по РМЖ по периодам увеличился с 34,0±1,8‰ (000) (1997-1999 гг.) до 35,9±1,9‰ (000) (2003-2005 гг.) и соответственно СП - с 28,6±1,7‰ (000) до 27,7±1,7‰ (000).

Последние десятилетия характеризуются пересмотром онкохирургических подходов к лечению и реабилитации больных РМЖ.

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения рака молочной железы.

Результаты исследования и их обсуждение: Исследование влияния объема ОСО на результаты лечения РМЖ T1-2N0-1M проводилось с учетом различных критериев: объема и локализации опухоли, ее отдаленности от ареолы соска, морфологической характеристики. ОСО в объеме радикальной резекции МЖ без подмышечно-подключичной диссекции выполнялась при отсутствии метастазов в «сторожевых» лимфоузлах при срочном морфологическом исследовании. В тех случаях, когда проведение ОСО не соответствовало критериям отбора для

данного вида операции, но прогноз за болевания можно было считать хорошим, а местные условия благоприятными, нами выполнялись восстановительные операции с использованием кожно жирового лоскута на прямой мышце живота.

Реконструктивно-восстановительные вмешательства выполнены 10 пациенткам, из которых в 9 случаях были проведены операции одновременно с РМЭ. В одном случае восстановительная операция выполнена через 5 лет по сле РМЭ по Пейти. С целью профилактики ишемических осложнений, которые ограничивают показания к реконструктивным оперативным вмешательствам, разработан УЗ способ оценки адекватности кровоснабжения лоскута ауто трансплантата при реконструктивно - восстановительных операциях на МЖ («Способ реконструкции молочной железы»). Предварительный патент на изобретение № 0783.1), а также методы медикаментозной профилактики.

С помощью клинико-психопатологического, анамнестического, экспериментально-психологического методов проведен сравнительный анализ психического состояния и качества жизни в трёх группах пациенток, прооперированных по поводу РМЖ в 2005-2007 гг. в ближайший послеоперационный период:

первая группа - 50 женщин после радикальной мастэктомии;

вторая группа - женщин, перенесших органосохраняющую операцию - радикальную резекцию молочной железы;

третья группа - 10 женщин, перенесших реконструктивно восстановительные операции на молочной железе (первичные и вторичные маммопластики).

Вывод: В ранней диагностике РМЖ существенную роль играет оценка непальпируемых образований МЖ, при этом маммографический скрининг, ультрасонография молочной железы в сочетании с доплеровским исследованием позволяют определить критерии дифференциальной диагностики доброкачественной и злокачественной опухоли (точность метода – 71%, а специфичность – 55%).

Использование разработанного устройства для проведения эксцизионной биопсии свидетельствует о его надежности, способности обеспечить достаточное количество биопсийного материала, снижении травматичности ткани МЖ и позволяет значительно улучшить дифференциальную диагностику непальпируемых образований МЖ и ранних форм РМЖ.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО - ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Акбаров М.А., Ахмадалиев А.К., Мамарасулова Д.З., Султонкулова М.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Рак молочной железы (РМЖ) является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин. Ежегодно в мире заболевают около женщин и около умирают от этой болезни. Современные взгляды на лечение рака молочной железы, в связи с преобладанием сторонников системной теории развития РМЖ, состоят в расширении показаний к назначению системной терапии, какой является химио- и гормональное лечение, и в придании меньшего значения местным видам лечения, хирургическим и лучевой терапии. Несмотря на это, комплексный подход к лечению РМЖ с включением большинства из этих методов в настоящее время является доминирующим.

Цель исследования: Повышение качества оказания специализированной помощи больным раком молочной железы за счет усовершенствования реконструктивно-пластического компонента комплексной лечебной программы.

Материалы и методы: В отделении онкологии АООД органосохраняющее лечение с одномоментной реконструкцией собственными тканями железы было выполнено 235 больным РМЖ.

Результаты: Разработан алгоритм реконструктивно-пластических операций при РМЖ. При реконструкции отдаленными лоскутами косметический результат у 79,3% больных после органосохраняющих операций был оценен как хороший (29%) и удовлетворительный (50,3%), отличный результат получен лишь у 16,7%, неудовлетворительный — 4%. Большой процент удовлетворительных результатов связан с невыполнением коррекции контралатеральной МЖ с целью достижения симметрии. Осложнения отмечались у 23 пациенток. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 14 пациенток. Наибольшее количество осложнений в виде краевого некроза кожи возникло при реконструкции молочной железы ТРАМ-лоскутом (6 случаев). Отмечались также такие виды осложнений, как тромбоз нижней эпигастральной артерии, гематома в области послеоперационной раны, диастаз краев раны в донорской зоне.

Выводы: Использование собственных тканей МЖ — наиболее эффективный метод реконструкции МЖ после РР. Методика редуцированных методов восстановления формы МЖ после ОСО не влияет на план лечения у больных начальными стадиями РМЖ. Объем оперативного вмешательства не влияет на показатели безрецидивной выживаемости и зависит от распространенности процесса. Показаниями к сохранению САК при выполнении подкожной МЭ являются Т1-Т2 опухоли, отсутствие поражения регионарных лимфатических узлов, опухолевых клеток при срочном интраоперационном и плановом морфологических исследованиях краев резекции, отсутствие вовлечения САК в опухолевый процесс, расстояние до опухолевого узла более 2 см. Разработанный алгоритм РПО в зависимости от морфологических, клинико-анатомических особенностей заболевания позволяет сочетать радикализм лечения с полноценной реабилитацией больных РМЖ. При выборе метода реконструкции пациентка должна быть информирована о возможной необходимости коррекции контралатеральной МЖ (мастопексия/аугментация/редукция), направленной на достижение максимальной симметрии сторон.

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Акбарова М.А., Абдулхамидов М.А., Мамарасулова Д.З., Ибрагимов С.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Рак молочной железы на сегодняшний день является одним из самых распространенных онкологических заболеваний в мире. В России, в структуре злокачественных опухолей рак молочной железы с 1996 года уверенно занимает первое место. Если в 1994 году злокачественные опухоли молочной железы выявлены у 37015 пациенток, то в 2003 году эта цифра составила уже 46288 женщин. Абсолютное число женщин, у которых впервые выявлена злокачественная опухоль молочной железы, в течение последних 10 лет возрастает в среднем на 3,6% ежегодно, причем более половины заболеваний (53%) приходится на лиц моложе 60 лет.

В мире рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующую позицию в структуре онкологической патологии среди женского населения с уровнем заболеваемости 20,9 %, в 2017 г. было выявлено 60 717 новых случаев, из которых 15 % составили женщины моложе 40 лет.

При рассмотрении истории развития хирургии на молочной железе от операции по W.S. Halsted до модифицированной техники по J.L. Madden и определения сторожевых лимфузлов мы можем наблюдать повышение качества жизни пациенток относительно снижения частоты проявления лимфедем.

Результаты исследования: У всех пациенток был диагностирован рак молочной железы 0-III стадии, отмечалась макромastia и ptоз 2 и 3 степени. У 6 пациенток проводилось комплексное лечение, в то время как 9 пациенток получали комбинированное лечение. Осложнения, наблюдавшиеся в послеоперационном периоде, заключали в себе: образование сером у 2 (13,3%) пациенток, некроз кожных лоскутов, у 1 (6,6%) пациентки, и инфицирование послеоперационной раны у 2 (13,3%) пациенток. Удаление эндопротеза вследствие послеоперационных осложнений потребовалось у 2 (13,3%) пациенток.

Данный вариант операции позволяет одноэтапно реализовать как радикальную программу хирургического лечения молочной железы, так и реконструктивно-пластический этап, без использования экспандера, ADM и сетчатых имплантов.

Вывод: Учитывая вышеизложенное, выбор техники и типа разреза при выполнении той или иной сберегающей мастэктомии в зависимости от топографо-анатомических показателей опухоли, эстетически благоприятных зон, показателей самой молочной железы, непосредственного предпочтения самой пациентки, сопутствующих заболеваний, а также опыта хирурга в значительной степени могут влиять на окончательный эстетический результат при выполнении одномоментной реконструкции молочной железы.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

Алимов Ж.И., Худайназаров У.Р.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Трофическая язва венозной природы составляет более 70% от всех язв нижних конечностей. Причина данной патологии является гипертензия и гидрволическая «бомбардировка» мягких тканей голени через перфорантные вены с клапанной недостаточностью. Лечение венозной недостаточности в стадии декомпенсации, когда имеется стойкий отек, индурация и трофические язвы особенно у пожилых больных с высоким риском оперативных вмешательств, является трудной задачей.

Цель исследования: Анализ особенностей клинического течения и лечения посттромбофлебитической язвы голени у больных пожилого возраста.

Материалы и методы исследования: Всего за последние 2 года наблюдались 56 больных, из них 41 женщины и 15 мужчины. В возрасте от 65 до 78 лет. Лечение в стационаре получили 56 больных из них 29 больных были оперированы, остальные 27 больных лечились консервативными средствами.

Хирургический метод является наиболее радикальным при венозной язве. Однако выполнение операций нередко невыполнимо из-за тяжести состояния больного и сопутствующей патологии. С этой целью нами произведено малоинвазивные (приустьева резекция большой подкожной вены-кроссэктомия, локальная субфасциальная перевязка коммуникантных вен) оперативные вмешательства.

Консервативные способы лечения играют большую роль в помощи больным пожилого возраста. Это лечение применяли самостоятельно приподготовки больных к операции, в послеоперационном периоде и тем больным при невозможности хирургического лечения. Для устранения микроциркуляторных расстройств и нормализации гемореологии использовали пентоксифиллин по 1 драже 3 раза в день, тиклопидин по 1 таб 2 раза в день. Для купирования воспаления применяли нестероидные препараты.

Для местной лечение трофической язвы использовали адекватную компрессионную терапию с помощью эластичных бинтов. Для снижения острого воспалительного процесса на язву накладывали мази(5% диоксидиновая, левомеколь, левосин, йодопириновая).

Вывод: только патогенетические обоснованная комплексная терапия (хирургическая коррекция, общая и местная лекарственная терапия, физиотерапевтические процедуры) способствуют излечению больного старшего возраста от трофической язвы при хронической венозной недостаточности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.

Асханов З.П., Абдукадиров Д.А., Мадазимов К.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Сложное анатомическое строение и функция, многообразие развивающихся изменений в виде сгибательных контрактур пальцев, повреждения сухожильного разгибательного аппарата, а также рубцовой деформации тыльной поверхности кисти, осложненной разгибательными контрактурами суставов, сочетающимися с рубцовыми синдактилиями, являются причиной неудовлетворительных результатов лечения. После применяемых традиционных способов хирургического лечения отмечается значительное число рецидивов (Мадазимов М.М. 2014., Kilgo M.S., Cordeiro PG, Disa JJ. 2013., Kuwahara M., Hatoko M., Tanaka A. 2010г.).

Материалы и методы исследований: Работа основана на результатах оперативного лечения 112 больных находившихся на лечении в отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанской области.

Результаты и обсуждение. При легкой степени сгибательной контрактуры пальцев, когда рубцовый тяж на слабо выраженной складке ограничен зоной проксимального межфалангового сустава и смежных фаланг, выкраивают одну пару встречных двугорбых лоскутов. Проводят продольный разрез по гребню складки длиной 10 – 12 мм. Перпендикулярными разрезами по сторонам сустава выкраивают 2 двугорбых лоскута, избегая повреждения сосудов. В лоскуты включают листки складки и всю кожу боковых поверхностей пальцев. Мобилизация лоскута продолжается до тех пор, пока при тракции за него не сместится на боковую поверхность пальца избыток кожи на тыле проксимального межфалангового сустава. Лоскуты свободными концами перемещают навстречу друг другу и сшивают между собой по сторонам двумя – тремя швами, без натяжения. Оставшуюся рану, обычно расположенную проксимальные сшитых лоскутов, закрывают свободным полнослойным аутоотрансплантатом. Прооперировано 51 больных (153 пальца).

При средней степени сгибательной контрактуры пальцев, когда рубцовый тяж с хорошо выраженной складкой простирается над двумя межфаланговыми суставами, могут быть 2 варианта выкраивания лоскутов. Если над средней фалангой избыток тканей по ширине незначительный, то выкраивают только 2 пары встречных двугорбых лоскутов в проекции межфаланговых суставов. После мобилизации лоскутов по боковым поверхностям суставов с включением избытка кожи на их тыльной поверхности их перемещают навстречу друг другу и сшивают между собой соприкасающимися сторонами. В результате включения в лоскуты избытка кожи, имеющейся на тыльной стороне суставов, лоскуты становятся больше по длине и поэтому заходят на противоположную сторону пальца, что существенно увеличивает их полезную площадь. Средние двугорбые лоскуты мобилизуют только на ширину складки и их не отделяют от боковых поверхностей пальца. По длине они короче, чем надсуставные, поскольку состоят только из тканей складки. С помощью полнослойных аутоотрансплантатов закрывают небольшие ранки по сторонам лоскутов. Оперировано 34 больных (86 пальцев).

При тяжелой степени сгибательной контрактуры пальцев, когда рубцовый укороченный тяж на вершине широкой складки распространяется по всей длине согнутого пальца, выкраивают только 2 пары встречных двугорбых лоскутов напротив межфаланговых суставов. Оставшиеся раны закрывают полнослойным аутоотрансплантатом. Оперировано 18 больных (62 пальца).

При ладонной форме сгибательной контрактуры пальцев, когда пальцы приращены к ладонной поверхности кисти, по естественным складкам проводится поперечный разрез через всю ладонь с развилками по краям. Разрез проходит на уровне головок пястных костей, позволяя устранить сгибательную контрактуру пястно-фаланговых суставов. Вторым разрезом очерчивают возвышение большого пальца до полного высвобождения движений I пястной кости. В последующем всю рану закрывают полнослойным кожным аутоотрансплантатом кожи с небольшим числом перфорационных отверстий, нанесенных кончиком скальпеля. Оперировано 9 больных (22 палец).

После широкой мобилизации краев донорскую рану закрывают местными тканями с помощью атравматических швов (Prolen № 0).

Адаптация лоскутов и пересаженного полнослойного аутоотрансплантата происходит в течение 3-х недель.

Результаты: В ближайшем послеоперационном периоде у 2 больных наблюдался частичный лизис трансплантата вследствие образования под ним гематомы. Ни в одном случае краевого некроза двугорбых лоскутов не наблюдалось.

Отдаленные результаты изучены у 82 (73,2%) из 112 больных. У 76 (92,7%) больных получены хорошие функциональные и эстетические результаты. У 4 (4,9%) больных достигнуты удовлетворительные результаты. У 2 (2,4%) больных неудовлетворительные результаты были обусловлены внутрисуставными изменениями.

У 39 больных (102 пальца) прослежен результат через 1 год и более. Рецидива контрактуры нет ни в одном наблюдении.

Выводы.

1. Для устранения послеожоговых рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти необходимо максимально эффективно использовать измененную рубцами кожу на ладонных и боковых поверхностях пальцев.
2. Из них можно выкраивать двугорбые лоскуты и с их помощью устранить контрактуры.
3. При дефиците смежных тканей, лоскутами формируются суставные сгибы, оставшиеся раны закрываются свободными полнослойными кожными трансплантатами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА-БАРРЕ
Атаханов Ш.М., Ходжиматов Н.Б., Газизов Б.А., Имомбердиев М.У.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Синдром Гийена-Барре – это аутоиммунное заболевание с острой воспалительной полирадикулоневропатией, сопровождающейся вялыми парезами, а иногда параличами, нарушениями чувствительности и вегетативными расстройствами.

Несмотря на глубокое изучение этого заболевания, ещё далеко недостаточно разработаны принципы и алгоритмы диагностики и лечения, тем не менее, с каждым годом заболеваемость не уменьшается, а с улучшением диагностики ещё больше больных регистрируются, нуждаются в интенсивном лечении и наблюдении.

Цель работы. Оценка эффективности применения мембранного плазмафереза у больных синдромом Гийена-Барре.

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты лечения 64 больных, госпитализированных в отделение клинической токсикологии Андижанского филиала РНЦЭМП и клиники АГМИ за период 2008-2015 гг. Группу сравнения составили 35 больных поступивших 2001-2010 гг, получавшие традиционные методы лечения без процедур мембранного плазмафереза. Возраст больных в пределах от 12 до 65 лет, мужчин – 38 (59,4 %), женщин – 26 (40,6 %). В основном наблюдался демиелинизирующий тип заболевания – 59 больных (92,2 %), и в 5-ти случаях (7,8 %) – аксональный вариант синдрома. Всех больных по тяжести течения разделили на две группы: средней тяжести и тяжёлые. Наряду с традиционными методами лечения назначали человеческий иммуноглобулин-G, а средне-тяжёлым больным основной группы проводили от 1 до 3 сеансов мембранного плазмафереза, тяжёлым – от 3 до 5 сеансов.

Мембранный плазмаферез проводили с заменой плазмы пациента, с учётом общего белка больного на кристалло-коллоидные растворы, донорскую свежемороженную плазму и альбумин, со средним объемом плазмаэкстракции от 600 до 1000 мл за каждую процедуру. Следует отметить, что более удовлетворительные результаты были получены у больных, которым процедура плазмафереза произведена в более ранние стадии болезни. Плазмаферез выполнялся непрерывным методом с использованием аппарата «Hemofenix» и фильтра ПФМ-01-ТТ «Роса».

Критериями оценки тяжести (КОТ) состояния и эффективности проведённого лечения являлись:

5. Восстановление спонтанного дыхания (у крайне тяжёлых больных).
6. Восстановление функции вегетативной нервной системы (ВНС) (нормализация А/Д, пульса и др.).
7. Улучшение неврологической симптоматики (уменьшение парезов и параличей).
8. Снижение парестетической симптоматики.

Результаты. У всех госпитализированных больных на момент начала интенсивной терапии отмечались угнетение дыхания, клинические проявления нарушений вегетативной нервной системы, парезы и параличи разной степени интенсивности, парестезии. Динамическое наблюдение за основной группой пострадавших позволяет отметить безусловный клинический эффект от применения мембранного плазмафереза.

Динамика клинических нарушений после лечения мембранным плазмаферезом: изменения по КОТ (75%): 1) восстановление спонтанного дыхания у крайне тяжёлых больных – $11,5 \pm 1,5$ сутки; 2) функции ВНС – $13,4 \pm 1,4$; 3) парезы и параличи – $16,2 \pm 1,7$ сутки; 4) парестезии – $14,5 \pm 1,5$. В группе сравнения динамика клинических нарушений по КОТ (75%) составила: 1) $15,7 \pm 1,2$; 2) $17,8 \pm 1,3$; 3) $23,8 \pm 1,3$; 4) $19,4 \pm 1,7$ сутки соответственно. Летальность в основной группе больных составила 2 (3,1%), а в группе сравнения 5 (14,3%).

Вывод: комплексное лечение синдрома Гийена-Барре с применением мембранного плазмафереза является методом выбора при данной тяжелой патологии, так как его применение способствует раннему восстановлению неврологических расстройств, сокращает сроки пребывания в стационаре.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Ахмедов А.И., Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Махмудов С.Б.
Самаркандский Государственный медицинский институт

В настоящее время не существует четких критериев, позволяющих объективизировать выбора методов лечения по варикоцеле. Сложность патогенеза варикоцеле, проявляющаяся многообразием анатомических вариантов строения ренокавального анастомоза и наличием трех типов венозного рефлюкса в яичко, определяет необходимость поиска более эффективных методов его лечения, а также требует разработки и внедрения в клиническую практику алгоритмов ведения больных с варикоцеле.

Цель данной работы: Провести сравнительную характеристику различных методов лечения варикоцеле у пациентов.

Материалы и методы: Выполнено урологические отделение Самаркандское медицинское объединение в 2014 – 2017 гг 158 операции различными доступами: ликвидация варикоцеле методом Иванисевича, субингвинальная варикоцелэктомия по методу Мармара.

Результаты исследования: Субингвинальная варикоцелэктомия по методу Мармара была выполнена 87 пациентам с варикоцеле различной степени выраженности. Преимущество данного оперативного метода заключается в возможности проведения манипуляции как общей, так и под местной анестезии, малотравматичностью, возможностью дифференцировки и перевязки внеканатиковых сосудов, дающих рецидив варикоцеле, а также уменьшение сроков госпитализации до 1 койка дня, с более ранним восстановлением показателей сперматогенеза, не рассекая апоневроза и раздвигания мышц. Операция Иванисевича была выполнена 71 пациентам с различной степенью варикоцеле. Недостатками данного метода лечения варикоцеле является сравнительно высокая травматичность, зачастую необходимость проведения общей анестезии, высокий риск

развития послеоперационных осложнений (рецидив варикоцеле, гидроцеле), В послеоперационном периоде у 12 пациентов развилось гидроцеле, у 16 рецидив варикоцеле. При операции методом Мармара наблюдались после операционном периоде эпидидимит у 3 больных, которым назначали супензории и антибактериальную терапию.

Выводы: Изучая ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения варикоцеле на данном этапе можно заключить, что операция субингвинальной варикоцелэктомии по методу Мармара в ряде случаев является преимущественной.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

**Ахмедов Р.М., Муаззамов Б.Б., Шарипов И.И.
Бухарский государственный медицинский институт**

Актуальность работы: эхинококкоз является одной из серьезных проблем среди всех хирургических заболеваний, при котором возникают тяжелые последствия, иногда приводящие к нарушению функции всего организма. Оперативный метод, являющийся единственным радикальным методом лечения этого заболевания, к сожалению, не может полностью решить проблему, связанную с возникновением послеоперационных осложнений, что требует от практикующих хирургов проведение более углубленных подходов к методам их профилактики.

Цель работы: оценить результаты оперативного лечения и послеоперационных осложнений эхинококкоза печени.

Материал и методы. На кафедре факультетской и госпитальной хирургии, реаниматологии и анестезиологии, урологии Бухарского государственного медицинского института за период с 2014 по 2017гг были изучены результаты лечения больных с эхинококкозом печени. Обследовано 76 (100%) больных, у 24 (31,6%) из которых отмечались раневые осложнения в виде нагноения и инфильтрацией послеоперационных ран, у 18 (23,7%) – наличие послеоперационной вентральной грыжи, у 19 (25%) – рецидивы эхинококкоза, причем у 11 (14,5%) из них наблюдались признаки спаечной кишечной непроходимости, у 1(19,7%) пациентов отмечалось нагноение остаточных полостей, у 2 (7,9%) больных наблюдалось дренаженосительство от 9 месяцев до 1 года 2 месяцев со дня проведенной операции.

Результаты исследования. Пациенты с наличием раневых нагноений подвергнуты повторному оперативному вмешательству, так же как 14 (18,4%) из 19 (25%) больных с рецидивным эхинококкозом. Больные с нагноением остаточных полостей также госпитализированы, 3 (3,9%) из них проведено также повторное оперативное лечение. При проведении операции по поводу рецидивного эхинококкоза в ходе вмешательства возникали трудности в связи с труднодоступностью кист, которым препятствовали массивные спаечные процессы.

Выводы. Несмотря на успехи, лечение эхинококкоза продолжает оставаться одной из актуальных проблем в Узбекистане, и до сих пор единственным радикальным методом является хирургический, после проведения которого, к сожалению, не снижается число послеоперационных осложнений. Это связано не только с оперативной техникой, но и от характера и количества полостных паразитарных образований, а также от состояния самого организма больного. Все это влияет на качество жизни пациентов, поэтому лечение заболевания должно быть направлено на предупреждение как осложнений, так и его рецидивов.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

**Ахунова И.А., Икрамова Ф.Д., Эгамов С.Ш., Урмонова Н.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность проблемы: Кровотечение из нижних отделов ЖКТ составляет примерно 20 % всех кровотечений из гастроинтестинального тракта. Оно несколько чаще встречается у мужчин и является патологией лиц преимущественно пожилого возраста. По разным данным кровотечение данной локализации останавливается самостоятельно в 36-85 % случаев. В данном обзоре мы сконцентрируемся на подходах к ведению острого и клинически значимого кровотечения из нижних отделов ЖКТ.

Цель исследования: Определить пути улучшения диагностики кровотечений из нижних отделов ЖКТ.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 287 историй болезней пациентов с кишечным кровотечением, которые находились на лечении в отделении проктологии АГМИ в 2014-2017 гг.

Результаты: Женщин было 55,6%, мужчин – 44,6%. В этиологической структуре доминировали геморрой (27,1%), анальная трещина (19,4%), новообразования (22,1%), неспецифический язвенный колит (8,2%). В 9% случаев локализацию кровотечений установить не удалось. Нами были оценены преимущества, недостатки и эффективность отдельных методов инструментальной диагностики при кровотечениях из нижних отделов ЖКТ. Стало очевидно, что частота их применения (например, ректороманоскопия – 47,0%, колоноскопия – 41,1%) связана с характером и локализацией патологического процесса, определяющими сложности и объем диагностического поиска.

Выводы: Внедрение современных методов исследований, таких как ангиография, сцинтиграфия, энтероскопия, можно считать приоритетным направлением при определении путей дальнейшего улучшения диагностики кровотечений из нижних отделов ЖКТ.

АБУ АЛИ ИБН СИНО О СТРУКТУРЕ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК, РЕГУЛЯЦИИ ГОМЕОСТАЗА, ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

**Батырбекова Г.М., Рахманов Р.Р., Юлдашев Т.А
Ташкентский государственный стоматологический институт**

Десять веков тому назад Абу Али ибн Сино в разделе «Анатомия почек» энциклопедического труда

«Канон врачебной науки» обосновывает эволюционную и онтогенетическую целесообразность парности и многодольчатости органа, компактности ее паренхимы. Парный орган, как отмечает великий мыслитель, имея небольшой объем, не увеличиваясь благодаря равноценности притока и оттока жидкости по артериальным и венозным сосудам, более эффективно очищает кровь. Многодольчатость дает возможность длительного и эффективного функционирования. Отделенная от других пораженная доля или ее часть не вовлекает оставшиеся в патологический процесс. Они продолжают в полной мере очищать кровь, способствуя оптимальному функционированию других органов и систем организма, организма в целом. Почка, по мнению Абу Али ибн Сино, имеет полость (надо полагать мочевое пространство между листками капсулы Шумлянско-Боумана), куда втягивается (фильтруется) из крови жидкость (первичная моча) из афферентной артериолы. Затем, она, проходя по канальцам почки (канальцам нефрона, согласно современным представлениям), очищается и реабсорбируется в сосуды эфферентной артериолы. Последняя, очищенная от отходов, одновременно питает почку и другие внутренние органы, поддерживает их нормальную структуру и функцию.

Анатомически правая почка располагается вблизи печени, левая - около селезенки и все они кровоснабжаются одной артерией. Топографическая целесообразность такого расположения отмеченных органов великий ученый обосновывает их участием в очищении крови. Согласно сегодняшним исследованиям, данная функциональная система сформировалась в период внутриутробного развития и участвует наряду с другими в «очищении крови от отходов», т.е. регуляции гомеостаза внутренней среды. Если по какой-то причине, отмечает Абу Али ибн Сино, печень оказывается не в состоянии эффективно очищать кровь, то нагрузка падает на почку. Данная межорганный и межсистемная регуляция гомеостаза внутренней среды организма (т.е. крови) при хроническом течении заболевания должна рассматриваться в качестве основы развития гепаторенального синдрома.

Таким образом, более тысячи лет тому назад Абу Али ибн Сино предвосхитил эволюционную и онтогенетическую сущность формирования структуры и функции почки, функциональной системы регуляции гомеостаза крови, механизм развития гепаторенального синдрома.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Бахрамов А.А., Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Мустафаев А.Л.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. Сочетание двух тяжелых осложнений, кровотечения и перфорации, является одним из наиболее опасных осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки. По сведениям ряда авторов, такое сочетание встречается в 2,3-16,9% по отношению ко всем перфоративным язвам (Синенченко Г.И. с соавт., 2007; Swain С.Р., 2000).

Цель исследования. изучить течение и лечение сочетанных осложнений гастродуоденальной язвы.

Материалы и методы. В настоящей работе отражен опыт лечения 23 таких больных, что составило 4,6% от всех пациентов с прободными гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением. Мужчин было 15, женщин – 8. Возраст больных – от 27 до 75. Язва локализовалась в желудке у 5 и ДПК – у 18 больных.

Всем больным при поступлении кроме рутинных методов исследования проведены инструментальные методы диагностики: рентгенография брюшной полости, ЭГДФС, УЗИ, лапароскопия, лапароцентез.

Результаты. Среди наших пациентов нами были выделены следующие варианты наступления перфорации и возникновения кровотечения:

- перфорация, наступившая после самостоятельной остановки язвенного кровотечения (анамнестическое кровотечение) (у 13 больных);
- перфорация, возникшая на фоне продолжающегося кровотечения (у 5);
- одновременное возникновение обоих осложнений (у 3);
- кровотечение, возникшее после прободения (у 2).

Перфоративные гастродуоденальные язвы, сочетающиеся с желудочно-кишечным кровотечением, являются абсолютным показанием для оперативного вмешательства.

При локализации осложненных одновременно перфорацией и кровотечением язв в желудке 5 больным произведена его резекция, 18 больным – поллиативная операция. Умерли 7 больных (30,4%).

Выводы. Хирургическая тактика у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами, сочетающимися желудочно-кишечным кровотечением, должна строиться на комплексной диагностике этих осложнений, следствием которой должно быть наиболее быстрое установление показаний к оперативному вмешательству.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЧАСТИЧНЫХ СТРИКТУРАХ МОЧЕТОЧНИКА

Бобоев Р.А., Садикова Д.И., Хамраев О.А., Рустамов У.М., Хамдамов Ш.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Ятрогенные повреждения мочеточников являются одним из самых тяжелых осложнений при оперативных вмешательствах на органах малого таза, на долю которых из всех травм нижних мочевыводящих путей (НМП) приходится до 75 %. Встречающийся характер интраоперационных травм мочеточника довольно разнообразный. Его перевязывают, прокалывают иглой, прошивают, раздавливают клеммой, электрокоагулируют, частично или полностью рассекают и даже резецируют.

Разработка и внедрение в повседневную медицинскую практику нового эндоскопического инструментария и оборудования позволяет по новому подойти к диагностике и лечению ряда заболеваний нижних мочевыводящих путей.

Цель: определить рациональное лечение стриктуры мочеточника.

Материал и методы исследования:

Истории болезни 36 больных с диагнозом “Стриктура мочеточника”, проходивших стационарное лечение в отделении урологии АГМИ с 2014 по 2017 год, из них 32 женщины и 4 мужчин.

Результаты исследования: Из 36 больных с диагнозом “Стриктура мочеточника” всего у 12 больных был поставлен диагноз “частичная стриктура мочеточника”. Поэтому для дальнейших исследований были взяты только данные больные, причём у 7 больных стриктура определялась в юкставезикальном отделе, у 5-в инфравезикальной части мочеточника. Данным больным произведено бужирование наряду с антибактериальной терапией и лимфостимуляцией. После выписки больных рецидивы у 7 больных не наблюдались в течение 2 лет, у 3 больных через 1 год и у 2-х больных через 6 месяцев.

Вывод: Из вышеперечисленного следует, что своевременное обращение пациентов к специалистам и адекватное применение бужирования в сочетании с антибактериальной терапией и лимфостимуляцией залог успешного лечения при частичных стриктурах.

КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ CALL-ЦЕНТРА.

Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М., Махмудов А.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Деятельности скорой медицинской помощи в последние годы уделяется повышенное внимание, что отразилось в ряде указов и постановлений на самом высоком уровне. Разработаны и внедрены в практику стандарты оказания скорой медицинской помощи (СМП), а также протокол действий диспетчера службы СМП. На государственном уровне приняты весьма важные решения, которые дали начало созданию Call-центров, способных быстро обрабатывать широкий спектр информации на современном уровне.

В преддверии создания Call-центров возникает необходимость координации действий СМП с другими службами в условиях мгновенной передачи информации, что диктует разработку новых принципов, алгоритмов опроса, алгоритмов действий, а также развитие модели, отличающейся наличием уже утвердившейся системы оказания экстренной медицинской помощи и регионарными особенностями амбулаторно-поликлинической помощи.

Особого внимания заслуживает определение приоритета и передача вызова бригадам СМП. При невозможности самостоятельного принятия решения о приоритете вызова, фельдшер по приему вызовов службы СМП передаёт данные ответственному врачу. В таких ситуациях, на первый план выступает алгоритм опроса, включающий минимальный набор вопросов требующих ответов “да” – “нет”, логические тесты, в результате чего определяется медико-психологическая ситуация, устанавливается ориентировочный диагноз, принимается одно из решений согласно приоритета передача вызова бригадам СМП, либо выдаются необходимые рекомендации по самопомощи, либо производится переадресация на амбулаторно-поликлиническую службу.

Ещё одной особенностью Call-центров является возможность создания единой базы данных медицинских работников с учётом их профессиональной спецификации, дислокации на обслуживаемой сети территории, а также расположении учреждений здравоохранения, занятых в системе СМП и амбулаторно-поликлинической службы.

Алгоритм действий в настоящее время подробно освещён в соответствующих протоколах, однако, с внедрением системы на основе единой базы данных ЛПУ и СЭМ разумно внести изменения в некоторые процедуры завершения вызовов. Мы предлагаем ввести элемент быстрого реагирования на вызовы высокой приоритетности – экстренные вызовы бригады СМП – по поводу заболеваний, представляющих в момент обращения опасность для его жизни и здоровья, особенно во время «пик-часов». Удерживая вызов старший врач смены сообщает о выезде бригады СМП, даёт необходимые рекомендации, а также соединяется с ближайшим к месту вызова медицинским работником, который мог бы оказать первую медицинскую помощь, оценить ситуацию и координировать действия до приезда бригады СМП.

Таким образом, разработка алгоритмов опроса и действий с введением в эксплуатацию Call-центров позволит обеспечить своевременное и полноценное оказание скорой медицинской помощи населению.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ

Бутоёров З.С., Ахмедов Г.К., Бабажанов А.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Многие авторы соглашаются с тем, что ожирение является доминирующим фактором в развитии послеоперационных вентральных грыж (ПВГ). Абдоминопластика с герниопластикой восстанавливает морфологические состояния передней брюшной стенки, которое приобретает не только медицинское, эстетическое и социальное значение.

Цель исследования - улучшить хирургическую тактику у больных с вентральными грыжами и ожирением III-IV степени.

Материалы и методы: Обследовано хирургическое лечение 59 больных с вентральными грыжами и ожирением III-IV степени, оперированных в I и II хирургических отделениях СамГМО в 2015-2017 г. Из них женщин было 52 больных, а мужчины 7 пациентов. При распределении мы использовали Международную классификацию вентральных грыж по Chevrel J.P., Rath A.M (1999). Больные распределены на две группы: основную группу (ОГ) составили 32 (54,2%) больных, им проводилось герниоабдоминопластика, и контрольная группа (КГ) – 27 (45,8%) больных, которым произведено только герниопластика.

При исследовании всем больным проводилось стандартные исследования. У 45 (76,3%) больных выявлено

ожирение III степени (23 в ОГ, 22 в КГ), у 14 (23,7%) – IV степени (9 в ОГ, 5 в КГ). У 43 пациентов выявлены другие сопутствующие патологии: гипертоническая болезнь, ИБС, хронические заболевания легких и сахарный диабет. У некоторых из них эти патологии сочетались.

На кожу передней брюшной стенки наносился рисунок типа "якоря" (разрез по Fleisch), окаймляя грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку. Протезирование грыжевого дефекта соответственно по показаниям.

Результаты и обсуждения. В отдаленном послеоперационном периоде у больных ОГ рецидивов не наблюдалось. У 5 больных в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось местные осложнения (у 4 (12,5%) пациентов серома и у одного (1,7%) гематома). В КГ в ближайшем послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалось компартмент синдром III-IV степени и 7 (26%) больным местные осложнения. В 3 (13%) случаях наблюдалось рецидивы грыжи.

Выводы: Одномоментная герниоабдоминопластика корригирует форму тела и устраняет эстетические неудобства, вносит большой вклад в психологическую и социальную реабилитацию больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ТИПА А ПО СТЭНФОРДУ В УСЛОВИЯХ УМЕРЕННОЙ ГИПОТЕРМИИ

**Бучнева О.В., Мишенина Е.В.
ИОНХ им. В.Т.Зайцева НАМН Украины
Харьковский национальный медицинский университет**

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с расслаивающей аневризмой аорты типа А.

Материалы и методы. В течение 2012-2018 гг. В ГУ «ИОНХ им. В.Т.Зайцева НАМН Украины» прооперировано 45 больных с диагнозом расслаивающая аневризма аорты типа А. Мужчин было 36 (80%), женщин - 9 (20%). Возраст больных колебался в пределах 32 - 76 лет, средний - 54 лет. 1 пациентка была оперирована в подострой стадии расслоения, а 44 пациента в острой (время от момента расслоения до двух недель), из них 32 пациента оперированы в период до 5 дней от расслоения. Основной причиной неблагоприятных исходов оперативного лечения больных с расслаивающей аневризмы аорты типа А была гипокоагуляционное кровотечение у 11 (24,44%).

Учитывая длительность пребывания в реанимации 8 ± 1 д и продолжительность искусственной вентиляции легких ($60,8 \pm 59,8$ час), с 2016 года мы начали отдавать предпочтение оперативным вмешательствам без использования глубокой гипотермии.

Канюляция, для обеспечения артериальной перфузии проводилась в левую подпочечную и бедренную артерию (выбор стороны канюляции зависел от анатомии поражения брюшной аорты и подвздошных артерий). После этого проводилась стернотомия, венозная канюляция, подключение аппарата искусственного кровообращения, установка левожелудочкового дренажа. Аорта выделялась до уровня нисходящей части, брахиоцефальной сосуды обрабатывались и обходились с использованием турникетов. Искусственное кровообращение проводилось по стандартной методике. Кардиоплегия осуществлялась раствором Del-Nido, селективно антеградно и только в одном случае - ретроградно. Все манипуляции выполнялись в условиях умеренной гипотермии с температурой пациента 28-30 С. Ревизия дуги проводилась после окклюзии на турникетах брахиоцефальных сосудов, в момент согласованной остановки ШК и занимала 35 ± 12 с. После этого принималось решение о дальнейшей тактике оперативного лечения. Если потребности в протезировании дуги аорты не было – выполнялось только протезирование восходящей аорты. Если пациент нуждался протезировании дуги, то брахиоцефальной сосуды, потенциально оставшиеся в «открытой аорте» зажимались турникетами, а аортальные зажимы перетискались аорта ниже места разрыва аорты. Все остальные манипуляции проводились по стандартной методике. Удобство для хирурга в выполнении дистального анастомоза зависит от качества выделения аорты.

Результаты. За период с 2016 года нами было прооперировано по этой методике 21 пациент. Лишь у одного больного она не была использована, так как сопутствующим заболеванием была аневризма брюшной аорты с пристеночным тромбозом. Смертность в этой группе составила 9,5% (2 пациента), но связана она с патологией коронарных артерий и, как следствие, синдромом малого сердечного выброса. Кровотечение отмечено у 1 больного и наиболее вероятно связано с приемом антиагрегантов в предоперационном периоде. Неврологические нарушения в послеоперационном периоде имели меньше проявлений и встречались в 3 (14,28%) пациентов. Продолжительность оперативного вмешательства сократилась до $6 \pm 0,5$ ч, а также сократилось время пребывания в реанимационном отделении до 5 ± 2 д. Продолжительность искусственной вентиляции легких снизилась до $38,8 \pm 28,5$ время.

Вывод. Таким образом, больные с расслаивающей аневризмой аорты типа А, стабильные по показателям гемодинамики, в подавляющем большинстве могут быть прооперированы в условиях умеренной гипотермии, что позволяет уменьшить риск опасных осложнений, связанных с использованием глубокой гипотермии.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.

**Василевский Э.А., Дадабоев О.Т., Мусашайхов Х.Т., Салахидинов С.З.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Проблема острого панкреатита является одной из наиболее важных в современной абдоминальной хирургии. Это объясняется значительным распространением заболевания, недостаточной разработкой и отсутствием единых взглядов на некоторые вопросы патогенеза.

У 51 больного острым панкреатитом в комплекс лечебных мероприятий по борьбе с эндогенной интоксикацией мы включали энтеросорбцию с сорбентом АУ-К, разработанным Узбекским химико-фармацевтическим научно-исследовательским институтом. Консервативная терапия проведена у 43 больных, оперированы – 8 больных, из которых 2 умерли. Курс лечения энтеросорбции составлял в среднем 5-6 дней.

Дальнейшее продолжение курса лечения проводилось по показаниям и обосновывалось течением болезни и биохимическими показателями. Сорбент АУ-К назначали в дозировке 1г/кг массы тела в сутки и производили прием 3 раза в день внутрь. Больным с тяжелым течением заболевания, сопровождающимся многократной рвотой и после операции, сорбент в первые дни вводили через назогастральный зонд сразу же после аспирации и промывания желудка. Однократный прием 20-30 г сорбента хорошо переносился больными и не вызывал побочных явлений. Важно сохранять интервал между приемом медикаментозных препаратов и энтеросорбента. Этот период должен быть достаточным для всасывания лекарственных средств и соответствовать по меньшей мере 30- 40 мин. В ином случае энтеросорбция может нарушать фармакотерапию и вызывать нежелательные осложнения. Для компенсации увеличивали дозировку лекарств с учетом их частичной сорбции или отдавали предпочтение парентеральному способу введения препаратов.

Изучение в динамике общего состояния больных показало, что проведение энтеросорбции на фоне комплексной терапии оказывает благоприятное влияние на течение заболевания. При этом быстрее исчезали явления интоксикации, отмечалось раннее снижение интенсивности болевого синдрома, ликвидация явлений метеоризма и восстановление кишечной перистальтики. Под влиянием энтеросорбции количество лейкоцитов на 5 – 6 сутки уменьшилось в 1,8 раза. Уровень ЛИИ к этому сроку составил 1,09 ед, что в 2,8 раза меньше, чем при поступлении. На 5 сутки от начала энтеросорбции отмечено снижение активности амилазы в крови в 2,4 раза, а в моче – 2,7 раза.

После приема АУ-К на фоне комплексной терапии отмечено снижение активности липазы на 5-6 сутки на 24 %, трипсина на 19 % относительно исходного уровня, но эта разница не достигала достоверных величин. Наблюдалось повышение активности ингибитора трипсина на 35 % .

Высокая эффективность и благоприятное влияние энтеросорбции на течение болезни отмечено у 42 больных, вместе с тем, прием АУ-К в установленной дозе в течение 5 дней не привел к улучшению состояния и снятию интоксикации у 9 больных. И только продолжение курса лечения до 7-8 суток и увеличение дозы сорбента до 2 г/кг массы тела в сутки позволило получить терапевтический эффект.

Полученные данные позволяют считать, что энтеросорбция сорбентом АУ-К при лечении острого панкреатита имеет определенные перспективы, являясь целесообразным методом детоксикации. Она не требует особых условий и аппаратуры и может быть применена в условиях общехирургических стационаров. Ценность метода возрастает из-за его простоты, доступности и отсутствия осложнений. По – видимому, энтеросорбция как патогенетически обоснованный метод сорбционной детоксикации может получить широкое применение в комплексном лечении больных острым панкреатитом.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Василевский Э.А., Михайлевич И.Е., Дадабоев О.Т., Мусашайхов Х.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей хроническая прогрессирующая болезнь. Появляются отёки, трофические изменения голени, нарушаются функции ноги, трудоспособность. Имеющиеся способы лечения ВРВ направлены на компенсацию венозной системы, вместе с тем также необходима компенсация лимфатической системы, которая параллельно вовлекается в патологический процесс. Появляющиеся отеки, утомляемость ног, боли нарушают жизнеспособность, трудоспособность больных, страдает качество жизни.

Проводили лимфатическую терапию через стопу наряду с традиционной терапией, физиотерапевтическими методами. Под наблюдением находились 26 больных с варикозной болезнью II и III степени женщин-16, мужчин-10; средний возраст- 35±3,72, давность заболевания 6±2,35 лет. Поражение одной конечности у- 16 больных, 2 конечностей имелось у 10 больных. Диагноз устанавливался на основании клинических исследований, симптомов, определяющих несостоятельность клапанов подкожных и коммуникантных вен, лабораторных исследований, реовазографии, доплерографии, лимфосканирования.

Больным проводилась лимфотропная терапия, лимфостимуляция через первый или второй межпальцевый промежуток на стопе пораженной конечности. Вводили медленно, последовательно с промежутком 2-3 минуты новокаин, фуросемид, гепарин, димедрол, антибиотик широкого спектра действия (разовая доза), затем накладывали полуспиртовый компресс.

Уже после 2-3 сеансов лимфатической терапии прекращались боли, уменьшались отёки, индурация кожи. Курс лечения составлял 7-8 сеансов. Курсы лечения рекомендуем проводить 2-3 раза в году. В контрольной группе из 10 больных с варикозной болезнью ног при традиционных методах лечения у больных боли, отёки, трофические нарушения не купировались в течение 20-30 дней и более. Проводимый у больных с ВВ ног способ лимфатической терапии, лимфостимуляции способствует восстановлению функции ног, улучшению качества жизни. Прекращается утомляемость ног, боли, отёки, судороги, улучшается, быстро восстанавливается трудоспособность.

ОСНОВНЫЕ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГА

Василевский Э.А., Мусашайхов Х.Т., Дадабоев О.Т., Икрамова Ф.Д.

Андижанский государственный медицинский институт.

Больно раня человеческий организм, глубоко проникая в его ткани и органы, хирург достигает вершин своих возможностей лишь в том случае, когда он руководствуется высшими проявлениями бескорыстной заботы о больном человеке, и притом как об его теле, так и состоянии его психики.

Совокупность знаний в интересующей нас области и надлежащее осуществление их в хирургической практике и обозначается термином «хирургическая деонтология» т.е. «учение о должном в хирургии». В научный

обиход этот термин введен английский правоведом и моралистом Бентамом. Хирургическая деонтология определяется как принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности и устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы.

Под медицинской, в т.ч. и хирургической деонтологией нужно понимать учение о принципах поведения медицинских работников отнюдь не для достижения их индивидуального благополучия, а для максимального повышения полезности хирургического лечения, и вместе с тем для максимального снижения операционных травм.

Хирург, оперируя больного возвращает ему здоровье. Не случайно на эмблеме Международного общества хирургов напечатано: «Хирургия дарует жизнь».

Хирург должен быть примерного поведения, культуры и образованности. «Хирург должен иметь сердце льва и нежные руки женщины» - говорил в прошедшие времена великий учёный Авиценна. Хирург должен отличаться твердостью и заботливостью, врач-хирург обязан быть особенно требовательным к себе. Следует помнить, что: «Подготовить больного к операции трудно, но ещё труднее – подготовить хирурга!».

Говоря о хирургической деонтологии очень полезно бывает вспомнить сделанное ещё тысячу лет тому назад мудрое замечание знаменитого арабского врача Исака Эль Израила: «Никогда не отзывайся дурно о других врачах, ибо каждый имеет свой счастливый и несчастливый час. Пусть прославляют тебя дела твои, а не язык».

Профессия врача-хирурга прохладного отношения не терпит. Только тому даёт она полное удовлетворение, кто по настоящему любит её. Говоря о любви хирурга к избранной им специальности, нельзя не отметить, что любовь эта трудная. Не так много на её пути душистых роз. Много там шипов и остро ранивших терний. К этой мысли нужно себя приучать.

Практическое врачевание, особенно в хирургии, помимо других качеств нередко требует от врача ещё и особой выдержки, самообладания, если так можно выразится профессионального мужества. Именно мужества, а не смелости, о которой иногда говорят в хвалебном тоне: «О, это смелый хирург!». Для более ясного понимания особенностей этих двух различных понятий уместно будет привести мнение профессора М.М.Дитрикса: «хирург должен быть не смелым, а не пугающимся, мужественным». Вот то качество, которое гарантирует больному благоприятный выход из опасного положения и позволяет оператору быть достойным представителем большой хирургии, где опасность на каждом шагу, а каждое неудачное движение ножом или недочет в работе инструмента, без спокойного мужества может принести непоправимые беды.

Хирург работает не на напоказ, не на себя, не в интересах личной карьеры, а для пользы высоко ответственного дела, которому он призван честно и бескорыстно служить.

Врачебная мудрость Древнего Ирана гласила: «Три орудия есть у врача: слово, растение и нож». Не случайно в этом изречении на первое место поставлено «слово», т.е. воздействие врача на психику больного, на его мысли, настроение, волю.

Деятельность врача-хирурга – это борьба. Борьба со смертью, людскими страданиями. Борьба за жизнь, здоровье и благополучие человека, творца новой, счастливой жизни. И для того, чтобы борьба эта была успешной, нужно научиться любить эту жизнь во всех её проявлениях, научиться действительно любить во имя счастья и благополучия которых трудишься.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ.

Гафуров Ж.М.

Республиканский Перинатальный Центр

Цель исследования: Сравнить эффективность применения проленовых лент «TVT-O», «TVT-S» и «УроСлинг» в коррекции стрессового недержания мочи у женщин.

Материалы и методы: было отобрано 90 женщин со стрессовым недержанием мочи, которые были обследованы в РПЦ. Обследование включало клинические анализы, гинекологический осмотр, УЗИ малого таза с использованием вагинального датчика, цистоскопия и урофлоуметрия до и после операции. Возраст больных колебался от 34 до 53 лет, средний возраст 43,5 года. Длительность заболевания колебалась от 3 до 17 лет.

В I группу вошли больные 30 человек, которым проведена операция TVT-Obturator по стандартной методике. II группу составили больные 30 человек, которым проведена операция TVT-Secur по стандартной методике. 30-ти больным из III группы - операция TOT, лентой «УроСлинг».

Результаты исследования: В течение 5-ти лет в клинике было произведено 90 операций больным со стрессовым недержанием мочи, средний возраст, которых составил 43,5 лет. Длительность операции TVT-Obturator колебалась от 25 до 35 минут, TVT-Secur до 20 минут и длительность операции TOT составила от 15 до 30 мин. Сроки пребывания в стационаре составили соответственно от 1 до 3х суток. Излеченность в I группе составила 100%, во II группе 98% и в III группе составила 100%. Рецидивов за время наблюдения не наблюдалось. Из 20 проведенных операций во II группе отмечено 2 осложнения: отторжение проленовой сетки (1), отсутствие клинического эффекта от установленной сетки (1). Отдаленные результаты прослежены в течении 5-ти лет. Результаты операции оценены как хорошие.

Заключение: Новейшие методы slingовых операций показывают наилучшие результаты: малая инвазивность, мобильность, снижение осложнений в послеоперационном периоде, обеспечивают наиболее быстрое восстановление женщины как в семейной так и в общественной жизни.

Примененные нами синтетические материалы производства компании «ЛИНТЕКС» (Россия) показали, что они по эффективности ни чем не уступают европейским производителям. А по цене в три раза дешевле аналогов. Благодаря чему, нашли широкое применение в повседневной практике, из-за экономической выгоды.

ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М., Расулов Ж.
Андижанский государственный медицинский институт

Остеохондрозы поясничного отдела позвоночника относятся к наиболее часто встречаемой патологии и основными его проявлениями считаются различные неврологические нарушения. Усилия ортопедов и нейрохирургов при лечении больных с остеохондрозами поясничного отдела позвоночника направлены на устранение радикулярных дисков, дисковаскулярных конфликтов (Корж А.А., Хвисько Н.И 1975, Осна А.И., 1977, Демичев Н.П., Дианов С.В., 1991). Несмотря на существование различных способов хирургических вмешательств, при грыжах межпозвонковых дисков до настоящего времени нет единого подхода к определению показаний и выбору объема вмешательства (Холодов С.А., 2003).

Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2009 по 2016 гг. находились 277 больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, осложненным грыжами межпозвонковых дисков. Возраст больных от 18 до 67 лет. Наибольшее количество больных находилось в возрасте от 20 до 45 лет – 185 (66,8 %). При распределении по полу мужчин – 158 (57,0 %) и женщин - 119 (42,9 %).

Длительность заболевания от 3 месяцев до 5 лет. Из обследованных 277 больных возникновение заболевания и первых его признаков связывали с тяжелым физическим трудом 189 (68,2 %) и однократными физическими перегрузками 56 (20,2 %) больных. У остальных 32 (11,6 %) больных возникновение заболевания связывали с воспалительными процессами.

При неврологическом обследовании больных дискорадикулярный конфликт проявлялся в виде монорадикулярного синдрома у 215 (77,6 %) больных, бирадикулярный синдром - у 62 (22,3 %) больных. Наиболее часто страдали L4 – L5 корешки. Из симптомов натяжения корешков исследовались симптомы Ласега, Бехтерева, и Нери. При этом симптом Ласега был отмечен у 235 (84,8 %) больных, симптом Бехтерева у 56 (20,2 %) больных и симптом Нери у 68 (24,5 %) больных. Нарушения чувствительности, как правило, отмечались в зоне болей – гипестезия. Почти во всех наблюдениях были отмечены изменения сухожильных рефлексов – коленного и ахиллового. Явления пареза стопы на стороне поражения были отмечены у 23 (8,3 %) больных и нарушения функции тазовых органов у 7 (2,5 %) больных.

При рентгенологическом исследовании у всех 277 больных на спондилограммах были выявлены признаки остеохондроза позвоночника в различной стадии развития, триада Баре. Из 277 больных 201 (72,5%) больному были проведены МРТ и КТ исследования. МРТ и КТ исследования выявили характерные признаки грыж межпозвонковых дисков в сагиттальной и аксиальной плоскостях в T1 и T2 режимах, состояние эпидурального пространства, размеры и сторону выпадения межпозвонкового диска, степень компрессии дурального мешка и корешка. Размеры грыж межпозвонковых дисков были от 8 мм до 15 мм. В 146 (52,7 %) случаях грыжи были левосторонними, в 78 О случаях правосторонними и в 53 (19,1 %) случаях грыжи располагались срединно. Полисегментарные грыжи при МРТ-исследовании были выявлены в 38 (13,7 %) случаях на 2-х уровнях – 29 больных (10,4 %) и на 3-х уровнях 9 больных (3,2 %). При выявлении на МРТ полисегментарных грыж межпозвонковых дисков, удаление дисков производилось если их размеры превышали 8 мм.

После установления диагноза больные были подвергнуты оперативному лечению. Были проведены малоинвазивные оперативные вмешательства путем аркотомии и гемиламинэктомии. При этом учитывали размеры выпавшего диска, его взаимоотношение с окружающими нервными образованиями, выраженности дегенеративно-дистрофических изменений позвоночного столба и возраст больных. Кроме этого, при наличии полисегментарного поражения соседних дисков так же применялся доступ путем гемиламинэктомии.

Из обследованных 277 больных аркотомия была произведена в 213 (76,8 %) случаях и в 64 (23,1 %) случаях гемиламинэктомия. Во всех случаях было отмечено гипертрофия желтой связки и после экономного удаления последней производили ревизию позвоночного канала. После обнаружения грыжи производили мобилизацию дурального мешка, корешка и приступали к дискэктомии. Технические сложности при дискэктомии возникали при больших размерах грыж (от 12 до 15 мм), из-за наличия рубцов между дуральным мешком, корешком и грыжей. В этих случаях дискэктомия производилась 2-х этапно – вначале производили удаление грыжи диска между дуральным мешком и корешком, а после производилась мобилизация этих образований и полное удаление грыжи. В 97 (35,0 %) случаях дискэктомия завершалась фораминотомией из-за сужения места выхода корешка костными образованиями – остеофитами.

Оценка результатов оперативных вмешательств производилась на основании ортопедо-неврологических критериев. При этом учитывали регресс неврологических симптомов и восстановление биомеханики поврежденного сегмента позвоночного столба.

Хорошие результаты – исчезновение болевого синдрома, восстановление чувствительности, двигательной активности и нарушенных функций тазовых органов – были отмечены у 215 (77,6 %) больных.

Удовлетворительные результаты – сохранение нерезких болей в позвоночнике при движениях и физических нагрузках, медленный регресс неврологической симптоматики – у 58 (20,9 %) больных.

Неудовлетворительные результаты – сохранение двигательных и тазовых нарушений на дооперационном уровне, хотя отмечалось снижение болевого синдрома за счет декомпрессии нервных образований – 4 (1,4 %) больных.

Таким образом, правильный выбор операционного доступа с учетом неврологических нарушений и на основании данных МРТ исследования больных с грыжами межпозвонковых дисков способствует более раннему восстановлению биомеханики позвоночного столба и регрессу неврологических симптомов. Считаем что, у больных пожилого и старческого возраста показанной операционный доступ к позвоночному каналу путем гемиламинэктомии.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ И ЕГО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М., Расулов Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Одним из осложнений травм позвоночника является смещение тел позвонков, возникающее при значительном повреждении связок, обеспечивающее стабильность поврежденного сегмента. Такие виды повреждений чаще встречаются в переходных отделах позвоночника – грудно-поясничном и пояснично-крестцовом отделах.

Тяжесть таких повреждений определяется степенью смещения тела позвонка и сдавлением элементов спинного мозга, которое может привести к длительной нетрудоспособности пострадавших или даже стойкой инвалидизации.

Цель исследования: Проведение сравнительного анализа результатов хирургического лечения посттравматического спондилолистеза и выбор оптимального способа, дающий восстановление опороспособности поврежденного сегмента позвоночника.

Материал и методы: Материалом исследования явились истории болезни 67 больных с травмой позвоночника, которым было проведено хирургическое лечение в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП в 2010 – 2015 годах. Из них 44 (65,6 %) мужчины и 23 (34,3 %) женщины. Все больные были работоспособного возраста – от 20 до 45 лет. По механизму травмы: падение с высоты – 39 (58,2 %) и травма в результате дорожно-транспортного происшествия – 28 (41,7 %) больных. Всем больным проведено комплексное обследование с применением современных методов исследования (спондилография, КТ и МРТ). По результатам КТ и МРТ исследования картина посттравматического спондилолистеза выявлена у 29 (43,2 %) больных, на уровне Th 11-Th12-L1 позвонков у 12 (17,9 %) и L5-S1- у 17 (25,3 %) больных. Смещение позвонков соответствовало II – III степени. При клинико-неврологическом обследовании у больных были выявлены признаки нижней параплегии – 9 (13,4 %), парапареза – у 20 (29,8 %) с нарушениями функции тазовых органов по типу задержки. Проведено оперативное лечение, которое завершалось стабилизацией поврежденного сегмента позвоночника:

1) декомпрессивная ламинэктомия, ревизия позвоночного канала, спинного мозга и стабилизация пластинами ЦИТО, ХНИИОТ – 9 (31,0 %) больных;

2) декомпрессивная ламинэктомия, ревизия позвоночного канала, спинного мозга и стабилизация транспедикулярными фиксаторами – 20 (68,9 %) больных.

Результаты и их обсуждение: Изучены ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения. В ближайшем послеоперационном периоде в основном обращали внимание на регресс неврологической симптоматики. Восстановление утраченных функций спинного мозга наблюдали у 21 (72,4 %) больного, у 8 (27,5 %) больных двигательные и чувствительные нарушения остались на прежнем уровне.

У отдаленные сроки после проведенного оперативного вмешательства у 2 (6,8 %) больных параплегия перешла в парапарез и восстановились функции тазовых органов. У остальных 6 (20,6 %) больных особых изменений в неврологическом статусе не наблюдали.

Примененные металлические пластины типа ЦИТО и ХНИИОТ в отдаленные сроки не дали стабилизацию поврежденного сегмента позвоночника и при повторном обследовании через 1 год у 5 больных отмечена подвижность на уровне травмы и расшатанность пластин (развинченность шурупов и болтов).

У больных, которым была проведена стабилизация поврежденного сегмента позвоночника транспедикулярными фиксаторами, при повторном обследовании подвижности не обнаружена.

Выводы: Таким образом, раннее проведение оперативных вмешательств при травмах позвоночника дают благоприятные результаты в отношении восстановления утраченных функций спинного мозга.

Наиболее жесткую и стабильную фиксацию обеспечивает применение транспедикулярных фиксаторов.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М., Расулов Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: В большинстве случаев черепно-мозговые травмы сопровождаются образованием внутричерепных гематом. В связи с чем черепно-мозговая травма является одним из самых актуальных проблем современной медицины (Кондаков Е.Н., с соавт., 2002, Лебедев В.В., с соавт., 2005). Летальность при черепно-мозговой травме составляет 5 – 10 %, а при тяжелой достигает 70 % (Лебедев Э.Д., 2001). Поэтому проблема совершенствования диагностики и лечения больных, особенно в детском возрасте, требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: Своевременная, ранняя диагностика внутричерепных гематом и улучшение результатов оперативного лечения.

Материалы и методы обследования: Проведено обследование и хирургическое лечение 57 детей, пролеченных в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2011 по 2016 год. Возраст детей от 3 месяцев до 15 лет. Механизм травмы у 43 больных – падение с высоты, у 14 больных дорожно-транспортная травма. Давность травмы от 1 часа до 3-х суток (8 больных переведены из субфилиалов по линии САС).

Результаты и их обсуждение: Ко всем больным применены клинико-неврологические и инструментальные методы исследования. Из 57 обследованных больных у 49 выявлена анизокория, анизорефлексия и гемисиндром в виде пареза и паралича на противоположной стороне у 54, наличие патологических стопных знаков у всех 57 обследованных больных. При рентгенологическом исследовании признаки переломов костей свода черепа обнаружены у 16 больных, вдавленные переломы у 8 и переломы с переходом на основание черепа у 5 больных. КТ и МРТ исследования проведены всем обследованным больным (МСКТ – 46 больным и МРТ – 11 больным). По

данным МСКТ и МРТ исследования смещение срединных структур составлял от 5 мм до 12 мм. По результатам проведенных методов исследования эпидуральные гематомы выявлены у 34 больных, субдуральные у 23 больных. Из них у 4 больных гематомы были множественными. По локализации гематом: гематомы больших полушарий у 19, внутримозговые – у 4 больных. Объем гематом варьировал от 25 до 60 см³. Малоинвазивное удаление гематом через трепанационное отверстие с активным дренированием проведено в 27 случаях и удаление сгустков через трепанационное отверстие в 30 случаях. Летальный исход наблюдался у 5 больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами.

Выводы: Таким образом, все больные дети с черепно-мозговыми травмами должны госпитализироваться в специализированные стационары и лечиться под наблюдением нейрохирургов. Даже при наличии незначительных неврологических нарушений целесообразно проведение МСКТ и МРТ исследования головного мозга. Предпочтительным является проведение малоинвазивных оперативных вмешательств с наименьшей травматизацией головного мозга. Внедрение в практику малоинвазивных оперативных вмешательств позволяет сократить сроки стационарного лечения и снизить летальность среди данной категории больных.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЧМТ

Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М., Расулов Ж.
Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время используемые методы диагностики иммунологических нарушений у больных с механическими травмами, в том числе и при ЧМТ, направлены преимущественно на оценку клеточного иммунитета. Эти способы недостаточно информативны, поскольку для прогнозирования возникновения воспалительных осложнений учитывают ограниченную часть механизмов, участвующих в защитной реакции организма. Кроме того, эти способы позволяют прогнозировать возникновение воспалительного осложнения – тяжелой травмы – без учета стадий травматической болезни и зачастую уже после появления некоторых характерных симптомов.

Данное исследование основано на анализе 425 больных с ЧМТ, прошедших обследование.

С целью выявления тяжести иммунной дисфункции и оценки эффективности применения иммуномодуляторов и тироксина больным с УГМ тяжелой степени - 49(11,5%), больные с диффузно-аксональным повреждением (ДАП) ГМ встречались в 14(3,5%) выполнены иммунологические исследования. Особое предпочтение отдавалось изучению лейкоцитарной формулы, определение В (CD20) и Т-лимфоцитов (CD3), субпопуляции Т-лимфоцитов (CD4), (CD8), (CD16), CD4/CD8, маркеров ранней активации лимфоцитов CD25, CD71, определение интерлейкинов как про- (IL-1, IL-6, IL-8, TNF,) так и противовоспалительных (IL-4, IL-10, IL-13), а подсчет IgA, IgM и IgG и гормонов щитовидной железы ТТГ, Т3, Т4 иммуноферментным методом. Все лабораторно-диагностические методы исследования выполнены в Иммунологической лаборатории ЦНИЛ Андижанского государственного медицинского института.

В наших наблюдениях установлено, что осложнения являются спутниками развития стрессорного иммунодефицита, нейрогенной иммунодисфункции и состояние «иммунного паралича», что явилось у всей категории пострадавших причиной обуславливающей тяжесть течения травматической болезни, у 12(2,9%) - причиной летальности. Таким образом, внедренная нами методика учета соотношения провоспалительных интерлейкинов - IL-1, IL-6 и TNF, а так же противовоспалительных - IL-4, сывороточного и индуцируемого интерферона, определение индивидуальной чувствительности к иммуномодуляторам, интерферонам и индукторам интерферона, в первые сутки позволило оценить степень нарушения иммунной защиты на более раннем этапе, а также прогнозировать возникновение воспалительных осложнений в остром периоде ЧМТ.

В свою очередь, новизной данного сообщения является и региональное лимфотропное введение иммуномодуляторов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЕНТА АУ-К В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

Дадабоев О.Т., Васлевский Э.А., Мусайайхов Х.Т., Бутабоев Ж.М.
Андижанский государственный медицинский институт.

Большой интерес как показатель эндотоксемии у больных острым панкреатитом представляет уровень молекул средней массы (МСМ) в крови. Исследования показали, что рост содержания средних молекул в плазме при остром панкреатите сопровождается появлением признаков эндогенной токсемии.

Мы, и как многие другие авторы, считаем, что полиэтиологичность, полиморфизм клиники, трудности диагностики, большое число неудовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов лечения диктуют необходимость поиска новых, более современных и эффективных методов лечения и борьбы с интоксикацией при остром панкреатите и его осложнениях не за счет расширения показаний к экстренной операции, а за счет совершенствования методов консервативной терапии.

Современные состояние энтеросорбционного способа лечения больных острым панкреатитом настоятельно выдвигает одну из серьезнейших задач - подбор наиболее эффективных сорбентов, определить их рациональные дозировки, сроки лечения.

У 56 больных острым панкреатитом мы изучили влияние энтеросорбции с использованием сорбента АУ-К на содержание МСМ в плазме. АУ-К разработан сотрудниками Узбекского научно-исследовательского химико-фармацевтического института им. А.С.Султанова. Он представляет собой гранулы неправильной формы, черного цвета, без запаха и вкуса.

При изучении токсичности крови по уровню МСМ у больных острым панкреатитом при поступлении в стационар отмечено повышение их содержания в 2,5–3 раза, а при деструктивных формах до 5–6 раз по сравнению с нормальными показателями.

На 3 сутки от начала энтеросорбции отмечено снижение уровня МСМ на 34 % относительно исходного уровня, а на 5 сутки – в 1,7 раза, что соответствовало и клиническому улучшению состояния больных, уменьшению признаков интоксикации. Изучение содержания МСМ у больных острым панкреатитом перед выпиской показал, что уровень их снизился в среднем до $0,264 \pm 0,018$ у.е. Важное значение приобретает энтеросорбция АУ-К при лечении 9 больных острым панкреатитом пожилого старческого возраста с сопутствующей патологией общего и коронарного кровообращения, когда общеизвестные недостатки других методов детоксикации ограничивали их широкое применение. Клинический эффект от приема энтеросорбента АУ-К прямо зависел от срока его применения – чем раньше от начала заболевания был принят энтеросорбент, тем выраженнее был эффект детоксикации.

Исследования показали, что энтеросорбция АУ-К оказалась эффективным средством детоксикации в комплексе с консервативными методами терапии острого панкреатита. Снижая уровень МСМ, и тем самым эндотоксемию, энтеросорбция АУ-К позволяет с большим основанием прогнозировать течение острого панкреатита, оказывает благоприятное влияние на течение заболевания и значительно улучшает результаты лечения.

Таким образом, в современной терапии эндотоксикоза при остром панкреатите сорбент АУ-К может найти широкое применение и направлен на коррекцию метаболических расстройств и активное удаление токсинов, что в условиях тяжелой органной патологии создает более физиологические условия для обменных процессов на клеточном уровне.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА УРОВНЯ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ.

Дадабаев О.Т., Мусашайхов Х.Т., Василевский Э.А., Косимов А.Л.

Андижанский государственный медицинский институт

У больных сахарным диабетом с гнойно-некротическим поражением стопы (ГНПС), нуждающихся в ампутации, наиболее трудным и актуальным остается вопрос о рациональном выборе уровня ампутации. В настоящее время одним из наиболее перспективных (в силу надежности и неинвазивности) для исследования в клинических условиях состояния оксигенации крови и ткани и оценки периферической перфузии является метод чрезкожного определения напряжения кислорода – T_{spO_2} . Результаты исследований показали, что у больных с осложненной диабетической стопой показатели T_{spO_2} на бедре были на 20%, на голени – на 43%, на стопе – на 65% ниже, чем у здоровых лиц, что говорит о значительных нарушениях микроциркуляции.

Полученные результаты показали, что имеется определенная взаимосвязь между хорошим заживлением раны после ампутации у больных с ГНПС и величиной T_{spO_2} . Его величина более 25 мм.рт.ст. свидетельствует о правильном выборе уровня ампутации и хорошем заживлении раны, что наблюдалось у 73 больных. Показатель T_{spO_2} в пределах от 10 до 25 мм.рт.ст, который наблюдался у 10 больных, ассоциировался с осложнениями со стороны раны после ампутации в виде нагноения или краевого некроза и удлинении сроков заживления. У 8 больных с диабетической стопой, которым были произведены локальные операции на стопе T_{spO_2} было в пределах от 2 до 10 мм.рт.ст., у 2 из них равнялось 0. В связи с развитием некроза и нагноения раны с последующим прогрессированием гнойного процесса и без эффективности лечения в последующем у этих больных были произведены реампутации на более высоком уровне. При этом установили, что незащитные операционные раны независимо от их локализации на нижних конечностях способны к регенерации при минимальных значениях T_{spO_2} в пределах $23 \pm 1,6$ мм.рт.ст. У 10 больных с уровнем T_{spO_2} ниже 25 мм.рт.ст. наступило омертвление кожи вокруг операционной раны в результате наложения швов. Поэтому с учетом доверительного интервала уровень T_{spO_2} 28 ± 3 мм.рт.ст. считаем безопасным, допускающим выполнение ампутации без риска осложнений на любом уровне конечности.

Таким образом наши данные показали, что чрезкожное измерение pO_2 имеет важное значение для правильного выбора уровня ампутации и для определения потенциала заживления раны после её выполнения.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИФЕПАНА НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Дадабаев О.Т., Мусашайхов Х.Т., Василевский Э.А., Маткаримов Б.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

Изучение течения раневого процесса, выделение отдельных факторов воспаления, создание и промышленный выпуск сорбентов с высокими функциональными свойствами позволили обосновать целесообразность аппликационной сорбции (АС) при лечении гнойных ран у больных СД. Оказалось, что практически все углеродные материалы медицинского назначения обладают выраженными адсорбционными свойствами по отношению к раневому экссудату, в т.ч. к микробам и продуктам их метаболизма.

Нами изучены результаты лечения 73 больных, с компенсированным СД у которых в мягких тканях развился гнойно-некротический процесс, из них инсулинзависимый – у 5 больных. Среди микробов, выделенных из биоптатов ран, наиболее часто встречался стафилококк, который обнаружен в 84,9 % исследований, в 38,5 % случаев выделены неклостридиальные анаэробные микроорганизмы. Во всех случаях в ассоциации с анаэробами были 1 или 2 вида аэробов.

У 32 больных для местного лечения гнойных ран применяли АС. В качестве адсорбента для АС использовали полифепан, являющийся производным лигнина и обладающий высокими сорбционными свойствами. Сорбент на раневую поверхность наносили сразу же после вскрытия и промывания антисептиками гнойной полости через слой стерильной марли, обеспечив непосредственный контакт сорбента с раневой поверхностью. Перевязки осуществлялись ежедневно с 2-х кратной сменой сорбента до полного очищения раны от гноя и некротических масс.

Сразу после вскрытия гнояника отмечалась отечность и гиперемия кожи, инфильтрация окружающих тканей. Поверхность и стенки раны приобретали серый оттенок, были покрыты сплошным фибринозно – гнойным налетом, определялись участки очевидного некроза.

У всех больных исходная морфологическая картина отражала дегенеративно-воспалительную фазу раневого процесса. На поверхности ткани выявлялся толстый слой фибринозно-гнойного налета с большим количеством распавшихся полиморфно-ядерных лейкоцитов ядерного детрита и микробных колоний. В подлежащей ткани имелись отдельно расположенные абсцессы, участки некроза. Наблюдался выраженный отек, лейкоцитарная инфильтрация тканей. Мелкие сосуды с периваскулярными кровоизлияниями тромбированы.

В первые дни традиционного лечения распространения отека окружающих рану тканей и гиперемии кожи не наблюдалось, но сохранились боли в области раны, отделяемое носило гнойно-геморрагический характер.

На 3-4 сутки дегенеративно-воспалительные явления сохранились, причем у некоторых больных выраженность их увеличивалась. На 7-8 сутки хотя и отмечается положительная динамика, но все ещё имеется большое количество фибринозно-гнойного экссудата с детритом и дегенерированными лейкоцитами. В глубоких слоях сохранились отек, лейкоцитарная инфильтрация, встречались очаги некроза. И только на 10-12 сутки появились очаги развития молодой грануляционной ткани с рыхлой петливой сетью новообразованных капилляров и фибробластов.

Показательно положительное влияние АС полифепаном на местный гнойно-воспалительный процесс у больных СД. Уже на 1 сутки применения препарата наблюдалась выраженная дегидратация тканей и уменьшение отека раны и её краёв. Изменился характер раневого отделяемого, который из гнойно-геморрагического приобрел вид прозрачного сукровичного. При гистологическом исследовании на 3-4 сутки фибринозный налет был значительно истончен, прилежал к подлежащей ткани рыхло. Наблюдается умеренно выраженная очаговая клеточная инфильтрация ткани нейтрофильными лейкоцитами и лимфоцитами с примесью плазматических и тучных клеток. Клеточный инфильтрат в своём составе содержит микро – и макрофаги. Видны очаги начинающейся грануляции, представленной рыхлой петливой сетью капилляров, мелких сосудов, фибробластов, полибластов. На 7-8 сутки фибринозный слой на поверхности вовсе отсутствовал. Отмечалось разрастание молодой грануляционной ткани, наличие активного фагоцитоза. Наблюдалось большее количество новообразованных капилляров и сосудов. В глубоких слоях тканей имелось много молодых фибробластов и волокнистых структур. На 10-12 сутки среди молодой наблюдались участки и более зрелой грануляционной ткани с хорошо окрашенными коллагеновыми волокнами виднелись скопления фибробластов и лимфоидных элементов, определялась пролиферация эпидермиса.

Положительное влияние АС полифепаном обусловлено улучшением капиллярного дренажа из раны, дегидратацией тканей, уменьшением отека раны и её краёв, профилактикой реинфицирования, бактерицидным и бактериостатическим эффектом, сорбцией из раневого отделяемого бактериальных токсинов и метаболитов углеводного обмена. АС способствуют купированию метаболического ацидоза, снижению лимфоидной инфильтрации краёв раны, исчезновению деградации лейкоцитов, фиксации и удалению аллергенов эндогенной и экзогенной природы. Происходит активация пролиферации клеток, стимуляция раневой контракции, стимуляция роста грануляционной ткани и эпителизации, сорбция бактериальной коллагеназы и образование умеренного количества коллагеновых волокон.

Таким образом, применение АС полифепаном при лечении гнойных ран у больных СД способствует раннему устранению воспалительных явлений, ликвидации отеков и снятию болей, очищению раны от гнойно-некротических тканей, быстрому развитию грануляции и эпителизации, ускорению заживления раны. АС полифепаном открывает новые возможности неоперативного воздействия на гнойно-некротические очаги различной локализации, развившиеся у больных СД.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Эшмуродов О.А., Хидиров М.С.

**Самаркандский Государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Частота возникновения острых язв у комбустиологических больных составляет от 1,3% до 90% (Алексеев А.А. с соавт., 2010, Карабаев Х.К. с соавт., 2016).

Цель исследования. Улучшить результаты лечения желудочно-кишечного кровотечения у тяжелообожженных.

Материалы и методы. Для определения частоты, характера кровотечений и их источников динамическую диагностическую ЭГДФС выполняли 55 больным с глубокими ожогами с площадью поражения более 25% поверхности тела.

Результаты. У 32 (58,2%) больных из 55 разные сроки диагностировано ЖКК. В 12 (37,5%) случаях отмечено продолжающееся кровотечение, в 20 (62,5%) - состоявшееся. У всех больных источники кровотечения были множественными и локализовались в желудке у 20(62,5%) и острые язвы двенадцатиперстной кишке у 12(37,5%). Непременным условием лечения острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки осложненных кровотечением является применение препаратов снижающих кислотность желудочного сока (рН=5 или 6). Это позволяет повысить эффективность консервативной терапии ожоговой болезни. В качестве противосекреторных средств наиболее часто мы используем блокаторы H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин) и блокаторы H⁺/K⁺ -АТФазы (омепразол). В комплекс консервативного лечения включаем антибиотики, цитопротективные средства, биостимуляторы. В наших наблюдениях массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки, развилось у 9 больных и у одного пациента, переведенного из субфилиала на 8 сутки (IA по Forrest). С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 7 больных и с целью профилактики рецидива

кровотечение у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5мл) и раствор адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 5 из 7 больных с продолжающимся кровотечением и в 3 случаях угрозы рецидива, 2 больных были оперированы, произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы.

Выводы. Патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии.

МЕТОДЫ ПРЕВЕНТИВНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Ж.Г., Михайлевич И.Е.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Реформированной структуре здравоохранения Узбекистана, Центрам экстренной медицинской помощи, организованным более десяти лет назад, придан статус научных, что дает основание для разработки и внедрения самых современных малоинвазивных и экономичных методов лечения urgentных больных.

Материалы и методы: Одним из научных направлений Андижанского филиала Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи является разработка и широкое внедрение лимфологических методов в лечении больных с неотложной патологией.

Совместная деятельность с Республиканским научным Центром клинической лимфологии М.З. Узбекистана, позволила накопить большой экспериментальный и клинический материал, который показывает, что лимфатическая система принимает самое активное участие в развитии и течении практически всех патологических процессов, имеющих место при неотложных состояниях. Будь то травма, сопровождающаяся отеком и инфекцией, острые токсические состояния, воспалительная неврологическая патология или экстренные хирургические, терапевтические, гинекологические и другие заболевания сопровождающиеся как правило, эндотоксикозом, воспалением, отеком, нарушением микролимфоциркуляции и иммунодефицитом. Общее количество urgentных больных, у которых применялись различные методы лимфатической терапии превышает 16 тысяч пациентов.

Результаты: Разработаны и внедрены весьма доступные и экономичные методы лечебного воздействия, которые могут применяться на любом уровне оказания неотложной медицинской помощи-от первичного звена здравоохранения до областных и Республиканского центров неотложной медицинской помощи. Это методы региональной и общей лимфотропной антибиотикотерапии, региональной лимфогенной интерстициальной гистореанимации, лимфостимуляции, лимфотропно- клеточной иммуномодуляции эндолимфатической анальгезии.

Анализ эффективности методов лимфатической терапии, в том числе и фармакоэкономические исследования, показали, что включение в комплексное ведение urgentных больных используемых методов, снижает количество гнойно-септических осложнений с 4 до 1,2%, летальность с 7 до 5,8%. Средняя продолжительность нахождения больных на койке уменьшилась на 1,2 дня. Экономическая эффективность по расходу антибиотиков составляет до 150 тысяч долларов США в год, только по одному областному (350-коечному) центру экстренной медицинской помощи. Применяемые методы региональной лимфотропной иммуномодуляции, проводимой через большой сальник, позволили уменьшить частоту развития третичного перитонита и абдоминального сепсиса с 6 до 4,2%. Благодаря использованию эндолимфатической анальгезии удается пролонгировать обезболивающий эффект до 3-6 часов при использовании среднетерапевтических доз анальгетиков, в том числе и наркотических. Использование региональной лимфогенной интерстициальной гистореанимации позволяет избежать некроза стенки кишечника и несостоятельности швов анастомоза при острой кишечной непроходимости

Заключение: Таким образом, наш многолетний опыт использования методов лимфатической терапии показывает целесообразность более широкого их использования в лечении urgentных больных.

ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНО – КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА

Джумабаев. Э.С., Саидходжаева Д.Г., Хакимов В.А., Джумабаева С.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Еще не совсем привычный для отечественных хирургов термин «третичный перитонит», объединяет все формы гнойных перитонитов, которые развиваются после операций по поводу вторичного перитонита и протекают без выраженных клинических проявлений, с нарушением иммуногенеза. Существующие методы лечения этой тяжелой патологии часто не эффективны, что сопровождается высокой летальностью в 60-90% случаев (1,2,6,8,9,10,11).

В последние годы уделяется внимание роли большого сальника в ограничении воспалительного процесса брюшной полости. Так называемые “млечные пятна” большого сальника, являются иммунологической фабрикой обеспечивающей весь спектр системной иммунологической защиты. Адекватное функционирование большого сальника-органа иммунной системы, является важной составляющей эффективного иммунологического ответа в условиях перитонита (3,4,5,7). Нами, решение проблемы третичного перитонита, представляется в использовании патогенетически обоснованной и экспериментально апробированной методики региональной лимфатической терапии через большой сальник, в комплексном лечении этой патологии. Региональная лимфатическая терапия подразумевает стимуляцию лимфатического дренажа большого сальника, лимфотропную антибиотико-терапию и лимфотропно-клеточную терапию, заключающуюся в лимфотропном введении в большой сальник активированных ронколейкином выделенных из периферической крови мононуклеаров.

Материалы и методы: В исследования включены эксперименты на 20 крысах линии Вистар, с моделью разлитого гнойного перитонита. Животных разделил на 2 группы. В основной группе (10 животных) в комплексное лечение перитонита включена региональная лимфатическая терапия через большой сальник, состоящая из стимуляции лимфатического дренажа, использования антибиотика а также введения выделенных собственных мононуклеаров активированных ронколейкином. Контрольную группу составили 10 животных у которых, лечение перитонита было традиционным (лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости, внутримышечная антибиотико-терапия), без использования региональной лимфатической терапии.

В клинике, в исследование включено 286 больных основной группы с разлитым гнойным перитонитом, третичный перитонит имел место у 14 (5%) пациентов. В контрольную группу вошли 248 больных с разлитым гнойным

перитонитом среди которых у 24 (10%) больных развился третичный перитонит. Больные по группам подбирались максимально идентично по возрастному, половому составу, характеру и тяжести диагностируемой патологии.

В основной группе больных, в комплексе лечебных мероприятий проводилась региональная лимфатическая терапия, через микроиригатор установленный в толще «фартука» большого сальника, во время операции по поводу вторичного перитонита. Контрольная группа больных велась согласно протоколу клиники, включающего: удаление источника перитонита, санации, дренирование брюшной полости, в\м или в\в антибактериальную терапию, интенсивную медикаментозную терапию.

Состояние иммунитета брюшной полости определялось изучением процентного состава макрофагов, лимфоцитов и нейтрофилов, степени фагоцитоза и фагоцитарного индекса перитонеальных макрофагов, а также иммуноглобулинов IgA, IgM перитонеальной жидкости на 1,3,5 сутки после операции по поводу вторичного перитонита.

Результаты. У всех исследуемых животных имело место снижение местного тканевого и гуморального иммунологического гомеостаза. На 1-е сутки, в обеих группах животных, мы определили снижение относительного объема макрофагов $-7,8 \pm 0,7\%$ ($P < 0,01$), нейтрофилов $-12,7 \pm 0,9\%$ ($P < 0,05$), лимфоцитов $-14,4 \pm 1,1\%$ ($P < 0,5$), по сравнению с нормой ($23,6 \pm 1,04\%$, $19,5 \pm 0,8\%$, $30,1 \pm 1,2\%$ соответственно). Отмечено достоверное снижение иммуноглобулинов: IgA- $297,37 \pm 4,2$ гр% ($P < 0,05$), (N-421 $\pm 1,1$ гр%) и IgM- $75,84 \pm 2,1$ гр% ($P < 0,5$), (N 100,0 $\pm 6,2$ гр%). На 3 сутки после лапаротомии, отмечалась положительная динамика местного иммунитета в основной группе животных. Так, содержание макрофагов составляло: $39,3 \pm 1,15\%$, против $20,1 \pm 0,7\%$, ($P < 0,05$) в контрольной группе, нейтрофилов $-40,5 \pm 0,99\%$, против $-25,7 \pm 0,9\%$ ($P < 0,5$), лимфоцитов $-20,0 \pm 0,7\%$ и $11,8 \pm 0,3\%$ ($P > 0,5$) соответственно, процент фагоцитоза макрофагов $-20,3 \pm 0,6\%$ и $9,8 \pm 0,09\%$ ($P < 0,01$), фагоцитарный индекс макрофагов $-4,7 \pm 0,46\%$ и $2,7 \pm 0,2\%$ ($P > 0,5$) соответственно, содержание IgA $322 \pm 1,12$ гр % и $251 \pm 1,4$ гр% ($P < 0,5$) соответственно.

Положительное влияние региональной лимфотропно-клеточной терапии через большой сальник продолжалось и на 5 –е сутки после лапаротомии. Содержание макрофагов $-33,0 \pm 0,9\%$ в основной группе, $19,0 \pm 0,9\%$ ($P < 0,05$) в контрольной, нейтрофилов $-40,1 \pm 0,97\%$, $24,0 \pm 0,7\%$, ($P < 0,01$), лимфоцитов $-22,1 \pm 0,6\%$ и $16,7 \pm 0,2\%$ ($P < 0,05$), процент фагоцитоза макрофагов $-19,4 \pm 0,3\%$ и $11,1 \pm 0,04\%$ ($P < 0,5$), IgM $88,4 \pm 1,1$ гр% и $54,7 \pm 1,8$ гр% ($P < 0,5$) соответственно. В основной группе все животные выжили, в одном случае процесс осумковался. В контрольной группе выжило 7 животных, в 3 случаях имел место продолжающийся перитонит.

В клинике, из 248 больных контрольной группы с разлитым гнойным перитонитом, у 24 (10%) развился продолжающийся (третичный) перитонит. При ликвидации источника, во время первой операции, адекватной санации и дренировании брюшной полости, протокальным медикаментозном ведении послеоперационного периода, у этих больных при релапаротомии выявлено неограниченное скопление гнойного экссудата, наличие в бактериологических посевах грибов, E.colli и другой условно- патогенной флоры.

В основной группе, у 286 больных с разлитым гнойным перитонитом, включение в комплекс послеоперационных мероприятий региональной лимфотропно-клеточной терапии через большой сальник, способствовало снижению случаев третичного перитонита в 2 раза. Воспалительный процесс в брюшной полости продолжался у 14 (5%) больных основной группы и у 24 (10%)- контрольный. Летальность в основной группе больных с третичным перитонитом составила 30% против 70% в контрольной группе.

Заключение: Состояние иммунологического гомеостаза брюшной полости при перитоните во многом определяется адекватным функционированием, органа системного иммуногенеза- большого сальника. Своевременное поступление в перитонеальную жидкость иммунокомпетентных клеток из «млечных пятен» большого сальника, в значительной степени влияет на исход патологического процесса. Важно отметить, тесную взаимосвязь лимфатической и иммунной систем. Компенсированный лимфодренаж, решающим образом обеспечивает завершённый иммунологический цикл. Наблюдаемая в условиях разлитого перитонита недостаточность лимфатического дренажа производных брюшины, и в этой связи наличие большого количества не активированных иммунных клеток, требует лимфостимуляции и реинплантации активированных ронколейкином аутомононуклеаров. Приведённый экспериментальный и клинический материал показывает эффективность и необходимость дальнейшего изучения рассматриваемого подхода в профилактике и лечении третичного перитонита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭВЛК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Жураева Б., Алимов Ж.И., Тухтаев Ж.К., Тоиров А.С.
Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. Варикозная болезнь среди населения составляет до 50%, особенно в развитых странах. За последние годы всё шире применяются новые методы хирургического лечения варикозной болезни (ВБ) нижних конечностей.

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

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 61 больных. Женщин было 45 (73,7%), мужчин 16 (26,3%) возраст пациентов были от 20 до 65 года. Для определения эффективности ЭВЛК мы провели сравнение результатов лечения в 2-х группах больных. Первую группу составили у 39 больных, которым было проведено комбинированное ЭВЛК.

В контрольную группу вошли у 22 которым выполнили традиционную флебэктомию.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам проведено анкетирование по опроснику в послеоперационном периоде 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; косметический эффект эффективности. Перенесенных ЭВЛК отмечено всего у 5 (12,5%) из 39 больных. Из 22 больных после флебэктомию традиционным способом у 16 (72,7%) отмечались боли.

Частым послеоперационным осложнением в обеих группах больных были гематомы. В основной группе больных гематомы на бедре были незначительными (5,1 %) чем у пациентов контрольной группа (11,2 %), 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, выяснилось что наилучшие показатели качества жизни как минимальные послеоперационные травмы, частота осложнение низкие и быстрое восстановление трудоспособности отмечалось у пациентов после ЭВЛК, чем традиционной флебэктомию.

АНАСТОМОЗ БОК В КОНЕЦ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Зияев Ш.А., Уринов Ф.А., Солиев Г.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема лечения рака прямой кишки по-прежнему остается актуальной на фоне постоянного увеличения удельного веса таких больных в структуре онкологической заболеваемости. Ведущим методом лечения этих пациентов является хирургический. Лучевое и лекарственное воздействие на опухоль носит вспомогательный характер и используется в качестве дополнительных к хирургическому вмешательству мер с целью снижения частоты рецидивов и улучшения отдаленных результатов.

Цель исследования. Улучшить функциональные результаты и качество жизни больных, перенесших низкую переднюю резекцию прямой кишки.

Материалы и методы исследования. В основу исследования легли результаты лечения 86 больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями среднеампулярного отдела прямой кишки, оперированных открытым доступом в период с 2015 по 2017 гг.

Результаты исследования. В основную группу рандомизировано 43 пациента, которым планировалось формирование колоректального анастомоза бок в конец, а в контрольную группу - 43 человека с анастомозом конец в конец.

Непосредственно после рандомизации 5 человек были исключены из протокола (2 — в основной и 3 — в контрольных группах). После закрытия превентивной стомы из исследования был исключен еще один больной основной группы. Оставшиеся пациенты (по 40 в основной и контрольной группе) соответствовали требованиям протокола.

Группы были сопоставимы по возрасту: медиана (квартили) в основной группе составила 61 (55-65) лет, в контрольной — 63 (58-69) лет, ($p=0,06$). Также отсутствовали значимые различия между группами по половому составу: в основной группе мужчин было 12 (30%), в контрольной группе 20 (50%) ($p=0,1$). Медиана (квартили) индекса массы тела в основной группе составила 22 (25-29), а в контрольной - 24 (27-30), ($p=0,3$). Также больные были сопоставимы по локализации, распространенности, гистологической структуре опухолей.

У семи больных [4 (10,5%) - в основной и у 3 (7,5%) - в контрольной группе] на момент постановки диагноза имелись резектабельные солитарные или единичные (<4) метастазы рака прямой кишки в печень.

Одинаковое количество больных в основной и контрольной группах получили предоперационную лучевую терапию: по 15(37,5%) в каждой группе. При этом медиана суммарной очаговой дозы (СОД) в основной группе составила 35 Гр (32-47), в контрольной — 35 Гр (32-40), ($p=1,0$), интервал до операции варьировал в диапазоне от 5 до 6 недель.

Выводы. 1. Результаты физиологических исследований коррелируют с данными опросников, Боко-концевой колоректальный анастомоз обеспечивает лучшие показатели низведенной кишки в отношении объема постоянного позыва на дефекацию через 6 месяцев [111 см^3 против 97 см^3 ($p=0,003$)] и максимально переносимого объема через 3 [152 см^3 против 139 см^3 ($p=0,002$)] и 6 месяцев [180 см^3 против 167 см^3 ($p=0,006$)].

2. Формирование колоректального анастомоза бок в конец технически несложный способ замещения ампулы прямой кишки после НПП, который, по сравнению с анастомозами конец в конец, не увеличивает время операции [$140(120-170)$ против $140(130-170)$, соответственно ($p=0,1$)] и частоту осложнений [6 (14,6%) против 8 (20,0%), соответственно ($p=0,57$)].

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Зияев Ш.А., Уринов А.Я., Солиев Г.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Современные подходы к лечению острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений базируются на лечебной тактике, сочетающей активный характер диагностических и лечебных мероприятий с дифференцированным определением показаний к неотложной операции. Коллективный многолетний опыт показывает, что большинство язвенных кровотечений (до 75%) останавливается под воздействием консервативного лечения. И только 25% больных с язвенной болезнью, осложнённой профузным желудочно-кишечным кровотечением, подлежат неотложному оперативному вмешательству. Возможности современной эндоскопии (не только диагностические, но и лечебные) в сочетании с энергичной противоязвенной терапией ещё более упрочили значение консервативного лечения этой группы больных. Поэтому основа лечебной тактики при острых желудочно-кишечных кровотечениях — консервативная терапия.

Цель исследования: улучшить результаты лечения и реабилитации пациентов с язвенной болезнью, осложнённой гастродуоденальным кровотечением.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в клинике АГМИ в 2015–2018 гг.

Результаты исследования. В основной и контрольной группах мужчины составляли три четверти от общего числа участников — $73,5 \pm 1,4$ и $74,7 \pm 3,5\%$ соответственно. Проведенный статистический анализ не показал также статистически значимой разницы в возрасте пациентов обеих групп: средний возраст составил $50,8 \pm 0,5$ года в основной и $48,2 \pm 4,0$ года — в контрольной группе. Распределение больных по источнику кровотечения тоже не имело статистически значимых различий между группами. В обеих группах самыми частыми источниками кровотечения были язвы двенадцатиперстной кишки и желудка. У 75 пациентов источником кровотечения стала пептическая язва гастроэнтероанастомоза. Это свидетельствует, что резекция желудка не гарантирует от развития рецидива язвенной болезни и повторных кровотечений. Группы оказались сопоставимыми и по срокам от начала кровотечения до момента госпитализации, а также состояния гемостаза при поступлении.

Средний срок от начала кровотечения до момента поступления в стационар у пациентов основной группы составил $47,6 \pm 1,6$ ч, у больных контрольной группы — $55,9 \pm 5,3$ ч ($U = 81141,5$; $Z = 0,3$; $p = 0,76$). Стабильный гемостаз (FII) диагностирован у 228 ($21,8 \pm 1,3\%$) пациентов основной группы, в контрольной — у 39 ($24,7\%$) человек ($\chi^2 = 0,63$; $p = 0,43$). Нестабильный гемостаз (FIIA-FIIC) выявлен у 652 ($62,6 \pm 1,5\%$) больных основной и у 107 ($67,7\%$) пациентов контрольной группы ($\chi^2 = 1,6$; $p = 0,21$). Продолжающееся кровотечение (FIIA-FIB) при поступлении отмечено у 163 ($15,6 \pm 1,1\%$) участников основной группы, в контрольной группе таких пациентов оказалось статистически значимо меньше — 12 ($7,6 \pm 2,1\%$) человек ($\chi^2 = 7,11$; $p = 0,01$). Именно поэтому при сравнении групп по степени кровопотери выявлены статистически значимые различия ее тяжести: большинство пациентов ($67,9 \pm 1,4\%$) основной группы поступили с кровопотерей средней и тяжелой степени, в то время как в контрольной группе таких больных было менее половины — $48,4 \pm 4,0\%$ ($\chi^2 = 22,2$; $p < 0,001$).

Вывод. Использование метода аргоноплазменной коагуляции при язвенных гастродуоденальных кровотечениях позволило снизить хирургическую активность в 3,5 раза ($\chi^2 = 39,9$; $p < 0,001$). В 2,0 раза уменьшилась частота рецидивов кровотечения. Отмечено также сокращение сроков пребывания больных в хирургическом стационаре на 3,0 койко-дня ($U = 46195,5$; $Z = 8,9$; $p < 0,001$). Применение схемы преемственного ведения пациентов с осложнённой язвенной болезнью привело в итоге к уменьшению частоты обращений с острыми гастродуоденальными кровотечениями в 1,2 раза, сократило частоту рецидивов язвенной болезни до 2,9%.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА ТУҒМА ВА ОРТТИРИЛГАН ЮРАК НУҚСОНЛАРИНИ ДАВОЛАШНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Зияев Ш.А., Тургунов А.И., Салиев Г.З.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги кунда юрак-қон томир касалликлари билан касалланган бемор ўлим кўрсаткичи ёр юзида тиббиётда катта долзарб муаммолиги билан ажралиб турибди йилдан-йилга ошиб бориши баробарида бу касалликларни эрта ва тўғри диагностикаси, даволаш самарадорлигини оширишга катта эътибор қаратиляпти. Бу ишларни тўғри ва тизимли ташкил қилиниши оқибатида ушбу беморларга малакали тиббий ёрдам кўрсатиш кўлами ва сифати ҳам яхшиланиб бораётганлиги жуда қувонарли ҳолат. Бу тизимнинг мутоносиблиқда ишлаши ва албатта етук мутахассислар тайёрлаш ҳамда беморларни жарроҳлик йўли билан даволашга шароитлар яратиш асосий мезон бўлиб хизмат қилмоқда. Андижон давлат тиббиёт институти клиникаларида фаолият кўрсатаётган юрак қон-томир хирургияси бўлимида ҳам бу мезон асосий кўрсаткичларидан биридир.

Бўлим 20 ўринга мўлжалланган бўлиб, охириги 10 йил давомида 737 дан ортиқ юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонларида жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Улардан очик артериал протокда – 240 та, бўлмачалар аро девор дефектида - 114 та, қоринчалар аро девор дефектида – 209 та, ногўлик атриоventрикуляр каналда - 9 та, ўпка веналарини аномал қуйилишида -12 та, Фалло тетрадасида - 20 та радикал корекция ўтказилди. Орттирилган юрак нуқсонларида берк усулда митрал комиссуратомия (36 та), митрал протезлаш (28 та), аортал протезлаш (18 та), митро-аортал протезлаш (1 та), юрак бўшлиқларидан миксома (юрак ўсмаси)ни олиш (7 та), перикардэктомия (22 та), электрокардиостимулятор ўрнатиш (16 та) ва шунингдек перикард ҳамда юракнинг турли бўшлиқларидан эхинокок кисталарини олиш (5 та) жарроҳлик амалиётлари ўтказилди.

Клиникада беморлар умумий қабул қилинган даволаш-диагностика стандартлари қоидаларга кўра электрокардиография, эхокардиография, рентген, УЗИ, сфирография ва барча кўшимча зарур булган лаборатор текширишлардан ўтказилди. Беморлар ўртача ёши 3 ёшдан 65 ёшгача ташкил қилди. Жарроҳлик амалиётининг асосий қисми «сунъий қон айланиш» шароитида ва энгил гипотермия усулида ўтказилди. Операция натижалари кардиохирург ва кардиолог мутахассислари томонидан назорат қилиниб, клиник функционал текширувлардан ўтказилди, диспансерлаш усулида ўрганилди ва тахлил қилинди. Операциядан кейинги летал кўрсаткич Берк усулида митрал комиссуратомиядан сўнг 3 та беморда (2,2%), митрал протезлашдан сўнг эса 2 беморда (1,4%) кузатилди.

Орттирилган юрак нуқсонларидан ўтказилган ёпиқ операциялардан сўнгги қоникарсиз натижалар сабаблари тахлил қилинганда, кўпроқ юрак нуқсонининг қайталаниши 3 та ҳолатда ва бир ҳолатда тромбоземболия кузатилди. Юрак клапанларининг протезлаш ташрихидан сўнгги беморлар гуруҳида эса клапан функционал кўрсаткичларининг ёмонлашуви клапанлар дисфункцияси ва тромбоземболияси натижасида келиб чиқди. Клапанни сақлаб қолиш ташрихидан сўнгги беморларда тромбоземболия ҳолати кузатилмади. Бу ташрихларда олинган қоникарсиз натижалар сабаби бактериал эндокардит ривожланганлиги билан боғлиқ бўлди.

Шундай қилиб, туғма ва орттирилган юрак нуқсонларини эрта ва тўғри ташхислаш уларни радикал даволаш имкониятларини оширади, ривожланиши мумкин бўлган асоратларни олдини олади ва қамайтиради, летал кўрсаткичларни пасайтиришга имкон беради.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАКИЧНЫХ ИОЛ ПРИ МИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ.

Икрамов А.Ф., Икрамов Д.А., Икрамов О.А.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Цель работы: Анализ результатов коррекции миопии высокой степени (МВС) методом имплантации факичных ИОЛ.

Материалы и метод: В глазном отделении клиники АГМИ, в 2016-2018 гг. прооперированно 48 пациентов (87 глаз) по поводу МВС (от 6,25 до 20 дптр.), их них 83 % - пациенты в возрасте 21-40 лет.

На всех глазах выполнена имплантация факичной отрицательной ИОЛ роговичным доступом. Для коррекции сопутствующего астигматизма разрез роговицы проводили в сильном меридиане. Всем пациентам имплантированы сополимерно-коллагеновые ИОЛ типа RSC-3. Сроки послеоперационного наблюдения от 1 мес. до 2 лет.

Результаты и наблюдения: Операции и послеоперационный период без осложнений. Во всех случаях после операции имело место остаточная миопия от 0,5 до 3,5 дптр. С целью повышения точности расчета планируемой послеоперационной рефракции нами установлено фактическая корригирующая сила 1,0 Д ИОЛ RSC-3 (в среднем, 1,01Д). Используя этот показатель, можно тонее рассчитать оптимальную силу ИОЛ.

Вывод: Операции имплантации факичных ИОЛ при коррекции миопии высокой степени безопасны, дают хорошие оптические результаты и показаны пациентам молодого и среднего возраста. При непереносимости очковой и контактной коррекции и невозможности проведения эксимерлазерной хирургии.

ВЫБОР МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЕЁ ПРОВЕДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ФОТОРЕФРАКЦИОННОЙ ОПЕРАЦИИ.

Икрамов Д.А. Бузруков Б.Т., Икрамов А.Ф.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Цель: Обосновать выбор метода локальной анестезии и оптимизировать технологию её проведения при различных видах фоторефракционных операций.

Методы: На основании анализа осложнений и особенностей технологии традиционной и трансэпителиальной ФРК, операции ЛАСИК и ЛАСЭК предложены различные подходы к выбору методики проведения локальной анестезии. Помимо традиционных методов эпibuльбарной анестезии, применялась специально разработанная методика локальной перилимбальной анестезии, а также методика транспалпебральной гипотермии. Объективная оценка действия анестетика на роговичный эпителий проводилась под контролем.

Результаты: Было установлено, что при проведении трансэпителиальной ФРК и операции ЛАСИК, для уменьшения токсического действия анестетика на роговичный эпителий и избежание его отека, целесообразно ограничиться только разовым его закапыванием конъюнктивальную полость с первоначальной пальцевой фиксацией век для избежания их моргательных движений. После установки векорасширителя, проводилось дополнительная периламбальная аппликация анестетика без или с посаженного глаза, чрезмерном его смещении в глубь орбиты и при выраженном блефароспазме целесообразно проведение ретробульбарной анестезии без или в сочетании с акинезией в зависимости от степени выраженности блефароспазма. Предварительное проведение транспалпебральной гипотермии обеспечивало лучший обезболивающий эффект и прологирование действия анестезии. Независимо от вида фоторефракционной операции. Кроме того транспалпебральная анестезия обеспечивала лучшее отслоение эпителия при традиционной технологии ФРК или более легкое формирование цельного эпителиального лоскута на коже при операции ЛАСЭК.

Заключение: Выбор метода локальной анестезии должен учитывать вид фоторефракционной операции, особенности технологии её проведения, анатомографические особенности глазной щели и положения глазного яблока в орбите. При этом перилимбальная анестезия и транспалпебральная гипотермия позволяют оптимизировать технологию локальной анестезии и фоторефрактивной хирургии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИН РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ

Икрамова Ф.Д., Эгамов С.Ш., Зияев Ш.А., Ибрагимова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Рецидив варикозной болезни после хирургического лечения – сложная социально-экономическая проблема, требующая больших капиталовложений. Около 20% расходов, связанных с лечением варикозной болезни, тратятся на коррекцию ее рецидива. Частота рецидива варикозной болезни колеблется от 8% до 80%, в зависимости от сроков наблюдения и определения этого состояния. После хирургического лечения было адаптировано клиническое определение рецидива варикозной болезни: наличие варикозно деформированных вен нижних конечностей после предшествовавшего оперативного лечения по поводу варикозной болезни, включающее истинный рецидив, резидуальные вены, варикозную трансформацию вен вследствие прогрессирования заболевания. Изучению причин рецидива варикозной болезни посвящено немало работ, вместе с тем в каждой из них, как правило, ведущая роль приписывается одному из факторов.

Цель исследования: Определить сроки возникновения и причины рецидива ВБ у больных, перенесших операцию флебэктомии, без дооперационного ультразвукового обследования вен нижних конечностей.

Материал и методы: Обследовано 60 пациентов с четко выраженной клинической картиной рецидива (стволовой и ретикулярный варикоз, трофические нарушения). Женщин было 40, мужчин – 20. Более половины обследованных составили пациенты моложе 40 лет. Характер нарушений венозной гемодинамики уточняли с помощью дуплексного ангиосканирования.

Результаты: Более чем у 50 % больных рецидив болезни наступил в течение первых 2-х лет после произведенного оперативного вмешательства. При этом установлено, что наибольшее число наблюдений составили случаи рецидива ВБ, обусловленные несостоятельностью перфорантных вен. Неудаленные (частично либо полностью) при первой операции добавочные или основные стволы большой подкожной и малой подкожной вен – вторая причина возобновления варикозной болезни. Третья по частоте причина рецидива – оставление длинной культи БПВ с неперевязанными притоками и добавочными стволами. Патология глубоких вен, в частности, несостоятельность клапанов глубокой вены бедра, подколенной, задней большеберцовой вен как причина рецидива, выявлена у 5 больных. Сочетание нескольких этиологических факторов, способствовавших развитию рецидива, установлено у 7 больных.

Заключение: Дуплексное сканирование позволяет установить причины рецидива варикозной болезни в большинстве наблюдений.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

Икрамова Ф.Д., Эгамов С.Ш., Умурзаков С.К., Урмонова Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Запор (колостаз, констипация, обстипация) представляет собой важную медико-социальную проблему во всех странах мира из-за большой распространенности и снижения социальной активности людей. В промышленно развитых странах им страдает до 30-40 % взрослого трудоспособного населения. У пациентов с запором наблюдается значительное снижение качества жизни и снижается работоспособность. Единого взгляда на диагностическую и лечебную тактику при хроническом запоре не существует. По данным многих авторов, частота неудовлетворительных результатов после оперативных вмешательств может достигать 27,3-45,9%.

Цель работы: Анализ результатов лечения больных хроническим запором.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 491 больного с хроническим запором, находившегося на стационарном лечении с 2004 по 2017 гг. в отделении проктологии АГМИ. Женщин было – 382(78%), мужчин – 109(22%).

Результаты исследований: У 257(52%) больных констатирован диагноз функционального запора, в 234(48%) случаях хронический запор развился у пациентов с аномалиями строения и фиксации толстой кишки в брюшной полости. Аномалии распределились следующим образом: 143(61%) случаев долихосигмы, 59(25%) колоптоз, 32(14%) долихоколон. Эффект от консервативной терапии отмечен у 442 (90%) больных. Остальным 49(10%) пациентам с декомпенсированным колостазом выставлены показания к оперативному лечению. Отдаленные результаты изучены у 29(59,2%) больных на сроках от одного месяца до 10 лет. Результаты расценены нами как хорошие у 20(69%) больных. Удовлетворительные результаты получены у 9(31%) пациентов. Мы использовали следующий алгоритм обследования пациентов с хроническим колостазом: анализ данных анамнеза, физикальное исследование, общеклинические и биохимические лабораторные исследования, колоноскопия, ирригография. Для исключения или подтверждения причин неврологического или психогенного генеза хронического запора - консультация невропатолога, психотерапевта. В случае подозрения на эндокринный характер причин колостазы – консультация эндокринолога. Консервативное лечение включает в себя диету, дезинтоксикационную терапию, пробиотики и пребиотики, пищеварительные ферменты, лечебные микроклизмы. Показания к операции должны подбираться индивидуально, прибегать к которому следует только в самых крайних случаях.

Вывод:

1. Хронический колостаз на фоне нормальной архитектоники ободочной кишки поддается консервативной терапии.

2. Хирургическое лечение пациентов с декомпенсированной моторно-эвакуаторной функцией толстой кишки должно проводиться только в проктологическом отделении.

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ
Икрамова Ф.Д., Мусашайхов Х.Т., Зияев Ш.А., Ахмадалиев С.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Варикоз при беременности – весьма распространенная проблема, с которой сталкиваются многие женщины в процессе вынашивания плода. Само по себе данное заболевание характеризуется расширением кровеносных сосудов: под воздействием увеличенного объема кровяной массы протоки не выдерживают и начинают растягиваться. Также такая проблема может возникнуть на фоне неправильного образа жизни.

Цель исследования: Изучить влияние беременности на развитие и проявление варикозной болезни вен нижних конечностей.

Материал и методы: Проведено обследование 58 (100%) женщин с варикозной болезнью поверхностных вен нижних конечностей (ВБ), находившихся на лечении во 2-хирургическом отделении АГМИ г. в 2012-2017 гг. в возрасте от 20 до 70 лет (средний возраст – 47,8 года). Длительность заболевания была от 3 до 35 лет. Все пациентки указали на развитие заболевания во время беременности или после родов, причём в этиологии ВБ у многих, кроме беременности, фигурировали и другие предрасполагающие факторы для этой болезни: в частности, наследственность, гормональные изменения, физический труд (статические нагрузки). Обследование проводилось по специально разработанным анкетам, в которых учитывались анамнез, объективные данные и дополнительные методы обследования.

Результаты: Анализируя материал историй болезни пациентов варикозным расширением вен нижних конечностей, выявлено, что наследственность как предрасполагающий фактор болезни при беременности, имела место у 28 больных (48,7%); гормональные изменения-18 больных (30,3%); физический труд (статические нагрузки) 4 больных (7,9%); беременность в чистом виде, если можно так выразиться, без предрасполагающих вышеуказанных факторов варикоза имела место у 8 больных (13,1%). Профилактику ВБ проводили 33 пациентки (56,6%): ограничение продолжительного стояния и сидения, отказ от ношения тугих поясов, ограничение приема жидкости, ношение свободной одежды, белья и обуви на низком каблучке, эластическое бинтование ног. Варикозное расширение вен нижних конечностей во время первой беременности развилось у 35 пациенток (60,5%), которые имели наследственную предрасположенность и страдали различными гормональными расстройствами до беременности. Рецидив ВБ отмечен у 14 (23,7%) в промежутке 8-35 лет после операции. У всех больных, которые проводили профилактику ВБ, оперативное лечение дало хороший результат и рецидива ВБ больше не было.

Выводы: 1. Женщинам во время беременности, начиная со 2-3-го месяца, при первых признаках варикозного расширения вен нижних конечностей следует проводить профилактику, особенно при наследственной предрасположенности, гормональных изменениях, статических нагрузках.

2. Учитывая, что после флебэктомии в той или иной степени рецидив заболевания отмечается практически у всех больных, то профилактику варикозного расширения вен нижних конечностей необходимо проводить при каждой последующей беременности и после родов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОИДОВ У ВЗРОСЛЫХ

Иминов А.О., Норбоев З.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В более старшем возрасте наблюдается обратное развитие, а к 16–20 годам аденоиды полностью атрофируются. Термин «гипертрофия аденоидов» означает нефизиологическое увеличение носоглоточной миндалины и является самой частой причиной назальной обструкции у детей.

В литературе имеются данные о выявлении и во взрослой популяции гипертрофии аденоидной ткани, вызывающей ряд клинически значимых симптомов.

Цель: усовершенствование методов хирургического лечения при аденоидах у взрослых с учетом морфофункциональных особенностей аденоидной ткани.

Материал и методы В наше исследование были включены 69 пациентов с диагнозом «аденоидные вегетации II–III степени», за в период с 2015 по 2016 г.

Результаты исследования. Критерий включения в исследование: наличие аденоидных вегетаций с клинически значимыми симптомами.

Критерии исключения: аденотомия в анамнезе, наличие аденоидита, сахарный диабет, заболевания крови, прием медицинских препаратов, влияющих на систему гемостаза, неконтролируемая артериальная гипертензия, обострение хронического синусита, аллергический риносинусит.

Перед выполнением хирургического вмешательства установлены жалобы, анамнез, выполнены осмотр ЛОР-органов по общепринятой методике, компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух (спиральный компьютерный томограф Brilliance CT 40 Philips, Германия) с толщиной среза 0,5 мм, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки посредством жесткой оптики KARL STORZ 0° и 30° диаметром 2,7 мм.

Всем пациентам проводилось хирургическое лечение под эндотрахеальным наркозом с применением эндоскопической техники. Пациенты были разделены на 2 группы. В контрольной группе (n=36) проводилась классическая аденотомия аденотомом Бекмана. В основной группе (n=33) проводилась лазерная вапоризация аденоидов с применением гольмиевого лазера. Лазерное излучение доставлялось в носоглотку посредством кремниевого световода, введенного через полость носа непосредственно к аденоидной ткани. При проведении вапоризации мы придерживались разработанных в НИКИО им. Л.И. Свержевского параметров лазерного воздействия (время, мощность, частота) на аденоидную ткань

Выводы. 1. Выраженное интраоперационное кровотечение при аденомии у взрослых обусловлено морфофункциональными особенностями аденоидной ткани у данного контингента больных.

2. Использование гольмиевого лазера при аденомии является обоснованным, безопасным методом хирургического лечения аденоидов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ
Ирназаров А.А., Асраров У.А., Сохибоев Д.П., Турижанов У.Ж.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Определение критериев выбора метода хирургической коррекции путем оценки непосредственных и отдаленных результатов различных современных способов хирургического лечения варикоцеле.

Материал и методы. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 146 пациентов за период с 2015 по 2017 г. Возраст больных варьировал от 18 до 30 лет, в среднем 21.9 ± 2 год. По виду хирургической коррекции сформированы 2 группы: 1-я группа - 115 (78,8 %) пациентов, которым выполнена лапароскопическая варикоцелэктомия (ЛВЦ); 2-я группа - 31 (21,2 %) больных после операции Мармара.

У 115 (76,7%) пациентов выявлен I тип варикоцеле по Coombs, у 31 (21,2%) больных II тип. Бесплодием страдали 32 (21,9%) пациента. Кроме этого, у 12 больных с паховыми грыжами и сопутствующим варикоцеле были произведены симультанные операции – Лапароскопическая герниопластика и варикоцелэктомия. А также у 7 пациентов выполнено эндоваскулярная окклюзия яичковой вены.

Критериями оценки результатов являлись:

Непосредственные - количество осложнений и рецидивов.

Отдаленные - динамика изменений параметров эякулята у пациентов с патоспермией через 3,6, 12 мес. после операции.

Результаты. Период наблюдения составил от 3 до 48 месяцев, в среднем $12 \pm 2,8$ мес. Двустороннее варикоцеле выявлено у 48 (32,8 %) больных, все из них из 1-й группы. В раннем послеоперационном периоде ликвидация рефлюкса отмечалась у всех (100%) больных. Рецидив варикоцеле было выявлено у 2 (6,5 %) пациентов, водянка у 2 (6,4%) больных после операции Мармара. Водянка и других осложнений после лапароскопической варикоцелэктомии не наблюдалось. Ретроградный рефлюкс ликвидирован у всех (100 %) больных. Рецидив в отдаленном послеоперационном периоде наблюдался у 4 (3,5 %) пациентов. Патоспермия выявлена у 46 (31,3 %) больных: в 1-й группе у 41 (35,9 %), во 2-й у 9 (27,9 %) пациентов. После хирургического и консервативного лечения во всех группах отмечена общая тенденция изменений показателей спермограммы (улучшение по всех составляющих показателей).

Выводы. Лапароскопическая варикоцелэктомия позволяет выполнить обоснованное вмешательство с хорошей клинической эффективностью, является операцией выбора при двустороннем варикоцеле. Микрохирургические вмешательства эффективны при всех типах рефлюкса, имеют мало рецидивов и осложнений, но отличаются худшим косметическим эффектом, малоприменимы при двустороннем варикоцеле. Динамика изменений параметров эякулята зависит от вида хирургической коррекции. Определяющим критерием при выборе способа оперативного лечения варикоцеле является тип патологического рефлюкса.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ ГЕМАТОМ.

Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Мадаминжонов У. О.,

Исаков К.Б., Мамажанов К.Х., Ботиров Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы: Острое нарушение мозгового кровообращения является третьей причиной смертности населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет от 4 до 30% (Ю.В. Симанов, 2001; И.А. Лебедев и соавт. 2007; Y. Lampl, 1995; H. Arai, 1997). Летальность при геморрагическом инсульте достигает 40-50%, а инвалидизация - 70-80% (И.В. Дамулин и соавт. 2003; P. Kolominsky-Rabas и соавт. 1998; D. Woo и соавт. 2004).

Цель исследования: Проведение анализа с целью улучшения результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом на основе современных методов нейровизуализации и нейрохирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП с 2010 по 2016 год находились 25 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу различной локализации. Возраст больных от 50 до 65 лет. Мужчин – 18, женщин – 7 больных. Из 25 обследованных 12 больным проведено оперативное лечение.

Всем больным проводили клинико-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания определяли по ШКГ и Hunt-Hess. Оценивались общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы. Тяжесть состояния больных оценена по шкале ICH. Исход заболевания оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ). Из инструментальных методов исследования применяли МРТ и КТ исследование головного мозга.

По уровню нарушения сознания при поступлении больные распределились следующим образом: ясное сознание — 1 (8,3%) пациента, умеренное оглушение — 3 (25,0%), глубокое оглушение — 5 (41,6%), сопор — 2 (16,6%), умеренная кома — 1 (8,3%). Апоплектиформный вариант течения ГИ отмечался у 7 (58,3%) пациентов. Прогрессирующее течение с постепенным угнетением сознания и нарастанием неврологического дефицита наблюдалось у 3 (25,0%) больных, у 2 (16,6%) заболевание протекало с прогрессированием неврологического дефицита без угнетения сознания. показаниями к хирургии геморрагических инсультов являлись:

1. латеральный инсульт (гематома объемом более 40 мл);
2. лобарный инсульт (гематома более 30 мл).

Операция заключается в удалении гематомы и устранении эффектов компрессии и дислокации мозга. Важным в послеоперационном периоде является профилактика повторных кровоизлияний в ложе удаленной гематомы.

Результаты и их обсуждение: во время операции с использованием нейровизуализации и микронейрохирургической техники проведено удаление внутримозговых инсульт гематом. Объем удаленных гематом от 40 до 80 см³. В послеоперационном периоде больным проводилось соответствующее лечение направленное на борьбу с отеком мозга и восстановления утраченных функций головного мозга. Хорошие результаты получены у 3 больных, удовлетворительные у 6 больных и летальный исход наблюдался у 3 больных (больные, оперированные в состоянии комы и наличием признаков дислокации мозга).

Выводы - Хирургическое лечение показано больным с геморрагическим инсультом, находящимся в компенсированном и субкомпенсированном состоянии, с уровнем бодрствования до сопора, без тяжелой соматической патологии. Хирургическое лечение пациентов с геморрагическим инсультом, находящихся в коме, малоэффективно, и сопровождается высокой летальностью - до 83%.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ ГЕМАТОМ.

Исаков Б.М., Мамадалиев А.Б., Исаков К.Б.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность проблемы: Третьей причиной смертности населения (после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) является острое нарушение мозгового кровообращения. По данным отечественных и зарубежных авторов, в структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет от 4 до 30%.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом на основе применения современных методов нейровизуализации и микронейрохирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 23 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу различной локализации. Возраст больных от 45 до 65 лет. При распределении по полу мужчин – 16, женщин – 7 больных. По данным анамнеза все больные страдали гипертонической болезнью, сроком давности от 5 до 10 лет. Всем больным проводили клинико-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания определяли по ШКГ и Hunt-Hess. Проведена оценка общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов. Тяжесть состояния больных оценена по шкале ICH. Исход заболевания оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

По уровню нарушения сознания при поступлении больные распределились следующим образом: ясное сознание — 1 (8,3%) пациента, умеренное оглушение — 3 (25,0%), глубокое оглушение — 5 (41,6%), сопор — 2 (16,6%), умеренная кома — 1 (8,3%). Апоплектиформный вариант течения ГИ отмечался у 6 (58,3%) пациентов. Прогрессирующее течение с постепенным угнетением сознания и нарастанием неврологического дефицита наблюдалось у 3 (25,0%) больных, у 2 (16,6%) заболевание протекало с прогрессированием неврологического дефицита, но без угнетения сознания.

С целью установления локализации, глубины расположения и объема кровоизлияния проведено МРТ и КТ исследование головного мозга.

Показаниями к проведению хирургических вмешательств при геморрагических инсультах являлись:

1. латеральный инсульт (гематома объемом более 40 мл);
2. лобарный инсульт (гематома более 30 мл).

Одним из плохих прогностических признаков, у больных с геморрагическим инсультом, является переход в коматозное состояние и при длительности комы более 6-12 часов является показанием к операции. Операция заключается в удалении гематомы и устранении компрессии и дислокации мозга.

Результаты и их обсуждение: во время операции с использованием нейровизуализации и микронейрохирургической техники проведено удаление внутримозговых инсульт гематом. Объем удаленных гематом составил от 40 до 80 см³. В послеоперационном периоде важным является лечение направленное на борьбу с отеком мозга и восстановления утраченных функций головного мозга. В послеоперационном периоде также необходима профилактика повторных кровоизлияний, с этой целью проведено дренирование ложи удаленной гематомы.

Хорошие результаты получены у 3 больных, удовлетворительные у 6 больных и у 3 больных оперированных в состоянии комы с признаками дислокации головного мозга наблюдался летальный исход.

Выводы: хирургическое лечение показано больным с геморрагическим инсультом, находящимся в компенсированном и субкомпенсированном состоянии, с уровнем бодрствования до сопора, без тяжелой соматической патологии. Хирургическое лечение пациентов с геморрагическим инсультом, находящихся в коме, малоэффективно, и сопровождается высокой летальностью - до 83%.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Ташланов Ф.Н., Мамадалиев А.Б., Мамаджанов К.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Изучение литературных данных за последнее десятилетие показывает увеличение количества больных с остеохондрозом позвоночника и его осложнений в виде развития грыж

межпозвонковых дисков (МПД). Обычно клинические проявления характеризуются корешковыми болями на уровне диско-радикулярного конфликта. Но, в некоторых случаях возможны атипичные клинические проявления грыж межпозвонковых дисков.

Цель работы. Изучение атипичных клинических проявлений грыж МПД.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением с 2015 по 2017 год находились 18 больных с различными клиничко-неврологическими проявлениями грыж МПД. Возраст больных от 16 до 65 лет. Мужчин – 11 (61,1 %) больных и женщин – 7 (38,9 %). Давность заболевания от 3 месяцев до 5 лет. Из общего количества больных инвалидность на момент лечения имели 9 (50,0 %) больных.

При КТ и МРТ исследованиях выявлены признаки грыж и протрузий МПД различных размеров (от 3 мм до 16 мм), полисегментарные изменения выявлены у 6 (33,3 %) больных и изолированные грыжи у 12 (66,7 %) больных.

При клиничко-неврологическом обследовании мы обратили внимание, что у этих 18 больных клинические проявления не соответствуют месту расположения грыж МПД. Неврологическая симптоматика у этих больных складывалась из оживления сухожильных рефлексов в нижних конечностях с расширением рефлексогенных зон, клонуса стоп, появления патологических стопных знаков Бабинского, Россоломо. Так же у этих больных отмечены нарушения функции тазовых органов по типу задержки.

Учитывая вышеперечисленные данные, больные повторно подвергнуты МРТ исследованию грудного отдела позвоночника с целью исключения патологии спинного мозга. При изучении повторных томограмм патологических изменений грудного отдела спинного мозга не было выявлено.

Больным проведены оперативные вмешательства по удалению грыж МПД в классическом варианте. Во время оперативных вмешательств у этих больных мы обратили внимание на расширение и кровенаполнение эпидуральных вен, отечность корешков в зоне диско-радикулярного конфликта. После удаления грыжи отметили нормализацию кровеносных сосудов и значительное уменьшение отечности корешков.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде полный регресс неврологической симптоматики отмечены у всех 18 больных, что мы связывали с нормализацией спинального кровообращения.

Изучая литературные данные, обратили внимание на некоторые особенности спинального кровообращения. Оказалось, что в некоторых случаях артерия Адамкевича, обычно участвующая в кровоснабжении грудного отдела в некоторых случаях дает ветвь (вход в позвоночный канал на уровне L4-L5 позвонков) кровоснабжающая нижнегрудной и поясничной отделы спинного мозга. Соответственно, нарушение кровоснабжения в результате сдавления этой артерии дает атипичную клиническую картину грыж нижнепоясничных МПД.

Выводы. Таким образом, при обращении больных с МРТ данными грыжи МПД и атипичными клиничко-неврологическими проявлениями, в целях исключения патологии грудного отдела спинного мозга необходимо проведение повторного МРТ исследования и по мере возможности контрастного исследования сосудов спинного мозга.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б., Ботиров Н.Т.,

Джалилов Ф.Р., Мамадалиев А.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП.

Актуальность. Как известно, одним из осложнений воспалительно-дегенеративных процессов позвоночника является остеопоротические изменения, которые приводят к так называемым «патологическим переломам» тел позвонков.

По литературным данным отечественных и зарубежных авторов такие изменения встречаются в 4-6 % случаях и за счет нарушения опороспособности позвоночника приводят к длительной нетрудоспособности и инвалидизации больных.

Материал и методы обследования. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП с 2010 по 2016 год находились 12 больных с патологическими переломами позвоночника. Возраст больных от 27 до 65 лет. Среди обследованных больных мужчин – 9 (75,0 %), женщин – 3 (25,0 %). Длительность заболевания от 3-х месяцев до 5 лет. При сборе анамнеза выяснено, что у 7 больных возникновение патологических переломов было связано с туберкулезом позвоночника и в 5 случаях с опухолевыми процессами. Обследование больных проводилось с применением рентгенологического, КТ и МРТ исследования. По локализации патологических изменений больные распределены следующим образом: верхнегрудной отдел позвоночника (Тн 4-5) – 3 (25,0 %) больных, нижнегрудной отдел (Тн10-11 и Тн12 позвонков) – 6 (50,0 %) больных, поясничной отдел (L1) – 3 (25,0 %) больных. Из приведенных данных видно, что наиболее частое поражение позвоночника наблюдался на уровне грудно-поясничного отдела позвоночника – 9 (75,0%) больных. Изолированные поражения на уровне тела 1 позвонка наблюдали у 10 (83,3 %) больных и на уровне 2-х позвонков у 2 (16,6 %) больных.

При клиничко-неврологическом обследовании больных изменения в виде парализов, нарушения чувствительности и функции тазовых органов выявлены у 8 (66,5 %) больных и у 4 (33,5 %) больных в клинической картине имел место только болевой синдром.

По виду проведенных оперативных вмешательств больные разделены на 2 группы:

1 группа – фиксация позвоночника различными металлоконструкциями (ХНИИОТ, ЦИТО) + введение костного цемента – 4 (33,5 %) больных.

2 группа - фиксация позвоночника металлоконструкциями (ХНИИОТ, ЦИТО) – 8 (66,5 %) больных.

Результаты и их обсуждение. Костный цемент в основном применяли у больных с опухолевыми процессами позвоночника. Активизацию больных проводили начиная с первых суток после операции.

Выводы. Таким образом, проведенные оперативные вмешательства с целью восстановления опороспособности позвоночника способствовало ранней активизации больных и их работоспособности.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ.

Исаков Б.М., Худойбердиев К.Т, Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Исаков К.Б, Ташланов Ф.Н, Ботиров Н.Т.

**Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Несмотря на то, что нетравматические субдуральные кровоизлияния нечасто встречаются, являются грозным осложнением различных воспалительных заболеваний детского возраста. Такие осложнения могут встречаться при пневмониях и ДВС за счет нарушения проницаемости стенок кровеносных сосудов.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является выбор оптимального способа хирургического лечения нетравматических внутричерепных кровоизлияний у детей.

Материал и методы исследования. В отделении нейрохирургии и неотложной педиатрии АФ РНЦЭМП с 2012 по 2017 года под нашим наблюдением находились 25 детей с нетравматическими субдуральными кровоизлияниями. Возраст больных детей варьировал от нескольких дней от рождения до 6 месяцев. Основной контингент составили дети до 3 месяцев – 17 больных (68,0 %). При обследовании некоторых больных были отмечены признаки ДВС – нарушение свертываемости крови – у 4 (16,1 %) больных кровь не сворачивалась, у 9 (36,0 %) детей свертываемость начиналась от 8 до 14 минут. В этих случаях больным дополнительно назначались препараты улучшающие свертываемость крови и СЗП.

По данным МРТ и КТ исследования головного мозга у всех больных были выявлены субдуральные кровоизлияния различного объема и локализации. Чаще всего кровоизлияния локализовались в теменно-затылочной области. Объем кровоизлияния составлял от 25 до 80 см³. При малом объеме (до 25 мл) кровоизлияния больным назначали рассасывающую терапию и проводили разгрузочные люмбальные пункции. При большом объеме кровоизлияния больные были переведены в нейрохирургическое отделение и предпринято их оперативное лечение.

Оперативному лечению были подвергнуты 16 (64,0 %) детей. Объем оперативного вмешательства заключался в наложении фрезевого отверстия и пункционном удалении крови – 12 (48,0 %) больных и в 4 (16,1 %) случаях из-за наличия кровяных сгустков фрезевое отверстие было расширено до 3 x 3 см., сгустки удаляли путем аспирации при помощи электроотсоса. Во всех случаях оперативное вмешательство завершалось дренированием субдурального пространства на срок от 3-х до 5 дней. В течении этого времени больным проводили контрольное КТ исследование с целью исключения повторного скопления крови.

Результаты и их обсуждение. Проведенные оперативные вмешательства дали хорошие результаты у 13 больных. По результатам проведенных повторных КТ и МРТ исследований скопления кровоизлияния не наблюдалось. В наших наблюдениях в 3 (12,0 %) случаях был отмечен летальный исход, что мы связывали с поздним обращением, исходным тяжелым состоянием больных и большим объемом кровоизлияний.

Выводы. Таким образом, при выявлении у больных признаков повышения ВЧД и менингеальных симптомов показано КТ и МРТ исследование головного мозга. Наличие среднего и большого объема субдурального кровоизлияния является показанием к оперативному вмешательству. При наличии жидкой крови оптимальным способом является пункционный способ удаления через расширенное фрезевое отверстие. Раннее выявление внутричерепных кровоизлияний и проведение малоинвазивных хирургических вмешательств дают хорошие результаты.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Исмоилов М.Ж., Абдумаликов И.М., Юсупов М.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Сурункали ўрта отитлар ЛОР аъзолари касалликлари ичида 30-40% ни ташкил этиб, асосан, кулоқдан йиринг оқиши, эшитишнинг пасайиши билан характерланиб ва бир катор асоратлар бериб алохида эътиборни жалб қилади.

Мақсад ва вазифалар: 1. Сурункали ўрта отитларни даволаш усуллари: ўрта кулоқ ташрихларининг самарадорлигини аниқлаш ва амалиётда қўллаш. 2. Эшитиш қобилятини сакловчи ташрихларни қўллаш.

Текшириш усуллари ва натижалар: Сурункали йирингли ўрта отитлар 2 турга бўлинади: 1) сурункали йирингли мезтимпанит бўлиб, йиринг хидсиз, эшитиш пасайиши 10-20% пасайиб камдан кам холларда грануляция ёки полип билан асоратланган бўлиб, 5- 8% и бош мия ёки синусит тромбоз, сепсисга ухшаш асоратлар бериши мумкин. 2) сурункали йирингли эпителимпанит ёки мезоэпителимпанит бўлиб, бир катор бемор ҳаёти учун эшитишнинг 60-70% пасайиши билан холестеатома, полип, грануляция, тубоген лабиринтит, юз нерви фалажи, синус тромбоз, сепсис ва бош мия асоратлари экстрадурал, интрадурал ва миёча абсцесси менингоэнцефалит каби асоратлар бериши мумкин.

Бизнинг назоратда 58 нафар бемор бўлиб, уларни асосан ёшлар ташкил қилиб, 42 нафар яъни 72.4% ни ташкил этиди. Долгам 16 нафар беморлар катта ёшдагилар бўлиб, улар 27.6% ни ташкил этиди.

1 гуруҳ беморларга биз ёшларни олдик. Улар 42 нафар бўлса, улардан 13 нафари сурункали мезоэпитимпанит билан касалланган бўлиб, 30% ни ташкил этдилар. Бу беморларда антротомия ташрихи ўтказилиши билан бирга консерватив даво ўтказилиб, назоратга олинди. Қолган 29 нафар бемор 70%ни ташкил этиб, уларда консерватив даво билан бирга маҳаллий анестезия билан ўрта қулоқни тозаловчи муолажалар ўтказилиб, кўшимча иммуномодуляторлар, витаминотерапия, биостимуляторлар кулланилди.

2 гуруҳга катта ёшдаги беморлар 16 нафарни ташкил қилган бўлса, улардан 5 нафари яъни 31% и сурункали эптитимпанит ташхиси билан кенгайтирилган антротомия ташрихи ўтказилиб, антибиотикотерапия олдилар. Қолган 11 нафар бемор 79%ни ташкил этиб, сурункали мезотимпанит билан уларга маҳаллий спиртли томчилар, антисептик эритмалар билан ювилиб, физиодаво ҳамда антибиотикотерапия олдилар.

Хулоса: Юқорида кўрсатилган беморларни даволашда биз ҳаммасида бурун, халқум ҳам бир қатор муолажалар ўтказилиб, даволандилар. Бу билан сурункали ўрта отитларнинг асоратини олдини олиниб, яхши натижаларга эришиб, аҳолининг турмуш шароити яхшиланди.

ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТЛАРДА МИКРОФЛОРАЛАР ВА УЛАРНИ АНТИБИОТИКЛАРГА СЕЗУВЧАНЛИГИ

**Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.
Андижон давлат тиббӣёт институти**

Мақсад ва вазифалари: Ўрта қулоқ хасталикларидан сурункали йирингли отитлар кўпроқ учрайди.

Хозирги вақтларда ва ундан олдин ҳам ўрта қулоқнинг йирингли яллигланиши ёш болаларда, яъни беморларнинг гудаклик ёки 10 ёш бўлган даврида бошланади. Бунга адабиётларда, амалий иш вақтида қурилганда бир қанча сабабларга боғлиқлигига амин бўлдик. Бўларга болаларда маҳаллий умумий иммунитетнинг тўла ривожланмаганлиги, эмбрион давридаги ўрта қулоқдаги миксоид тўқима қолдиги, юқори нафас йўлларидаги ўткир яллигланиши, Евстахийев найининг қалта ва кенг бўлиши, анемия, грипп кўпроқ сабаб бўлади. Шунинг учун бизнинг клиника ва вилоят болалар шифохонасида йирингли ўрта отитларда маҳаллий умумий даволаш бурун ва бурун халқумни даволаш билан бир даврда қулоқдан ташқи эшитув йўлига оқиб чиққан йиринг ва бурун халқумдан микрофлоралар тури ва антибиотикларга сезувчанлиги клиника лабораториясида текшириб кўрилди.

Текшириш материаллари: Сурункали йирингли ўрта отит билан хастапанган бемор умумий сони назоратда 250 та бўлди. Бундан 80 нафари 10 ёшгача (32%), усмирлар 110 нафар бемор (44%), катта ёшдагилар қолган 60 нафари, яъни 24% катта ёшдаги беморлар бўлди. Қулоқдаги йирингдан олинган йиринг экилганда 170 нафар беморда стафилококк ва стрептококк, қолган 80 нафарида ичак таёқдаси, кўк йирингли. таёқда аниқланди. Хозирги вақтга келиб микрофлораларни чидамлилигининг кучайиши ҳисобига уларнинг пенициллин, ампициллин, левамицитин, тетрациклинларга 24%, яъни-60 нафар бемор, стрептомицин, канамицин, линкомицин, мономицинга 34%, яъни 85 нафар беморга қолган 42% 105 нафар беморда сезувчанлиги орди. Цефалоспорин қаторидаги зиноцеф, цефопирозон, цефазалинларга кўпроқ сезувчан бўлмоқда.

Хулоса: Биз асосан оддий сурункали йирингли ўрта отитларнинг асоратсиз шаклларида йирингдан экиб, сезувчанликни аниқлаб, беморларни даволадик. Натижада: асоратлар олди олинди, эшитиш қобилияти айрим ҳолларда яхшиланганлиги кузатиладиган натижаси яхши бўлди.

ЛОР КАСАЛЛИКЛАРИДА БУРУН ТЎСИҒИ ПАТОЛОГИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ

**Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.
Андижон давлат тиббӣёт институти**

Текширув мақсади: Бурун тўсиғи тўртбурчаксимон тоғай, ғалвирсимон бўшлиқ кўндаланг пайрахаси ва димоғ суягидан ташкил топган бўлиб, бурун бўшлиғининг ўртасида жойлашиб, ташқи бурунни шаклланишида ва бурун бўшлиғи чап ва унғ ярмига бўлиб, умумий нафас йўлини ташкил қилишда ҳам қатнашади. Бурун тўсиғи патологиясига қуйидагилар қиради: буртмалар, тоғай ёки суяк қисмларининг қийшайиши Z шаклда бўлиши, иккига ажралиши, ўткир бурун тўсиғи гематомаси сўнғ абсцессга айланишлар асосан хар хил жароҳатлардан сўнғ кузатилади.

Текширув натижалари: Бизнинг назоратда 51 нафар бемор бўлиб, улар 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ беморлар 33 нафар яъни 65% ни ташкил этиб, уларнинг ташхиси бурун тўсиғи қийшайиши нафас олишни бўзилиши билан, 33 нафар бемор дан 11 нафари яъни 33%ни бурун тўсиғини жароҳатдан 1 ёки 3-4 кунларидан сўнғги биринчи жарроҳлик ёрдамидан сўнғ, яъни, репозиция қилиб, гематома, абсцесслар бўлса, очиб тозалаб докали тикинлар кўйилди. Қолган 22 нафар, яъни, 67 % бемор кеч келганлиги учун қон, сийдик таҳлиллари қилиниб мўътадил ҳолда маҳаллий анестезия билан ташрих ўтказилди. Ташрихдан сўнғги 3-4 кунлари докали тикин олиниб сўнғ беморлар амбулатор назоратда бўладилар. 2-гуруҳ беморлар 18 нафар, яъни, 35% ни ташкил қилиб, улар нафас олиш бўзилиши билан бир қаторда бурун ёндош бўшлиқлари патологияси билан кузатилди. Улардан 7 нафар, яъни 39%и гемисинусит ташхиси билан қолган 11 нафар, яъни, 61,% и фақат гайморит ташхиси билан бўлди. Бу беморларда бурун тўсиғи септопластика ташрихи билан бир қаторда клиникаси, рентгенографиясига асосланиб консерватив даво, ярим жарроҳлик ва жарроҳлик усуллари қўлланилди.

Хулоса: Биз юқоридаги кўрсатилган беморларда кристотомия, шиллик ости ташрихи, септопластика ташрихларини ўтказиб, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини физиологияси яхшилашга эришдик. Беморларнинг ахволи, иш фаолияти ва турмуш тарзи яхшиланди.

ОД-ЛЕВОКС ДОРИ ВОСИТАСИНИ ЎТКИР АНГИНАЛАРДА ҚЎЛЛАШНИ САМАРАДОРЛИГИ

Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.

Андижон давлат тиббий институти

Текширув долзарблиги: Оториноларингология амалиётида ўткир ангинаялар, яъни танглай безларининг ўткир яллигланиши бўлиб, ўзига хос клиник кечишга эга бўлиб, одам организмда бирдан тана хароратининг кўтарилиши, интоксикация белгилари, холсизлик, бўғим бел сохасидаги оғриқларга билан характерланади. (Кон умумий тахлилида лейкоцитоз, эритроцитларни чўкиш тезлиги узоклашган бўлиб, сийдик умумий тахлилида оқсил ва эпителийлар кузатилади.)

Шунинг учун ўткир ангинаяларнинг клиник белгилари намоён бўлиши билан дархол керакли муолажаларни бошлаб, мукамал даволаш керак. Сабаб ўткир ангинаялар катарал, фолликуляр, лакунар, флегмонали турларида интоксикация хисобига ички аззоларда иккиламчи асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Махаллий асоратларга эса перитонзилит, парафарингит, паратонзилляр абсцесс, бўйин флегмонаси, айрим вақтларда адабиётларда ёзилгандай медиастинит бўлиши мумкин.

Текширув максади: Од-Левокс яъни левофлоксацин препаратини ўткир ангинаялар да қўллашнинг самарадорлигини баҳолаш.

Текширув натижалари: Биз левофлоксацин дори воситасини беморга асосан амбулатор шароитда даволанишда қўлладик. Назоратда 2 ой ичида ўткир ангиная билан 29 бемор даволанди. Ёшидан катъий назар 2 гуруҳга бўлинди:

I гуруҳ: 17таси яъни 58.6% ни ташкил этиб ўткир ангинаяни туридан катъий назар 1-кунда учраган беморларда анамнезига кўра томок оғриши, ютинганда оғриқ сезиши, иситма кириши бирдан кечга яқин бошланиб ўзига хос клиник кечиши хосдир. Бундай беморларга биз ёток режими, антигистамин, аналгетик, илиқ холатда кўп суюклик ичиш билан бирга “левофлоксацин” таблеткасини 1 кунда 1 махал 10 кун ичилди. Юқорида кўрсатилган клиник белгилари йуқолиб, кон ва сийдик тахлилидаги яллигланиш белгилари хам меъёрлашиб, беморлар ахволи яхшиланиб, яхши натижага эришилди.

II гуруҳ беморлар 12 та бўлиб, улардан 5 таси яъни 41,6% ни перитонзилит, колган 7 таси яъни 58,3% и паратонзилляр абсцесс билан ўткир ангинаяни лакунар ва флегмонали турлари учради. Паратонзилляр абсцесс билан учраган беморларда абсцесс очилиб, махаллий антисептик эритма билан чайкаб, юқорида кўрсатилган муолажалар билан левофлоксацин 500 мг 1 махалдан 10 кун ичилди. 12 нафар бемордан 5 тасида махаллий антисептик эритмаси билан чайкаб, антигистамин-аналгетик дори воситалари билан левофлоксацин 500 мг кулланилиб яхши натижага эришилди.

Хулоса: Оториноларингология амалиётида левофлоксацинни қўллаш хавфсиз, кулай, арзон бўлиб, яллигланиш жараёнига кенг таъсир этиб яхши натижаларга эришилди. Бу эса бемор учун иктисодий кулайдир

СУБАТРОФИК РИНОФАРИНГИТЛАРНИ КЕЛТИРИБ ЧАРУВЧИ ОМИЛЛАРДА ЗАРАРЛИ ОДАТЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.

Андижон давлат тиббий институти

Текширув максади: Оториноларингологияда юқори нафас йўллари касалликлари ичида сурункали фарингитлар 10-15% ни ташкил килади. Улардан субатрофик фарингит ўзининг клиник кечиши билан беморларнинг томоғи курукшаб ачишиши, ёт жисм сезиши, югиниш вақтида бироз оғриқ сезиши ва бир қатор невропсихологик ўзгаришлар келтириб чиқариши мумкин. Бундай беморларда асабийлашиш, кўркув ва бошқа неврологик белгилар кузатилиши мумкин.

Текширув натижалари: Бизнинг назоратда 50 нафар бемор бўлди: уларнинг хаммаси чекувчи ва иш шароитидаги чангга боғлиқ эди. Назоратдаги беморлар 3 гуруҳга бўлинди:

I гуруҳ беморлари 20 нафар (40%) бўлиб, чекувчилар чангли мухитда ишлайди. Факат субатрофик фарингит ташхиси билан даволашда чекишдан четлаштирилиб, оддий даволаш усуллари қўлланилади.

II гуруҳ беморлари 18 нафар (36%) бўлиб, уларда сурункали субатрофик ринофарингит, хаммаси чекувчи хисобланади. Шикоятлари бурун ва халқум курукшаши, қасмоқлар хосил бўлиши, нохуш хид сезиши, ёт жисм сезиши билан ифодаланади. Ринофарингоскопияда шиллик каватлар курукшаган, юзаси қасмоқ билан копланган. Даволашда бурун бўшлиғига малхам, алое, люгол эритмаси, ёгли-иншорий ингаляция ва чекиш қисқартирилиб, ташки омил таъсирларидан хам четлатилади.

III гуруҳ беморлари 12 нафар (24%) ни ташкил этиб, бу беморлар хам чекувчи субатрофик ринофарингит йўлдош касаллик сурункали пиелонефрит билан боғлиқ. Бу беморларда сурункали буйрак етишмовчилиги сабабли, тамаки чекиш таъсири хам бўлиб, шиллик каватлар озикланиши бўзилган. Бу беморларда юқоридаги айтилган даволаш режамизга кон ва сийдикни биокимёвий тахлили килиб, нефрологлар муолажаси хам қўшилади.

Хулоса: Биз назоратга олган беморлар 1-давоини ўтказгач, хозирча яхши натижаларга эришди ва 23 нафар бемор чекишни ташлади, колганлари вақтинча ташлашди. Бу беморлар назоратда бўлиб, хар 6 ойда даволаниб туришга тавсия этилиб назоратга олинди.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЭПИТИМПАНИТЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ

Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.

Андижон давлат тиббӣёт институти

Максад ва вазифалари: Ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллигланишлари ичида, йирингли эпителимпанитга алоҳида эътибор бериш лозим. Чунки унда холестеотома бош мия асоратлари кузатилиши мумкин. Асосий мақсад ва вазифамиз, касалликларнинг ўз вақтида олдини олиб даволасак, турли хил асоратларни олдини олишга эришамиз.

Текшириш материаллари: Бизнинг назоратимизда 28 нафар бемор бўлиб, улар 2 гуруҳга тақсимланган:

I гуруҳ. Бу гуруҳга 19 нафар бемор қиради. Улар назоратимиздаги беморларнинг 67.8% ини ташкил этади. Уларнинг шикоятлари қулоқдан хидли йиринг оқиши ва эшитишнинг пастлигидан иборат. Отоскопияда ногора парданинг эпителимпанал қисмида тешиқ, канюла билан ювилганда, холестеотома аниқланди. Неврологик белгилари кузатилмагани боис, фақат консерватив даво қўлланилиб, яхши натижаларга эришилди, яъни йиринг тўхтаб, эшитиш маълум даражада тикланди.

II гуруҳ. Бу гуруҳга 9 нафар бемор кириб, улар назоратдаги беморларнинг 32.2% ини ташкил этади. Уларнинг шикоятлари кўпроқ бош оғриши, бош айланиши, баъзиларида эса тана хароратининг кўтарилишига бўлди. Отоскопияда ногора парданинг эпителимпанал қисмида тешиқ, хидли, йирингли ажралма, полип, холестеотома, грануляция билан асоратланган. Қўшимча текшириш усулларида рентгенография, аудиметрия, ЯМРТ ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Бу беморларда маҳаллий ва умумий даволаш билан биргаликда оператив даво - антродренаж, антромомия усуллари қўлланилиб яхши натижаларга эришилди.

Хулоса: Бизнинг назоратимизда бўлган беморлар асосан ўрта қулоқнинг йирингли эпителимпанит тури билан касалланган бўлиб, маҳаллий консерватив ва оператив муолажалар қўлланилади. Шу билан бирга отоген асоратларнинг олди олинди. Баъзи беморларимизда эшитиш қобилияти маълум фойзаларга тикланди.

ТОЗАДЕН ДОРИ ВОСИТАСИНИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ АМАЛИЁТИДА ҚўЛЛАШ

Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.

Андижон давлат тиббӣёт институти

Текширув долзарблиги: Одам организмида Лор аъзоларидан бурун, халқум,хиқилдоқ юқори нафас йўллариининг биринчи аъзолари хисобланади. Шунинг учун ташқи мухит таъсири: чанг, тутун, хар хил кимёвий заррачалар ва юқумли касалликлар ўткирреспиратор инфекциялар, грипп билан ринофаринголарингитлар кузатилади.

Текширув мақсади: Тозаден дори воситасини ўткир ринофарингитларда маҳаллий қўллаб, хар хил асоратларнинг яъни юқори нафас йўллариини, бурун ёндош бўшлиқларини касалликларини олдини олиш ва киска муддатда самарали натижага эришишдир.

Текширув натижалари: Биз киска муддат, юқори нафас йўллариининг мавсумий касалликлари, яъни об-хаво совук вақтида 35 нафар беморни назоратга олиб, уларда умумий даволаш билан бирга, тозаден дори воситасиниаэрозол ва эритма сифатида маҳаллий қўлладик.

Биз беморларнинг ёши, жинсидан катъий назар 3 гуруҳга бўлдик.

I гуруҳ. 13 нафар яъни 37% бемор ўткир ринитнинг **қуруқ** ажралмали босқичларида маҳаллий қўлланилди. Бурун бўшлиғига аэрозоли сепилди, эритмаси билан Прояц усули буйича ювилди.

2гуруҳ беморлар 10 яъни 28.5% ни ташкил этиб ўткир ринофарингит билан бўлиб тозадени маҳаллий қўллаб кўшимча физиотерапия ёғли ишқорий ингаляция қўлланилди.

3гуруҳ беморлар 12 нафар яъни 34.5% ни ташкил этиб, улар ўткир фаринголарингит ундан 5 тасида, яъни 41.6% сурункали бронхит кўзғалиш даврига тўғри келиб кўкрак кафаси рентгенографиясидан сўнг, пульмонолог тавсиясидаги кўшимча муолажалар ҳам қўлланилди. Тозаден эритмасида халқум 2 маҳал чайқалди, аэрозоли сепилди, антигистамин дори воситасига эритмасининг кўшиб ингаляцияси ҳам қилинди.

ХУЛОСА: Тозаден дори воситасининг юқори нафас йўллариини ўткир яллигланишида қўллаш, хар хил асорат ва сурункали касалликларнинг олди олинди ва киска муддатда яхши натижаларга эришилди.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Исхаков Б. Р., Абдуллаев Ж.С., Рузमतов А.Э., Исманов А.А.,

Курбонбоев Б.Н., Исхаков Н.Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП

За период с 2000 по 2017 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП были прооперированы 1348 больных с прободными гастроудоденальными язвами в возрасте от 12 до 60 лет.

Традиционное лапаротомное ушивание перфоративной гастроудоденальной язвы проведено у 1126 (83.5%) больных, лапароскопический способ применен у - 222 (16,5%). Из 222 больных оперированных лапароскопическим способом мужчин было 202 (90,9%), женщин – 20 (9,1%).

Сроки с момента перфорации до операции составило от 3,5 до 12 часов. Перфоративная язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки у 218, в желудке - 4 больных. У всех больных перфоративное отверстие локализовалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки либо в области привратника. Размеры дефекта в пределах от 4 до 7 мм. с язвенно-инфильтративным валом вокруг до 10-15 мм.

У поступивших больных в сроки от 6 до 12 часов выявлены: местный перитонит у 40, неограниченный местный - 56, диффузный - 25. Характер перитонеального экссудата был фибринозным, фибринозно-желчным в количестве от 300 до 1200 мл.

У 14 больных прикрытое круглой связкой печени, желчным пузырем перфорация дуоденальных язв поступивших в сроке более 12 часов, (с отрицательными рентгенологическими признаками свободного газа и отсутствием свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ) диагноз установлен при диагностической лапароскопии.

Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы «Karl Storz». Ушивание перфоративного отверстия выполнялось атравматической иглой, распрямляя её так, чтобы она могла пройти через адаптер 10/5мм. Использовали в основном капрон 3/0. Для достижения герметичности у 22 больных потребовалось, наложит 2 узловых шва. В 14 случаях для ушивания дефекта язвы нами применена спиралевидная игла Малкова. В остальных наблюдениях накладывали один ряд узловых швов с тампонадой прядью большого сальника. Узел формировали интракорпорально.

Продолжительность операции составило от 30 минут до 60. Санация брюшной полости производилась с применением ирригоаспиратора. Трубочатый контрольный дренаж в подпеченочное пространство оставляли на 1–3 суток, малый таз дренировали только при диффузных перитонитах через 10 мм. троакар слева. Консервативная противозвевная терапия, включающая, антисекреторные и антихеликобактерные препараты начиналась в раннем послеоперационном периоде. Назогастральный зонд удаляли и начинали принимать жидкую пищу с 3 сутки.

Конверсионная лапаротомия выполнена у 22 (10%) пациентов прикрытыми перфоративными дуоденальными язвами поступивших в сроке более 12 часов с сопутствующими патологиями (сахарный диабет, перфорация распадающего рака желудка, преклонный возраст). Релапароскопия проведены у 4 больных в 3 и 7 сутки после операции с продолжающимся перитонитом и ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью. Релапароскопия была завершена у 3 пациентов лапароскопической санацией брюшной полости с повторным дренированием соответствующих областей брюшной полости и рассечением спаек, восстановлением проходимости кишечника. С несостоятельности швов ушитой язвы двенадцатиперстной кишки распространенным гнойным перитонитом у одного пациента была выполнена конверсионная лапаротомия. Послеоперационные осложнения в группе больных предпринятой к лапароскопическому ушиванию наблюдалось у 7 (3,1%) пациентов, в группе оперированных традиционным способом у 56 (4,9%). Умерли после лапароскопических операций 3 (1,3%) больных, после традиционных операций 52 (4,6%). Причиной летальности больных: продолжающаяся перитонит, трансмуральный инфаркт миокарда осложненной левожелудочковой недостаточностью, полиорганная недостаточность на фоне сахарного диабета и инсульт. Средний койко-день после лапароскопического ушивания гастродуоденальных язв составил 4,3, тогда как при лапаротомном ушивании – 7,5.

Таким образом, видеолапароскопическая техника способствует своевременной диагностике прикрытых и атипично протекающих прободных гастродуоденальных язв и может занять основное место в лечении неосложненных перфоративных пилородуоденальных язв.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

**Исхаков Б.Р., Джурабов А.М., Жалилов Э.Т., Абдуллаев Ж.С.
Наманганский филиал РНЦЭМП**

За период с 2010 по 2017 гг. со спонтанным пневмотораксом на стационарном лечении находились 212 больных. Мужчин было 149 (70,2%), женщин 63 (29,8%). Средний возраст больных составил 32 лет. Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 125 (58,9%) больных, левосторонний у 86 (40,5%) и двухсторонний – у 1 (0,6%).

С целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больным видеоторакокопия была выполнена с использованием набора инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия). В результате диагностической торакокопии выявлены; буллезная эмфизема без осложнений у 130 (61,3%), с воспалительными проявлениями – 25 (11,7%), надрывы спаек - у 28 (13,2%), туберкулез легких у 20 (9,4%) и видимой патологии не обнаружено – у 9 (4,2%) больных.

Иссечение и электрокоагуляция булл произведено у 101 (47,6%) больных, наложение эндошва на буллы у 38 (17,9%) больных. Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса.

Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена у 24 (11,3%) больных, операция завершена атипичной резекцией легких и дренированием плевральной полости. У 50 (23,5%) больных при торакокопии отсутствовали показания для эндохирургических вмешательств.

У 9 (4,2%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакокопии. Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у двух пациентов, которое не требовало дополнительных лечебных вмешательств.

Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 3 (1,4%) больных, которая ликвидирована путем установления непрерывного плеврального диализа.

Среднее пребывание больных на койке составило 5,7 дней. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, применение видеоторакокопии в urgentной торакальной хирургии имеет большое значение в определении дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Абдуллаев Ж.С., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Нами за период с 2002 по 2017 гг. выполнена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия 402 пострадавшим с травмами груди, из них 299 (74,3%) мужчин и 103 (25,8%) женщин в возрасте от 14 до 68 лет. Все пострадавшие с травмой грудной клетки обследованы рентгенологически. Показанием к экстренной видеоторакоскопии явилось наличие малых и средних гемопневмотораксов. Использовалось торакоскопическое оборудование фирмы «Karl Storz».

Изолированное повреждение грудной клетки выявлено у 118 (29,3%) пострадавших, у 139 (34,5%) больных закрытая травма груди сочеталась с черепно-мозговой травмой различной степени, у 19 (4,7%) - с повреждением органов брюшной полости, у 59 (14,6%) - с переломами костей конечностей и с осложненным переломом грудного позвонка - у 10 (2,4%).

У 69 (17,1%) больных с множественными переломами ребер, осложненными кровотечением из межреберных сосудов, гемостаз достигнут клипированием межреберных сосудов и биполярной диатермокоагуляцией. У 51 (12,6%) больных с повреждением висцеральной плевры и небольшими разрывами паренхимы легких гемостаз достигнут наложением эндошвов. Поверхностный разрыв плевры без признаков активного кровотечения наблюдался у 79 (19,6%) больных. Переломы ребер без повреждения плевры диагностированы у 40 (9,9%) пострадавших. Ушиб и гематома легких отмечены у 70 (17,4%), органов средостения 23 (5,7%) больных. Во всех случаях плевральная полость дренирована. Причиной конверсии (переход к торакотомии) у 21 (5,2%) пострадавших явился разрыв легких с продолжающимся кровотечением.

Интраоперационное осложнение в виде кровотечения из межреберных вен в месте введения торакопорта наблюдалось у 2 пациента, у которого гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией.

Умерло 12 (2,9%) больных от причин, не связанных с торакоскопией (открытая черепно-мозговая травма + переломы ребер и тяжелая сочетанная травма, ушиб легкого и органов средостения + перелом грудного позвонка).

Таким образом, применение видеоторакоскопии в urgentной торакальной хирургии позволило уменьшить процент диагностических ошибок и сократить время установления диагноза. Использование видеоторакоскопии при политравмах меняет тактику лечения пациентов и в большинстве случаев является альтернативой торакотомии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ

Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э., Исманов А.А., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В экстренной хирургии диагностика и лечение острого аппендицита была и остается одной из актуальных проблем. Применение лапароскопии позволило выйти на новый уровень в диагностики различных форм острого аппендицита и своевременно решить вопрос оперативного лечения в наиболее трудных диагностических случаях.

Материалы и методы. За период с 2011г по декабрь 2017года в Наманганском филиале РНЦЭМП по поводу острого аппендицита оперировано 12014 пациентов, из них 1172 больным была выполнена лапароскопическая аппендектомия, что составило 9,7%.

Результаты и ее обсуждения. Из 1172 больных оперированных по поводу острого аппендицита лапароскопическим способом мужчин было 590 (50,4%) и женщин - 582 (49,6%) в возрасте от 2 до 65 лет. Пациенты детского и подросткового возраста составили 7,4%.

При изучении пути госпитализации выявлено, что 2952 (24,5%) больных доставлены скорой помощью, 8111 (67,5%) самостоим и направлением из поликлиники – 951 (8,0%). До 6 часов поступили 2036 (16,9%) больных, в течение 7-24 часов 6687 (55,6%) и более 24 часов - 3291 (27,4%).

Аппендектомия была завершена лапароскопическим способом у 1172 (87%) пациентов, переход на традиционный способ осуществлен у 171 (10%), на средне срединную лапаротомию у 32 (2,1%). Причинами конверсии явились: ретроцекальное, ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка, распространенный перитонит, периаппендикулярный абсцесс.

Из общих числа аппендектомий по характеру воспалительных изменений: катаральный аппендицит выявлен у 864 (7,2%) больных, флегмонозный - 6718 (55,9%), гангренозный -4156 (34,6%). Периаппендикулярный абсцесс диагностирован у 77 (0,7%) пациентов и эмпиема червеобразного отростка у 199 (1,9%).

Внедрение диагностической лапароскопии и лапароскопических операций позволило сократить количество не обоснованных операций. Как правило, все лапароскопические аппендектомии выполнялись после подтверждения диагноза в ходе диагностической лапароскопии.

Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы «Karl Storz» и «Norman». Первый 10мм. троакар для лапароскопа вводили супраумбиликально. Второй 10 мм. троакар для удаления червеобразного отростка вводили по точке Мак-Бурнея справа. Третий 5мм. троакар для манипулятора вводили пункцией левой подвздошной области.

Продолжительность операции составило от 20 минут до 45. Санировали брюшную полость раствором фурацилина с применением ирригаспиратора «БРИОСАН». Полость малого таза и правой подвздошной области дренировали только при диффузных перитонитах через 10 мм. троакар справа. Интраперитонеальный способ обработки брыжейки и культи червеобразного отростка лигатурным способом использовали у детей. Экстраперитонеальная обработка брыжейки и культи червеобразного отростка погружным способом применена у большинства пациентов. На диагностическом этапе лапароскопии при доступном к обзору червеобразного отростка применяли только один 10мм. троакар.

Особенностью лапароскопически дополненной аппендэктомии (ЛДА) являлось - расширение троакарной раны с паритальной брюшиной до 1,5-2см, и извлечение отростка в рану.

Атипичное расположение червеобразного отростка при мобильной слепой кишки выявлены у 5 пациентов, у всех операция завершена лапароскопическим способом с дополнительным введением 10 мм. троакара через эпигастральной, левой и правой подреберных областей.

Осложнений после лапароскопической аппендэктомии наблюдали у 81 (7,6%) больных. В 24 случаях (2,2%) произошло нагноение операционной раны, в 26 (2,3%) имел место инфильтрат в ране. Летальных исходов после лапароскопической аппендэктомии не было. Средний койко-день составил 2,7 дня.

Выводы. Таким образом, экстренная лапароскопия позволяет своевременно верифицировать диагноз острого аппендицита и произвести адекватное видеолапароскопическое вмешательство, которое обладает несомненным преимуществом перед традиционными операциями. (Малая травматичность фармако-экономический и косметический эффект). Считаем, что лапароскопически дополненная аппендэктомия может применяться в лечении острого аппендицита.

В КОМПЛЕКСНОМ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

**Кадиров Ш.Н., Эгамов Ю.С., Йулдошаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Нами у 56 больных с кишечной непроходимостью осложненной перитонитом проведена первичная профилактика послеоперационной спаечной болезни. Разработанный в эксперименте способ предупреждения спайкообразования включает: промыванием реополюглокином, обработка инфракрасное (ИК) облучение с помощью поливинильных излучателей и установления сорбент КАУ через лапаропорту, оставленную после операции для лапароскопической обработки брюшной полости. Облучение брюшной полости через лапаропорту в течение 3 дней больные перенесли удовлетворительно, побочных эффектов не было. Образования спаечных сращений в брюшной полости т.е состояние метаболизма соединительной ткани в организме оценивали по клиническим данным и по уровню в плазме крови специфического маркера коллагена белков связанного оксипролина (БОП) и УЗИ брюшной полости. Контролем для этой группы явились 25 больных, идентичные по полу, возрасту и характеру осложнений, не получившие профилактическое ИК облучение и сорбент КАУ.

Послеоперационный период с включенным промыванием реополюглокином, ИК облучением и сорбент КАУ в основной группе, протекал значительно легче, чем в контрольной. Быстрее наступала нормализация общего состояния, перистальтика кишечника к концу 2-3 суток становилась отчетливой у большинства больных. К этому сроку у них начали отходить газы и появился самостоятельный стул. Лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации и СОЭ нормализовались на 3-4 сутки после операции. В контрольной группе эти показатели нормализовались на 2-3 дня позже. У больных этой группы при выписке из клиники уровень БОП в плазме крови оставался высокий на 20- 25%. В основной группе больных уровень БОП в плазме крови повышался на 3 сутки, после операции снизился до нормальных величин.

Снижение количества тяжести ранних послеоперационных осложнений до 11,7% свидетельствовало об эффективности профилактических мер. Нагноение ран отмечено у 3 больных, инфильтратность послеоперационной раны у 2 и у 1 сердечно легочное осложнение. В группе без первичной профилактики эти осложнения (27%) имели место, соответственно у 1-2 больных, причём в одном случае произведена релапаротомия и рассечение спаек с интубацией кишечника по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости, летальных исходов не было.

Изучение отдаленных результатов лечения в течение 2 лет после операции (у 56 больных) показало, что у 10 больных при обследовании выявлена спаечная болезнь, причём 6 из них не получали профилактику спаечной болезни по предлагаемой нами методике.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что включение в комплексное лечение и профилактика спайкообразования промыванием реополюглокином, ИК облучением и сорбент КАУ через лапароскопию в послеоперационном периоде эффективно предупреждает развитие спаечной болезни и спаечной кишечной непроходимости

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТПРОТЕЗНЫХ ГРЫЖ

**Калиш Ю.И., Хан Г.В., Абдалов Т., Шаусупов А.Р.
РСНПМЦХ им акад.В.Вахидова**

Актуальность: Последние десятилетия ознаменовались широким внедрением синтетических и биосовместимых протезов в герниологии, что позволило значительно снизить рецидив заболевания. Однако возник целый ряд осложнений связанных с протезной герниопластикой: серомы, гематомы, нагноения, миграция и сморщивание протеза, его отрыв.

Цель исследования: на основании ретроспективного анализа определить причины возникновения грыж после протезной пластики

Материал и методы исследования: На основании анализа клинического материала более 1600 случаев протезной герниопластики в основном с обширными, гигантскими, послеоперационными, многократно рецидивными грыжами возврат грыжи наблюдали у 52 (3,2%) пациентов, которым в других учреждениях ранее выполнена протезная пластика. Мужчин-16, женщин-36. По поводу послеоперационной грыжи ранее оперировано - 38, паховой -9, пупочной -5.

Нами разработана рабочая классификация, позволяющая выделить так называемые парапротезные, подпротезные, внепротезные грыжи, часть из которых предшествовало наличие кожно-протезного свища.

Согласно данным ультразвуковых исследований и операционных находок, среди постпротезных вентральных грыж были:

1. Парапротезная (36), которые выходят из под какого либо края протеза (справа, слева, сверху, снизу).
2. Подпротезная (4), когда фиксация протеза по периметру не нарушена. Грыжевой мешок и дефект находятся под протезом.
3. Внепротезная (6), грыжевое выпячивание вне зоны имплантации протеза. Грыжевые ворота - дополнительный дефект (пропущенный во время операции или вновь образовавшийся после имплантации протеза)
4. Парапротезные грыжи, несущие свищ (6)

Согласно выпискам из историй болезни во всех случаях ранее выполнялось грыжесечение с пластикой полипропиленовым имплантатом способом "onlay" (надапоневротическое расположение протеза). Рецидив развился спустя 1-7 лет после операции. Причина позднего обращения больные объясняли боязнью повторного оперативного лечения.

Среди пациентов с парапротезными грыжами у 22 выполнена реимплантация протеза, у 14 для закрытия дефекта использован ранее установленный имплантат.

При подпротезных грыжах ранее установленный имплант удалался, выполнено репротезирование (4)

У больных с внепротезными грыжами во всех случаях произведено репротезирование (6) без удаления ранее установленной сетки.

У 6 пациентов выполнено полное удаление протеза в связи с наличием кожно-протезного свища и выполнена реимплантация протеза.

Повторные операции после аллопластики характеризуются выраженным спаечным и инфильтративным процессом в тканях передней брюшной стенки.

Результаты исследования: Ретроспективный анализ показал, что сморщивание сетки и её миграция связана с техническими нарушениями операции.

Морфологические исследования удаленной сетки показали наличие выраженных воспалительных изменений, проявляющихся грубым рубцеванием и инфильтрацией. Деграция самого протеза связана с появлением изломов и трещин на участке ткани вокруг протезного материала. Это способствует вегетации колоний микроорганизмов и грибков, что свидетельствует о вторичном инфицировании сетки.

Выводы: причинами возникновения рецидивных грыж после протезной герниопластики были: нарушение техники операции, неправильный подбор самой сетки, использование плетеных ниток. Особая роль принадлежит дремлющей инфекции в ране и зоне имплантации сетки.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОЖНО-ПРОТЕЗНЫМИ СВИЩАМИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

**Калиш Ю.И., Хан Г.В., Абдалов Т., Шаюсупов А.Р., Ахмедов А.Р., Эгамов Б.Ю.
РСПМЦХ им ак. В.Вахидова**

Прогресс в герниологии во многом обусловлен разработкой и широким внедрением различных синтетических протезных материалов. При этом иногда возникают осложнения, связанные с развитием острого и хронического воспаления вокруг имплантатов с формированием наружных кожно-протезных свищей.

Устранение этих осложнений при сохраненной функции сетчатого эндопротеза позволяет купировать проявления инфекции без удаления имплантата.

В отделении общей и лазерной хирургии ГУ «РСПМЦХ им. акад. В.Вахидова» с 2007 по 2017 гг. мы наблюдали 12 пациентов с сформировавшимися кожно-протезными свищами. Мужчин - 4 Женщин - 8. В возрасте от 54 до 83 лет.

Ретроспективный анализ показал, что всем пациентам протез имплантирован в позиции «onlay», использованы сетки из полипропилена. В 5 случаях протезирующая пластика была ранее выполнена в условиях инфицированности грыжи (при наличии лигатурных свищей, лигатурных абсцессов и гранулем). Кожно-протезные свищи существовали от 1 до 6 лет. Таким образом, больным проводилось длительное безуспешное консервативное лечение.

Раневая инфекция является основной причиной возникновения и формирования кожно-протезных свищей. У всех 12 пациентов предыдущая операция осложнилась нагноением раны и развитием острой парапротезной инфекции. Это не позволяет сетчатому протезу интегрироваться с окружающими тканями. В 7 случаях свищи проявлялись небольшим отверстием размерами от 0,2 до 0,6 см в диаметре. В 5 случаях наблюдались дефекты кожи размером от 2 до 10 см. дном которых являлся имплантат.

В план обследования пациентов включали: фистулографию, УЗИ области имплантации протеза, гистологическое исследование операционного материала.

При хронической парапротезной инфекции необходимо выполнение повторной операции. Из-за наличия фиброзной ткани в зоне операции, заживление раны без удаления сетки не имеет шансов на успех. Инфицированные имплантаты из полипропилена как правило, требуют их раннего удаления. В результате, это может привести к рецидиву грыжи, что потребует повторной установки сетки или аутопластики.

Все пациенты оперированы. В двух случаях было выполнено иссечение участка протеза в пределах его интегрированной части

У десяти пациентов было выполнено полное удаление имплантатов с широкой диссекцией инфицированных тканей.

При наличии сформированной фиброзной капсулы и отсутствии рецидива грыжи в четырех случаях операция была завершена дренированием и ушиванием операционной раны с предварительным облучением всей поверхности расфокусированным лучом углекислотного лазера.

Репротезирование проведено шести больным. На этапах операции так же использован углекислотный лазер для облучения операционной раны (длина волны 10,6 мкм, мощность излучения 25 Вт, экспозиция на 1 см² раневой поверхности в течение 1-2 сек.).

Из оперированных пациентов с хронической парапротезной инфекцией у десяти наступило выздоровление, в двух случаях после реимплантации через 6 месяцев образовался новый свищ.

Проведено изучение операционного материала, полученного во время повторных операций с иссечением имплантата.

Светооптические исследования показали, что нередко имеет место сморщивание сетки в конгломерат. При этом, участки имплантата окружены общей соединительнотканной капсулой с выраженной воспалительной реакцией в виде скоплений преимущественно круглоклеточных элементов. Нередко вокруг сетки вегетируют грибки, чаще рода Кандида или микобактерии.

Ведущими в патогенезе возникновения кожно-протезных свищей после герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов являются раневые осложнения. Неадекватно дренированные пространства над имплантатом могут приводить к образованию сером и развитию парапротезной инфекции. Своевременное устранение этих осложнений позволяет в большинстве случаев купировать проявление парапротезной инфекции без удаления имплантата. При наличии хронической инфекции необходимо их удаление.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ В ГЕРНИОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

Калиш Ю.И., Шаюсупов А.Р.

РСМПЦХ им ак. В.Вахидова

Актуальность: По литературным данным развитие местных раневых гнойно-воспалительных осложнений после герниопластики ущемленных вентральных грыж варьирует от 20,9% до 67%. Высокий процент развития раневых осложнений при хирургическом лечении вентральных грыж можно объяснить тем, что оперативное вмешательство проводится в совершенно других условиях, нежели при плановом оперативном лечении, как местных (бактериальная контаминация раны, ишемия тканей), так и общих (экстренный характер вмешательства, наличие у пациента интоксикации, высокого внутрибрюшного давления, кишечной непроходимости, перитонита).

Цель исследования: изучить ближайшие результаты применения синтетических протезов при пластике ущемленных вентральных грыж

Материал и методы: В отделении лазерной хирургии ГУ «РСМПЦХ им акад. В. Вахидова» с 2005-2017 гг. 95 больным выполнена протезная герниопластика. Средний возраст составил 57,0±1,2 года. Грыженосительством больные страдали в среднем 9,0±1,0 лет. Площадь грыжевого выпячивания составила – 218,8±27,0 см² Время от момента ущемления до обращения в стационар в среднем было 32,0±3,3 часа.

По виду грыжи пациенты распределились следующим образом: вентральная – 49, пупочная – 31, паховая – 14, белой линии живота - 1. Из них рецидивные составили 36,8 %, а их количество было от 1 до 6.

При поступлении больным проводилось стандартное обследование (клинико-биохимические анализы, функциональное и рентгенологическое исследование), а также ультразвуковое изучение (УЗИ) содержимого грыжевого мешка и размеров дефекта апоневроза. Рентгенологически картина кишечной непроходимости (в виде тонкокишечных арок или чаш Клойбера) установлена в 35 %.

Больные оперированы в режиме повышенного соблюдения всех правил антисептики. После выделения и вскрытия грыжевого мешка в 50% отмечалось поступление грыжевых вод. Размеры грыжи оценивали согласно классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR classification) – 1999 год. С W4 -6 (12,2%), W3 - 16 (32,6%), W2 - 24(48,9%), W1 - 3 (6,1%).

Ущемленным в грыжевом мешке в 65 случаях был кишечник из них в 10(15%) произведена его резекция, в 30 ущемленным оказался сальник 22 (73%) выполнена резекция.

После резекции кишечника энтеро-энтеро анастомоз наложен «бок в бок»

Учитывая, что производилась резекция некротизированного органа, а так же вскрытие полого органа (кишечник), контаминацию раны. Перед имплантацией сетчатого протеза с целью бактерицидного, гемо- и лимфостатического эффекта мобилизованная подкожно-жировая клетчатка и апоневроз облучались расфокусированным лучом углекислотного (CO₂) лазера. На установке «Скальпель-1», мощность-25 Вт и время экспозиции 1 сек на 1см². Обнаруженные лигатурные гранулемы обрабатывались углекислотным лазером до карбонизации и испарения.

Герниопластика с имплантацией проленового эндопротеза произведена в различных позициях: в onlay (71), sublay (5), intra-abdominalis (1) и коррекция передней брюшной стенки с протезной пластикой (6). В 12 случаях по поводу паховой грыжи выполнена операция Лихтенштейна.

Операция заканчивалась дренированием парапротезного пространства по Редону. Дренажи удалялись на 4-5 е. сутки.

Результаты исследования: Осложнения со стороны послеоперационной раны наблюдались у 33 (34,7%). Из них серомы – 30 и нагноений 3. Летальность составила 3,1 %.

Одним из основных факторов влияющих на интраоперационную картину и течение послеоперационного периода является время ущемления. Более 85% больных с некрозом сальника или кишечника, которым произведена резекция, обратились в стационар позже 24 часов.

Явления кишечной непроходимости, сдавление и некроз ущемленных органов являются причинами инфицирования грыжевого мешка и его содержимого и как следствие возникновение раневой инфекции у больных с ущемленными грыжами.

Критериями оценки результатов хирургического лечения при УВГ были частота и спектр раневых осложнений (инфильтрат, гематома, серома, поверхностный некроз краев операционной раны, глубокое нагноение).

Анализ ближайших результатов местных послеоперационных осложнений показал, что было наибольшее количество сером 31,5%, а использование интраоперационно углекислотного лазера позволило снизить гнойно - воспалительные осложнения в ране до 3%.

Выводы: Использование высокоэнергетического углекислотного лазера (CO₂) интраоперационно позволяет достичь бактерицидного эффекта в ране, а его работа в одномодовом режиме стимулирует процессы регенерации, что приводит к ускоренной интеграции сетки в окружающие ткани.

У больных с ущемленными вентральными грыжами применение углекислотного лазера, позволяет выполнить имплантацию протезов. При этом воспалительные изменения, развивающиеся на фоне острой кишечной непроходимости или вследствие некроза содержимого грыжевого мешка (за исключением флегмоны), не являются противопоказанием к аллогерниопластике и имплантации протезов из полипропилена.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ 3 СТЕПЕНИ

**Калиш Ю.И., Шаюсупов А.Р., Эгамов Б.Ю., Йигиталиев С.Х.
РСПМЦХ им ак. В.Вахидова**

Актуальность: Ожирение среди населения получило на сегодняшний день большую распространенность и тенденцию к росту. Ожирение является не только первопричиной таких серьезных терапевтических заболеваний, как гипертоническая болезнь, ИБС, ранний атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2 типа, гормональные нарушения, значительно повышающих риск преждевременной смерти, но и способствует появлению вентральных грыж как первичных так и после различных вмешательств на органах брюшной полости. Лечение вентральных грыж у больных с ожирением остается актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. В структуре больных с вентральными грыжами частота пациентов, страдающих ожирением, достигает 27,6%.

Цель исследования: сравнительный анализ результатов протезной герниопластики у больных с ожирением III степени и нормальной массой тела.

Материал и методы исследования: В отделении общей и лазерной хирургии с 2003-по 2017 г выполнено 1610 протезных герниопластик по поводу различных вентральных грыж, из которых 271 пациент страдал ожирением III степени (ИМТ более 40) которые вошли в I группу, из них 255 женщин и 16 мужчин в возрасте от 28 до 80 лет (в среднем 54±2,1 года). Больные с нормальной массой тела (ИМТ до 25) составили II группу 52 пациента. Из них 33 женщины и 19 мужчин в возрасте от 19 до 86 лет(в среднем 52,5±2 года). Степень ожирения определялась по индексу массы тела (ИМТ), согласно рекомендациям ВОЗ 1997г. Пациентам проводились общие клинические обследования, УЗИ брюшной полости, грыжевого выпячивания, спирометрия, КТ герниоабдоинометрии. При наличии сопутствующих соматических заболеваний, консультация смежных специалистов. По классификации вентральных грыж по Chevral-Rath больные распределились следующим образом в первой группе W1 - 47(17,3%) W2 - 165 (60,8%) W3 – 44 (16,2%) W4 – 15 (5,5%). Во второй группе W1 – 26 (50%) W2 -20 (38,4%) W3 – 5 (9,6%) W4 - 1 (1,93%). В первой группе больных у 240 произведена реконструкция, а у 31 коррекция передней брюшной стенки. По методам расположения протеза у большинства пациентов 244 протез фиксирован в позиции Onlay, у 7 Inlay, у 20 больных Sublay. Во второй группе у 50 выполнена реконструкция и в 2-х случаях коррекция передней брюшной стенки с расположением протеза Onlay - 49, Inlay - 2, Sublay - 1. Для профилактики тромбоэмболических осложнений больным вводили низкомолекулярный гепарин (Эноксипарин) за 12 часов до начала операции, эластическое бинтование нижних конечностей. При фиксации протеза Onlay дренирование параротезного пространства. В послеоперационном периоде всем больным проводилась антибиотикотерапия, инфузионная терапия, обезбоживание.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции в I группе составила 16±2,4 дня у II группы 7±1,7 дней. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения со стороны послеоперационной раны: в I группе серома – 20, гематома - 2, нагноение послеоперационной раны – 2. Во II группе местные раневые осложнения были: серома -1, гематома – 1, нагноение - 1.

Результаты исследования. Как видно из приведенных данных у пациентов с нормальной массой тела в половине случаев грыжевые ворота были не большими W1 (до 5 см), тогда как у пациентов страдающих ожирением преобладали пациенты с размером грыжевых ворот W2, W3 (от 5-15 см). В основном всем пациентам обеих групп выполнена реконструкция передней брюшной стенки с протезированием в позиции onlay. Однако в послеоперационном периоде у больных страдающих ожирением в виде местных раневых осложнений преобладали серомы, что составило 7,3%.

Выводы: ожирение является одним из предрасполагающих факторов к образованию вентральной грыжи, а так же влияет на размер грыжевых ворот на сторону его увеличения.

Реконструкция передней брюшной стенки производится при небольших грыжевых воротах до 10 см. Данный вид пластики позволяет восстановить анатомическую структуру и физиологическую функцию передней брюшной стенки. Однако при обширных и гигантских грыжах с грыжевыми воротами более 10 см необходимо выполнять реконструкцию передней брюшной стенки с целью профилактики возникновения абдоминального компартмент синдрома. Способ фиксации стенки в позиции onlay является легко выполнимым в техническом плане, но контакт протеза с подкожно-жировой клетчаткой, особенно у больных страдающих ожирением приводит к увеличению ретенционных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ СЕТОК ПРИ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Калиш Ю.И., Шаюсупов А.Р., Ахмедов А.Р.

РСМЦХ им ак. В.Вахидова

Актуальность: Хирургическое лечение больных в условиях инфицирования вентральной грыжи представляет одну из проблем связанную с высоким риском развития нагноения и как следствие возвратом грыжи.

Цель исследования: изучить ближайшие результаты протезной пластики у пациентов с вентральными грыжами в условиях кантаминации и инфицированности области грыжи.

Материал и методы исследования: С 2003 по 2017 в плановом порядке оперирован 1610 больных с вентральными грыжами, которым выполнена протезная пластика. У 44 (2,7%) операция проходила в условиях инфицированности грыжи. По характеру инфицированности были: лигатурный свищ - 24, лигатурный абсцесс -12, кишечный свищ-8. В 41 случаях грыжа была послеоперационной. По размерам: W4- 25, W3- 12, W2 -4, в 3- рецидивная паховая. Лечение таких пациентов разделяли на несколько этапов.

✓ Предоперационная подготовка включала санацию лигатурных свищей антисептическими растворами с учетом микробного пейзажа

- облучение ультрафиолетовым лазером (УФ) [P_n - 2,5 -5 мВт; t = 2мин; W - 1,5-3 Дж/см²].

Введение антибиотиков накануне операции.

При хирургическом лечении ПОВГ в условиях инфекции строго соблюдали общие принципы грыжесечения и принципы активного хирургического лечения гнойных ран.

✓ Интраоперационно выполнялась широкая диссекция инфицированных тканей единым блоком (с лигатурными свищами и лигатурными абсцессами), облучение расфокусированным лучом углекислотного лазера (длина волны 10,6 мкм, мощность излучения 25 Вт, экспозиция на 1 см². раневой поверхности в течение 1-2 сек.) операционной раны в режиме коагуляции.

В 38 случаях выполнена протезная пластика onlay, в 2 случаях- intraabdominalis, в 1 случае – sublay и в 3 операция Лихтенштейна при рецидивной паховой грыже.

У 8 пациентов с кишечными свищами выполнена резекция кишки несущей свищ с анастомозом "бок в бок".

Результаты исследования: Ближайшие результаты лечения оценивались по течению раневого процесса. В 35 случаях заживление раны протекало первичным натяжением. У 4 пациентов наблюдалось нагноение операционной раны, не требующее удаления протеза, в 5 случаях отмечено образование клинически значимых сером.

Выводы: Таким образом, при наличии инфекции в области грыжи и даже кишечных свищей, у пациентов с послеоперационными грыжами, как правило, относящихся к категории "трудных", не является противопоказанием для выполнения протезной пластики. При наличии хронического гнойного процесса герниопластика может быть выполнена с использованием сетчатых имплантатов, и должна проводиться с одновременной ликвидацией очага инфекции со строгим соблюдением мер антимикробной профилактики. Необходимым условием является тщательная подготовка больных включающая санацию свищей, во время операции широкая диссекция тканей несущих лигатурные свищи и абсцессы. Строгий контроль раневого процесса в послеоперационном периоде.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ

Карабаев Х.К., Авазов А.А., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Жумагелдиев Ш.Ш.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Течение тяжелых ожогов (глубокие 20% поверхности тела – п.т. и более) в настоящее время у всех больных сопровождается анемией. Подобное состояние наложило серьезный отпечаток на характер хирургического лечения тяжелообожженных, так как анемия является серьезным противопоказанием для выполнения радикальных некрэктомий, когда интраоперационная кровопотеря нередко достигает 1,5-2 л. Поэтому становится весьма актуальной проблема хирургического лечения тяжелообожженных в условиях анемии (А.А. Алексеев с соавт., 2016; Х.К. Карабаев с соавт., 2017)

Цель работы: оценка эффективности применения способа ускоренной бескровной щадящей подготовки глубоких ожогов к оперативному восстановлению утраченного кожного покрова.

Материал и методы. У 14 больных с ожогами в среднем 25% п.т., (глубоких из них в среднем 18% п.т.) в течение 1-х сут после поступления специальным инструментом на ожоговых струпах наносили множественные микроперфорации диаметром каждая 1-1,5 мм на глубину 0,8-0,9 см в среднем на площади 18% п.т. При возникновении кровотечения из перфорационного отверстия последнее расширялось и выполнялся гемостаз, после чего накладывали повязки, создающие влажную среду в ране (пленка «Бреймендерм»). Степень эффективности способа определяли на основании оценки сроков очищения ран от нежизнеспособных тканей, сроков выполнения 1-го этапа оперативного восстановления утраченного кожного покрова, лабораторных показателей (клинические анализы, белковый состав крови и др.). В группе сравнения некрэктомию начинали выполнять не ранее 7-9 сут после травмы при появлении признаков секвестрации.

Результаты. Применение множественных микроперфораций в ранние сроки в сочетании с влажной средой позволило очистить значительную часть ожоговых ран от нежизнеспособных тканей в сроки 8-11 сут и выполнить свободную пересадку кожи на 15-18 сут (в среднем на 16-е сут) с момента травмы. АДП выполняли при показателях Hb – 104 г/л, эритроцитов – $4,48 \times 10^{12}$ /л, общего белка – 65 г/л. В группе сравнения эти показатели соответственно были на 30-е сут, Hb – 82 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л и общий белок 58 г/л. Приживление аутоотрансплантатов во всех случаях было хорошим.

Выводы. Ускоренная бескровная, щадящая подготовка глубоких ожогов к АДП в сочетании с влажной средой позволяет достигнуть адекватной декомпрессии тканей, улучшить репаративные процессы, добиться очищения ран от нежизнеспособных тканей с минимальной кровопотерей.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХИЛЕЗНОГО ПЕРИТОНИТА
Карабаев Х.К., Тилияков А.Б., Турсунов О.А., Эгамов Б.Т., Захидова С.Х.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Хилезный перитонит возникает как кульминация резко выраженного застоя лимфы (хила) или при повреждении лимфатических сосудов тонкой кишки и ее брыжейки (Д.Д. Зербино, 1974). Впервые хилоперитонеум описал Ронсу в 1692 г. у больной 18 лет, которую лечили пункциями живота. Произведено 22 пункций, но больная скончалась (М.И. Перельман с соавт., 1984).

Цель исследования. Проанализировать диагностику и лечение хилезного асцита у оперированных больных.

Материалы и методы. В январе месяце 2018 г. в Самаркандском филиале РНЦЭМП находилось 3 больных с хилезным перитонитом. Мужчин было 2, в возрасте 24 и 60 лет, из районов Самаркандской области и одна женщина, в возрасте 46 лет, жительница г. Самарканда.

Результаты и их обсуждение. Больным произведена диагностическая лапароскопия, конверсия, лапаротомия. В брюшной полости обнаружено и удалено от 50 до 900 мл жидкости, без запаха, белесоватого цвета (как молоко). При ревизии выявлено, что брыжейки тонкого и толстого кишечника отечные, инфильтрированы беловатой жидкостью, при пальпации наблюдается выделение незначительного количества белесоватой жидкости. Произведена санация и дренирование брюшной полости, в послеоперационном периоде лимфорее не наблюдалось. Больные выписаны через 10 дней в удовлетворительном состоянии.

Биохимические исследование хилезной жидкости было проведено в 2-х случаях. В хилезной жидкости содержалось много нейтрального жира и кристаллов жирных кислот, 32 г/л белка, альбуминов было больше, чем глобулинов, удельный вес составлял 1,041-1,065. При микроскопии выявлено большое количество лимфоцитов. Посев не выявил роста микроорганизмов.

В послеоперационном периоде, больным был рекомендован отказ от приема жидкостей и любой пищи через рот, с переводом на полное парентеральное питание в течении 2-3 дней. Этот метод позволяет добиться «опорожнения» грудного протока и высокоэффективен.

Выводы. Вероятно, возник резкий застой лимфы, а, возможно и разрыв лимфатических сосудов тонкой кишки в связи с созданным изменением внутрибрюшного давления.

ГЕМАНГИОМАЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОСИ
Каримов М.А., Садыков Р.Р.
Андижон Давлат тиббиёт институти.
Тошкент Тиббиёт Академияси

Гемангиома кон томирдан ривожланувчи ўсма бўлиб, тез ўсиш ва атрофидаги соғлом тўкимага трансформацияланиш билан характерланади. Гемангиома 10-20% янги туғилган чақалоқларда учрайди ва 70% ҳолларда юз ва бўйин соҳасида кузатилиб, кўпинча ушбу локализацияда аралаш учрайди. Ҳалқ орасида гемангиома ўзидан – ўзи йўқолиб кетади деган тушунча мавжуд бўлиб, бу ҳолат бор йўғи 15-20% беморларда кузатилади ҳолос. Гемангиома инсон организмни барча аъзоларида учрайди (тери, жигар, суяк, оғиз бўшлиғи ва ҳоказо).

Мавзунинг долзарблиги. Гемангиомани кечки боскичларда даволаш травматик, кўп эпатли бўлиб, 30-40% ҳоллардагина радикал даволанади (Харьков Л.В. С соавт. 2009, Эргашев Ш.Ш. с соавт. 2010, Садиқов 2017). Гемангиомани эрта боскичларда даволаниш куйидагиларга боғлиқ бўлади: Анъаналарга содиқ кутиш ва ҳар хил исмлар билан чақириш (Анора, Тожидин, Нортोजи, Тожинисса...); Кўлланиладиган даво усуллари чақалоқ учун катта травма ҳисобланади; Анъанавий даво турли даражадаги деформациялар ва келлоид чандиқлар кузатилиши. Ҳозирги кунда гемангиомаларни даволашда янги технологиялар ишлаб чиқарилмоқда (Bischoff J., Mulliken J.B., 2011).

Ишнинг мақсади. Гемангиомаларни ФДУ 1 аппарати ёрдамида оғриксиз ва асоратсиз даволаш ҳамда даво самарасини ошириш.

Материаллар ва текшириш услублари. Гемангиома билан оғриган 100 нафар бемор ўрганиб чиқилди. Улардан 22 нафари (22%) ўғил болалар, 78 нафари (78%) қизалоклар. Барча беморларга фотосезгир дори воситаси ичирилади ва фотодинамик терапия билан лазерли деструкция қилинди ва натижалари ўрганиб кичилди.

Хулоса. Фотодинамик терапия актив пролиферацияланган ёки неопластик ҳужайрани фотосезгирлигини активлаш ҳамда турли хил тўлқин тўлқин узунлиқдаги ва энергетик параметрдаги оптик квант нурлар билан танлаб таъсир кўрсатади. Фотореакции натижасида синглет кислород ва эркин радикаллар ҳосил бўлиб, ҳужайра апоптозига олиб келади. Гемангиомалар оғриксиз ва турли хил асоратсиз самарали даволанишга эришилади.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Ашуrow Ш.Э., Нишанов М.Ф.
Ташкентская медицинская академия

Одной из сложных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости является своевременная диагностика тех или иных заболеваний. Особенно этот вопрос остро встает при атипичном течении заболевания. Так, если при некоторых острых хирургических заболеваниях брюшной полости запоздание в установление диагноза на 2-3 часа не оказывает особого влияния на хирургическую тактику, то при перфоративных язвах этот промежуток времени может оказать существенное влияние в плане выбора радикальности оперативного вмешательства.

Учитывая вышеизложенные проблемы, нами разработан алгоритм диагностических мероприятий при подозрении на перфорацию язв гастродуоденальной зоны.

Как известно, классическим признаком перфорации язвы является наличие свободного газа под куполом диафрагмы на обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости. Однако в ряде случаев данный признак не выявляется. В таких случаях после обзорной рентгеноскопии выполняется гастроскопия с нагнетанием в полость желудка большого количества воздуха. Затем повторяется рентгенологическое исследование. При наличии прикрытой перфорации гастродуоденальных язв на повторной рентгеноскопии выявляется наличие свободного газа (первый этап). Однако данный диагностический прием не всегда позволяет выявить рентгенологические признаки заболевания. В таких ситуациях проводится ультразвуковое исследование, при котором выявляется наличие свободной жидкости под печенью, правом боковым канале или малом тазу (второй этап). При отрицательных результатах вышеприведенных инструментальных исследований выполняется ЭГДФС, которая позволяет определить наличие язвенного субстрата и его перфорации (третий этап). Лишь при неэффективности вышеуказанных диагностических приемов выполняется диагностическая лапароскопия (четвертый этап).

Аналогичный диагностический алгоритм нами применен у 61 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии клиники госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета ТМА за период с 2010 по 2018 годы, у которых клиническая картина заболевания была стертой. На первом этапе диагностического алгоритма перфорация язв гастродуоденальной зоны было диагностировано у 19 больных, на втором этапе – у 13, на третьем этапе – у 20 и на четвертом – у 9. Применение данного диагностического алгоритма при перфорациях язв желудка и 12-перстной кишки позволило в 67,2% наблюдениях выполнить радикальную операцию благодаря ранней диагностике заболевания.

Таким образом, предложенный нами алгоритм диагностики перфорации язвы гастродуоденальной зоны позволил в большинстве случаев произвести первичную радикальную операцию благодаря ранней диагностики осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Каримов Ш.И., Ирнарзоров А.А., Рахманов С.У., Асраров У.А.,
Турижанов У.Ж.**

Ташкентская медицинская академия

Цель. Улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) при высоком риске осложнений путем применения гибридных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. За период с 2016 по 2018 г. в отделении сосудистой хирургии 2-ой клиники ТМА на стационарном лечении находились 30 больных (23 мужчин и 7 женщин) с КИНК в возрасте $62 \pm 4,7$ года, которым были выполнены гибридные вмешательства. У 13 обследованных диагностирована хроническая ишемия нижних конечностей III степени по классификации А.В. Покровского, у 16 – IV степени. Средняя продолжительность заболевания – $7 \pm 2,2$ года.

При определении тактики лечения важную роль играли многоэтажность поражения и тяжесть сопутствующей патологии, которые значительно ограничивали выполнение объемных реконструктивных вмешательств на артериях нижних конечностей. Учитывая это, реконструкция бедренной артерии с баллонной дилатацией подвздошных артерий применялась у 14 (42%) больных, реконструкция бедренной артерии со стентированием подвздошных артерий – у 7 (21%). У 9 (27%) пациентов реконструкция бедренной артерии сочеталась с ангиопластикой подколенной артерий и артерий голени.

Результаты. Эффективность гибридных вмешательств оценивалась по регрессу ишемии или купированию болей в покое, увеличению дистанции безболевого ходьбы, заживлению язв и увеличению регионарного систолического давления (РСД) и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

После гибридных вмешательств на подвздошно-бедренном сегменте клинического улучшения в виде купирования болей в покое, грануляционного покрытия язв, первичного заживления ран после малых ампутаций при IV степени ишемии нижних конечностей удалось добиться у 13 (39%) пациентов. Еще у 3 (9%) больных отмечались удовлетворительные результаты лечения после реконструктивной операции в виде отсутствия болей в покое, отказа от обезболивания наркотическими анальгетиками. Высоких ампутаций этим пациентам не потребовалось. При выполнении гибридных операций с ангиопластикой артерий голени удовлетворительные результаты достигнуты у 9 (24%) больных, у 1 (3%) из них в связи с нарастанием ишемии выполнена ампутация на уровне бедра. Исходно ЛПИ у этих пациентов был равен $0,25 \pm 0,05$, на 3-4-е сутки после вмешательств увеличился до $0,65 \pm 0,5$ ($p < 0,05$).

Обсуждение: В раннем послеоперационном периоде у 1 (3%) пациента на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет) развился инфаркт миокарда с летальным исходом. У 1 (3%) больного диагностирован тромбоз места реконструкции, по поводу которого ему выполнена высокая ампутация. Клинические симптомы КИНК, в частности снижение функционального класса ишемии нижних конечностей до IIa-IIб степени, купированы у 24 (72%) больных. Сроки наблюдения составили 8 ± 1 месяца, на протяжении которых сохранялась первичная проходимость.

Вывод. Применение гибридных хирургических вмешательств у больных с КИНК при высоком риске осложнений является эффективным современным методом хирургического лечения больных с многоэтажным

окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей, которое приводит к регрессу ишемии и увеличивает срок сохранности конечности.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время, как и подавляющее большинство хирургов всего мира, мы руководствуемся классификацией ОП, предложенной в Атланте (1992). Преимуществом данной классификации является то, что она четко позволяет определить тактику лечения – при инфицированном панкреонекрозе показано оперативное лечение, при стерильном – консервативная терапия. Однако, представленная классификация не охватывает все многообразие клинических и морфологических признаков, не отражает фазы течения заболевания, что является немаловажной в определении показаний к оперативному лечению при неэффективности консервативной терапии. В данной ситуации наиболее приемлемой является классификация Филина В.И. (1982), согласно которой различают 4 фазы: ферментативную (первые 5 суток с момента заболевания); реактивную (5–14 день заболевания); фаза расправления и секвестрации (после 14 дней) и фаза исходов (выздоровление, формирование кист, стойких свищей, развитие хронического панкреатита и т.д.).

Много вопросов возникают при определении тактики лечения острого билиарного панкреатита (ОБП), в частности, при определении показаний к выполнению рентгеноэндобилиарных вмешательств (РЭВ). На наш взгляд, решение вопроса о показанности РЭВ при ОБП кроется в отсутствии четкой терминологии, указывающей на причину развития данного заболевания. Учитывая этот факт, мы впервые разделили ОБП на две подгруппы: ОБП с нарушением пассажа желчи (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит), при котором РЭВ являются неотъемлемым звеном комплексного лечения и ОБП без нарушения пассажа желчи, при котором РЭВ являются противопоказанием. Критерием диагностики ОБП без нарушения пассажа желчи было наличие клиники ОП и желчекаменной болезни (ЖКБ) при исключении другой причины заболевания.

Проводимые нами в последние годы исследования позволили пересмотреть наши взгляды на понимание морфологических процессов в поджелудочной железе при остром панкреатите и предложить новые подходы в лечении данного заболевания:

1. Мы считаем, целесообразным объединение ферментативной и реактивной фазы, так как объем проводимых лечебных мероприятий в обеих фазах идентичный.

2. Согласно классификации Филина В.И. фаза секвестрации наступает после 14 суток. Однако проведенные нами исследования (МСКТ, морфологические исследования) показали, что наиболее ранний срок наступления данной фазы составляет не менее одного месяца, а в большинстве случаев этот момент наступает не раньше чем через два месяца, что обуславливает необходимость пересмотра существующей тактики в лечении панкреонекроза.

3. Согласно классификации Атланта различают инфицированную форму панкреонекроза, который является показанием к хирургическому лечению (санации, некрэксеквестрэктомии). Однако проведенные нами клинические наблюдения и морфологические исследования позволили нам выделить две формы инфицированного панкреонекроза:

А. Инфильтративная форма, когда при проведении микробиологических исследований после тонкоигольной аспирационной биопсии высевается микрофлора, а проводимые гистологические исследования выявляют инфильтрацию тканей без наличия крупных очагов некроза. В этой фазе целесообразно проведение консервативной терапии.

Б. Секвестрированная форма, когда проводимые микробиологические исследования свидетельствует об инфицировании очага и имеются макроскопические участки некроза. При этой форме необходимо выполнение хирургического вмешательства.

4. При отеке головке поджелудочной железы и наличии билиарной гипертензии необходимо комплекс лечебных мероприятий дополнить наложением чрескожной чреспеченочной холецистостомы.

ИЗУЧЕНИЕ ПУТЕЙ КОМПЕНСАЦИИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Касимов А.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Улучшение диспансеризации глаукомных больных в последние годы в Узбекистане относительно увеличило число больных с начальной стадией заболевания. В то же время, как показали наши исследования, далеко не всегда удается стабилизировать процесс и в этой стадии. Поэтому число больных II-III и даже в IV стадии болезни остается высоким.

Анализ 113 больных глаукомой (154 глаз, из них 71 глаза с открытоугольной формой глаукомы), взятых на учет с I стадией заболевания показал, что за время наблюдения в 22% случаев I стадия открытоугольной глаукомы перешла во II стадию, из них - 26% компенсированном офтальмотонусе.

В связи с этим мы поставили перед собой задачу тщательно проанализировать степень компенсации глаукоматозного процесса у 68 больных на 105 глазах. Все эти больные в возрасте от 45 до 82 лет страдали открытоугольной формой глаукомы, которая была диагностирована в I стадии, и состояли на диспансерном наблюдении в течение 1-3 лет.

При обследовании больных, кроме определения остроты зрения, поля зрения, проводили статическую периметрию, кампиметрию, суточную и двухчасовую тонометрии, тонографию, определяли трофические показатели глаза.

До нашего обследования больные амбулаторно получали местно фотил (58 глаз), пилокарпин (38 глаз), тимолол (9 глаз). Общее лечение нерегулярно получали только 7 человека.

При взятии на учет, зрение было снижено в 60 глазах (почти 60%). Снижение зрения объяснялось сопутствующей катарактой в разных степенях зрелости, в 4 случаях дегенерацией сетчатки. Наблюдения показали, что за 1-3 года острота зрения снизилась в 24 глазах, это также связано с прогрессированием катаракты.

Поле зрения при взятии больных на учет было в пределах нормы. За время наблюдения сужение поля зрения отмечено у 7 больных (8 глаз), то есть I стадия глаукомы перешла во II стадию. При статической периметрии выявлены нарушения в парацентральном поле зрения в 79 глазах (49 больных). За время наблюдения повышение внутриглазного давления до 28,0-34,0 мм рт. ст. было в 30 глазах (26 больных). Нарушение оттока водянистой влаги - 51 глазах, из них - 15 глазах этот показатель продолжал ухудшаться.

С целью выяснения причин некомпенсации процесса у ряда больных мы интересовались состоянием внутриглазного кровообращения. Результаты исследования трофического коэффициента по В. К. Скрипке показали нарушение обмена в глазу у 67% (71 глаз) больных глаукомой.

Нарушения гемодинамики глаза в I стадии открытоугольной глаукомы выявлены и с помощью других методов исследования. Так, офтальмомодинаметрия показала снижение градиента давления в 22% (23 глаза), и показатель трофики по Т. В. Шлопак был нарушен в 47% (49 глаз) случаев.

Таким образом, наши исследования показали, что I стадия ОУГ при диспансерном наблюдении требует более тщательного обследования больных, не ограничивающегося только определением функций глаза и внутриглазного давления. Частое обнаружение при этой стадии заболевания парацентральных скотом, нарушения трофики глаза требует в ряде случаев изменения режима местного лечения, включения комплекса общего патогенетического лечения, особенно у лиц пожилого возраста и при сопутствующих заболеваниях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОЙ СИНУСОТРАБЕКУЛОИРИДЭКТОМИИ И ФИСТУЛИЗИРУЮЩЕЙ ИРИДОЦИКЛОРЕТРАКЦИИ

Касимов А.К.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время предложено большое количество различных модификаций антиглаукоматозных операций. Приводятся благоприятные данные относительно гипотензивного эффекта и динамики зрительных функций в послеоперационном периоде. Однако, по данным различных авторов в ближайшие сроки после операции нормализация офтальмотонуса отсутствовала в 4-7% и ухудшение зрительных функций отмечалось в 9-15% случаев. В отдаленные сроки эти цифры относительно возрастали.

Цель изучения гипотензивного эффекта и динамики зрительных функций после клапанной синусотрабекулоиридэктомии и фистулизирующей иридоциклоретракции.

Материалом для данного анализа послужили 68 антиглаукоматозные операции, произведенные 52 больным в клинике АГМИ. Открытоугольная глаукома наблюдалась у 27 больных, закрытоугольная - у 25 больных. Распределение по стадиям заболевания: начальная - 12, развитая - 41 и далеко зашедшая стадия - 15 человек. Глаукома с умеренно повышенным внутриглазным давлением отмечена у 45 больных, с высоким внутриглазным давлением - у 23. Средний возраст оперированных 52±9 лет, с чем связана высокая частота гипертонической болезни и сахарного диабета у этих больных. Клапанная синусотрабекулоиридэктомия произведена - 50 глазах и фистулизирующая иридоциклоретракция - 18 глазах. Отдаленные результаты прослежены в течение 3 лет.

Успех антиглаукоматозной операции в большой мере зависит от правильности выбора оперативного вмешательства. В связи с этим показанием для фистулизирующей иридоциклоретракции явились случаи с блокадой угла корнем радужной оболочки. Клапанная синусотрабекулоиридэктомия производилась при открытоугольной глаукоме. Учитывая, что результаты указанных выше операций (послеоперационные осложнения, гипотензивный эффект, динамика зрительных функций) приблизительно одинаковы, их анализ проводится совместно. Нормализация офтальмотонуса в ближайшие сроки после операции отмечена в 97%, через 6 месяцев в 85%, без миотиков и в 8% с миотиками. У 3 больных выявлено повышение офтальмотонуса и отсутствовала фильтрационная подушка вследствие рубцевания в области наружной фистулы. У 2 больных закрытоугольной глаукомой причиной отсутствия компенсации офтальмотонуса было рубцевание щели между двумя склеральными полосками в углу передней камеры. Немаловажную роль играет предоперационное снижение офтальмотонуса (гипотензивная терапия и периодический массаж глазного яблока).

Таким образом, анализируя результаты клапанной синусотрабекулоиридэктомии и фистулизирующей иридоциклоретракции в ближайшие и отдаленные сроки, можно отметить удовлетворительный гипотензивный эффект и положительную динамику зрительных функций.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПОЛОСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Касимов А.Л., Ниязов У.О., Тургунова Д.А., Салиев Г.З., Мансуров Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на достигнутые успехи в хирургии эхинококкоза печени (ЭП) диагностика и лечение остается сложной проблемой. Важной проблемой является поиск новых способов эффективной антисептической и антипаразитарной обработки остаточной полости и фиброзной капсулы кисты с целью обеззараживания зародышевых элементов паразита во время эхинококкэктомии (ЭЭ).

В качестве сколикоцидных средств были испытаны различные бактерицидные, бактериостатические и противопаразитарные препараты: 2-5% настойка йода, раствор фурацилина(1:5000), реванола(1:1000), 1-15% водные и глицериновые растворы формалина, 1% диоксида, различные антибиотики и другие.

Большинство из них не получило широкого практического применения, вследствие низкой противопаразитарной активности и токсичности. Все это обуславливает актуальность настоящей проблемы, что и явилось поводом к проведению данного исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 47 больных рецидивным ЭП, оперированных на базе кафедры общей и ВПХ АГМИ и в хирургических клиниках РНЦЭМП Андиганского филиала за период с 2012-2017 гг. В первую контрольную группу вошли 22(46,8%) больные, лечившихся в период с 2012-2015 гг, до внедрения новых технологий и которым были применены стандартный подход в диагностике и лечения. Во вторую (основную группу) были включены 25(53,2%) обследованных за период с 2015-2017 гг, больных рецидивным ЭП, когда стали предпринимать оптимизированные методы диагностики и лечения. В нашем исследовании мужчины составили 19(40,4%), а женщины 28 (59,6%) больных. Наибольшее количество больных 23(48,9%) было в молодом возрасте (25-45 л), в зрелой группе (46-59л) – 7 (14,9%) больных, в юношеской (18-24 л) – 14(29,8%) и в группе лиц пожилого возраста (60-74 л)-3(6,4 %) больных.

При рецидивах эхинококкоза чаще выявлялись паразитарные кисты диаметром до 10 см(63,3 %) и реже кисты диаметром 20см и более(28,1%). Из 47 больного с рецидивами эхинококкоза 1 рецидив заболевания наблюдался у 26 больных (53,3%), 2 рецидива- у 12(25,5%) и более 2 рецидивов- у 9(19,1%). Всем поступившим больным производилось комплекс клинических, лабораторных, инструментальных исследований(рентгенография грудной клетки, УЗИ, КТ, МРТ и др.). Из 22 больных рецидивным ЭП контрольной группы различные варианты закрытой ЭЭ печени использованы у 7, открытая ЭЭ у 8 больных, полузакрытая у 7. 25 больным рецидивным ЭП основной группы различные варианты закрытой ЭЭ использованы у 12, открытая ЭЭ у 6 больных, полузакрытая у 7 больных. После лапаротомии и ревизии органов брюшной полости в основной группе больных вокруг кисты укладывали марлевые салфетки пропитанные теплым раствором декасана, производили пункцию, аспирировали содержимое кисты, после чего полость заполнялась теплым раствором 0,02 % декасана с экспозицией 5-8 мин., затем после эвакуации гермицида вскрывали фиброзную капсулу и определяли целостность хитиновой оболочки с последующим ее удалением. Полость фиброзной капсулы дополнительно обрабатывалась декасаном в течении 4-5 мин.

В контрольной группе нами был использован в качестве обеззараживания полости фиброзной капсулы 30 % гипертонический раствор. До и после обеззараживания полости фиброзной капсулы во время ЭЭ нами бралась содержимое кисты для проведения цитологического исследования. Исследуя действия декасана на плодородные элементы эхинококка сравнивали его действия с 30% гипертоническим раствором.

Декасан-это дезинфицирующее, антисептическое, антимикробное, противогрибковое средство. Цитологическое исследования позволяли судить и оценить эффективность метода обеззараживания. Исследования показали что использование 0,02 % раствора декасана на 3-5 минуте оказывало губительное действие на сколексы и при экспозиции через 5 минут выявлено 90-100 % погибших сколексов, в то время как при применении 30 % гипертонического раствора в те же сроки экспозиции удалось достичь 75-80% гибели сколексов.

Таким образом, 0,02 % декасана по своему сколексоцидному действию не уступало 30% гипертоническому раствору, что и явилось для широкого использования 0,02 % раствора декасана для обеззараживания полости фиброзной капсулы во время эхинококкэктомии печени.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПОЛОСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.

**Касимов А.Л., Мусашайхов Х.Т., Ниязов У.О., Тургунова Д.А., Салиев Г.З., Мансуров Ш.Ш.
Андиганский государственный медицинский институт**

Эхинококкоз тяжелое паразитарное заболевание, которое до настоящего времени остается серьезной медицинской проблемой. Несмотря на значительные достижения в хирургии печени, внедрение новых технических средств при выполнении операции, частота осложнений и рецидивов уменьшилась незначительно. Лечение эхинококкоза в основном оперативное и одним из важнейшим этапом хирургического лечения является обеззараживание плодородных элементов паразита.

К настоящему времени предложено большое число медикаментозных средств и физических факторов, но одни из них токсичны, другие обладают слабым антипаразитарным действием (Ю.Г. Старков и соавт., 2006., В.С. Пантелеев и соавт., 2009). Все исследователи при изучении эффективности средств определяли гибель сколексов в содержимом кисты и полости фиброзной капсулы после ее обработки, (Д.К. Капиева, 2015), но и они носят противоречивый характер. В связи с этим в настоящее время необходим поиск таких сколексоцидных препаратов, которые могли бы достичь максимальной гибели плодородных элементов. Учитывая изложенное в данной исследовательской работе предусматривалось определение сколексоцидного действия препарата декасана на плодородные элементы эхинококка.

Целью нашего исследования явилось обоснование эффективности препарата декасана для обеззараживания плодородных элементов эхинококка. Под наблюдением находилось 47 больных, оперированных в хирургических отделениях клиники АГМИ с 2012-2017гг., по поводу рецидивного эхинококкоза печени. Нами были выделены две группы: первая это были больные, у которых для обеззараживания плодородных элементов эхинококка использован гипертонический раствор хлорида натрия (30%) – 22 человек и данная группа служила контролем. Вторая группа это больные у которых использовали препарат декасан-основная группа 25 человек. Из 47 обследованных, женщин было 28 (59,6%) и мужчин 19(40,4%). Методики исследования: помимо общеклинических методов исследования (общий анализ крови и мочи, АЛТ, АСТ, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, проводилось УЗИ, КТ, МРТ.

Специальным разделом исследований явилось цитология содержимого кист на наличие сколексов и определение сроков гибели зародышевых элементов под влиянием обеззараживающих средств. С учетом принципов апаразитарности осуществляли пункцию эхинококковой кисты толстой иглой, эвакуировали содержимое электроотсосом. Содержимое кисты до и после обеззараживания подвергали к цитологическому исследованию. Цитологические исследования проводились в клинической лаборатории АГМИ, препараты окрашивались гематоксилином и эозином, а также по Ван Гизону. Препараты просматривались на микроскопе СМ001 CYANS core SN 101350 с диапазоном увеличений 10x1500. Исследуя действие декасана на плодоносные элементы эхинококка, сравнивали это действие с гипертоническим раствором. Декасан это современное дезинфицирующее, антисептическое средство, бесцветная прозрачная, жидкость и обладает антимикробным, противогрибковым воздействием.

В момент операции у больных с рецидивным эхинококкозом печени с соблюдением апаразитарности и антипаразитарности пунктировали кисту, брали ее содержимое и исследовали *in vitro* до и после обеззараживания полости фиброзной капсулы 0,02% раствором декасана и 30% гипертоническим раствором. Выполняли цитологические исследования по определению жизнеспособности сколексов и их окрашиванию в бурый цвет 1,0% водным раствором эозина. Эта методика позволяло судить эффективность метода обеззараживания.

Проведенные цитологические исследования содержимого кисты до и после обеззараживания показали, что использования 0,02% раствора декасана уже на 3-5 минуте оказывало губительное действие на сколексы и при экспозиции через 5 минут выявлено 90-100% погибших сколексов. Это картина выразалось, тем, что вторичные элементы эхинококка были неподвижными, интенсивно окрашивались в бурый цвет, отсутствовали крючья, внутренняя их структура не дифференцировалась. При применении 30% гипертонического раствора наблюдалось, что после обеззараживания через 5-8 минут выявлено 75-80% погибших сколексов, которые оставались малоподвижными и окрашивались в бурый цвет.

Таким образом, наши цитологические исследования по определению действия декасана показали, что этот препарат по своему сколексоцидному действию не уступает гипертоническому раствору, что и явилось основанием для широкого использования данного препарата.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.

**Касимов К.К. Ш.Р.Хусанов., Каримова З.Х., Касимов Х.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность данной проблемы является в том, что рост транспортного движения, бурный расцвет технического прогресса привели к увеличению черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Рост черепно-мозговой травмы в среднем каждый год растет на 2,5%. . Одной из частых причин повреждения звукового анализатора в современных условиях является черепно-мозговая травма.

Цель работы: Определить функциональное состояние слухового анализатора у больных в остром периоде черепно-мозговой травмы и определить эффективность вакуумной и гирудотерапии для предотвращения развития посттравматической НСТ.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 24 больных в возрасте от 14 до 65 лет. Длительность заболевания от 2 до 10 дней.

Среди них мужчин было 17, женщин – 7, преобладали дети в возрасте от 7 до 12 лет. Чаще страдали мужчины (17 из 24).

При постановке диагнозов ЧМТ и сенсоневрального нарушения слуха придерживались МКБ-10, а степень потери слуха оценивали согласно Международной классификации нарушений слуха, предложенной ВОЗ в 1997 году.

Обследуемые нами больные находились в нейрохирургических отделениях под постоянным контролем нейрохирурга. Помимо общеклинических (общий анализ крови и мочи, биохимические исследования) исследований, параллельно проводили нейрохирургические обследования (R графия и КТ черепа, состояние неврологического статуса), обязательно консультировались у терапевта, невропатолога, окулиста и других специалистов. В момент поступления в клинику производился общий оториноларингологический осмотр. Среди обследованных больных легкая черепно-мозговая травма наблюдалась при сотрясении и ушибе мозга легкой степени. Характер травмы: транспортная у-89%, бытовая у-9% и у 2% разные. По шкале комы Глазго легкую черепно-мозговую травму оценивались в 13-15 баллов.

Аудиологическое обследование включало регистрацию наличия шума в ушах и описания ее характера, результаты восприятия шепотной и разговорной речи, камертональных исследований, включавших латерализационную пробу Вебера, опыты Федеричи, Ринне, Швабаха, определения проходимости слуховых труб.

Пороговая аудиометрия по общепринятой методике на клиническом аудиометре МА-31 (Германия), откалиброванном по стандарту ISO – 64.

У больных, включённых в разработку, были исключены заболевания наружного и среднего уха, которые могли исказить истинную картину состояния слухового анализатора в момент обследования. Нарушения слуха выявлены у 46,4% больных.

Результаты исследования: Лечение направленное на восстановление поврежденной функции слуховой системы в результате сотрясения головного мозга проводили комплексно с нейрохирургами с первых дней травмы. Основное направление в лечении было на улучшение кровообращения внутреннего уха.

В острой стадии нейросенсорной тугоухости после черепно-мозговой травмы в течение 2—3 недель больные соблюдали строгий постельный режим. Им назначали противовоспалительную терапию (антибиотики широкого спектра действия), дегидратационные, дезинтоксикационные и антигистаминные препараты, а также

средства, повышающие энергетические ресурсы в клетках. В соответствии с показателями артериального давления и данными РЭГ вводили сосудоактивные средства. У отдельных лиц по неврологическим показаниям производили спинномозговую пункцию. Через 4—6 нед назначали рассасывающую терапию, биостимуляторы и препараты антихолинэстеразного действия. Для повышения действия назначаемых лекарственных препаратов, улучшения артериального и венозного кровообращения и мобилизации собственных внутренних саногенетических механизмов нами применен вакуумный массаж в сочетании с гирудотерапией.

Уже после двух сеансов гирудовакуумной терапии у 82% больных исчез шум в ушах, у 79% больных восстановилась острота слуха. После окончания курса лечебных процедур повторно изучалась слуховая функция. Шум в ушах прекратился у всех обследованных и восстановление остроты слуха отмечено у 89,0% больных. У тех больных у которых после первого курса сохранялось снижение слуха, через месяц проведен повторный курс гирудо-вакуумтерапии, после чего полностью восстановился слух. В последующем эти дети в течение года периодически обследовались у оториноларинголога и при необходимости проводили повторный курс лечения.

Выводы:

1. Черепно-мозговая травма с сотрясением головного мозга приводит к нарушениям слухового анализатора у 46,4% больных.
2. Независимо от тяжести черепно-мозговой травмы у всех больных впервые дни необходимо исследовать слуховую функцию уха.
3. Своевременно проводимое комплексное лечение вакуумный точечный массаж и гирудотерапия предотвращает развитие вторичных посттравматических кохлео-вестибулярных нарушений.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПАЛЬЦЕВ ПРИ ТРАВМАХ КИСТИ

Касимов У.А., Гафуров З.К., Усмонов А.К., Низамиддинов Д.Р.

**Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
торакососудистое отделение**

Травмы кисти и пальцев занимают особое место среди других травм опорно-двигательного аппарата, что связано с важнейшей ролью кисти в бытовой и производственной деятельности человека. По данным различных авторов, удельный вес повреждений кисти составляют 25-60% от всех травм опорно-двигательного аппарата и до 40-43% всех обращений в ЛПУ [Волкова А.М., 1991; Корнилов Н.В. и соавт., 1994].

Травмы и ранения кисти нередко сопровождаются потерей кожного покрова, при том что показания к восстановлению целостности его составляют около половины всех случаев. На кисти, как ни на одном участке тела человека, для нормальной функции необходимо наличие полноценного кожного покрова и возможность восстановления целостности кожи зависит от проведения реконструктивных операций на кисти (Alvarez Jorge A., 2006)

Все виды кожной пластики можно разделить на два способа:

- 1) Свободная кожная пластика;
- 2) Несвободная кожная пластика.

За период с 2006 по 2015 годы в торако-сосудистом отделении Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи пролечено 208 пациентов с различными травмами кисти сопровождавшимися потерей кожного покрова той или иной степени. Лиц мужского пола было 148, женского 60.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 20 лет - 38, до 30 лет - 96, до 40 лет - 64 и более 40 лет - 10 пациентов, как видно из вышеизложенного практически все пациенты находились в наиболее трудоспособном возрасте.

По времени с момента травмы и до поступления в стационар: до 1 часа - 156 пациентов, до 3-х часов - 31 пациент, до суток - 12 и 9 больных поступили с более, чем суточной давностью.

Локализация травмы на правой кисти составила 100 случаев, на левой - 108 наблюдений. При этом повреждение большого пальца в 56 случаях, указательного - 98 наблюдений и в 54 наблюдениях отмечено повреждение среднего пальца.

Во всех случаях целостность кожного покрова восстановлена путем несвободной кожной пластики, причем источником пластического материала в 79 случаях послужил соседний палец и в 129 наблюдениях ладонная поверхность соответствующей кисти.

В 2 случаях наблюдались осложнения: в 1-ом наблюдении некроз лоскута (у пациента, страдающего сахарным диабетом), в другом случае у пациента с ладонной пластикой, находящегося на амбулаторном наблюдении по месту жительства имело место случайный отрыв дефектной поверхности пальца от площадки.

Во всех остальных 206 случаях заживление первичным натяжением, с достижением хороших функциональных и косметических результатов.

Таким образом, операцией выбора при травмах кисти сопровождающихся дефектом кожных покровов пальцев, является несвободная кожная пластика, с закрытием раны площадкой кожи ладонной поверхности кисти или прилежащими пальцами.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Касимова Ш., Каримов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Физиологические изменения, происходящие во время беременности, в частности, набухание слизистой оболочки бронхов, высокое стояние и ограничение движения диафрагмы затрудняют отхождение мокроты. Эти обстоятельства создают благоприятные условия для затяжного течения острого бронхита у беременных. Бронхит чаще всего развивается вследствие инфекционного, и в частности, вирусного поражения и

нередко сочетается с ларингитом и трахеитом.

Обычно на течение беременности острый бронхит не оказывает влияния, однако при его затяжном течении возможно развитие внутриутробного инфицирования плода. В этой связи необходимо лечение заболевания уже на ранних стадиях его развития. Лечение бронхита заключается в борьбе с интоксикацией и восстановлении нарушенной функции бронхов. В этом случае больным назначают питье: горячий чай с медом и лимоном, молоко с содой или со щелочной минеральной водой, липовый чай, отвары чабреца, термопсиса, мать-и-мачехи. Возможно применение отхаркивающих и муколитических средств (бромгексин, бисольвон), а также противокашлевых средств (либексин, глаувент). При осложненном и затяжном течении бронхита, которое сопровождается развитием гнойных процессов, необходимо проведение антибактериальной терапии: со II триместра могут применяться полусинтетические пенициллины, цефалоспорины. При выявлении признаков внутриутробной инфекции применяют максимальные терапевтические дозы препаратов с целью создания необходимой лечебной концентрации антибиотиков в крови плода и околоплодных водах.

Цель исследования: изучить современные методы исследования беременных с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы обследовали 30 беременных пациентов с диагнозом бронхиальной астмы.

Результаты исследования: беременные, страдающие бронхиальной астмой, должны находиться на диспансерном учете у терапевта в женской консультации. В ранние сроки беременности показана госпитализация больной в терапевтический стационар для ее обследования и решения вопроса о сохранении беременности. Последующее наблюдение за беременной осуществляется совместно с терапевтом. При ухудшении состояния больной требуется срочная госпитализация при любых сроках беременности. Обязательна госпитализация в стационар за 2-3 недели до родов для обследования и подготовки к родоразрешению.

Больные бронхиальной астмой рожают обычно через естественные родовые пути при доношенной беременности. В том случае, если состояние пациентки ухудшается, лечение неэффективно, появляются симптомы легочно-сердечной недостаточности, показано досрочное родоразрешение. Тяжелая дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, аномальная родовая деятельность, гипоксия плода служат показаниями для родоразрешения путем кесарева сечения. В раннем послеродовом периоде у женщины, страдающей бронхиальной астмой, возможно развитие кровотечения. Послеродовой период нередко сопровождается гнойно-воспалительными осложнениями. У 15% рожениц наблюдается обострение бронхиальной астмы.

Вывод. Обычно на течение беременности острый бронхит не оказывает влияния, однако при его затяжном течении возможно развитие внутриутробного инфицирования плода. В этой связи необходимо лечение заболевания уже на ранних стадиях его развития.

Более неблагоприятное влияние на течение беременности, родов и состояние плода оказывает хронический обструктивный бронхит. При появлении признаков бронхообструкции, сопровождающейся латентной дыхательной недостаточностью, беременность переносится труднее.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПНЕВМОНИЕЙ

Касимова Ш., Каримов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Болезни органов дыхания встречаются с одинаковой частотой как у беременных, так и небеременных женщин, и обычно не препятствуют зачатию. Возникающие анатомические и физиологические изменения во время беременности, родов и послеродовом периоде, в определенной мере, влияют и на дыхательную систему.

Цель исследования: изучить современные клинические особенности и методы лечения пневмонии у беременных.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач мы обследовали 20 беременных пациентов с диагнозом заболеваниями верхних дыхательных путей.

Результаты исследования. Пневмония - это инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной природы. Заболеваемость пневмонией среди беременных составляет 0,12%. Чаще всего (92%) она встречается во II и III триместрах беременности. Пневмония у беременных протекает более тяжело, что обусловлено рядом особенностей, связанных с беременностью, а именно: с высоким стоянием диафрагмы, ограничивающим движение легких, с дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Возбудителями пневмонии чаще всего являются ассоциации таких микроорганизмов как: пневмококк, гемофильная палочка, а также клебсиелла, золотистый стафилококк, нейссерия, грамотрицательные энтеробактерии. В целом ряде случаев возбудителями пневмонии бывают хламидии, микоплазма, легионелла, риккетсии.

Клинические проявления пневмонии у беременных могут носить стертый характер, напоминая острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), и характеризуются умеренным кашлем и незначительной одышкой. При отсутствии должного внимания и лечения это влечет за собой тяжелое и затяжное течение пневмонии. В ряде случаев в качестве осложнений в подобной ситуации может быть формирование абсцесса.

При лечении пневмонии у беременных применяют антибиотики - пенициллины или цефалоспорины I и II поколения. При пневмонии средней степени тяжести необходима госпитализация в стационар. При этом в рамках антибактериальной терапии назначают полусинтетические пенициллины или цефалоспорины второй генерации. Лечение тяжелой пневмонии проводят с применением цефалоспоринов III поколения в сочетании с макролидами. Назначение отхаркивающих средств, а также применение банок, горчичников, ингаляций проводят при наличии кашля, болях в горле. Целесообразно проведение жаропонижающей и дезинтоксикационной терапии. При тяжелом течении заболевания вопрос о пролонгировании беременности решается индивидуально. Тяжелое течение пневмонии с выраженной дыхательной недостаточностью при

Вывод. Лечение заболеваний органов дыхания у беременных является далеко не простой задачей, т. к. некоторые обычно используемые лекарственные препараты могут отрицательно влиять на беременность, проникая через плацентарный барьер, неблагоприятно воздействуя на плод.

Одним из нередких симптомов, обращающих на себя внимание, является одышка.

Во время беременности она обычно возникает вследствие действия механических, биохимических и гемодинамических факторов. К 12-й неделе беременности более чем у 20 % женщин она появляется во время отдыха, у 2 / 3 — из-за напряжения. Частота одышки увеличивается с 15 % в первом триместре до 50 % к 19-й неделе и до 75 % к 31-й неделе беременности.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЛЕГОЧНЫМИ ЭМБОЛИЯМИ **Касимова Ш., Каримов А.Х.**

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Легочная эмболия – редкое осложнение при беременности, возникает во время раннего послеродового периода, особенно, после тяжелых родов и послеродовом кровотечении. Венозный тромбоз наблюдается в 0,29 случаях из 41. При обследовании большого числа беременных женщин был обнаружен поверхностный флебит у 12 из 32 и глубокий флебит у 2 из 10.

Цель исследования: изучить современные клинические особенности и методы лечения гнойно - воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у беременных.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы обследовали 41 беременных пациентов с диагнозами заболевания верхних дыхательных путей .

Результаты исследования: Во время пред- и послеродового периодов случаи тромбофлебита выявлялись у 1 из 19 пациенток и 1 из 22 соответственно.

Более, чем 75% случаев флебита были обнаружены в первый месяц после родов, особенно, в первые 3 дня. Вены икроножной области были поражены в 50 % случаев. Легочная эмболия была выявлена у 0.4 из 10 пациенток (13 из 32 беременных) и 10 из этих случаев имели место в первый месяц послеродового периода.

Рост случаев легочной эмболии также возрастал в первом триместре.

Изменение V фактора Лейдена, которая ведет к активации устойчивости белка С, вызывает тромбофлебит и легочную эмболию во время беременности или во время использования оральных контрацептивов.

У 10 из 50 исследуемых женщин с глубоким венозным тромбозом и/или с легочной эмболией была обнаружена активация устойчивости белка С из-за V фактора. В первом триместре случаи глубокого венозного тромбоза и легочной эмболии выявлялись у 6 из 10 женщин с изменением и у 3 из 40 без него. Антифосфолипидный синдром является еще одной причиной возникновения коагулопатии, из-за которой возникает тромбофлебит и легочная эмболия во время беременности. Известный как волчаночный антикоагулянтный синдром или антикардиолипидный синдром, антифосфолипидный синдром характеризуется присутствием антифосфолипидных антител в сыворотке крови.

Вывод: акушерские осложнения, вызванные этим синдромом, включают самопроизвольные аборты, внутриутробную гибель плода, внутриутробную задержку развития плода, преждевременные роды, эклампсию, отслойку плаценты.

Производные кумарина, в отличие от гепарина, проникают в плаценту и могут вызвать кровоизлияния у плода, врожденные пороки развития, а также увеличить перинатальную смертность до 18%. Лечение тромбофлебита или легочной эмболии должно начинаться с введения гепарина внутривенно и кумарина после первого триместра. Кумарин должен быть заменен на гепарин на 37 неделе беременности. Все антикоагулянты отменяются с началом родов и до 6 часов после них. Введение гепарина и кумарина должно быть продолжено с согласия пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЁННЫ

Касимходжаев М.И., Эшонхужаев К.О., Уринов Ж.З., Джураев А.М., Давлатов Б.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Врожденные заболевания ОДА всё ещё остаются одним из тяжелых пороков современного общества приносящие страдания как родителям так и детям, из острых проблем врожденных заболеваний ОДА для нашей республики является врожденные вывихи бедра (ВВБ).

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение возможности клинической диагностики ВВБ в первые дни жизни ребенка.

Материалы и методы исследования. Настоящее сообщение посвящено ретроспективному изучению клинического течения и ортопедического обследования 1400 новорожденных детей за последние шесть лет (с 2013 по 2017гг) в травматолого-ортопедическом отделении Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра (АОДММЦ). Из них от 1 дня до 7 дней (ранний период новорожденных - перинатальный период) – 771 (55,1%) детей, от 8 дней до 28 дней – 629 (44,9%) (поздний период новорожденных). Мальчики составили – 780 (55,7%), девочки – 620 (44,3%).

С целью возможности клинической диагностики ВВБ в первые дни жизни ребенка, у которых были выявлены ограничения движений или какие то другие признаки патологии в тазобедренных суставах (ТБС), согласно протоколу обследования было выполнено целенаправленные исследования: 1. определение объема пассивного ограничения отведения в ТБС, который выявлен у 136 (9,7%); 2. выявление асимметрии кожных складок на нижних конечностях, которые выявлены у 47 (34,6%) ; 3. определение относительного укорочения и наличия наружной ротации нижней конечности, которые выявлены у 52 (38,2%); 4. определение наличия симптома «соскальзывания», который выявлен у 78 (57,4%).

Результаты и обсуждения: Протокол ортопедического обследования всех новорожденных начинался с определения объема пассивного ограничения отведения (ПОО) в ТБС выявленный у 136 (9,7%) новорожденных. Нами особо тщательно проводилась сравнительное обследование кожных складок, которые позволяли выявить наличие асимметрии кожных складок (АКС) на бедре и ягодицах, выявленных у 47 (34,6%) новорожденных. Характеристиками АКС являлись различие уровней локализации, неравномерное их число, глубина складок и их проксимальное расположение. Признаком наличия АКС, так же считалось и отсутствие складок на бедре и ягодицах. При осмотре 52 (38,2%) новорожденных в период от 3-9 недель отроду выявлен симптом относительного укорочения (ОУ) и наличия наружной ротации (НР) нижней конечности. Анализ обследования 78 (57,4%) новорожденных с выявленным симптомом «соскальзывания» показал, данный симптом является самым ранним признаком ВВБ, которых диагностируется уже в первые часы после рождения ребенка и сохраняется на всем промежутке перинатального периода.

Согласно нашим рекомендациям лечение в течение первой недели ограничивалось применением широкого пеленания, которое начинается в родильном доме и является вполне достаточным. Этим достигается постоянная правильная центрация головки бедра во впадение, что способствует сокращению растянутой капсулы сустава и исчезновению симптома соскальзывания. Методов жесткой фиксации у новорожденных мы не применяем. Ошибочным считается при установлении ВВБ лечение проводить только широким пеленанием или отводящими прокладками типа подушки Фрейка. Начиная со второй недели рекомендовали использование отводящей прокладки и носочков с лямками (типа стремян Павлика), что приводит к сгибанию бедер под углом 90° и отведение на 70-80°, а это вою очередь обеспечивает необходимое положение Лоренц-I.

Таким образом, на основании клинического наблюдения новорожденных с ВВБ, у которых были выявлены ограничения движений в ТБС сущность лечения заключался в обеспечение постоянной правильной центрации головки бедра, что способствует сокращению растянутой капсулы сустава и исчезновению выше описанных симптомов.

Выводы: 1. Правильная интерпретация выявляемых симптомов у новорожденных в первые 5-10 дней жизни ребенка имеют решающее значение в исходе конкретной врожденной патологии. 2. Ранняя диагностика и адекватное лечение ВВБ у новорожденных позволяет достигнуть хороших результатов уже к 3-4 месяцам их жизни, что подтверждаются рентгенологическими методами исследования.

ДИНАМИКА ФЕНОТИПА МОНОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Моноциты играют важную роль в защите организма человека от различных антигенов, в том числе аллергенов. Моноциты периферической крови обладают способностью проникать через сосудистую стенку и мигрировать в ткани, где фагоцитируют антигены (аллергены), после чего мигрируют в региональные лимфоузлы и представляют антиген иммунокомпетентным клеткам (Т- и/или В-лимфоцитам) с последующим развитием гуморального и/или клеточного иммунного ответа. Поэтому представляет интерес исследование моноцитов в разные периоды аллергических заболеваний.

Цель исследования состояла в изучении особенностей фенотипа моноцитов с помощью проточной цитометрии у детей с бронхиальной астмой в период обострения и ремиссии.

Материалы и методы. Обследовано 14 детей в возрасте от 10 до 15 лет с атопической бронхиальной астмой (у всех детей с помощью кожных проб выявлена бытовая сенсибилизация). При обследовании использовались клинические и аллергологические методы обследования, а также изучался фенотип моноцитов периферической крови с помощью проточной цитометрии в период обострения заболевания и в период ремиссии (по истечении не менее 2 месяцев после последнего обострения). Контрольную группу составили 10 детей такого же возраста без аллергических заболеваний.

Результаты. В период обострения бронхиальной астмы на моноцитах значительно повышалась экспрессия молекул адгезии моноцитов—CD11 по сравнению с периодом ремиссии, а также по сравнению с контрольной группой. В то же время, при изучении экспрессии высокоаффинных рецепторов kIgE (FcεR1) на субпопуляции моноцитов CD14 (high) CD16 (dim) выявлено снижение экспрессии этих рецепторов в период обострения бронхиальной астмы по сравнению с периодом ремиссии и по сравнению со здоровыми донорами.

Заключение. В период обострения бронхиальной астмы повышается экспрессия молекул адгезии и снижается экспрессия высокоаффинных рецепторов для IgE по сравнению с периодом ремиссии и по сравнению с детьми без аллергических заболеваний, что может свидетельствовать о важной роли моноцитов в патогенезе аллергического воспаления при бронхиальной астме.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА P53 НА ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – это хроническое заболевание суставов у детей мультифакторной природы, которое характеризуется длительным прогрессирующим течением, приводящее к развитию контрактур и потери функции суставов. В основе заболевания лежит хронический воспалительный процесс. Клиническая гетерогенность ЮИА определяется мультифакторной природой заболевания и развивается на основе генетической предрасположенности под воздействием внешних факторов среды. В настоящее время активно

изучаются молекулярные основы развития и поддержания хронического воспаления в суставе. Снижение чувствительности клеток к P53-зависимому пути апоптоза возможно является одним из ключевых механизмов, нарушения которых приводят к поддержанию хронического воспаления.

Цель: изучить особенности распределения частот аллелей и генотипов олиморфизмов Arg72Pro, ins/del 16bp, G13964C гена P53 и их влияние на характер течения и исходы ЮИА.

Материалы и методы: в исследовании включено 126 детей с картиной ЮИА, которые соответствовали критериям ILAR. Контрольную группу составили 60 здоровых детей. Использовались результаты клинического инструментального и лабораторного методов обследования. Анализ полиморфизмов гена P53 проводился методом ПЦР-ПДРФ анализа.

Результаты исследования и обсуждение: не выявлено статистически значимых различий характера распределения аллелей и генотипов изученных полиморфизмов гена P53 у детей с ЮИА и контрольной группы ($p > 0,05$). Анализ распределения аллелей и генотипов полиморфизма Arg72Pro у девочек с «активным» олигоартритом с дебютом в раннем возрасте и «активным» полиартритом в сравнении с клинико-медикаментозной ремиссией выявил значимое преобладание генотипов, содержащих аллель 72Pro ($p < 0,01$). Аналогичных различий в группах мальчиков выявлено не было.

Влияние интронных полиморфизмов на течение и исход ЮИА не доказано. Девочки с олигоартритом раннего возраста и полиартритом с генотипами, содержащими три и более минорных полиморфных варианта 72Pro, ins16bp, 13964C гена P53 имели наиболее тяжелый вариант суставного поражения с формированием такого исхода как артроз. Анализ характера течения заболевания на основании результатов молекулярно-генетических, клинико-инструментальных и лабораторных обследований позволил разработать модели прогнозирования «активного» артрита и клинико-медикаментозной ремиссии.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКАСАН КАК АНТИСЕПТИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА, РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Кодиров Ш.Н., Эгамов Ю.С., Йулдошев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

При лечении гнойно-воспалительных процессов органов брюшной полости отмечается увеличение удельного веса возбудителей, обладающих антибактериальной резистентностью. В условиях переоценки роли антибиотиков возродился интерес к профилактике инфекции и антисептика терапии. К сожалению существующие на сегодняшний день антисептические средства устарели, недостаточно эффективен становится оказывающий основной механический эффект, фурацилин. В этой связи в комплексном лечении применяли антисептический препарат местного действия -раствор декасан. В качестве детоксикационной лечения во время операции устанавливали микроирригатор, на брыжейку тонкой кишки. После чего через микроирригатор один раз в день вводили новокаин 0.25%20мл+гепарин5000ед+фуросемид 1.0 и однократную дозу антибиотика.

В комплексном лечении с 2014 г мы стали применять местный антисептик декасан, который выпускается во флаконах по 200 и 400 мл. Препарат активен в отношении большинства микроорганизмов выявленных при перитоните, особенно грамотрицательной и анаэробной микрофлоры.

Сочетание детоксикационной терапии с местным антисептическим действием декасан изучено на 65 больных (у 28 при деструктивном аппендиците, у 3 при деструктивном холецистите, у 11 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, у 6 кишечной непроходимостью, и у 9 разрывом кисты яичника. Брюшную полость промывали, во время операции, раствором декасан, в последующем, через дренаж осуществляли лаваж. Осложнений после операции не было. Всем пациентам удалось ограничиться курсом антибактериальной терапии, с местным применением декасан в течение 3-5суток.

Нами отмечено, что детоксикационной терапия действовала на раннее появление перистальтики кишечника, на 2-е сутки. Улучшилось микроциркуляция на клеточном уровне, которое привело к улучшению состояния больного, и тд. Высокая эффективность препарата декасан при местном применении по сравнению с физиологическим раствором и фурацилином, при комплексном лечении абдоминальной инфекции, была налицо. У больных, которым промывали во время и после операции брюшную полость декасан, послеоперационных осложнений не было, им не требовалось назначения препарата флуконазола, благодаря уменьшению дозы и количества антибиотиков. Кроме того, при промывании брюшной полости декасан, через дренажи, после операции отсутствовали болевые ощущения. Наличие противовоспалительного и антиэкссудативного эффекта после операции, способствовало уменьшению количества отделяемого из брюшной полости в связи с чем уменьшилась длительность дренирования брюшной полости. Поскольку декасан обладает широким спектром действия на микрофлору, отделяемое на 2-3 сутки у большинства больных становилось серозным, прозрачным. Всем 65 больным не было необходимости назначать по два и более антибактериальных препарата, что обуславливало положительный клинический и экономический эффект лечения.

Таким образом, декасан в комплексе с детоксикационной терапией как антисептик для местного применения оказывает выраженный клинический эффект, у больных с гнойно воспалительными процессами в брюшной полости. Препарат хорошо переносится больным, не вызывает негативных реакции.

Комплексное лечение с применением декасан, при лечении абдоминальной инфекции, различного генеза, даёт раннее улучшение клинических показателей и состояния больных.

АСПЕКТЫ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Кулдашев К.А., Худойбердиев К.Т., Хакимова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Профилактика интракраниальных инфекционных осложнений при сочетании черепно-мозговой травме (СЧМТ) является сложной и не решенной задачей. Одним из вариантов повышения ее эффективности может быть эндолимфатическое введение антибактериального препарата.

В период с 1999 по 2012 г. пролечено 315 больных с сочетано черепно-мозговой травмой (СЧМТ). Открытая сочетано черепно-мозговая травма была у 104. Региональная лимфотропная терапия по методу Республиканского центра лимфологии МЗ Республики Узбекистан проведена 54 больным из 104 с 315 открытой сочетано черепно-мозговой травмой (СЧМТ) без экстракраниальных инфекционных очагов или сепсиса. Препараты вводились 1 раз в сутки в область шейных или подчелюстных лимфатических узлов со стороны раны на протяжении 5-10 дней. Система антибиотикотерапии не применялось.

При сочетании черепно-мозговой травмой (СЧМТ) всегда имеются раны различного генеза. Этиологический фактор гнойно-воспалительных процессов представлен широким спектром микроорганизмов, чаще всего встречаются стафилококки, представители семейств *Enterobacteriaceae* и неферментирующих грамотрицательных бактерий. Состав возбудителей гнойных осложнений определяется локализацией процесса, характером первичной контаминации и микробным пейзажем госпитальной инфекции клиники.

Частота инфекционных осложнений (местных и интракраниальные) в контрольной группе составила 28%, в основной – 26%.

Региональная лимфотропная антибиотикотерапия при малых дозах и кратности введения, экономичной целесообразности позволяет снизить уровень инфекционных осложнений у больных с открытой сочетанной ЧМТ.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

**Курбанов Х.А., Салахитдинов К.З., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Киличев М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт**

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной до настоящего времени. В последние годы широко используется ненапряжная герниопластика с использованием сетчатых материалов. Это позволило расширить показания к выполнению грыжесечения при больших размерах грыж. Предлагаются различные методики аллопластики грыжевых ворот. Использование аллопластики дало возможность улучшить результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами, тем не менее рецидив заболевания на сегодня, по данным разных исследований, колеблется от 4 до 18,1% [1, 2, 5-9]. Неудовлетворительные результаты лечения больных с ПОВГ во многом обусловлены однотипным подходом к выбору способа хирургического вмешательства с учетом локализации, размеров грыж, величины грыжевых ворот, и в недостаточной степени учитываются другие прогностические факторы, особенно фенотипические признаки синдрома дисплазии соединительной ткани, влияющие на развитие рецидива грыжи.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных с ПОВГ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции. Основой стало положение о взаимосвязи между возникновением ПОВГ у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани (СДСТ) и повышением внутрибрюшного давления (ВД).

Материал и методы. В клинике общей хирургии АГМИ «1-хирургическое отделение» за период с 2004 по 2017 год находилось на лечении 144 больных с ПОВГ. Мужчин было 48 (33,3%), женщин - 96 (66,7%). Подавляющее большинство пациентов находилось на лечении в возрасте старше 40 лет. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. Для мониторинга внутрибрюшной гипертензии измеряли ВД в мочевого пузыре. Для выявления СДСТ и изучения распространенности ее признаков у пациентов с грыжами они были обследованы по методике, предложенной А.С. Калмыковой с соавт. [3,4]. Сумма баллов 13 и более свидетельствует о наличии диагноза СДСТ, а сумма баллов менее 13 - об отсутствии такового. Использовалась классификация вентральных грыж по Шаврелю.

Результаты и обсуждение. Больные были разделены на 2 равнозначные по количеству группы. В первую (контрольную) группу вошли 72 больных, оперированных за период с 2004 по 2009 год. Выбор метода грыжесечения у этих пациентов зависел от локализации, размеров, формы грыжевых ворот. При хирургическом лечении этих больных хирурги старались во что бы то ни стало свести края грыжевых ворот. Аутопластика применена у 36 (50%) больных с малыми и средними грыжами. При поперечном расположении грыжевых ворот 17 (23,6%) пациентам выполнена операция грыжесечения с пластикой грыжевых ворот по Мейо. При продольном расположении у 28 (38,9%) больных осуществлена пластика грыжевых ворот по Сапезко. Аутодермопластика по Янову выполнена 10 (13,9%) больным. В тех случаях, когда пластика грыжевых ворот была сопряжена с чрезмерным натяжением тканей и угрозой развития в послеоперационном периоде абдоминального компартмент-синдрома, у 3 (4,1%) пациентов грыжевые ворота удалось закрыть только «край-в-край». У 14 (19,5%) больных для закрытия и укрепления грыжевых ворот использовали аллопластику: у 8 (11,1%) больных - по методике «onlay», у 2 (2,8%) пациентов - по методике «sublay» и у 4 (5,6%) больных - по методике «inlay». Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 11 (16%) больных. Рецидив заболевания в сроки от 4 месяцев до 9 лет выявлен у 17 (26,8%) оперированных. Подавляющее количество рецидивов возникло после аутопластических методов лечения послеоперационных вентральных грыж - у 16 (24,4%) оперированного.

Высокие показатели послеоперационных осложнений и рецидивов побудили нас к разработке лечебной тактики у больных с ПОВГ с учетом прогностических факторов их развития. С 2009 года у 72 больных (основная группа) применяли дифференцированный подход к выбору способа хирургического пособия с учетом выявления СДСТ и изучения ВД.

Среди больных основной группы у 34 (47,2%) человек при осмотре обнаружен СДСТ. Определение индексов верхний/нижний рост, длина кисти/рост, размах рук/рост позволили выявить долихостеномию у 37 (51,4%) пациентов, а определение индексов длина среднего пальца-длина ладони, средний палец больше 10 см, тест

большого пальца, тест запястья выявило наличие арахнодактилии у 32 (41,7%) обследованных. Гиперподвижность суставов наблюдалась у 7 (9,0%) больных с ПОВГ. Висцеральными феноми СДСТ чаще всего были геморрой - 35 (49,3%) и варикозное расширение вен нижних конечностей - 21 (29,8%) больных. Пропалс гениталий наблюдался у 7 (9,7%) пациентов. Изменения кожных покровов и мышц: вялая растяжимая кожа - 28 (38,9%), легкость образования кровоподтеков - 26 (36,1%), кожные стрии - 16 (21,5%), видимая сосудистая сеть - 14 (20,1%), шов в виде «папиросной» бумаги - 9 (11,8%), гипотония мышц - 22 (30,1%) и гипотрофия мышц - 17 (23,6%) больных. Малые аномалии развития головы визуализировались в виде наличия зубов мудрости - 39 (53,5%), уздечки верхней губы - 29 (40,9%), «мятых» ушных раковин - 25 (34,7%), готического неба - 18 (25,7%) больных. Среди костно-суставных фенов СДСТ преобладали: сколиоз - 23 (32,6%), плоскостопие - 22 (30,6%), превышение длины 2 пальца стопы над длиной пальца - 21 (29,2%), сандалевидная щель 15 (20,1%), hallus valgus - 13 (18,7%), симптом прямой спины - 11 (15,3%) пациента. Офтальмопатия чаще всего проявлялась синдромом голубых склер - 11 (14,6%) и экзофтальмом - 7 (10,4%). У пациентов с рецидивными ПОВГ фенотипические признаки и уже известные соматические заболевания, свидетельствующие о наличии СДСТ, выявлены в 17 (80,1%) случаях из 21, а из 52 больных с первичными ПОВГ СДСТ наблюдался у 18 (34,0%). Полученные данные подтверждают предрасположенность пациентов с СДСТ к формированию ПОВГ ($t = 3,46$; $P < 0,001$).

Всем 28 (38,2%) пациентам с послеоперационными вентральными грыжами W_1 и W_2 , у которых выявлен синдром дисплазии соединительной ткани, осуществлялась пластика грыжевого дефекта с использованием сетчатого полипропиленового эндопротеза. У остальных пациентов с грыжами малых и средних размеров для герниопластики использовалась аутопластика.

С целью профилактики развития синдрома интра-абдоминальной гипертензии интраоперационно на этапах оперативного вмешательства контролировали внутрибрюшное давление для выбора пластики грыжевых ворот при больших и гигантских грыжах. Наличие у пациентов послеоперационных вентральных грыж W_3 и W_4 с учетом показателей внутрибрюшного давления при пробном сведении краев грыжевого дефекта, являлось показанием к ненапряжной пластике с применением алломатериалов. При проведении пробного сведения краев апоневроза повышение внутрибрюшного давления до 200 мм вод.ст., определяло выполнение «ненапряжной» пластики передней брюшной стенки с применением синтетического эксплантата по методике «onlay» или «sublay». Если при пробном сведении краев грыжевых ворот внутрибрюшное давление превышало 200 мм вод.ст. или при невозможности их сведения выполняли пластику передней брюшной стенки по методике «inlay».

Из аутопластичных методов при грыжах W_1 и W_2 чаще применяли фасциально-апоневротическую пластику грыжевых ворот по Мейо - у 8 (10,4%) пациентов. У 6 (9%) больных выполнена мышечно-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Сапежко. С целью повышения радикальности лечения, в первую очередь, больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж у 58 (80,6%) пациентов выполнена открытая пластика с применением алломатериалов. В качестве аллотрансплантата использовали сетку полипропиленовую хирургическую эндоприл «славянская кольчуга». Укрепление грыжевых ворот у 24 (33,4%) больных осуществляли подшиванием транспланта поверх мышечно-апоневротического слоя, в том числе и у 9 (11,8%) пациентов с рецидивными грыжами. У 5 (7%) без дополнительного рассечения тканей апоневроза, у 6 (8,3%) оперированных края грыжевого мешка сшивали до полного соприкосновения - «край-в-край», у 9 (18,1%) - путем создания дубликатуры. У 4 (5,6%) пациентов операция дополнялась дерматолипэктомией. У 17 (23,6%) больных полипропиленовая сетка располагалась позади дубликатуры апоневроза, технология «sublay», в том числе и у 6 (7,6%) пациентов с рецидивными грыжами. У 7 (9,7%) больных этой группы операция выполнялась с вскрытием грыжевого мешка, иссечением его стенок и ушиванием дефекта брюшины. В 10 (13,9%) случаях грыжевой мешок не вскрывался. При расположении сетчатого имплантата между брюшиной и апоневрозом рану ушивали наглухо. У 2 (2,8%) пациентов операция дополнялась дерматолипэктомией. Технология «inlay» выполнена 17 (23,6%) больным с послеоперационными вентральными грыжами W_3 и W_4 , в том числе у 6 (9,0%) пациентов с рецидивными грыжами. У 10 (13,9%) больных этой группы операция выполнялась с вскрытием грыжевого мешка, иссечением его стенок и ушиванием дефекта брюшины. Еще в 7 (9,7%) случаях грыжевой мешок не вскрывался.

Из пациентов основной группы осложнения отмечены у 8 (11,1%): серомы образовались у 5 (6,9%) оперированных, нагноение послеоперационной раны и подкожная гематома наблюдались по 1 (1,4%) раза. Рецидивы заболевания выявлены у 2 (2,8%) больных, летальность составила 0,7%.

Разработанный комплекс диагностических, тактических и лечебных мероприятий позволил улучшить результаты лечения больных с ПОВГ: уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 1,2 раза, рецидивов заболевания - в 4,2 раза, летальность - в 1,5 раза.

Выводы

1. Важными критериями, позволяющими прогнозировать развитие послеоперационных вентральных грыж, являются: синдром дисплазии соединительной ткани, мониторинг внутрибрюшного давления.
2. Основанием для применения эндопротеза пациентам с послеоперационными вентральными грыжами W_1, W_2 является наличие синдрома дисплазии соединительной ткани. При отсутствии СДСТ у больных с малыми и средними ПОВГ для закрытия грыжевых ворот используются аутопластичные методики.
3. Больным с послеоперационными вентральными грыжами W_3, W_4 показана ненапряжная аллопластика грыжевых ворот. Если при сведении краев апоневроза внутрибрюшное давление не превышает 200 мм вод.ст. показана аллопластика по технологиям «onlay» или «sublay». При повышении внутрибрюшного давления более 200 мм вод.ст., или при невозможности свести края апоневроза показана аллопластика по технологии «inlay».

WAYS TO IMPROVE OF TREATMENT APPROACH IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Kurbanov H.A., Salahitdinov K.Z., Pakirdinov A.S., Suyunov D.M., Kilichev M.R.
Andijan state medical institute

The aim was to improve outcomes in patients with postoperative ventral hernias (POVH) by optimization of treatment approach.

Objects were 144 patients with POVH. Monitoring of the intra-abdominal pressure and external phenotypic features of connective tissue dysplasia syndrome (CTDS) was performed.

Formation and recurrence of hernia is inextricably linked with CTDS and intra-abdominal hypertension. The presence of CTDS is the indication for application of the implants in patients with POVH of W1, W2. In the absence of CTDS autoplasmic techniques are used to close the hernial ring in the cases of small and medium-sized hernias. Alloplastic «onlay» or «sublay» technologies are usually applied in the cases when tightening of the aponeurosis margins in patients with POVH W3, W4 doesn't result in the increasing of intra-abdominal pressure more than 200 mm water column. Otherwise alloplastic technology «inlay» is indicated.

Conclusion. CTDS and intra-abdominal pressure considered to be important predictive criteria of the postoperative ventral hernia formation.

Key words: hernia, dysplasia, intra-abdominal pressure

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАЗКОВ ИЗ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кучкарова Ш.А., Юлдашева О.С
Андижанский государственный медицинский институт

Для профилактики воспалительных заболеваний урогенитального тракта необходимо проведение скрининговых исследований с использованием недорогих и достаточно информативных методов. Оценка результатов микроскопического исследования окрашенных мазков из нижних отделов урогенитального тракта у 30 клинически здоровых женщин (20–50 лет) позволила выявить серьезные нарушения состояния микробиоценоза влагалища у 34,7% женщин, в том числе, у 11,4% – крайний недостаток лактобактерий.

Микроскопические методы исследования, несмотря на их предварительный характер, остаются важной составной частью диагностики инфекций урогенитального тракта. К достоинствам этих методов, несомненно, относят быстроту получения результатов и низкую себестоимость. Неслучайно микроскопические методы исследования часто используются при скрининговых исследованиях, в том числе, при проведении профилактических медицинских осмотров. На сегодняшний день в соответствии с клиническими требованиями и существующей практикой в процессе этих исследований проводится оценка цитологических и микробиологических характеристик мазков из цервикального канала, влагалища и уретры. При этом оценивается наличие, характер эпителия, количество лейкоцитов, эритроцитов, а также определяется морфотип бактерий, грибов и наличие трихомонад. Однако результаты микроскопических исследований на практике часто обесцениваются из-за отсутствия общепринятых представлений о микробиологической норме, особенно для исходно нестерильных локусов, например, влагалища.

В настоящее время в научной литературе достаточную популярность получила классификация биоценозов влагалища, выделяющая 4 основных типа биоценозов на основе микроскопической картины и соответствующая основным нозологическим формам: нормоценоз, характеризующийся доминированием лактобактерий (могут обнаруживаться и бифидоморфные грамположительные палочки), отсутствием транзитной микрофлоры, включающей грамположительные кокки, грамотрицательные палочки, клетки дрожжеподобных грибов, а также наличием единичных лейкоцитов и «чистых» эпителиальных клеток; промежуточный тип – умеренное или сниженное количество лактобактерий, наличие транзитной микрофлоры, присутствие лейкоцитов, макрофагов (часто наблюдаемый у здоровых женщин, редко сопровождается жалобами и клиническими проявлениями); дисбиоз влагалища – отмечается незначительное количество или полное отсутствие лактобактерий, обильная полиморфная палочковая и кокковая микрофлора, наличие «ключевых клеток», при этом количество лейкоцитов чаще невелико или варьируемо, наблюдается отсутствие или незавершенность фагоцитоза (все это соответствует микробиологической картине бактериального вагиноза); вагинит (воспалительный тип мазка) – полимикробная картина мазка с большим количеством лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, отмечается выраженный фагоцитоз.

В 2017 году для оценки состояния микрофлоры влагалища нами была обследована группа клинически здоровых женщин репродуктивного возраста (30 человек, возраст 20–50 лет). Мы проводили исследование препаратов, окрашенных по Граму и метиленовым синим. У 54,4% женщин не было выявлено никаких нарушений в состоянии микрофлоры («нормоценоз»). У 10,9% человек наблюдали картину незначительных нарушений микробиоценоза влагалища (промежуточный тип биоценоза). Серьезные дисбиотические нарушения были выявлены у 34,7% женщин, из которых у 9,8% наблюдаемые изменения соответствовали картине неспецифического вагинита, у 3,4% – был выявлен кандидозный вагинит, у 8,3% – бактериальный вагиноз. У 11,4% женщин на фоне резкого снижения количества нормальной микрофлоры не наблюдали признаков воспалительной реакции, транзитная микрофлора в значимых количествах также не обнаруживалась. У 1,8% женщин была выявлена не вполне четко дифференцируемая картина вагинит-вагиноза (воспалительная реакция, наличие «ключевых клеток»).

Микроскопическое исследование мазков из нижних отделов урогенитального тракта позволило выявить серьезные нарушения в составе микрофлоры у 34,7% клинически здоровых женщин. Доля условно-здоровых составила 65,3% (объединенная группа с нормоценозом влагалища и с переходным типом биоценоза). Особо следует сказать о группе женщин с низким содержанием во влагалище лактобактерий. Недостаток нормальной микрофлоры

свидетельствует о неустойчивости состояния микробного сообщества влагалища, хотя некоторые исследователи рассматривают данную ситуацию как вариант нормы. Для уточнения картины дисбиотических нарушений необходимо применение современных молекулярно-биологических методов диагностики инфекций. Достаточно надежной и практически доступной является идентификация микрофлоры отделяемого влагалища с помощью методов ПЦР-диагностики.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Кучкарова Ш.А., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

В связи с высокими показателями рецидивирования бактериального вагиноза его лечение остается сложной проблемой. Оптимальным вариантом лечения бактериального вагиноза является применение двухэтапной терапии. На втором этапе целесообразно использовать препараты, индуцирующие рост лактофлоры: препараты лактобактерий или препараты аскорбиновой кислоты, которые способствуют доминированию лактобактерий в 85,7% мазках женщин II группы и 100% – III группы в течение 6 месяцев после лечения.

На сегодняшний день лечение бактериального вагиноза (БВ), несмотря на значительное число проведенных исследований, остается сложной проблемой. Анализ литературных данных показывает, что применение интенсивной антимикробной химиотерапии, в которой препаратами выбора являются метронидазол и клиндамицин, нередко сопровождается селекцией высоко резистентных штаммов условно-патогенных бактерий, в 6–45% осложняется вульвовагинальным кандидозом и не исключает рецидивов заболевания, частота которых находится в пределах 50–70%. В связи с высокими показателями рецидивирования БВ важное значение приобретают исследования в области совершенствования методов лечения этой патологии.

Цель исследования: провести сравнительную характеристику разных методов лечения бактериального вагиноза

Материал и методы. В исследование было включено 23 женщины репродуктивного возраста. С целью изучения эффективности метода лечения БВ пациентки были разделены на 3 группы. В I группе, состоявшей из 9 больных, терапию БВ проводили препаратами метронидазола, по 500 мг per os 2 раза в день в течение 7 дней. Во II и III группе – по 7 пациенток, терапию проводили в двух этапах: 1-этап – препаратом метронидазола, по 500 мг per os 2 раза в день в течение 7 дней и 2-этап – препаратом содержащим, лактобактерии per vag 1 раз в день в течение 7 дней у женщин II группы, препаратом аскорбиновой кислоты (Вагинорм-С) per vag 2 раза в день в течение 7 дней у женщин III группы.

Всем женщинам, кроме общего и гинекологического обследования, исходно проводились бактериоскопическое исследование мазков из цервикального канала и влагалища, ПЦР-диагностика основных заболеваний, передаваемых половым путем (гонорея, хламидиоз, трихомониаз, герпетическая инфекция).

Для диагностики бактериального вагиноза (БВ) проводились определение pH содержимого влагалища и «аминный тест». При микроскопическом исследовании окрашенных по Граму влагалищных мазков определяли лейкоцитарную реакцию, общее количество микробных клеток и их морфологию, наличие «ключевых клеток» – эпителиальных клеток с адгезированными на них грамвариабельными бактериями. При этом качественную оценку микрофлоры проводили по морфотипам и тинкториальным свойствам. Количественную оценку микрофлоры проводили путем вычисления среднего числа клеток разных морфотипов в 3-х полях зрения микроскопа.

Результаты и их обсуждение. Характерные для БВ признаки – положительный аминный тест наблюдался у 91,3%, значения pH влагалищной среды в диапазоне 4,5–6 – у 43,5% и pH \geq 6 – у 56,5% женщин.

При микроскопическом исследовании влагалищных мазков, окрашенных по Граму выявлена следующая картина: лейкоциты единичные (65,2%) и менее 10 в поле зрения (34,8%), эпителиальные клетки в большом (82,6%) количестве, «ключевые клетки» (91,3%), микроорганизмы в большом (102–103 в п/зр) (69,5%) и массивном (>103 в п/зр) (31,5%) количествах. Число лактобактерий в мазках было незначительным, тогда как грамотрицательные палочки доминировали в 73,9%, представители кокковой микрофлоры в 27,1% мазках. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* обнаружены в 21,7% мазках в виде почкующихся форм – промежуточной фазе вегетации.

Повторные исследования проводились через месяц и 6 месяцев после лечения. При контроле через 1 месяц после лечения у всех женщин выявлено нивелирование критериев R. Amsel: отрицательный аминный тест, pH влагалищной среды ниже 4,5, отсутствие «ключевых» клеток в мазках. Общее количество микроорганизмов снизилось до 102 в п/зр в 78,2% мазках (P<0,001) за счет элиминации грамотрицательных палочек, кокков и грибов. Лактобактерии доминировали в 88,8% мазках женщин I группы и в мазках всех женщин II и III группы.

При микроскопическом исследовании влагалищных мазков, проведенным через 6 месяцев после лечения лактобактерии доминировали в 73,9% мазках женщин I группы, 85,7% – II группы и 100% – III группы.

Результаты исследования влагалищного мазков свидетельствуют о позитивных качественных и количественных изменениях, произошедших в микробиоценозе влагалища у женщин II и III группы, которые держатся стабильно и через 6 месяцев после лечения. У женщин I группы 6 месяцу после лечения отмечается повышение риска рецидива БВ.

Таким образом, при лечении БВ оптимальным вариантом является применение двухэтапной терапии. На втором этапе целесообразно использовать препараты, индуцирующие рост лактофлоры: препараты лактобактерий или препараты аскорбиновой кислоты.

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Кучкарова Ш.А., Солиева Р.Б., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Установлено, что остеопороз (ОП) является частью полиморбидности, т.е. нередко сочетается с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). ОП и АГ, последствиями которых являются переломы костей скелета и сердечно-сосудистые катастрофы, наиболее частые причины снижения качества жизни и летальности женщин старше 50 лет.

Цель. Выявить потерю минеральной плотности костей (МПК) у женщин с артериальной гипертензией в ранней постменопаузе.

Материал и методы. В исследование включены 15 женщин (средний возраст $54,7 \pm 3,8$ лет) в физиологической постменопаузе, имеющих АГ не менее 1 года. Проводилось изучение анамнеза АГ, суточное мониторирование АД (СМАД), денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с оценкой минеральной плотности кости (МПК).

Результаты. Все включенные в исследование женщины имели 2-3 стадии АГ (согласно рекомендациям ВНОК, 2005). В зависимости от показателей МПК пациенты были разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности менопаузы и АГ, наличию факторов риска ОП: 1 группа (n=4) – пациенты с нормальными значениями МПК, 2 группа (n=8) – с остеопенией (Т-критерий $=1,7 \pm 0,9$), 3 группа (n=3) – с ОП (Т-критерий $=2,73 \pm 0,17$).

Выявлено, что снижение МПК ассоциировалось с кризовым течением АГ. Так, во 2-ой группе частые гипертонические кризы отмечены в 75%, в 3-й – в 66,7%. У женщин с нормальными показателями МПК кризовое течение АГ в анамнезе не прослеживалось. По результатам СМАД отмечено, что суточный ритм АД «нон-диппер» ассоциируется с ОП. Так, в 1-ой группе выявлен преимущественно суточный ритм АД «диппер» – 75% для САД, 100% для ДАД. Во 2-ой группе ритм «диппер» для САД отмечен в 37,5%, «нон-диппер» 62,5%, для ДАД – ритмы «диппер» и «нон-диппер» встречались с равной частотой (50%). В 3-й группе ритм «диппер» для САД и ДАД отмечен в 33,3%; «нон-диппер» – 66,7%. Отмечено, что повышение среднесуточного пульсового АД характерно для ОП. Так, в 1-ой группе значение среднесуточного пульсового АД составило $41,5 \pm 4,4$ мм рт. ст.; во 2-ой и 3-й – $65,25 \pm 10,5$ и $56,6 \pm 9,9$ мм рт. ст. соответственно.

Выводы. ОП и АГ у женщин в физиологической менопаузе сочетаются в 73,3% случаев. Развитие ОП ассоциируется с кризовым течением АГ. ОП выявлен у женщин с суточным ритмом АД «нон-диппер» и повышенным среднесуточным пульсовым АД.

КУЙИК АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ ИННОВАЦИОН ЁНДАШУВ

Мадазимов М.М., Орипов Д.У., Тешабоев М.Г.

Андижон Давлат тиббиёт институти
РШТЁИМ ФФ

Мавзуни долзарблиги. Ш-А даражали куйиклар жароҳати битгач, бу соҳада микроциркуляция бўзилиши трофик ўзгаришларга (ранг ўзгариши, ёрилиши, яраланиши) ва субъектив ҳиссиётларга (кичишиш, оғриқ, парастезия) олиб келади. Баъзи муаллифлар куйик чандикларининг этилишида 4 та босқични ажратишади: эпителизация, шишиш, зичлашиш, юмшаш. Хар бир босқич 3-4 ҳафта давом этади.

Тадқиқод материали: **РШТЁИМ Фарғона филиал Комбустиология бўлимида 286 та куйган беморларда натижалари таҳлил этилади. Асосий гуруҳда 156 та, ва назорат гуруҳида 130 та бемор. Асосий гуруҳ беморларига эрта реабилитация чоралари олиб борилди. Касалларни 61 таси эркаклар ва 95 таси аёлларни ташкил этди.**

Муаммони таҳлили. Биз натижаларни яхшилаш учун реабилитацияни жароҳат битган соҳаларга маҳаллий даволаш чоралари орқали амалга оширдик. Чандикланган соҳада эпителизациядан сўнг шиш ва зичлашиш даврларида маҳаллий массаж, жисмоний тарбия ва консерватив муолажаларни бошладик. Консерватив кичишишда (маҳаллий гиаксизон мазь ва диазолин, супрастин, лоратал), орғиқда (аналгин, кетонал, синепар) парастезия ва чандикланиш жараёнини тезлатиш мақсадида (селистодерм, контрактубекс, дерматикс геллари) қўлланилди.

Асосий гуруҳда ўтказилган даво чоралари натижасида 128 (82,1%) тада кишишиш, 142 (91%) тада оғриқ, 136 (87,2%) тада эса парастезия холатлари кузатилмади. Яъни асосий гуруҳдаги касалларни 135 (86,8%) таси ўзларини яхши хис этдилар. Назорат гуруҳида эса 66 (50,8%) тада кишишиш, 78 (60%) тада оғриқ, 73 (56,2%) тада эса парастезия холатлари кузатилмади. Яъни назорат гуруҳдаги касалларни 72 (55,6%) таси ўзларини яхши хис этдилар.

Хулоса: Жорий этилган куйик асоратларини инновацион ёндашувда асосий ва назорат гуруҳларини натижаларига кура тадқиқ этилган даволаш муолажалари 1,5 баробар афзаллиги аниқланди.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ВЕК.

Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Нарушение функции век отсутствие бровей делает глазное яблоко беззащитным, воспаляется конъюнктив от постоянного воздействия воздуха и пыли, иногда возникает кератит с последующей потерей зрения [27, 358]. Лица с тяжелыми выворотами век являются инвалидами. Помимо этого, в настоящее время заметно возросло число женщин, желающих целенаправленно изменить свой облик с помощью хирургического, химического или лазерного воздействия, что также ведёт к повышению степени риска рубцовой деформации [280, 113, 158, 389, 394].

Материалы и методы исследования. В отделении реконструктивной хирургии областного медицинского центра, прооперировано более 42 больных с деформациями области век. Из них у 26 имелись сочетанные вывороты

нижних и верхних век. У остальных имелись вывороты либо нижнего, либо верхнего век. Давность ожогов составляло от 1 месяца до 3 месяцев.

Результаты и их обсуждения. Веки при этом после освобождения от рубцов и пересадки кожи сшивали вместе между собой на 3 месяца. Наблюдения у 4 больных показывают, что операция у них оказывалась неадекватной в большинстве случаев, поскольку пластика без гиперкоррекции не обеспечивает хорошего функционального результата. Расщепленный трансплантат часто сморщивается, становится более темным и недостаточно эластичным. Всем этим больным потребовались повторные операции с иссечением ранее пересаженной расщепленной кожи. Для устранения вышеизложенных недостатков мы учитывали, что пересаженный свободный расщепленный трансплантат претерпевает естественную ретракцию. Его площадь в определенные сроки уменьшается на 1/3. Кроме того, при раскрытой глазной щели само положение верхних и нижних век способствует ретракции. Исходя из данных обстоятельств, мы усовершенствовали способ пластики век полнослойным кожным аутоотрансплантатом в состоянии гиперкоррекции.

Этим способом оперированы 38 больных.

Техника операции. Наиболее подходящим донорским местом для забора трансплантата мы считаем внутреннюю поверхность плеча, где кожа по цвету и текстуре близка коже век.

После обработки донорской зоны с помощью скальпеля брали полнослойный кожный аутоотрансплантат для века. Трансплантат заворачивали в салфетку, смоченную физиологическим раствором. Донорскую рану ушивали.

Когда больной находится под общим наркозом, можно более объективно судить о степени функциональной недостаточности век. После обработки операционного поля на веко, отступя от ресничного края на 2 мм накладывали 2-3 "П" образных шва-держалки. Проводили окаймляющий разрез параллельно ресничному краю, отступя на 2 мм ниже наложенных швов-держалок. Кнутри от наружного отверстия слезного канала разрез необходимо довести до края века, а снаружи придать форму развилки, то есть сместить рубцы от ресничного края. Натягивая держалки вверх, надсекали рубцы у наружного края раны. При этом ширина раны постепенно увеличивалась и становилась видимыми сероватого цвета рубцы, располагающиеся в виде тяжей. Последние рассекали кончиком скальпеля. Глазное яблоко защищали шпательем, фиксированным с внутренней стороны века.

При полном рассечении стягивающих рубцов, натяжение за держалки перестает передаваться по рубцам на нижний край раны. Незначительное кровотечение из капилляров останавливали путем закрытия раны салфетками, смоченными разбавленным раствором адреналина. На более крупные сосуды накладывали зажимы, а спустя несколько минут их снимали. Электрокоагуляцию и лигатуру не применяли.

Мобилизованное веко фиксировали в растянутом состоянии прошиванием через кожу за швы-держалки к надбровью при пластике нижнего века или к щеке, при пластике верхнего века.

Образовавшуюся рану на веке закрывали ранее заготовленным трансплантатом и фиксировали отдельными швами с вколom и выколom через него - внахлест. При этом использовали атравматические нитки N 5-0, 6-0. На трансплантат клали марлевые тампоны, смоченные раствором фурацилина, а поверх салфетки - бинтовали оба глаза.

Первую перевязку выполняли на 2-3 сутки. Контролировали состояние трансплантата и фиксирующих швов. При прорезывании их снимали. Освобождали неоперированный глаз. На 6-7 сутки снимали все швы. Начиная с 5 суток, назначали магнитотерапию и начинали пирогеналотерапию по схеме.

Методика операции не меняется в зависимости от локализации и степени выворота век.

Результаты лечения: В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не было. У двух больных на 3 сутки после операции на первой перевязке наблюдалось прорезывание швов-держалок в области надбровья, однако это не отразилось на функциональном и косметическом результате операции в отдаленные сроки. Эти швы снимали. У всех больных полностью и безрецидивно удалось устранить вывороты век.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ НОСА И ГУБ.

Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г., Мадазимов К.М., Исмонлов Н.У.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Термические поражение лица до 37 % случаев сопровождаются с деформациями носа и губ. Люди, перенёвшие ожоги лица, становятся похожими друг на друга, теряют свою личность. У этих больных преобладают вспыльчивость, гневливость, неустойчивость настроения, подавленность с оттенком дисфарии. При наличии уродующих рубцовых изменений больные обвиняли окружающих в плохом к ним отношении и насмешках над их внешностью, что приводило к замкнутости, потере контакта с окружающими.

Исходя из этого, устранения деформаций носа и губ у этих контингента больных в более ранние сроки является актуальной проблемой.

В отделении реконструктивной хирургии с 2010 по 2017 годы прооперированы 120 больных с различными деформациями носа и губ. Возраст больных составлял от 1 до 42 лет. У 87 (72,5%) больных рубцовые деформации возникали после ожогов кипятком и у 33 (27,5%) после ожогов пламенем. Давность ожогов было от 5 месяцев до 25 лет.

Сущность операций состоял в освобождении тканей носа и губ от рубцовых пластов. На место рубцов у 62 (51,6%) больных перемещали смежные здоровые ткани, у 32 (26,6%) выполнялась полнослойная свободная аутодермопластика, у 26 (21,6%) больных был применен метод «острого баллонного растяжения тканей».

Почти всем больным до операционном периоде назначали консервативное лечение. После приживления трансплантатов и заживления ран это процедура повторялась, в некоторых случаях через каждые 4-6 месяца.

Наблюдение за больным в динамике показали, что после проведенных операций у 106 (90%) больных был достигнуты хороший косметический и функциональные результаты.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ И ОСТЕОМИЕЛИТАМИ

Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Хурбаева М.А., Мадазимов К.М.
Андижанский государственный медицинский институт.

Лечение послеожоговых дефектов мягких тканей области голени и стопы, осложненных трофическими язвами и остеомиелитом, представляет большие трудности. Слабое кровоснабжение, меньший слой мягких тканей, малоэффективность свободной аутодермопластики местными тканями не позволяют добиться хороших результатов. Все эти факторы побудили нас искать более эффективные способы кожно-пластических операций.

Голень согласно нашим наблюдениям, дает оптимальный пластический материал. В частности, нами изучены возможности использования медиального икроножного кожно-фасциального лоскута для лечения 17 больных с послеожоговыми трофическими язвами, остеомиелитами голени у 9 и дефектами мягких тканей опорной поверхности стопы у 13 больных.

Метод ускоренной перекрестной пластики медиальным икроножным кожно-фасциальным лоскутом использован у 15 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении реконструктивной хирургии Андижанского областного многопрофильного медицинского центра.

Лишь у 2 х больных на следующий день после операции отмечался цианоз и отек дистальной части лоскута. После 3-х сеансов лимфостимуляции цианоз исчез, отек был ликвидирован. У остальных 13 больных ускоренная пластика прошла без осложнений. Это показывает о возможности сокращения в 2-3 раза интервала между I и II этапами пластики.

У всех 15 больных с помощью усовершенствованных способов пластики и региональной лимфатической антибиотикотерапии удалось полностью ликвидировать изъязвившиеся рубцы восстановить нормальный кожный покров и функцию конечности.

Применением разработанных и усовершенствованных способов пластики конечностей достигнуты хорошие функциональные и эстетические результаты

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ОБЛАСТИ СВОДА ЧЕРЕПА.

Мадазимов К.М.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. У 15% больных, получивших термическую травму, встречаются глубокие ожоги волосистой части головы. Алопеция (облысение), являясь заметным косметическим дефектом, вызывает у больных чувство ущербности, психические переживания с переходом в депрессию, снижает их трудоспособность. Больные чтобы скрыть облысение вынуждены постоянно пользоваться париками или носить головные уборы, под которыми рубцы подвергаются мацерации и изъязвлениям (Богосьян Р.А., Воробьев А.В. и др., 2006, Островский Н.В., Белянина И.Б., 2013.)

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах хирургического лечения 76 больных с послеожоговыми рубцовыми дефектами и деформациями области свода черепа находившихся в отделении последствий травм многопрофильного медицинского центра Андижанского Вилюята.

Результаты и их обсуждения. Для эффективного моделирования пластики рубцовых алопеций и дефектов мягких тканей свода черепа их подразделяли по размерам на малые (до 120 см², что составляло менее 25% площади волосистой части головы), имевшие место у 30 (40%) больных; средние (121-250 см² - 25-40% площади волосистой части головы), наблюдавшиеся у 35 (46,6%) больных и большие (более 250 см², то есть более 40%), примененные у 11 (13,4%) пациентов.

В контрольной группе больных применяли метод острой дерматензии у 7 больных, традиционная экспандерная пластика имело место у 15 больных.

В основной группе больных интраоперационная быстрая баллонного растяжения применялся у 35 больных. Усовершенствованная экспандерная пластика у 19 пациентов.

При рубцовых алопециях шириной до 2,5 см у 7 (9,2%) больных использовали способ острой дерматензии.

Методом традиционной экспандерной пластики оперировано 15 больных. При дефектах малых и средних размеров у больных имплантировали по одному экспандеру размером основания 6x12 см.

При поражении более 30% волосяного покрова нами использованы по два таких баллона.

У всех больных тканевое растяжение проводили в амбулаторных условиях.

Усовершенствованная экспандерная пластика n=19 (25%).

Результаты: В ближайшем послеоперационном периоде у всех 7 больных осложнений не наблюдалось. В отдаленном периоде (через 1,5-2 года) у 6 (85,7%) больных из 7 отмечалось расширение послеоперационного рубца до 2-3 см., что значительно уменьшило функциональные и эстетические результаты операций.

У 1 (6,6%) больного после заключительного этапа пластики традиционным способом наблюдали некроз дистального конца лоскута. Подлопатная гематома имела место у 1 (6,6%) больного. В отдаленном периоде хорошие результаты зафиксированы у 12 больных (80,2%) и удовлетворительные у 3.

В основной группе больных методом интраоперационного быстрого баллонного растяжения оперировано 35 больных. У всех 35 больных в ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. В отдаленном периоде (1-1,5 года) обследовали 30 (85,7%) больных из 35. При этом у 26 (88,7%) больных результаты операций признаны хорошими, то есть у них послеоперационные рубцы не расширились. Ширина их достигала до 2-3мм., что значительно улучшало функциональные и эстетические результаты операции.

У одного пациента в отдаленном периоде из-за расхождения швов, отмечалось расширение послеоперационного рубца.

В результате усовершенствованной экспандерной пластики в ближайшем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. В отдаленном периоде у 1 (5,2%) больного отмечалось выпадение волос по линии швов. При этом, хорошие результаты зафиксированы у 18 (94,8%) больных и удовлетворительные – у 1 (5,2 %) пациентов.

ЙЎҒОН ИЧАК РАК КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА УНДА КОМПЛЕКС ТАШХИС ҚЎЙИШ МАСАЛАЛАРИ

**Мадаминов Р.Х., Рашидова Ш.У., Абдурахмонов А.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Изланиш долзарблиги. Йўғон ичак саратони кишлок аҳолиси ўртасида шаҳардагига нисбатан бир неча фоиз камроқ учрайди. Бунинг сабаби шундаки кишлокликлар дастурхонида табиий маҳсулотлар ҳамиша бўлади, улар клетчаткаси кўп сабзавот ва ошқўқларини доимий равишда истеъмол қилишади. Шаҳарда яшовчилар эса асосан қадокланган, рафинирланган ва тозаланган маҳсулотларни истеъмол қиладилар. Бундан маҳсулотлар кам клетчаткали бўлиб, йўғон ичакда қабзият, колит сингари турли касалликларни келтириб чиқаради. Йўғон ичак саратони хавфли эпителиал ўсмаларнинг ҳар хил жойлашиши билан кечади. Хавфли ўсмалар жуда секин (бир неча ўн йиллар) ривожланади. Бу вақтлар оралиғида ўсмалар кўпайиб (бўлиниб) атрофдаги аъзоларга ўсиб киради. Кўпинча йўғон ичак соҳасидаги лимфа тугунлари, кейин эса ўпка ва жигар зарарланади.

Изланиш мақсади. Изланишимиздан асосий мақсадимиз шуки, йўғон ичак раки хасталигига чалинган беморларда рентгенологик усуларда ва ташхислашнинг бошқа усулларини қўллаган ҳолда замонавий усулларда ташхис қўйиш самарасини оширишдан иборатдир.

Изланиш материаллари ва усуллари. Текширувни жами 150 нафар беморларда олиб борилди. Жами беморларда йўғон ичакнинг дисталь қисми стенозланган рақини рентгенологик текширувдан ўтказилди.

Текшириш натижалари. Текширув учун танлаб олган беморларимизда олиб борган кузатувларимиз натижасида қуйидаги клиник белгиларни кузатдик: Йўғон ичак рақининг илк аломатларида ичакдан қон оқиши, ич келишининг бузилиши, қорин оғриши ва тенезм (сохта хожат қисташи) билан ифодаланди. Беморларнинг баъзилари ичагидан қип-қизил қон оқди, бу орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак рақининг белгиси эканини билдирди. Ўсма чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашганида ичакдан оққан қон ранги тўқ қизил тусда бўлди ва ахлатга аралашган ҳолда қўринди. Чамбар ичакнинг ўнг ярмидаги саратонида эса қон яширин тарза оқди, яъни ахлатдаги қон кўзга ташланмай, фақат маҳсус текширув пайтидагина аниқланди. Беморнинг бир неча кунлар (баъзан ҳафтала) давомида ичи келмаслиги ва қорин соҳасида оғриқ бўлиши чамбар ичакнинг чап ярми ва тўғри ичак саратони учун хос белгилар бўлиб ҳисобланди. Шуни ҳам айтиш жоизки, йўғон ичак саратонининг 70-85 фоиз ҳолларида ичак батамом тутилиб қолиши рўй берди. Бундай вақтда тезлик билан жарроҳлик амалиётини қўллаш зарурияти туғилди.

Баъзан ич кетиши билан қабзият алмашинди, оз миқдорда бўтқасимон ва суюқ нажас ажралди, гоҳо бадбўй ел чиқиб ахлат худди қўй қумалоғи шаклида бўлди. Шунингдек беморларда ич юришиши қийинлашди, улар хожатга борганларида охиригача бўшанмаганликларини сездилар, кўпинча сохта ич қисташидан безовталанишди.

Хулоса. Бундай ҳолатлар давомий бўлганда бемор албатта проктолог маслаҳатига бориши керак. Касалликни аниқлаш учун аввало ультратовуш (УТТ) текширувидан ўтказилиши мақсадга мувофиқ саналади. Мабодо ўсма ривожланиб кетган бўлса компьютер томография ва ядро магнитли резонанс томография ўтказиш талаб этилади. Баъзан йўғон ичак соҳасини пайпаслаб қўришнинг ўзиёқ дардни аниқлашга ёрдам берса, баъзида эса ректороманоскопия, фиброколоноскопия ва колоноскопия қўлланади.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ: РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

**Мадаминов Р., Рашидова Ш.У., Рахимова К., Абдурахманов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Аномалий положения толстой кишки у взрослых определяется следующими положениями: частотой и тяжестью развивающихся осложнений (инвагинация, заворот, узлообразование), выраженными функциональными расстройствами (боль, запоры, метеоризм), изменениями клинической картины заболеваний, развивающихся на фоне аномалий толстой кишки.

Материал и методы исследования. За период с 2016 по 2018 год в рентгенологическом отделении клинике АГМИ, колопроктологии аномалия развития ободочной кишки по типу незавершенного поворота была выявлена у 42 пациентов, что составило 0,2 % от всех больных, которым выполнялась ирригоскопия.

Результаты исследования. Распределение пациентов по полу и возрасту: мужчин было 18 (43 %), женщин 24 (57 %). Возраст обследуемых варьировал от 18 до 77 лет, составив в среднем 44,7±2,7 года. Всем пациентам выполнено рентгенологическое и эндоскопическое исследование толстой кишки. У 15 человек комплекс обследования был дополнен рентгенологическим исследованием желудка и тонкой кишки. В 6 наблюдениях выполнялась ангиография с селективной катетеризацией брыжеечных артерий. Диагностика врожденных нарушений положения и фиксации ободочной кишки основывалась на результатах рентгенологического обследования. В 22 случаях (52,4 %) диагноз был подтвержден при интраоперационной ревизии органов брюшной полости во время хирургического вмешательства. При эндоскопическом исследовании аномалия развития по типу незавершенного поворота не была выявлена ни в одном случае. В 20 случаях (47,6 %) при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании толстой кишки на фоне аномалии в ней обнаружены различные воспалительные и опухолевые поражения. Так, у 11 человек (26,2 %) обнаружены онкологические заболевания: из них у 4 пациентов рак прямой кишки, у 3 семейный аденоматоз толстой кишки и у 4 крупные полипы ободочной кишки.

Выводы 1. В диагностике ротационных аномалий толстой кишки наиболее эффективным, до настоящего времени, остается рентгенологический метод. Он позволяет прижизненно оценить характер нарушения положения толстой кишки, определить его вид, а в 47 % выявить сопутствующие заболевания или функциональные изменения кишечника.

2. Ротационные аномалии толстой кишки выявляются при ирригоскопии у 1 на 500 обследуемых людей (0,2 %). В 23,8 % они протекают бессимптомно, однако в 28,6 % случаев возможно появление жалоб на запор, урчание и локальное вздутие в животе.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Мадаминов Р., Рашидова Ш.У., Абдурахманов А.Х., Рахимова К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы в колопроктологии отмечается явная тенденция к выполнению ряда оперативных вмешательств в амбулаторных условиях. Среди таких вмешательств далеко не последнее место занимает эндоскопическая полипэктомия. Будучи малоинвазивной хирургической методикой, эндоскопическая полипэктомия при правильной тактике отбора пациентов, грамотном выполнении самого эндохирургического пособия, а также рациональном послеоперационном наблюдении больных является вполне доступной для догоспитального этапа, так как относительно редко сопровождается осложнениями.

Цель исследования: Изучить эффективность эндоскопической полипэктомии и диагностические возможности внутриорганный оптической когерентной томографии в верификации изменений слизистой оболочки толстой кишки при полипах толстой кишки.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находилось 34 пациента. Изучаемая группа пациентов была выделена на основании данных эндоскопического осмотра и морфологического исследования. 72,3 % больных направлены в нашу клинику для проведения оперативного лечения, остальные пациенты — первично обследованные в нашем отделении — 27,7 %. Клиническое исследование на догоспитальном этапе включало клинико-лабораторные методы диагностики, эндоскопическое исследование толстой кишки с взятием биопсийного материала для морфологического исследования ткани полипа. Окончательная морфологическая диагностика образования после эндоскопического удаления, завершала исследование.

Результаты исследования. По полу пациенты распределились следующим образом: женщин было 19, мужчин 15. В возрасте от 45 до 59 лет было 12 больных, 60–74—20, более 75—2, минимальный возраст составил 46 лет, максимальный 80, среднее значение возраста 63,8 ± 3,1 года. Одиночные полипы были у 20 пациентов, множественные у 14. Локализация в толстой кишке: слепая кишка — 2, поперечно-ободочная — 11, сигмовидная — 35, прямая — 8. До 1 см было — 33 полипа, от 1,0 до 1,5 см — 6, от 1,5 до 2,0 см — 2, до 3 см — 9, до 4 см — 2 более 4 см — 4, минимальный размер удаленного полипа — 6 мм, максимальный 8,5 см, среднее значение размера удаленного полипа составило 18,4 ± 2,2 мм. По структуре было следующее распределение: гладкая у 36, дольчатое строение 20. Эрозивный компонент имел место у 26 полипов.

Общая подготовка больного к исследованию проводилась на догоспитальном этапе и включала комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на коррекцию выявленных при плановом обследовании клинического обследовании нарушений и стабилизацию общего состояния больного.

Вывод: Эндоскопическое удаление с использованием токов высокой частоты является методом выбора при лечении полипов толстой кишки, имеет высокую эффективность, экономически обосновано. Данное вмешательство позволяет сохранить и извлечь отсеченный материал для гистологического исследования, так как предварительная биопсия не всегда достаточно информативна. Диспансеризация больных при полипах толстой кишки с обязательным исследованием структуры слизистой оболочки методом оптической когерентной томографии является значимой и оправданной, т. к. позволяет с большей вероятностью определить участки подозрительные на малигнизацию.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАК ТОЛСТОГО КИШКЕ

Мадаминов Р., Рашидова Ш.У., Абдурахманов А.Х., Рахимова К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Колоректальный рак постепенно выходит на 2-е место, имея тенденцию к непрерывному росту заболеваемости. Эта тенденция особенно выражена в индустриально развитых странах. Являясь центром современного глобализованного мира, они вовлекают в свою орбиту страны с менее развитой экономикой навязывая им в числе многих факторов свой, „индустриальный” образ жизни. Одной из характеристик такого образа жизни является питание. Именно с его особенностями большинство ученых связывают быстрый рост заболеваемости и смертности от колоректального рака.

Цель исследования. Рентгенологического исследования при подозрении на опухолевое поражение толстой кишки и ее осложнения (кишечная непроходимость) предусматривают не только выявление патологического процесса, но и определение вида кишечной непроходимости, ее типа, формы, локализации, причины возникновения, а также оценку состояния кишечника с учетом функциональных и морфологических изменений. Достаточно эффективным является изучение рельефа слизистой оболочки толстой кишки (87,5%) и рентгенография излучением повышенной жесткости в сочетании с полутугим заполнением кишки (91,8%).

Материал и методы исследования. За период с 2016 по 2018 год в рентгенологическом отделении клиники АГМИ, с диагнозом рака толстой кишки.

Результаты исследования. Несмотря на внедрение новых методик лучевого исследования толстой кишки, широкое применение эндоскопии, расширение групп риска, запущенные формы составляют 70% в группе больных с

колоректальным раком, при этом от 20% до 30% из них относятся к IV стадии поражения. Успехи, достигнутые в рентгенодиагностике рака толстой кишки, не снимают многих нерешенных и спорных вопросов. Они относятся в частности, к точной оценке местного распространения опухоли и определения метастазов в регионарные лимфатические узлы.

В настоящее время своевременное, детальное распознавание онкологических заболеваний органов брюшной полости, а также степени распространенности опухолевого процесса, не представляется возможным без применения УЗИ, КТ, МРТ. В литературе имеются многочисленные сообщения о применении этих методов в диагностике опухолей желудочно-кишечного тракта.

Основным методом лечения колоректального рака является оперативное вмешательство. Необходимо особо отметить, что здесь, чрезвычайно, важны детальные знания выполняемых операций, без которых невозможна своевременная диагностика их осложнений, а также оценка функции пищеварительного тракта в новых анатомо-физиологических условиях. Химиотерапию, в дополнение к операции проводят при метастазах в регионарные лимфатические узлы, глубоком прорастании опухоли в стенку кишки, местном распространении опухолевого процесса. Однако даже комплексный подход к лечению рака толстой кишки далеко не всегда обеспечивает благоприятные результаты. Так, последние десятилетия пятилетняя выживаемость после комбинированного лечения мало изменилась и составляет на современном этапе 45-60%.

Вывод. Таким образом, анализируя достоинства и недостатки клинических и инструментальных методов диагностики колоректального рака, можно сделать вывод, что ни один из них не является абсолютно точным. Новые возможности осуществления адекватных хирургических вмешательств поставили перед клиницистами новые практические задачи: не только выявить опухолевое поражение толстой кишки, но и точно определить его распространенность, наличие осложнений и метастазов. Решить эти вопросы общепринятыми клиническими и инструментальными методами зачастую не представляется возможным. Только комплексное использование в определенной последовательности традиционных рентгенологических, ультразвуковых и КТ методов диагностики в состоянии преодолеть ограничения классических приемов обследования пациентов.

ULTRASONIC ELASTOGRAPHY OF BREAST CANCER
Madumarova Z.Sh., Umrzakov A.I., Mamajonov Z.A., Baxromov S.T.
The Chair Of Medical radiology, functional and laboratory diagnostics
ASMI, Andizhan city.

The breast cancer is the main problem in the world and this disease takes the first place among malignant tumors and is one of the leading reasons of mortality in young women. About 1 million people in the world fall ill with BC. Incidence of this disease will have been increased up to 1,45 million by the end of 2016 year.

At present many diagnostic technologies have been designed which helps to make a correct diagnosis for revealing cancer, such as various methods of visualization of resilient characteristic of biological tissues – so-called ultrasonic elastography (elasticity imaging). They are based on colorful image on the monitor of the device depending on various stages of tissue rigidity.

Objective of the research: Improvement of early differential diagnostics of BC by using modern ultrasonic methods (elastography).

Aims: To include ultrasonic elastography into complex examination of patients with diseases of mammary glands (MG).

Materials and research methods. We examined 60 patients (women) with benign and malignant tumors of MG. Each patient has been undergone ultrasonic examination with multifrequency transducers 7-13 MHz and the obtained results were compared with cystologic and histological investigations.

Results of research. Using EG method improves significantly recognition of pathological changes in mammary glands and reduce duration of patients examination. In our clinical research of 60 patients with malignant tumors have been revealed in 22 women. In the analysis of results malignant tumors demonstrated high values of coefficient deformation – $22,9 \pm 2,14$ and in benign tumors coefficient deformation constituted $2,0 \pm 0,1$ (average value).

Comparison of results with traditionally ultrasonography and modern US showed sensitivity EG for not-palpable tumors- 87,5%, sensitivity of US – 66,7%, US angiography constituted only 57,1%.

Conclusion. The study of diagnostic opportunities of elastography for revealing benign and malignant tumors of mammary glands will enable the including of this device into complex radiology examination, identification in early stages of BC and choose the best methods of treatment.

НОВЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГРУДИ
Мадумарова З.Ш., Умрзаков А.И., Бахромов С.Т., Мамажонов З.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Рак молочной железы (РМЖ) у женщин занимает первое место среди других онкологических заболеваний. Именно ранняя диагностика, злокачественных заболеваний молочных желёз является одной из актуальнейших проблем современной медицины и практического здравоохранения. Для повышения информативности диагностики продолжается поиск методов, способных поставить диагностику заболеваний МЖ на качественно новую ступень. К их числу относится разработка различных методов визуализации сдвиговых упругих характеристик биологических тканей - так называемые методы эластографии. Они основаны на изменении жесткости и различной способности тканей деформироваться под внешним воздействием в зависимости от патологического состояния. Эта особенность известна еще с древних времен и используется при клиническом

обследовании - пальпации. Для визуализации эластических свойств ткани используются ультразвуковые, оптические и МРТ-методы. Ведущим среди них является ультразвуковая эластография.

Цель исследования: Улучшение ранней диагностики опухолей молочных желез при помощи современных ультразвуковых методов (эластографии).

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты современного ультразвукового обследования 50 пациентов (женщин репродуктивного возраста) с доброкачественными и злокачественными опухолями молочных желез.

В обследовании пациентов с новообразованиями молочных желез использованы клинические и инструментальные исследования. Применяются морфологические, цитологические и гистологические исследования. В качестве методов лучевой диагностики использована цифровая эхография высокого разрешения с применением доплеровских методики аппарате «AcusonV10» с использованием мультисекторных линейных трансдюсеров 7-13 МГц. В объеме клинического обследования пациенты проконсультированы врачами разных специальностей: маммологом и хирургом, как индивидуально, так и в условиях консилиума. Во всех случаях больным проводятся цитологические и гистологические исследования.

Результаты исследования. Внедрение метода ЭГ в широкую клиническую практику позволило существенно улучшить распознавание природы патологических изменений в молочной железе, сократить сроки обследования больных. При клиническом обследовании 50 пациентов у 20 были выявлены образования злокачественной природы. При анализе результатов количественной оценки эластографических данных с помощью коэффициента деформации установлено, что достоверным признаком злокачественного образования в МЖ являются высокие значения коэффициента (среднее значение КД $22,9 \pm 2,14$), в отличие от доброкачественных образований (среднее значение КД $2,0 \pm 0,1$) ($p < 0,001$). Сопоставление результатов ЭГ с данными традиционного УЗИ и УЗА, показало, что чувствительность ЭГ для непальпируемых опухолей составила 87,5%, чувствительность УЗИ – 66,7%, УЗА - лишь 57,1%.

Вывод. Таким образом, изучение диагностических возможностей ультразвуковой эластографии у больных доброкачественными и злокачественными заболеваниями молочной железы позволило разработать показания к включению данной методики в комплекс лучевого обследования с целью раннего выявления рака, что создает условия для своевременного и правильного выбора лечебной тактики.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мадумарова З.Ш., Умрзаков А.И., Мамажонов З.А., Бахромов С.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) широко распространены среди болезней других эндокринных органов, уступая по своей частоте только сахарному диабету. Наиболее часто встречаются узловые образования (УО) ЩЖ.

Распространенность РЩЖ среди УО ЩЖ, по данным разных авторов, составляет от 2,4 до 31,4%. Темп прироста РЩЖ за последнее десятилетие составил 131-133%, что значительно превышает показатели других онкологических заболеваний. По данным Американского онкологического общества, в США ежегодно регистрируется около 17000 новых случаев, заболевания и около 1300 случаев смерти, связанной с РЩЖ. В связи с этим проблема диагностики УО ЩЖ, особенно злокачественных процессов в ЩЖ, становится особенно актуальной.

Узловыми заболеваниями ЩЖ страдает приблизительно 50% взрослого населения, с увеличением возраста которого отмечается тенденция к росту частоты заболеваний. Использование ультразвукового метода исследования (УЗИ) с диагностической целью привело к значительному увеличению числа выявляемых узлов в ЩЖ.

Известно, что понятие «узловая патология» является собирательным, за которым скрывается широкий спектр заболеваний, имеющих различную морфологическую природу: неопухольные образования (узловой паренхиматозный и коллоидный зоб, узловые формы хронического тиреоидита), доброкачественные (фолликулярная аденома) и злокачественные опухоли, врожденные аномалии ЩЖ и др.

Цель исследования: Улучшение качества диагностики очаговых образований щитовидной железы путем оценки диагностической эффективности современных ультразвуковых методов исследования.

Задачи исследования. На основании полученных результатов разработать методологию проведения ультразвукового исследования области щитовидной железы для раннего выявления узловых образований щитовидной железы, в том числе рака щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Для исследования произведена выборка больных, женщин и мужчин, находившихся на лечении в поликлиническом и стационарных отделениях в Андижанской области. Репрезентативность выборки обеспечивается широким спектром критериев включения в исследование: наличие очаговых образований в щитовидной железе, подтвержденное УЗИ; возраст пациентов от 18 до 60 лет.

В качестве методов лучевой диагностики будет использована цифровая эхография высокого разрешения с применением доплеровских методик. Во всех случаях больным проводились лабораторные исследования в обычных объемах – анализы крови и гормонов. Процедура проводится в положении пациента лежа на кушетке со слегка запрокинутой головой (с валиком под шеей) возле аппарата УЗИ.

Результаты исследования. Предложена рациональная методика комплексного УЗИ при различных видах очаговой патологии щитовидной железы. А также, проведены объективный анализ диагностической значимости и эффективности различных методов лучевого исследования при заболеваниях ЩЖ, проявляющихся патологическими очагами. Результаты исследования будут позволять обосновать рекомендации по оптимальному использованию методик комплексного УЗИ с целью диагностики, дифференциальной диагностики, а также планированию дальнейшего лучевого обследования пациентов с очаговой патологией ЩЖ.

Вывод. В связи с вышеизложенным представляются актуальными вопросы исследования частоты встречаемости узловых образований изменениями, установления особенностей его клинического течения, эхографической картины заболевания и разработка подходов, позволяющих повысить эффективность диагностических процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Хасанов Д.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак - это злокачественная опухоль из эпителиальных клеток. Существует множество различных видов рака, в том числе несколько разновидностей рака молочной железы. Наиболее распространенный вид рака молочной железы начинается в клетках, выстилающих протоки, и называется протоковым раком.

Другая разновидность, называемая дольковым раком, возникает в дольках молочной железы.

Рак молочной железы одна из наиболее агрессивных и относительно часто встречающихся форм злокачественных опухолей у женщин.

Заболеваемость раком молочной железы среди женского населения сохраняется на средних уровнях по сравнению с соответствующими показателями в других республиках СНГ. Тем не менее, из года в год она стабильно возрастает в большинстве стран мира на 1 - 3 %.

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты и эффективность комплексного лечения с применением адъювантной лучевой терапии (АЛТ) различного объема облучения у больных операбельным раком молочной железы с учетом основных прогностических факторов.

Материалы и методы. В исследование включены 154 больных первичным РМЖ T2-4N0-3M0, получавших комплексное лечение с использованием курсов нео- и адъювантной химиотерапии (по схемам CM CAF/FAC), гормонотерапии по показаниям радикальной мастэктомии. В зависимости от вида и объема АЛТ больные были разделены на 2 группы. В I группе (n=81) проводилась дистанционная лучевая терапия на зоны регионарного лимфооттока в стандартном режиме фракционирования дозы СОД 40-44. Больные II группы (n=73) дополнительно получали курс электронной терапии на область послеоперационного рубца (СОД 3844 изоГр). Группы были сопоставимы между собой по основным клинико-морфологическим параметрам. Средний возраст больных составил $53,8 \pm 1,8$ лет.

Результаты. В I группе у 13 (16%) больных наблюдались местные рецидивы РМЖ, локализованные преимущественно в области послеоперационного рубца. В 77% случаев местные рецидивы возникали в течение первых двух лет с момента операции. Во II группе местные рецидивы РМЖ наблюдались только у 4 (5,4 %) пациенток. Показатели трехлетней безрецидивной выживаемости в I группе составили $84,9 \pm 5,7\%$, во II группе - $92,6 \pm 4,2\%$. Показатели безметастатической выживаемости за аналогичный период времени в I группе составили $72,6 \pm 7,1\%$, у больных II группы - $79,6 \pm 6,1\%$. Было выявлено, что достоверными факторами высокого риска местного рецидивирования явились: мультицентричный характер роста, низкая степень дифференцировки опухолевых клеток, а также клинические параметры - распространенность опухолевого процесса, возраст больных до 45 лет и наличие сохраненной менструальной функции.

Выводы. Полученные данные позволяют осуществлять планирование АЛТ с учетом клинических и морфологических факторов прогноза заболевания. В группе пациенток с высоким риском развития местного рецидива - обеспечить адекватный объем лучевой терапии и, как следствие, увеличить показатели безрецидивной выживаемости; у больных с низким риском - сократить объем облучения и уменьшить число лучевых повреждений нормальных тканей.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В мире рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующую позицию в структуре онкологической патологии среди женского населения с уровнем заболеваемости 20,9 %, в 2013 г. было выявлено 60 717 новых случаев, из которых 15 % составили женщины моложе 40 лет. При рассмотрении истории развития хирургии на молочной железе от операции по W.S. Halsted до модифицированной техники по J.L. Madden и определения сторожевых лимфузлов мы можем наблюдать повышение качества жизни пациенток относительно снижения частоты проявления лимфедем. Однако у пациенток, перенесших ту или иную мастэктомию, наблюдаются снижение самооценки, изменения в профессиональной сфере, появление раздражительности и чувство страха.

Таким образом, уменьшение частоты появления лимфедемы и выраженной постоперационной травматизации не единственные составляющие качества жизни у пациенток с РМЖ. По данным исследований E. Frank и соавт. (1978), G.P. Maguire и соавт. (1978) и F. Meerwein (1981), удаление самой молочной железы ведет к утрате женственности, потере привлекательности и сексуальности, что также было подтверждено и опубликовано L. Aerts и соавт. (2014). В связи с этим классическая радикальная мастэктомию начала уступать место органосохранному лечению.

Цель: изучить влияние удаления первичной опухоли на выживаемость больных первично - диссеминированным раком молочной железы (ПДРМЖ) с ECOG 0, 1.

Материал и методы: Проанализировано 938 амбулаторных карт и историй болезни больных ПДРМЖ, наблюдавшихся в АООД, за период 2010г. по 2017г. Из них удаление первичной опухоли выполнено 91 пациентке (1 группа) и подобрана по методу случай-контроль (2 группа -106 пациенток) идентичная по возрасту, ECOG, менструальному статусу, биологическим характеристикам опухоли (PЭ, PП, Her2/neu), проводимой химиотерапии

которым хирургическое лечение не проводилось.

Результаты: Удаление первичной опухоли достоверно увеличивает ОВ (двухлетняя: с операцией - 71,1%, без операции - 57,2%, $p < 0,05$) и ВБП (двухлетняя: с операцией - 56,2%, без операции - 31,1%, $p < 0,024$) больных ПДРМЖ, особенно в случаях, когда хирургическое вмешательство выполняется после эффективного системного лечения ($p < 0,019$). У больных с метастазами только в кости ($n=46$) удаление первичного очага улучшает ВБП (двухлетняя: с операцией $n=20$ - 55,2%, без операции $n=26$ - 36,5%, $p < 0,047$; ОВ имеет тенденцию к улучшению, однако - $p > 0,05$). При поражении только легких ($n=22$) хирургическое лечение увеличивает двух- (с операцией $n=14$ - 76,9%, без операции $n=8$ - 62%) и трехлетнюю ВБП (66,6% и 60%, соответственно, $p < 0,05$; ОВ - $p < 0,41$). Хирургическое вмешательство у больных ПДРМЖ с поражением только печени ($n=33$) увеличивает ОВ (двухлетняя: с операцией $n=19$ - 63,3%, без операции $n=14$ - 48,5%, $p < 0,05$; ВБП - $p > 0,05$). Удаление первичной опухоли в случаях метастатического поражения одного органа ($n=128$) улучшает ОВ (двухлетняя: с операцией $n=65$ - 79%, без операции $n=63$ - 62,4%, $p < 0,0258$) и ВБП (двухлетняя: 60,8% и 39,6%, соответственно, $p < 0,0094$), по сравнению с метастазами нескольких локализаций ($n=69$, ОВ и ВБП - $p > 0,05$). Лучшие показатели ОВ и ВБП зарегистрированы в группе больных которым выполнено удаление первичной опухоли «люминальным -А» подтипом.

Выводы: Удаление первичной опухоли у больных ПДРМЖ улучшает отдаленные результаты лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАМЕТРА КОЛЛОИДНЫХ РАДИОФАРМ – ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Хасанов Д.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Актуальность проблемы сочетанных опухолей молочной железы и гиперпластических процессов матки и придатков обусловлена общим патогенезом гормонального дисбаланса и неуклонным ростом частоты этих заболеваний во всех странах. Во всем мире происходит повышение среднего возраста женщин при рождении первого ребенка, в частности, в мире этот показатель увеличился с 22,5 года в 1990-х годах до 25,3 года в 2015 г. Данная тенденция имеет отрицательную сторону, поскольку вместе с откладыванием рождения возрастает число аборт и, как следствие, бесплодие, пролиферативные заболевания репродуктивных органов и повышение риска рака молочной железы (РМЖ) (при рождении первого ребенка после 25 лет на 40%).

Цель исследования. Проанализировать особенности скинтиграфической картины, полученной перед процедурой биопсии сигнальных лимфоузлов (СЛУ), которая выполнялась после внутриопухолевого введения радиофармпрепаратов (РФП) с различным диаметром коллоидных частиц.

Материал и методы. Радионуклидная визуализация (РВ) СЛУ выполнена у 117 больных раком молочной железы (РМЖ). Внутриопухолевое введение коллоидных НАГ в дозе 75-150 МБк и в объеме от 0.5 до 1 мл выполнялось за 1-6 часов до РВ. У 89 больных вводилась нанокolloидные (НК) РФП с диаметром частиц менее 80 нм, у 33 - коллоиды размером от 200 до 1000 нм.

Результаты. После введения НК изображение СЛУ получено у 83 из 84 женщин. (98.9%). Возможности РВ СЛУ после введения крупных (200-1000 нм и более) коллоидов оказались скромнее - визуализация СЛУ в этой группе достигнута у 27 из 33 пациенток, т.е в 84.8% ($p < 0.05$).

При использовании НК в 55.8% случаев наряду с СЛУ подмышечной области получено изображение СЛУ в парастернальной области и/или лимфоузлов (ЛУ) второго и более порядков в подмышечной, под- и надключичной областях: у 16.3% больных определялись СЛУ в подмышечной и парастернальной областях, в 15.1% случаев, наряду с СЛУ в указанных регионах, отмечалось накопление РФП в ЛУ 2 и более порядка, локализованных в поднадключичной области, в 24.4% наблюдений наряду с накоплением НК в СЛУ подмышечной области определялось поглощение РФП в ЛУ второго порядка (интрапекторальных, апикальных и/или под-надключичных). Напротив, при использовании более крупных коллоидов в 85.1% случаев РФП накапливался только в СЛУ подмышечной области. Указанные отличия в топографии поглощения радиокolloидов различного диаметра достоверны ($p=0.01$).

Выводы. Использование НК, в сравнении с коллоидными РФП более крупного диаметра, позволяет достоверно повысить эффективность визуализации СЛУ до 98.9%, однако, у 55.8% больных приводит к сопутствующему накоплению РФП в ЛУ второго порядка.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Рак молочной железы – это самое распространенное онкологическое заболевание у женщин. Опухоль состоит из недифференцированных злокачественных клеток, заменяющих железистую ткань. Актуальность заболевания возросла в конце семидесятых годов прошлого столетия. Болезнь характеризовалась преимущественным поражением женщин в возрасте старше пятидесяти лет. Особенность современного онкопатогенеза – заболевание в детородном возрасте.

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы.

Материал и методы. Выполнены 94 субтотальные радикальные резекции и подкожные радикальные мастэктомии с пластикой возникшего дефекта перемещенным торакодorzальным лоскутом, 43 радикальных резекции с пластикой по О.А. Орлову и 12 радикальных мастэктомий с одномоментной реконструкцией молочной железы TRAM - лоскутом. Реконструкция груди имплантами выполнена 39 больным после радикальной мастэктомии. В 3 случаях радикальная мастэктомия дополнена первичной пластикой перманентным экспандером,

размещённым в субмускулярном кармане. Остальным больным выполнена отсроченная пластика. Если применяли обычный экспандер, то сначала устранялся дефицит кожи, а через 6 месяцев экспандер заменялся постоянным имплантом. Еще 33 пациенткам выполнены различные способы эндопротезирования молочных желез с эстетической целью.

Результаты. За последние 5 лет в АООД выполнено 125 имплантаций экспандеров и эндопротезов. В 83 случаях это были импланты, наполненные силиконовым гелем, в 19 - экспандеры, постепенно заполняемые физиологическим раствором и в 23 - перманентные экспандеры, сочетающие в себе свойства экспандеров и эндопротезов. 4 из 125 имплантаций осложнились нагноением, что привело к удалению двух экспандеров и двух эндопротезов. Процент осложнений составил 3,2%. Следующим этапом работы по реабилитации больных раком молочной железы после хирургического лечения стало внедрение в практику отделения пластик собственными тканями пациентки. Во всех случаях получен хороший косметический результат. Имело место одно осложнение - кровотечение из перемещенной широчайшей мышцы спины, что потребовало повторной операции и остановки кровотечения. В отдаленном периоде рецидивы возникли у 4,7% пациенток.

Выводы. Органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции не уменьшают эффективность удаления первичного очага и регионарных лимфатических узлов, не снижают продолжительность жизни больных и значительно улучшают качество жизни больных раком молочной железы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Хасанов Д.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак груди или рак молочной железы – это эпителиальная опухоль груди, исходящая из долек или протоков железы. Опухоль молочной железы – наиболее распространенная онкологическая болезнь у женщин. Риск развития рака груди весьма высок: согласно статистическим данным, болеет раком молочной железы каждая восьмая женщина. Медицине известны случаи возникновения рака грудной железы, однако встречается это заболевание у мужчин в сто раз реже, чем у женщин.

Цель исследования: Исследовать влияние лекарственной терапии на углеводный обмен и печеночную дисфункцию у больных раком молочной железы.

Материалы и методы: Больные получили от 4 до 6 курсов адьювантной лекарственной терапии рака молочной железы по схеме FAC, включающей в себя циклофосфан 500 мг/м² + доксорубин 40-50 мг/м² + 5-фторурацил 500 мг/м² в течение 1 суток. Биохимический анализ проводился на 5 сутки после каждого введения препаратов.

Результаты: Исходно до начала химиотерапии у больных сахарным диабетом значительно чаще регистрировались цитолитический и холестатический синдромы печеночной дисфункции, что обусловлено в первую очередь хронической патологией углеводного обмена. Кроме того у большинства больных сахарным диабетом определено повышение индекса глюкоза/лактат и лактат/пируват, что отражает дисбаланс аэробных/анаэробных процессов энергообразования, в том числе и в гепатоцитах. Уровень первичных и вторичных продуктов липопероксидации в 2,5-3 раза был выше верхней границы должных величин. В процессе полихимиотерапии у всех больных нарастала гиперактивность процессов ПОЛ, в значительно большей степени при сопутствующем сахарном диабете. Рост малонового диальдегида выше 0,700 являлся предиктором развития цитолитического синдрома печеночной недостаточности. Рост активности ПОЛ сопровождался увеличением гиперлактатемии в среднем до 2,5 ммоль/л. У пациентов без сопутствующей патологии углеводного обмена нарушалась толерантность к углеводной нагрузке. Нарастание степени метаболических нарушений и печеночной дисфункции привело перед четвертым курсом лечения к значительной задержке проведения химиотерапии у трети пациентов с сахарным диабетом. Нарушение режима противоопухолевой адьювантной химиотерапии ввиду тяжести соматического статуса и печеночной дисфункции может отрицательно сказаться на конечных результатах лечения.

Выводы: Ввиду выявленных нарушений у больных раком молочной железы с сопутствующим сахарным диабетом при проведении специфической химиотерапии возникает необходимость обоснования более широкого использования препаратов, влияющих на метаболизм.

ЛЕЧЕНИЕ КОНЪЮНКТИВИТОВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт

При общей туберкулёзной инфекции организма возможны различные клинические проявления со стороны органа зрения как специфическая реакция, к числу которых, в первую очередь, относятся конъюнктивиты.

Цель работы: изучение частоты встречаемости конъюнктивитов у детей больных туберкулезом с анализом эффективности проведенного лечения.

Офтальмологическое обследование провели 180 детям больных туберкулезом в возрасте от 7 до 10 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования.

В результате проведенного обследования 180 детей младшего школьного возраста больных туберкулезом в 21 случаях (11,6%) диагностировались конъюнктивиты, ангулярный конъюнктивит установлен у 7 (3,8%) детей, весенний катар у 2 (1,1%) детей.

Лечение хронического конъюнктивита представляет собой довольно трудную задачу. Лечение носит симптоматический характер и направлено на устранение неприятных ощущений. При ангулярном конъюнктивите больным дополнительно назначали в виде инстилляций 0,25 – 0,5% раствор цинка сульфата по 2 капли 6 – 8 раз в день в течение 2 недель, затем по 2 капли 3 раза в день в течение 1 месяца. Также назначали 0,3% раствор ципрофлоксацина или 0,5% раствор левофлоксацина по 6 раз в день. На ночь за нижнее веко закладывали 1% тетрациклиновую мазь. После исчезновения воспалительных явлений, для предупреждения рецидива заболевания, лечение продолжали в течение 7 – 10 дней, уменьшая частоту закапывания до 2 раз в день.

При лечении весеннего катара назначали симптоматическое лечение, направленное на устранение неприятных ощущений в глазу и воспалительных явлений. Промывали глаз 2% раствором борной кислоты, раствором калия перманганата (1:5000). Также назначали инстилляцию 0,25% раствора сульфата цинка с раствором адреналина гидрохлорида (10 капель 0,1% раствора адреналина на 10 мл раствора сульфата цинка), 0,5% раствора димедрола. Местно назначали 0,1% раствор дексаметазона, 0,5% гидрокортизоновую мазь. Хороший эффект получали от применения 4% раствора кромолина натрия («Лекролин»).

Выздоровление наблюдалось в 71,4% (5) при ангулярном конъюнктивите и в 81,0% при хроническом конъюнктивите. Улучшение наблюдалось в 28,6% (2) при ангулярном конъюнктивите, в 19,0% (4) при хроническом конъюнктивите

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что всем детям страдающим туберкулезом, необходимо проводить офтальмологический осмотр с целью раннего выявления и лечения патологии органа зрения.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АСТИГМАТИЗМА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Астигматизм у детей представляет собой нарушение зрения, при котором лучи света фокусируются не на глазной сетчатке, искажая изображение. Проблема заключается в аномальной форме роговицы. Астигматизм глаз у ребенка характеризуется наличием сразу двух точек оптической фокусировки, при этом часто обе находятся в неполюженном месте (сложный астигматизм).

Офтальмологическое обследование провели 188 детям больных туберкулезом в возрасте от 5 до 10 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования.

При обследовании астигматизм выявлен у 16 детей, что составляет 8,5% от всего числа обследованных.

Астигматизм простой миопический констатирован у 8 (4,2%), сложный миопический - у 2 (1,06%), простой гиперметропический - у 2 (1,06%), сложный гиперметропический - у 1 (0,53%), смешанный астигматизм выявлен у 4 (2,12%) детей.

Основной метод профилактики осложнений – раннее и правильная коррекция астигматизма.

Показанием к коррекции астигматизма служило следующее:

1. снижение остроты зрения;
2. развитие и прогрессирование миопии на фоне астигматизма;
3. нарушение зрительной работоспособности – астенопия.

В ходе назначения оптимальной оптической коррекции, острота зрения повысилась при всех видах астигматизма, сложно было корригировать смешанный астигматизм.

Таким образом, при астигматизме всех видов необходимо назначить оптимально переносимую оптическую коррекцию в возможно ранние сроки.

ЛЕЧЕНИЕ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Раннее выявление и лечение слабости и спазма аккомодационной мышцы – важная часть мероприятий по охране зрения у детей и предупреждению развития истинной миопии.

Офтальмологическое обследование провели 188 детям больных туберкулезом в возрасте от 5 до 10 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования.

В результате проведенного обследования у 32 детей диагностировался спазм аккомодации.

Дети со спазмом аккомодации были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли 19 детей (38 глаза) с нестойким спазмом аккомодации. В 1 группе проводили оптическое и дистантное микроразуманивание, «стеклянную атропинизацию» и дивергентную дезаккомодацию по А.И. Дашевскому. К лечению подключали инстилляцию в оба глаза 1% раствора мезатона на ночь.

Оптико-дистантное микроразуманивание проводили в течении 14 дней.

Во 2 группу вошли 8 детей (16 глаз). Наряду с оптико-дистантным микрозатуманиванием во 2 группе во всех случаях в комплекс лечения включали электрофорез с Sol. Mesatoni 1% и Sol. Platyphyllini 0,2% в соотношении 1:1.

В 3 группу вошли 5 детей со стойким спазмом аккомодации. Наряду с оптико-дистантным микрозатуманиванием за 3 часа до сна ребенку инстиллировали 1% раствор мезатона, а за 30 минут до сна, в оба глаза инстиллировали 0,5% раствор мидриацила. При стойком спазме курс инстилляции длился до 1 месяца, затем в течение 2 месяцев через день.

После лечения отмечалось снижение степени исходной миопии до эметропии, гиперметропии. ЗОА во всех случаях достиг возрастной нормы. Астенопические жалобы в процессе лечения также исчезли.

Таким образом, своевременное выявление и лечение спазма аккомодации является важным фактором в деле профилактики развития миопии.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРМЕТРОПИИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

При рождении практически все дети - гиперметропы. С возрастом частота этой аметропии уменьшается и переходит в эметропию. При гиперметропии средней и высокой степени у детей наблюдается понижение остроты зрения.

Туберкулез ослабляет детский организм и мышечный аппарат глаз, что способствует появлению косоглазия у детей.

Целью нашего исследования являлась разработка комплексного метода лечения гиперметропии средней и высокой степени у детей больных туберкулезом.

Офтальмологическое обследование провели 188 детям больных туберкулезом возрасте от 5 до 10 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования.

В результате проведенного обследования у 18 детей диагностировались гиперметропия средней степени, у 7 детей гиперметропия высокой степени. Во всех случаях гиперметропия высокой степени сочеталась с содружественным сходящимся косоглазием.

При гиперметропии средней и высокой степени дети предъявляли астенопические жалобы. Дети жаловались на чувство песка в глазах, быструю утомляемость, боли в глазах и лобной части головы. Офтальмоскопическая картина глазного дна, при гиперметропии средней и высокой степени, характеризовалась гиперемией диска зрительного нерва, артерии были сужены, вены расширены.

Лечение гиперметропии средней и высокой степени у детей сводилось к назначению своевременной оптической коррекции. Показанием к назначению коррекции при гиперметропии служили астенопические жалобы и понижение остроты зрения хотя бы одного глаза. В таких случаях назначали постоянную оптическую коррекцию по субъективной переносимости. Для работы вблизи назначались линзы на 2,0 дптр сильнее.

При наличии сходящегося косоглазия назначалась постоянная коррекция на 1,0 дптр меньше степени гиперметропии, выявленной в условиях циклоплегии. В процессе коррекции корригированная острота зрения повысилась как при гиперметропии средней степени, так и при высокой. Лечение содружественного сходящегося косоглазия включало оптическую коррекцию амметропии, мероприятия по борьбе с амблиопией (плеоптика), операции на глазодвигательных мышцах, пред- и послеоперационные ортоптические упражнения, диплоптика.

Профилактика содружественного косоглазия включает в себя оптическую коррекцию амметропий в раннем возрасте. Целесообразно назначение очков для постоянного ношения при дальнозоркости в +2,5 дптр и более.

Таким образом, при профилактических исследованиях органа зрения у детей больных туберкулезом перед поступлением в школу необходимо выявлять не только явное косоглазие, но и дефекты бинокулярного зрения, а также состояния благоприятствующие возникновению содружественного косоглазия.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Маткаримов Б.Х., Мусашипов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острая кишечная непроходимость - это опасное для жизни патологическое состояние, которое характеризуется нарушением прохождения содержимого желудочно-кишечного тракта по направлению от желудка к заднему проходу и обычно бывает осложнением самых различных заболеваний. При отсутствии своевременного лечения прогноз при кишечной непроходимости крайне неблагоприятный.

Цель исследования. Изучить методы лапароскопической операции больных острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы исследования. За период 2016 по 2018 год нами прооперировано 38 пациентов с ОКН, из них 14 пациента (36,1%) прооперированны с помощью лапароскопически ассистированного метода.

Результаты исследования. Интраоперационных осложнений при использовании данной методики мы не имели. 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 (6,8%), 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 (11,3%). Из всей группы больных, прооперированных по поводу ОСКН, послеоперационные осложнения в брюшной полости имелись у 13,8% пациентов. Средний койко-день у больных, прооперированных лапароскопически ассистированным методом, составил 6,8 - что почти в два раза меньше, чем у прооперированных лапаротомным методом (13,2 койко-дня).

Вывод. Оперативное лечение при ОСКН начинаем с диагностической лапароскопии, на которой определяем локализацию непроходимости и решаем вопрос о возможности лапароскопического разделения спаек. Когда это невозможно - переходим на операцию из минилапаротомного доступа, который производим строго над местом непроходимости. Из этого доступа рассекаем спайки в условиях лапаролифтинга и освещения без выведения петель кишечника из брюшной полости. В случаях, когда технически не удастся выполнить лапароскопически ассистированную операцию или при сомнении в полной ликвидации непроходимости, мы выполняем лапаротомию.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА **Маткаримов Б.Х., Мусашайхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.** **Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Острый панкреатит является актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. В течение последних лет в мире отмечается возрастание заболеваемости острым панкреатитом.

В структуре экстренной хирургической патологии данное заболевание занимает 3 место, уступая острому аппендициту и патологии желчного пузыря, и составляет до 10-16%. По данным литературы, определено около 140 факторов, способных привести к развитию острого панкреатита. У 15-30% больных регистрируются тяжелые деструктивные формы острого панкреатита. Инфицирование очагов панкреонекроза отмечается в 40-50% случаев. Летальность при тяжелом панкреатите составляет 25-40%. До 80% причин смерти пациентов с острым деструктивным панкреатитом обусловлены инфекционными осложнениями брюшной полости и забрюшинного пространства, системными инфекционными осложнениями.

Цель исследования. Изучение особенностей лечения при острых панкреатитах для оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 75 пациентов с формирующимися постнекротическими кистами поджелудочной железы, поступившими в клинику в сроки от 2 до 8 недель с момента заболевания.

Результаты исследования. В 3 случаях локализация формирующейся кисты в области головки ПЖ приводила к сдавлению общего желчного протока с развитием картины механической желтухи. Кроме этого, большие псевдокисты могут сдавливать селезеночную и брыжеечные вены (18 наблюдений), что ведет к различной степени изменениям кровотока при доплерографии. Иногда псевдокисты могут располагаться атипично - под капсулой печени (4 наблюдения), селезенки (3), в брыжейке кишечника (2).

Инвазивные эхоконтролируемые вмешательства применялись нами у 45 пациентов с формирующимися постнекротическими панкреатическими кистами.

Пункционный метод лечения использовали у 8 пациентов с диаметрами кист до 6 сантиметров различной локализации и без видимых при сонографии крупных внутрисплетных включений. В данной группе больных удалось полностью ликвидировать кисты у 4 человек. В 4 наблюдениях вмешательства оказались неэффективными в связи с невозможностью полной эвакуации экссудата (на 2/3 были заполнены сгустками крови).

Чрезкожные эхоконтролируемые дренирования применялись нами у 2 больных. У 16 пациентов достигнут стойкий клинический эффект в виде полной облитерации патологических полостей.

Суммарная эффективность чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств при формирующихся ПН ПК составила 78%. Причинами безуспешного лечения у 11 пациентов после дренирований были продолжающиеся гнойно-воспалительные процессы в железе, наличие в полостях крупных секвестров некротизированных тканей, что потребовало выполнения в последующем оперативного лечения. Вместе с тем у данных пациентов был достигнут частичный лечебный эффект, позволивший стабилизировать их состояние.

Вывод. Таким образом, при лечении ОБП преимущество следует отдавать мининвазивным методикам. Использование ЭПСТ при ОБП имеет ограниченные возможности.

ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА **Маткаримов Б.Х., Мусашайхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.** **Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Хронический панкреатит остается одной из наиболее изучаемых и актуальных проблем в гастроэнтерологии. Несмотря на широкий спектр этиологических, патогенетических и провоцирующих факторов хронического панкреатита, одной из основных причин развития заболевания остается патология билиарной системы.

Ключевым звеном в комплексном лечении хронического панкреатита является коррекция нарушений пищеварения, при этом характерной особенностью билиарного панкреатита, отличающего его от других форм панкреатита, является сочетание внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы с хронической билиарной недостаточностью.

Многообразие биохимических и иммунологических эффектов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) позволяет рассматривать ее при билиарном панкреатите в качестве препарата этиологической, патогенетической и

заместительной терапии.

Цель исследования. Изучение особенностей лечения при хронических панкреатитах для оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. В основе работы - анализ обследования и лечения в клинике АГМИ, 72 больных с хроническим билиарным панкреатитом (ХБП). Все пациенты были прооперированы.

Результаты исследования. Первую группу составили 38 больных, которым выполнены лишь открытые операции. Среди них - холецистэктомия (ХЭ), холедохолитотомия (ХЛТ), холедоходуоденостомия (ХДС), гепатикоэюностомия (ГЕС), резекции кист общего желчного протока, другие. В 22 случаях выполнены комбинированные вмешательства на билиарной системе и на поджелудочной железе (ПЖ). Среди них преобладали продольная панкреатоэюностомия и панкреатодуоденостомия в сочетании с ХЭ, наружным дренированием общего желчного протока, холедохоэюно- или ГЕС. В двух случаях выполненная панкреатодуоденальная резекция, в одном - парциальная резекция головки ПЖ.

Во вторую группу вошли 15 больных, лечения которых проводилось сочетанием открытых и мининвазивных методик. В ней всем пациентам выполнена ЭПСТ в сочетании с открытыми операциями, среди которых преобладали вмешательства на билиарной системе.

Мининвазивными вмешательствами (третья группа) удалось ограничиться у 19 пациентов. ЭПСТ как самостоятельный метод лечения выполнена у 38 из них. У остальных больных выполнены лапароскопические ХЭ, ХЛТ, ХДС, временное стентирование (ВС) дистального отдела ОЖП, эндобилиарное дренирование, дренирование кист ПЖ под контролем УЗИ.

При расширении ОЖП больше 20 мм, выполняли внутреннее дренирование желчных путей, преимущественно ГЕС. При ХБП, возникшем вследствие папиллостеноза, операцией выбора считаем ЭПСТ. В случаях расширения ОЖП до 20 мм и тубулярном стенозе его дистального отдела выполняли лапароскопическую ХЛТ и ВС ОЖП.

Вывод. Таким образом, при лечении ХБП преимущество следует отдавать мининвазивным методикам. Использование ЭПСТ при ХБП имеет ограниченные возможности.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И АППЕНДЭКТОМИИ

Маткаримов Б.Х., Мусашайхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В частности ставилась задача изучения взаимосвязи между диагнозом заболевания и его давностью, наличием осложнений, возрастом больного и количеством проведенных койко-дней. При этом рассматривались зависимости как для отдельных пар используемых признаков, так и для их совокупностей. Данные исследования выполнялись с учетом половой принадлежности пациентов.

Цель исследования. Целью работы было изучение характера осложнений, возникающих у больных острым аппендицитом и после аппендэктомии, и анализ взаимосвязей характеристик этого процесса.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ годовой работы хирургического отделения в клинике АГМИ. Проанализированы истории болезни 156 больных, из которых 73 человека - мужчины (46,8%) и 83 - женщины (53,2%).

Результаты исследования. Результаты корреляционного анализа представлены в виде графических зависимостей - корреляционных эллипсов, и в виде оценок коэффициентов корреляции Спирмэна. С увеличением количества осложнений и, соответственно, койко-дней наблюдается переход от групп без осложнений, к группам с одним осложнением и далее к группам с несколькими осложнениями. Значение коэффициента корреляции Спирмэна для этой пары признаков, вычисленное по выборке наблюдений в 156 человек, оказалось равным 0,52 при достигнутом уровне значимости $P=0,0001$. Такое значение коэффициента корреляции Спирмэна свидетельствует о наличии достаточно высокой взаимосвязи между количеством осложнений и количеством койко-дней, проведенных больным в стационаре.

Такой показатель, как количество койко-дней, проведенных в стационаре, как мы видим, зависит от трех переменных. Однако представляет интерес рассмотреть эту же самую проблему в отдельных группах по давности заболевания: до 6 часов; 7-24 часа; более 24 часов. Ниже приведены полученные результаты для этих трех групп. Для больных с давностью заболеваний до 6 часов количество проведенных в стационаре койко-дней положительно коррелирует только с количеством осложнений.

Выводы. Максимальная встречаемость заболевания приходится на возрастную группу 20-28 лет. С увеличением возраста и давности заболевания начинают доминировать деструктивные формы острого аппендицита. Распределение всех количественных признаков асимметричные, ненормальные. Наблюдается сильная положительная корреляция между койко-днями и количеством осложнений. С увеличением давности заболевания появляется также и положительная корреляция между койко-днями и возрастом.

РЕЗУЛЬТАТЫ АППЕНДЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Маткаримов Б.Х., Мусашайхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острый аппендицит является наиболее частым заболеванием органов брюшной полости, требующим экстренной хирургической помощи. До 75 —83,5% от общего числа неотложных операций предпринимаются по поводу острого аппендицита.

Летальность у больных острым аппендицитом составляет по данным разных авторов от 0,14% до 0,5%, а у пожилых и старых людей 4,6%, превышая среднестатистическую в 10 раз. Процент летальных исходов кажется не

столь уж и грозным, но если учесть, что в нашей стране ежегодно оперируется по поводу острого аппендицита 1-1,5 млн. человек, то абсолютные цифры неудовлетворительных исходов еще довольно велики. Вот почему проблема осложненной острой аппендициты остается актуальной до сегодняшних дней.

Материалы и методы исследования. Больные острым аппендицитом составляют от 9 до 21% в общем потоке пациентов, получающих экстренную помощь в хирургических стационарах. За период с 2016 по 2018 год в клинике АГМИ по поводу острого аппендицита проходили лечение 150 пациентов.

Результаты исследования. Распределение больных по характеру воспалительного процесса в червеобразном отростке: катаральный аппендицит - 16 пациентов (10,5%), флегмонозный аппендицит - 123 (81,9%), гангренозный аппендицит - 9 (6,3%), перфоративный аппендицит - 2 (1,3%).

По характеру воспалительного процесса в прилежащих отделах брюшной полости: местный неотграниченный серозный перитонит - 4 пациент (2,8%), местный неотграниченный серозно-фибринозный перитонит - 3 (2,2%), диффузный серозный перитонит - 2 (0,3%). Всего с явлениями перитонита 9 пациента - 5,9%. Общее число осложнений 4,1%. Небольшое количество послеоперационных осложнений связываем со щадящим способом оперирования, малой операционной травмой, защитой раневого канала, уменьшением числа аппендэктомий по поводу вторичного аппендицита.

В группу пациентов, которым выполняем ЛДА, не входят больные с наиболее тяжелыми случаями острого аппендицита. У этой категории больных число послеоперационных осложнений и длительность стационарного лечения значительно выше.

Вывод: ЛДА может применяться в лечении больных острым аппендицитом в стационарах по оказанию круглосуточной неотложной хирургической помощи. Применение ЛДА позволяет снизить койко-день в общем потоке больных острым аппендицитом и уменьшить число послеоперационных осложнений.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КЛИППИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ

Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Имамов А.А., Нишанов М.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения при кровотечениях из язв желудочно-кишечных анастомозов у больных с высоким анестезиологическим риском.

Нами проанализированы результаты лечения 7 пациентов с кровотечением из пептической язвы, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии 2-клиники ТМА за период с 2013 по 2018 годы. Из анамнеза все больные перенесли операцию резекции желудка по поводу перфорации язвы 12-перстной кишки в сроки от 2 до 25 лет. Со слов пациентов, в течение от 2 до 5 лет их беспокоили боли, изжога и метеоризм, которые купировались спазмолитиками, антацидами и противоязвенными препаратами. За медицинской помощью не обращались. Мужчин было 6, женщин – 1. Возраст больных составил от 33 до 58 лет. Всем пациентам выполнялась видеогастроскопия для определения источника и оценки степени кровотечения по классификации Forrest. В 2 наблюдениях кровотечение оценено как F-IA, в 3 – F-IB и в 2 – F-IIA. Все больные были в тяжелом и крайне тяжелом состоянии за счет массивной кровопотери (5пациентов) и тяжелых сопутствующих патологий. У 6 больных имелись сопутствующие заболевания: у 1 пациента – терминальная фаза хронической почечной недостаточности (пациент периодически получал гемодиализ); у второго – постинфарктный кардиосклероз с хронической сердечной недостаточностью; у третьего – декомпенсированная форма сахарного диабета, инсулинзависимая форма; у четвертого – болезнь Верльгофа; у пятого – двухсторонний туберкулез с явлениями дыхательной недостаточности; у шестого – состояние после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с наличием гемипареза, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз с хронической сердечной недостаточностью. Показатели гемоглобина колебались от 28 до 87 г/л. Во всех случаях для достижения гемостаза были установлены клипсы фирмы «COOK». Необходимо отметить, что ни в одном наблюдении эндоскопическая манипуляция не оказало влияния на тяжесть сопутствующей патологии.

Полученные результаты: В наших наблюдениях гемостаз путем эндоклиппирования был достигнут в 6 случаях (85,7%). Рецидива и летальности после этого не отмечено. У 1 больного из-за невозможности визуализации источника и профузного кровотечения выполнить клиппирование не удалось. Пациенту произведено открытое оперативное вмешательство – гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы. В позднем послеоперационном периоде у больного развилась вентральная грыжа.

Таким образом, эндоскопическое клиппирование является высокоэффективным методом гемостаза при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта. В лечении кровотечений из пептических язв эффективность методики достигает до 85,7%. Эндоскопическое клиппирование является методом выбора при гастродуоденальных кровотечениях при наличии тяжелой сопутствующей патологии и высоком операционном риске.

ОНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Магназарова Г.С., Кенжаева М.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Бутун жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти онкологик касалликларнинг инсонлар саломатлиги ва ҳаёт фаолиятига салбий таъсир этувчи иктисодий ва ижтимоий зарар келтирувчи ноинфекцион касалликлар руйхатига киритилган.

Мавзунинг долзарблиги: Онкологик касалликлар келиб чиқиши бўйича ривожланган давлатларда 53% ни, ривожланаётган давлатларда 47 % ни ташкил қилади. Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига

кўра, 2020 йилга бориб касаллар сони бутун дунё бўйича 16 миллион кишига етса, ўлим 10 миллионни ташкил қилади.

Тадқиқот мақсади ва текширув усуллари: Ўсма касаллигида эпидемиологик назорат ва профилактик чора - тадбирларни такомиллаштириш. Ўсма касалликларининг олдини олишда касалликни эрта аниқлаш, касалликнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси катта аҳамиятга эга. Эпидемиологик текширув ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари: Онкологик касалликларнинг ривожланиши ва оқибатига қараб икки тури (хавфли ва хавфсиз) фаркланади. Хавфли ўсмалар гистологик тузилиши, рецидив, метастаз хусусиятлари билан хавфсиз ўсмалардан фарқ қилади.

Онкоэпидемиологларнинг маълумотларига қараганда, хавфли ўсма касалликлари 100 минг аҳолига АҚШ да 364, Россияда 334, Италияда 318, Англияда 278, Германияда 228, Японияда 214 кишини ташкил қилади. МДХ давлатлари орасида энг юқори кўрсаткич Белоруссия давлатида қайд этилиб, 356 кишини, шунигиндек, Марказий Осиё давлатларида, жумладан, Қозоғистонда 197, Туркменистонда 65, Қирғизистонда 97, Ўзбекистонда 71 кишини ташкил қилади.

Статистик маълумотлардан кўриниб турибдики, касалланиш кўрсаткичлари ҳудудларда турлича. Бунга сабаблар, кўп жиҳатдан экологик муҳит, аҳолининг яшаш тарзи, урф-одатлари, овқатланиши, инсон организмига таъсир қилувчи канцероген (ўсмани келтириб чиқарувчи) омилларнинг таъсир доирасига ва ирсий хусусиятига боғлиқ бўлади.

Ўсма касалликларини келтириб чиқарувчи омиллар икки турга бўлинади: экзоген ва эндоген. Экзоген омиллар ўсма касаллигини келтириб чиқаришда 85-90 % фоизни ташкил қилади. Булар қаторига қуйидагилар кириди: овқатланиш тартиби ва овқат турлари 35 %, тамаки ва нос чекиш 30 %, қуёш нури билан боғлиқ омиллар 5 %, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш 3 % фоиз, корхоналарнинг санонат чиқиндилари (канцероген хусусиятга эга бўлган) 18 % ва радиацион омиллар 5 % ташкил қилади. Эндоген омиллар организмнинг ички хусусиятлари, кўп жиҳатдан гормонал, иммунологик ва ирсий билан боғлиқ бўлиб, бу ўз навбатида организмнинг маълум бир аъзосида хавфли ўсманинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Касалланишни камайтиришга қаратилган замонавий тиббиётда онкологик касалликлар профилактикаси уч гуруҳга бўлинади: бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика.

Бирламчи профилактика - канцероген моддалар таъсирини биринчи ўринда, одам организмни иммунитетини кўтариш, бунга соғлом турмуш тарзи ва соғлом овқатланиш орқали эришилади. Овқатланиш рационалида оксил, углевод ва витаминларга бой озуқалар бўлиши керак. Организм учун керакли килокалорияга эга бўлиши керак. Ортиқча қовурилган ва дудланган маҳсулотларни иложи борида камроқ истеъмол қилиш керак бўлади.

Чекишни ташлаш, спиртли ичимликлардан воз кечиш, фаол ҳаракат, соғлом овқатланиш ва нормал тана вазни.

Спорт билан мунтазам шуғулланишни ташкил этиш, сувда сузиш ортиқча тана вазнидан қутилишга сабаб бўлади.

Иккиламчи профилактика – ўсма олди жараёнининг касаллик намоеън бўлишининг профилактикаси. Ўсма касалликларидан эрта ташхис қўйиш катта аҳамиятга эга. Аҳолини ҳар 6 ой ва бир йилда мунтазам тиббий кўриқлардан ўтказиш, лаборатория текширувларидан ўтказиб борилишини ташкиллаштириш муҳим аҳамиятга эга. Ўсма ва ўсма олди касалликларини эрта босқичларида аниқлаш даволашнинг самарали бўлишига замин бўлади.

Хулоса ўрнида шуни айтиш керакки аҳоли ўртасида ўсма касалликларининг келиб чиқиши ва олдини олиш чора тадбирларини тўғри ташкил қилиш, бирламчи ва иккиламчи профилактика ишларини ўз ўрнида қўллаш билиш ушбу касалликларнинг камайишига олиб келади.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНING ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Матназарова Г.С., Абдукаҳарова М.Ф., Нетьматова Н.Ў.

Тошкент тиббиёт академияси

ОИВ – одам иммунтанқислиги вируси кўзгатадиган ва организмда иммунитет тизими ҳимоя қобилятининг кескин пасайиб кетиши оқибатида турли касалликларнинг, айниқса хавфли ўсма (рак) ва бошқа оппортунистик касалликларнинг ривожланиши билан кечадиган юқумли касалликдир.

Ҳозирги замон тиббиёти ва соғлиқни сақлаш тизимининг энг долзарб муаммоларидан бири бўлган ОИВ-инфекцияси дунёнинг барча давлатларида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) ва Бирлашган Миллатлар Ташкилоти (БМТ) томонидан ОИВ-инфекцияси бўйича тайёрланган Кўшма Дастурига (ЮНЭЙДС) асосан ва унда келтирилган маълумотларга кўра, ушбу инфекция билан касалланиш кўрсаткичининг ортиб бораётганлиги кузатилмоқда.

ЖССТ маълумотида асосан, сайёрамизда ҳозирги кунда ОИВ инфекциясини юктириб олганлар ва ОИТСга чалинган беморлар сони 36,7 миллион кишини ташкил этади. Дунё бўйича бир кунда 7000 нафар, бир соатда 300 нафар киши ОИВ инфекциясини юктириб олади. 2016 йилда бутун дунё бўйича ОИВ инфекциясидан зарарланган ва ОИТС билан касалланганлар сони Шарқий Осиё давлатларида - 6,5 миллион, Ғарбий Европа ва Ўрта Осиё давлатларида - 1,3 миллион, Латин Америка давлатларида - 2,0 миллионга яқин одамлар касалланган.

Ҳозирги вақтда “Аср вабоси” деб аталган ушбу касаллик бутун дунё мамлакатлари бўйлаб, “яшин тезлигида” кенг қулоч ёзиб тарқалиб бормоқда ва инсоният саломатлигига ва ҳаётига катта хавф солмоқда. ОИВ/ОИТС касаллигининг бутун дунё бўйича жадаллик билан тарқалиш тезлигига қараганда, келажакда ушбу касаллик энг оғир эпидемия бўлишидан далолат беришини башорат қилиш мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади. Ўзбекистон Республикаси аҳолиси ўртасида ОИВ-инфекцияси тарқалганлигининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва унинг профилактикасини такомиллаштириш.

Тадқиқот материали ва усуллари: ОИВ-инфекциясининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси ОИВ/ОИТС касаллигига қарши курашиш маркази ОИВ-инфекцияси билан касалланиш бўйича 2006-2016 йиллардаги расмий маълумотлари ўрганилди ва ретроспектив таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалар. Олиб борилган тадқиқот натижасида қуйидагилар аниқланди. 2016 йил Ўзбекистон Республикасида ОИВ-инфекциясининг тарқалиши ҳар 100 минг аҳоли сонига нисбатан 14,2 ни ташкил этади.

Ўзбекистон Республикасида ОИВ-инфекцияси билан касалланганларнинг 78% шаҳар ва 22% қишлоқ аҳолиси улушига тўғри келади. Тиббиёт ходимлари орасидаги беморларнинг касб турлари бўйича тақсимланиши таҳлилининг энг юқори кўрсаткич 46% ҳамшираларда ва 22,2% фаррошларда учраши аниқланди.

Охириги йилларда Республикамизда ОИВ/ОИТС инфекциясига қарши курашиш, бу касалликнинг олдини олиш, беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш ва бошқалар тўғрисида катта ишлар амалга оширилди, қатор меъёрий ҳужжатлар қабул қилинди.

Хулоса қилиб, шуни айтиш мумкинки, аҳолининг ва тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекцияси бўйича билимлаир савиясини ошириш ушбу касалликни эрта аниқлашда ва касалликнинг эпидемик тарқалишининг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга, бу эса, ўз навбатида, тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекциясига нисбатан ҳушёрлигини янада оширишни тақозо этади.

Ҳозурги вақтда ОИВ/ОИТС инфекцияси тарқалишининг олдини олишнинг самарали йўлларида бири аҳолининг маънавий-маърифий ва санитария-гигиеник маданиятини оширишдан иборат.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Махмамов Н.Ж., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Эшматов М.М., Расулов Ж.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Изучение литературных данных за последнее десятилетие показывает увеличение количества больных с остеохондрозом позвоночника и его осложнений в виде развития грыж межпозвонковых дисков (МПД). Обычно клинические проявления характеризуются корешковыми болями на уровне диско-радикалярного конфликта. Но в некоторых случаях возможны атипичные клинические проявления грыж межпозвонковых дисков.

Цель работы: Изучение атипичных клинических проявлений грыж МПД.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением с 2012 по 2017 год находились 254 больных с различными клинико-неврологическими проявлениями грыж МПД. Возраст больных от 16 до 65 лет. Мужчин – 117 (46,1 %) больных и женщин – 137 (53,9 %). Давность заболевания от 3 месяцев до 5 лет. Из общего количества больных инвалидность на момент лечения имели 97 (38,2 %) больных.

В целях предоперационной подготовки больным проведены клинико-неврологические методы обследования, рентгенография позвоночника в стандартных проекциях, КТ и МРТ исследования.

На рентгенограммах, в основном, у больных выявлены признаки остеохондроза позвоночника.

При КТ и МРТ исследованиях выявлены признаки грыж и протрузий МПД различных размеров (от 3 мм до 16 мм), полисегментарные изменения выявлены у 186 (73,2 %) больных и изолированные грыжи-у 68 (26,8 %) больных.

При клинико-неврологическом обследовании мы обратили внимание, что у 18 (7,1 %) больных клинические проявления не соответствуют месту расположения грыж МПД. Неврологическая симптоматика у этих больных складывалась из оживления сухожильных рефлексов в нижних конечностях с расширением рефлексогенных зон, клонуса стоп, появления патологических стопных знаков Бабинского, Россоломо. Также у этих больных отмечены нарушения функции тазовых органов по типу задержки.

Учитывая вышеперечисленные данные, больные повторно подвергнуты МРТ исследованию грудного отдела позвоночника с целью исключения патологии спинного мозга. При изучении повторных томограмм патологических изменений грудного отдела спинного мозга не было выявлено.

Больным проведены оперативные вмешательства по удалению грыж МПД в классическом варианте. Во время оперативных вмешательств у этих больных мы обратили внимание на расширение и кровенаполнение эпидуральных вен, отечность корешков в зоне диско-радикалярного конфликта. После удаления грыжи отметили нормализацию кровеносных сосудов и значительное уменьшение отека корешков.

Результаты и их обсуждение: В ближайшем послеоперационном периоде полный регресс неврологической симптоматики отмечен у всех 18 больных, что мы связывали с нормализацией спинального кровообращения.

Изучая литературные данные, обратили внимание на некоторые особенности спинального кровообращения. Оказалось, что в некоторых случаях артерия Адамкевича, обычно участвующая в кровоснабжении грудного отдела, в некоторых случаях дает ветвь (вход в позвоночный канал на уровне L4-L5 позвонков), кровоснабжающую нижнегрудной и поясничной отделы спинного мозга. Соответственно, нарушение кровоснабжения в результате сдавления этой артерии дает атипичную клиническую картину грыж нижнепоясничных МПД.

Выводы: Таким образом, при обращении больных с МРТ данными грыжи МПД и атипичными клинико-неврологическими проявлениями в целях исключения патологии грудного отдела спинного мозга необходимо проведение повторного МРТ исследования и по мере возможности контрастного исследования сосудов спинного мозга.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

Махкамов Н.Ж., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Эшматов М.М., Расулов Ж.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучение результатов лечения посттравматического остеомиелита с применением региональной лимфатической антибиотикотерапии.

Проблема лечения открытых диафизарных переломов длинных трубчатых костей, осложненных гнойной инфекцией, приобретает в последние годы все большее значение в силу роста тяжести травмы и загрязнения ран антибиотикорезистентной микрофлорой. Гнойные осложнения при открытых переломах наблюдаются, по данным различных авторов, в 11-62% случаев. Успешное их лечение во многом зависит от своевременного и радикально проведенной первичной хирургической обработки раны, способа фиксации отломков и раннего проведения целенаправленной антибактериальной терапии.

Материалы и методы: В данном сообщении приведены результаты клинических наблюдений 65 больных с открытыми переломами трубчатых костей, осложненными остеомиелитическим процессом. Значительное число больных поступало в стационар уже с развившимся гнойным процессом.

Большинство больных получили травму в результате автодорожных происшествий. Раны у этих больных отличаются загрязненностью уличной пылью вплоть до внедрения уличной грязи и инородных тел в мягкие ткани травмированной области. В значительной степени в результате травмы страдают мышцы, сосуды и нервы, биологическое состояние которых существенным образом влияет на заживление раны.

Бактериологические исследования показали, что в 60% случаев раны были инфицированы золотистым стафилококком, в 30% - синегнойной палочкой, в 5% - кишечными палочками.

По локализации патологического процесса больные распределялись следующим образом: бедром – 20, голень – 28, кости стопы – 8, предплечье – 7 больных.

При наличии патологического процесса в области голени, когда регенеративный процесс слабо был развит, даже при наличии секвестров с хорошим результатом применяли компрессионный аппарат Иллизарова.

Учитывая, что остеомиелитический процесс протекал на фоне развития регенеративного процесса в области перелома костей, особое значение придавали прочной фиксации конечности.

Оперативное вмешательство у 48 больных состояло из секвестр-некрэктомии, удаления инородных тел, металлических конструкций, если последние находились в очаге деструкции. Во время операции стремились сохранить регенерат, развивающийся между отломками.

Кроме тщательной обработки остаточной полости антисептическими средствами с применением метода вакуумирования, непрерывным условием операции являлось дренирование раны и пластика костной полости.

Результаты: У большинства больных раны заживали первичным натяжением, конечные результаты у них были удовлетворительными: свищи закрылись, остаточные полости в костях были ликвидированы.

Наряду с хирургическим вмешательством использовали антибиотики направленного действия. Антибиотики применяли лимфотропно.

Благодаря проведению комплекса мероприятий положительные результаты получили у 59 больных.

Выводы: Таким образом, радикальная секвестр и некрэктомия, вакуумирование, дренирование, стабильная фиксация костных отломков и региональная лимфотропная антибиотикотерапия является эффективным алгоритмом в лечении больных посттравматическим остеомиелитом.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО КОСТНОЙ ТКАНИ

Махмуров А.М., Юлдашева М.А., Юлдашев Т.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность исследования. С древнейших времен актуальным является оптимизация репаративной регенерации костной ткани, разработка патогенетически обоснованных методов стимуляции остеогенеза путем улучшения остеосинтеза, кровоснабжения. Однако до настоящего времени проблема не получила своего успешного разрешения.

Цель исследования: установить морфологические особенности структуры и микроциркуляторного русла длинной трубчатой кости. Через познание взаимоотношений сосудистой сети и гистоструктуры костной ткани, роли и значения костного мозга и сосредоточенных в нем предшественников клеток крови и соединительной ткани нами будет разрабатываться технология оптимизации репаративной регенерации костной ткани.

Материал и методы исследования. Морфологические исследования костной ткани диафиза берцовой кости кроликов породы шиншилла, массой 2,0-2,5 кг в норме осуществлено после фиксации кусочков в спирту и последующей декальцинации в спиртовом растворе азотной кислоты. Срезы окрашены по Шморлю тионином и раствором пикриновой кислоты. Сосуды выявляли после обработки срезов раствором азотнокислого серебра.

Результаты исследования. Диафиз трубчатых костей имеет сосудистые и бессосудистые каналы тесно связанные между собой. Бессосудистыми являются лакуны и каналы, где располагаются остециты и их отростки. От лакун размером 10-15x25-35 мкм отходят 20-40 каналов, ориентирующихся вдоль центрального костномозгового канала, радиально и циркулярно. Трехмерная сеть ветвящихся каналов и их анастомозирование позволяют оптимально осуществлять взаимосвязь всех структур кости и оптимальное течение непрерывно протекающих внутриорганных и на уровне организма структурно-функциональных и метаболических процессов. Лакуны остеонов могут взаимодействовать между собой и с сосудами. Лакуны, у которых каналы проходят через костную пластинку в гаверсов (центральный) канал, связаны с кровеносными сосудами.

Компактная костная ткань диафиза на 2/3 питается кровью из art. nutritia; наружная треть получает питание из системы тканевых сосудов, взаимодействующих с перистоном. Art.nutritia, проникнув в кость, располагается в фолькмановском канале и идет начала сосудам центральных каналов, идущим в продольном направлении и соединительным сосудам, идущим радиально. В сосудистых каналах диафиза находятся в различных сочетаниях артериолы, капилляры и венулы. В крупных сосудистых каналах число сосудов может доходить до 3, однако чаще выявляются 1-2 сосуда. Внутрикостная сосудистая система тесно связана со структурами кости, а также с костным мозгом и его сложной анастомозирующей системой органоспецифических сосудов. В результате такой взаимосвязи она не только участвует в метаболизме костной ткани той или иной трубчатой кости, но и минеральном обмене, регуляции Рн, способствует миграции и оптимальному распределению клеток фибробластического (остеогенного) дифферона в организме. При репаративной регенерации малодифференцированные остеогенные клетки-предшественники мигрируют в зоны повреждения, дифференцируются в остеобласты и участвуют в восстановлении повреждений.

Венозный дренаж диафиза берцовой кости осуществляется по сосудам, которые в целом повторяют ход артериальной системы. Многочисленные венулы по мере соединения между собой в более крупные образуют 2 ветви, которые формируют 1 или 2 венозных ствола v.nutritia, который впадает в близлежащий магистральный венозный ствол конечности.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Интерлейкины обладают иммунорегуляторными свойствами и выполняют функцию медиаторов в иммунной системе: активируют пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, синтез g-интерферона. По данным литературы, у детей, перенесших гипоксию, выявляется активация цитокин-индуцированных реакций с увеличением числа субпопуляций лимфоцитов CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD95+, концентрации ИЛ-1, ИЛ-4, ФНО-а в сыворотке крови и снижение количества и функций Т-лимфоцитов.

Целью данного исследования явилось изучение иммунологического статуса у детей с различными последствиями перинатальных нарушений(ППЦНС).

Материалы и методы: изучен иммунный статус у 218 детей в возрасте от 3-х мес. до 5 лет с последствиями ППЦНС и у 60 практически здоровых детей группы сравнения (ГС), проживающих в психоневрологических домах ребенка. Сформированы группы детей с различными исходами ППЦНС: 1-я группа- дети с последствиями острых гипоксических, ишемических нарушений и врожденных инфекций без структурных изменений на НСГ (n=83). 2-я группа- дети с минимальной церебральной дисфункцией и темповой задержкой психомоторного развития и речи (n=74). 3я группа- дети с тяжелыми последствиями ППЦНС, формированием грубого неврологического дефицита, ДЦП и эпилепсии (n=62). Определение субпопуляций лимфоцитов проводили методом проточной цитометрии, уровня цитокинов в сыворотке крови методом ИФА.

Результаты и выводы: повышение процентного содержания лимфоцитов до 59,5±3,79 (ГС47,1±1,8) и их субпопуляций- CD3+% 70,0±2,1 (ГС63,0±8,9); CD8+% 30,0±3,77 (ГС28,8±2,1); CD16+% 19,75±2,03 (ГС12,2±0,92); CD20+%33,0±7,88 (ГС21,3±0,77); CD25+% 44,0±4,26 (ГС13,2±0,71), интерлейкина IL4 (48,9±1,6) свидетельствует об активации клеточного и гуморального иммунитета у детей I группы. Во 2-й группе детей отмечено снижение как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета- CD3+% 41,03±1,28; CD4+% 24,01±1,19 (ГС35,2±2,1); CD8+% 15,75±1,13; CD20+% 18,65±1,16 на фоне высокого IL6 (96,9±10,4). Дети 3-й группы с тяжелыми последствиями ППЦНС имели снижение субпопуляций CD3+% 29,0±3,6 и CD4+% 29,5±0,4; нормальное содержание CD8+% 21,5±1,55 (Th/Ts 2,3±0,4), активацию маркеров апоптоза (CD95+% 29,0±2,7) на фоне средних значений цитокинов (IL4 23,8±3,7; IL6 12,5±3,4; ФНО3,4±0,7), что характеризует дисбаланс клеточного и гуморального звеньев. Таким образом, различные иммунологические характеристики исходов перинатальной гипоксии могут быть использованы для прогнозирования иммунной реактивности в процессе реабилитации и вакцинации.

ПОКАЗАТЕЛИ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У ДЕТЕЙ ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ФЕНОТИПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Махсудова Х.Ф. Кодиров Х.С. Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить показатели конденсата выдыхаемого воздуха и оценить их диагностическую ценность для диагностики эозинофильного фенотипа бронхиальной астмы.

Материал и методы. Обследовано 85 детей школьного возраста с бронхиальной астмой (БА). Клинические группы сформировали по количеству эозинофилов в мокроте: в I группу вошли 38 детей с эозинофильным фенотипом (в мокроте 3% и больше эозинофилов), во II группу– 47 пациентов с неэозинофильным фенотипом БА (в мокроте меньше 3% эозинофилов). Средний возраст детей I группы составил 12,1±0,57 года (73,7% мальчиков, 55,3% сельских жителей), II группы– 11,0±0,47 лет (55,3% мальчиков, 61,7% сельских жителей при p<0,05), то есть группы сравнения сопоставимы по основным клиническим характеристикам. В конденсате выдыхаемого воздуха определяли показатели свободно-радикального окисления протеинов, протеолитическую активность.

Результаты. Отмечено, что у детей с неэозинофильным фенотипом БА по сравнению с пациентами с эозинофильным фенотипом заболевания отмечаются изменения, которые свидетельствуют о большей активности воспалительных процессов в бронхах. Так, содержание альдегид- и кетодинитрофенилгидразонов нейтрально-го

характера при эозинофильном фенотипе составило $5,56 \pm 0,53$ Е 370 ммоль/ г протеина против $6,76 \pm 0,79$ Е 370 ммоль/ г протеина при незозинофильном фенотипе БА ($p > 0,05$), причем при содержании данного показателя в конденсате больше $6,5$ ммоль/ г протеина ассоциировало с относительным риском наличия незозинофильного фенотипа БА $1,7$ (95% ДИ: 1,2-2,5) и положительной посттестовой вероятностью $58,3\%$. При изучении протеолитической активности конденсата выдыхаемого воздуха наибольшую диагностическую ценность выявления незозинофильного фенотипа имела протеолитическая активность по лизису азоказеина больше $1,48$ мл/час: чувствительность $84,6\%$, предсказуемая ценность негативного результата $86,7\%$, соотношение шансов $10,2$ (95% ДИ: 1,74-59,65), отношение правдоподобия $2,4$, посттестовая вероятность положительного результата $70,6\%$.

Выводы. У детей с незозинофильным фенотипом бронхиальной астмы по сравнению с пациентами с эозинофильным фенотипом заболевания в конденсате выдыхаемого воздуха отмечаются изменения, которые подтверждают большую активность воспаления бронхов, что требует назначения базисной противовоспалительной терапии в объеме «плюс один шаг по GINA» от определенного на данный момент уровня контроля.

ОЦЕНКА И ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Проблема морфофункциональной перестройки правого желудочка (ПЖ) при бронхиальной астме (БА) является наименее изученным участком кардиологии. В первую очередь, это связано со сложной геометрической формой и анатомическими особенностями правого желудочка.

Цель исследования. Провести оценку систолической функции правого желудочка у детей с бронхиальной астмой (БА) разного уровня контроля.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 189 детей с БА в возрасте 6-17 лет. С помощью тест-контроля БА (АСТ-теста), нами были сформированы группы в зависимости от уровня контроля БА. Первую (основную) группу составили 124 ребенка ($65,6\%$) с неконтролируемым течением болезни (НК БА), а группу сравнения - 30 пациентов ($15,9\%$) с частично контролируемой (ЧК БА) и 35 пациентов ($18,5\%$) с контролируемой БА (КБА). Группу контроля составили 30 условно здоровых детей. Поскольку рассчитать морфофункциональные показатели правых отделов сердца технически трудно в связи со сложной геометрической формой и анатомическими особенностями ПЖ и наличием эмфиземы легких, для определения функции правого желудочка мы использовали метод определения систолической экскурсии плоскости трикуспидального кольца (TAPSE), что отражает систолическую функцию ПЖ. Для характеристики степени нарушения систолической функции правого желудочка (ПЖ) определяли систолическую экскурсию плоскости трикуспидального кольца (TAPSE) путем определения точки соединения плоскости кольца трикуспидального клапана со свободной стенкой правого желудочка, показатель TAPSE в норме для детей школьного возраста составляет $2,47$ мм и чем меньше степень экскурсии плоскости трикуспидального кольца, тем больше степень нарушения систолической функции ПЖ.

Результаты. У детей с неконтролируемым течением болезни TAPSE составил $2,24 \pm 0,09$ см и был достоверно меньше по сравнению с детьми контрольной группы, ЧК БА и К БА ($p < 0,001$), что говорит о тенденции к нарушению систолической функции ПЖ у данной категории детей, а при более детальном исследовании показателя TAPSE у детей с НК БА выяснено, что у $8,13\%$ детей данный показатель составил $2,0$ см, что, согласно табличным данным, отвечает 50% фракции выброса ПЖ, что указывает на снижение систолической функции правого желудочка.

Выводы. Определение показателя TAPSE позволяет выявить нарушения систолической функции правого желудочка у детей с бронхиальной астмой (БА).

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель: выявить нарушения систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию.

Материалы и методы: обследовано 76 новорожденных. I-я группа - 28 недоношенных новорожденных со сроком гестации 30-36 недель, массой при рождении не менее 1300 г ($2131,7 \pm 758,83$ г). II группа - 27 доношенных новорожденных со средней массой тела при рождении $3544,0 \pm 446,60$ г. Дети имели в анамнезе факторы риска хронической внутриутробной гипоксии плода и/или родились в состоянии острой асфиксии, имели признаки перинатального гипоксически-ишемического (геморрагического) поражения ЦНС II-III степеней. Контрольная группа - 21 здоровый доношенный новорожденный. В конце раннего неонатального периода проведено клиническое обследование, ЭКГ, ЭхоКГ с оценкой систолической функции ЛЖ. Оценивали фракцию выброса (EF) по методам Teicholz и Simpson, фракцию укорочения (%FS), ударный и минутный объемы ЛЖ. Расчет показателей ЭхоКГ проводился с использованием программы EchoPAC PC. Сравнили попарно результаты измерения EF методами Тейхольца и двухплоскостного метода Симпсона в каждой из групп. Использовали непараметрический критерий Вилкоксона для зависимых переменных.

Результаты: в контрольной группе у всех детей получены значения EF, вычисленных различными методами: значения EF по методу Тейхольца составили $69,95\%$ ($58,39; 72,61$), по методу Симпсона $63,0\%$ ($55,0; 71,0$). В группе недоношенных различия достоверны ($p = 0,00086$): значения EF по методу Тейхольца $74,04\%$ ($54,73;$

87,21), по методу Симпсона 64,0% (45,0; 76,0). Во II группе различия достоверны ($p = 0,02$): значения EF по методу Тейхольца 68,26% (57,24; 84,38), по методу Симпсона 64,0% (49,0; 73,0). Значения EF, рассчитанные модифицированным двухплоскостным методом Симпсона, оказались ниже. Это связано с тем, что у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, имеются нарушения региональной сократимости миокарда.

Предпочтение указанного метода расчета объясняется тем, что он позволяет учесть форму полости ЛЖ и с большей вероятностью учесть возможные участки гипокинезии миокарда.

Вывод: нарушения систолической функции сердца у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, обусловлены нарушениями региональной сократимости миокарда и выявляются при помощи модифицированного двухплоскостного метода Симпсона.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: представить этиологическую структуру внебольничных пневмоний у детей в зависимости от возраста.

Материал и методы: 170 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет, получавших лечение в стационаре по поводу респираторной инфекции, осложненной развитием внебольничной пневмонии средней степени тяжести. 60% составили дети от 1 года до 4 лет, 10% - в возрасте до 1 года, 17% - старше 7 лет. Для этиологической диагностики использовались следующие методы: бактериологический - исследование микрофлоры верхних дыхательных путей (ВДП) путем посева и микроскопии; серологический - IgM и G к Chlam. pneumoniae, Mycopl. pneumoniae, вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ) и цитомегаловирусу (ЦМВ) методом ИФА; молекулярно-биологический (ПЦР) - определение возбудителей ОРВИ (грипп, парагрипп, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), рино-, метопневмо-, бока-, коронавирусы), Chlamydomphila pneumoniae и Mycoplasma pneumoniae в мазках из ВДП, а ЦМВ, ВЭБ и вируса герпеса человека типа (ВГЧ-6) в крови и мазках из ВДП.

Результаты. Возбудители ОРВИ были выявлены у 53% обследованных детей. Наиболее часто выявляли РСВ (30%) и вирус гриппа (13%). Маркеры активной герпесвирусной инфекции у детей с затяжным и/или рецидивирующим течением респираторного заболевания, осложненного пневмонией ($n=53$), выявлялись в 64% случаев. Чаще выявляли ЦМВ (57%).

Таким образом, у госпитализированных больных с пневмонией выявлены возрастные различия этиологической структуры: в возрасте от 1 месяца до 4 лет респираторные и герпетические вирусы определяли в 2/3 случаев, тогда как бактериальные агенты - в 36-41%. У детей от 4 до 7 лет вирусы выявлены в 43%, а у школьников - в 17% случаев пневмоний. Роль бактериальных возбудителей с возрастом увеличивалась (61% пневмоний у школьников), $p < 0,05$. Среди них с наибольшей частотой у детей старше 7 лет диагностировались микоплазменная и хламидийная пневмонии (26% и 22% соответственно).

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений конечностей является актуальной. Достаточно сказать, что у раненых с нарушением целостности костей огнестрельный остеомиелит встречался в 21,9% - 60% наблюдений. Широкое применение огнестрельного оружия привело к увеличению количества тяжелых ранений. Однако остается актуальной проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений.

Цель исследования - провести изучение эффективности лимфотропной терапии (ЛТ) с региональной лимфостимуляцией (РЛС) в комплексе интенсивной терапии огнестрельных переломов костей конечностей.

Под нашим наблюдением находились больные с огнестрельными переломами костей конечностей. Возраст пострадавших колебался от 15 до 52 лет. При поступлении всем раненым проводили лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, иммунологические, цитологические исследования, рентгенография поврежденной конечности. Экстремедуллярный остеосинтез осуществлен у 42,5% раненых (I группа), внеочаговый - у 57,5% (II группа). У 34% больных огнестрельные переломы локализовались на верхней, у 66% - на нижней конечности. Контрольную группу составили 42,5% больных и 57,5% - основную.

В контрольной группе в послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась традиционным способом, в основной - ЛА с РЛС.

В I группе предложенная методика позволила добиться заживления ран первичным натяжением у 93,8% больных. Длительность пребывания в стационаре составила $8,7 \pm 0,3$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $31,5 \pm 1,3$ дня ($P < 0,01$).

У 6,2% больных воспалительный процесс ограничился в пределах мягких тканей и в виде огнестрельного остеомиелита (6,2%). В контрольной группе нагноение мягких тканей отмечено у 20%, и развитие остеомиелита - у 13,3% раненых.

В комплексном лечении огнестрельных переломов у больных с обширными повреждениями мягких тканей (II группа) в основной группе мы применили внеочаговый остеосинтез и ЛА с РЛС.

Предложенная методика позволила нам 30,7% больным наложить первично-отсроченные швы на $5,1 \pm 0,3$ -и сутки. Длительность пребывания в стационаре составила $11,3 \pm 0,4$ дня. Раны в целом зажили за $16,5 \pm 0,6$ дня, тогда

как в контрольной группе эти сроки составили $24,9 \pm 1,9$ дня ($p < 0,05$). В основной группе осложнения отмечены у 7,7% больных в виде воспаления мягких тканей и остеомиелита у 3,8%. В контрольной группе нагноение мягких тканей наблюдалось у 18,5% и остеомиелит у 12,5% раненых.

Таким образом, использование ЛА и РЛС в комплексе интенсивной терапии огнестрельных переломов конечностей позволило у раненых применить первичный экстрамедуллярный остеосинтез и при обширных повреждениях мягких тканей внеочаговый остеосинтез с минимальными инфекционными осложнениями.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИСТОРЕАНИМАЦИИ ТКАНЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН

**Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт**

Несмотря на большой опыт эффективного применения лимфотропной терапии в лечении гнойной хирургической инфекции, встречаются лишь единичные работы, посвящённые применению этого метода в профилактике и лечении раневой инфекции при огнестрельных ранениях.

Цель исследования – изучить экспериментальным путём возможности гистореанимации тканей и воздействие на заживление огнестрельной раны метода лимфотропной антибиотикотерапии и региональной лимфостимуляции.

Экспериментальные исследования выполнены на кроликах обоего пола, весом 5-6 кг. Всем животным опытной и контрольной групп за пятнадцать минут до нанесения ранения проводили каллипсоловый наркоз, после чего их фиксировали на специальных планшетах. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика.

Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась по следующей методике. Под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности вводили раствор лидазы в количестве 16 Ед. Через 4-5 минут, не вынимая иглы, вводили антибиотик (гентамицин в дозе 1 мг/ кг). В этот же участок вводили гепарин в дозе 70 Ед/ кг. Лимфотропное введение антибиотиков с региональной лимфостимуляцией проводили 1 раз в сутки.

Экспериментальные образцы тканей раневого канала забирали у животных под наркозом на 1,3,5,7 и 9 сутки после нанесения огнестрельного ранения.

Образцы подвергнуты световой, (СМ), трансмиссионной электронной (ТЭМ) и сканирующей электронной (СЭМ) микроскопии.

Полученные результаты показали, что в ранние сроки нет существенных отличий в процессе заживления ран контрольной или опытной групп.

Отличия в течении заживления ран, констатируемые как при СЭМ, ТЭМ, так и при световой микроскопии, начинают проявляться уже на 3-и сутки от начала процесса. В группе ран, где применялась лимфотерапия, в зоне комочки некротизированные мышцы подвергались значительной резорбции, появлялись гигантские многоядерные клетки, микрососуды как кровеносные, так и лимфатические. В зоне первичного некроза среди фибрина появляются отдельные круглоклеточные элементы и фибринобластоподобные клетки.

На 5-е сутки в просвете раневого канала среди прядей фибрина появляются круглоклеточные элементы с отдельными фибробластами. При сравнении результатов в группе с РЛТ отмечается увеличение количества кровеносных и лимфатических сосудов.

Начиная с 7-х суток в группе с РЛТ по данным ТЭМ отмечается не просто расширение лимфатических капилляров, но и видно истончение цитоплазмы эндотелиоцитов с наличием мелких везикул, указывающих на усиление транспортных процессов через стенку лимфатических капилляров, что является структурным отражением стимуляции лимфатического дренажа под влиянием лимфотерапии.

На 9-е сутки появляются признаки замещения рубцовой ткани мышечной, о чём свидетельствуют участки разрастания волокнистой соединительной ткани в зоне комочки наряду с уже восстановленными волокнами.

Таким образом, экспериментальные исследования показали, что лимфотерапия способствует гистореанимации тканей и ускоряет процесс заживления раны, начиная с 3-х суток, способствует уменьшению отёка, резорбции некротических масс, удалению инородных частичек и микробов, рубцеванию раневого канала и полноценному восстановлению мышечных волокон в зоне комочки и в более отдалённых от раневого канала тканях.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ

**Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт**

Проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений конечностей является актуальной. Достаточно сказать, что у раненых с нарушением целостности костей огнестрельный остеомиелит встречался в 21,9 %– 60% наблюдений. Широкое применение огнестрельного оружия, привело к увеличению количества тяжелых ранений. Однако остается актуальной проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений.

Цель исследования – провести экспериментальное изучение фармакокинетики гентамицина при лимфотропной терапии (ЛТ) с региональной лимфостимуляцией (РЛС) в сравнении с традиционными методами введения, а также анализ результатов лечения огнестрельных переломов костей конечностей с применением экстрамедуллярного и внеочагового остеосинтеза.

Экспериментальные исследования проводились на 40 кроликах обоего пола массой 5-6 кг. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика. Для изучения

фармакокинетики нами использовался гентамицин в количестве 1 мг/кг, что соответствует средне терапевтической дозе для взрослого человека.

Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности.

Метод лимфотропной антибиотикотерапии при использовании среднетерапевтической дозы антибиотика, введенного однократно, обеспечивает по сравнению с традиционными методами более стабильное и длительное насыщение крови.

Сравнительно высокое и длительно удерживающееся содержание гентамицина в лимфатических узлах достигается при лимфотропном способе. Введенный этим способом антибиотик более продолжительное время, чем при традиционных способах, содержится в мягких тканях огнестрельной раны конечности.

Под нашим наблюдением находились больные с огнестрельными переломами костей конечностей. Возраст пострадавших колебался от 15 до 52 лет. При поступлении всем раненым проводили лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, иммунологические, цитологические исследования, рентгенография поврежденной конечности. Экстремедуллярный остеосинтез осуществлен у 42,5% раненых (I группа), внеочаговый – у 57,5% (II группа). У 34% больных огнестрельные переломы локализовались на верхней, у 66% - на нижней конечности. Контрольную группу составили 42,5% больных и 57,5% - основную.

В контрольной группе в послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась традиционным способом, в основной – ЛА с РЛС.

В I группе предложенная методика позволила добиться заживления ран первичным натяжением у 93,8% больных. Длительность пребывания в стационаре составила $8,7 \pm 0,3$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $31,5 \pm 1,3$ дня ($P < 0,01$).

У 6,2% больных воспалительный процесс ограничился в пределах мягких тканей и в виде огнестрельного остеомиелита (6,2%). В контрольной группе нагноение мягких тканей отмечено у 20%, и развитие остеомиелита – у 13,3% раненых.

В комплексном лечении огнестрельных переломов у больных с обширными повреждениями мягких тканей (II группа) в основной группе мы применили внеочаговый остеосинтез и ЛА с РЛС.

Предложенная методика позволила нам 30,7% больным наложить первично-отсроченные швы на $5,1 \pm 0,3$ -и сутки. Длительность пребывания в стационаре составила $11,3 \pm 0,4$ дня. Раны в целом зажили за $16,5 \pm 0,6$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $24,9 \pm 1,9$ дня ($p < 0,05$). В основной группе осложнения отмечены у 7,7% больных в виде воспаления мягких тканей и остеомиелита у 3,8%. В контрольной группе нагноение мягких тканей наблюдалось у 18,5% и остеомиелит у 12,5% раненых.

Таким образом, использование ЛА и РЛС в комплексном лечении огнестрельных переломов конечностей позволило у раненых применить первичный экстремедуллярный остеосинтез и при обширных повреждениях мягких тканей внеочаговый остеосинтез с минимальными инфекционными осложнениями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА И ОБМЕНА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ С БЛИЗУРУКОСТЬЮ

Мирзасева Р.З., Умарова Б.В., Маматходжаева Г.Н., Курбанова З.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Склеральная оболочка глаза относится к фиброзным образованиям, т.е представляет собой разновидность соединительной ткани организма.

Существенное значение для механических свойств соединительнотканной оболочки глаза-склеры, несущей функцию опоры, имеет состояние фосфорно-кальциевого обмена определяющего ее тургор. Дистрофический процесс развивающийся в склере и внутренних оболочках глаза при прогрессирующей миопии, связан определенными нарушениями системе обмена соединительной ткани, как и на уровне общего, так и глазного метаболизма.

Состояние фосфорно-кальциевого обмена и обмена соединительной ткани у подростков с близорукостью изучалось разными авторами с целью выявления возможной патогенетической роли этих изменений в развитие миопии на различных возрастных этапах.

Цели и задачи: нами проводилось изучение содержания следующих показателей: в сыворотке крови - общий и ионизированный кальций, фосфор, щелочная фосфатаза; в моче - суточная экскреция кальция и фосфора.

Материал и методы. под нашим наблюдением находились дети и подростки в возрасте 10-14 лет: стационарная миопия-20 подростков, прогрессирующая миопия-20 подростков.

Для исследования забирали кровь и мочу.

Уровень общего ионизированного кальция, а также неорганического фосфора в сыворотке крови, и их выведение с мочой позволяет оценить обеспеченность процессов насыщения опорных тканей организма (соединительной ткани) солями кальция, фосфорной кислотой. О недостаточном насыщении будет свидетельствовать снижение содержания в сыворотке крови общего и ионизированного кальция, фосфора в сыворотке крови, экскреции кальция, понижение экскреции фосфора будет свидетельствовать о повышенном насыщении опорных тканей солями кальция и фосфорной кислотой.

Результаты: полученные результаты показывают что подростки с приобретенной близорукостью отличаются снижением содержания кальция в сыворотке крови, в ответ на которое включаются компенсаторный механизм замедления выведения его с мочой, направленный на поддержание постоянства данного показателя. Лучше срабатывает этот механизм у детей со стационарной близорукостью. Это может указывать на компенсацию потерь кальция при стационарном характере заболевания и на ее истощение при прогрессирующем.

Выводы: таким образом, у подростков с приобретенной миопией установлено нарушение фосфорно-кальциевого обмена, свидетельствующее о недостаточном насыщении соединительной ткани кальцием. При этом компенсаторный механизм направленный на задержку выведения кальция, лучше срабатывает при стационарной миопии вне зависимости от степени миопии и возраста школьников. Механизм, вызывающий гипофосфатемию, лучше срабатывает при высокой степени миопии вне зависимости от возраста детей и характера миопического процесса.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Мирзаева Р.З., Икромов А.Ф., Мирзаева А.М., Кодиров М.Ш., Курбонова З.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Открытоугольная глаукома является одной из актуальных проблем в офтальмологии. Хотя изучены этиология и патогенез и разработаны методы хирургического и консервативного лечения частота слепоты от глаукомы остается достаточно высокой. Несмотря на проводимое систематическое комплексное лечение у некоторых больных болезнь прогрессирует и приводит к неизлечимой слепоте.

Цель исследования. Провести своевременное патогенетическое лечение открытоугольной глаукомы.

Материалы и методы. Достижения современной иммунологии позволяют по новому взглянуть на патогенез многих заболеваний в частности открытоугольной глаукомы. В качестве иммунокорригирующего препарата использовали иммудон, тималин, иммуномодулин. Иммунокорригирующее лечение проведено у 30 больных в сочетании с местным применением холиномиметиков, антихолинэстеразных препаратов. В контрольной группе были больные которые не получали иммунокорригирующие препараты.

У 15 больных в комплекс лечения включался иммуномодулин, у 8 больных иммудон, у 7 больных тималин. Препараты назначались в сочетании с гепатопротекторами. Сравнивали степень эффективности традиционного лечения и предлагаемых способов иммунокорригирующего лечения с состояниями гидродинамических показателей и зрительных функций.

Результаты. Из 30 больных получавших иммунокорригирующее лечение в сочетании с эссенциале форте улучшились субъективные и объективные данные. Улучшилось общее состояние больных повысилась острота зрения, расширилось поле зрения. В группе больных с традиционным лечением достоверных изменений иммунной системы не выявлено. Не было выявлено достоверной разницы в изменении остроты зрения у больных с традиционным лечением.

Вывод. Иммунокорригирующее лечение влияет на все звенья патогенеза открыто угольной глаукомы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КОЛЛАЛИЗИН ПРИ ПОМУТНЕНИЯХ РОГОВИЦЫ

Мирзаева Р.З., Икромов А.Ф., Маматхужаева Г.Н., Қодиров М.Ш., Курбонова З.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Ферменты, являющиеся специфическими органическими катализаторами, по всему миру внедряются в медицинскую практику. Протеолитическое действие ферментов успешно используется в офтальмологии в качестве рассасывающей терапии. Ферментам отводится важная роль в комплексном лечении повреждений и заболеваний органа зрения.

Цель исследования: провести своевременную рассасывающую терапию помутнений роговицы бактериальными протеолитическим ферментом «коллализин».

Материалы и методы: бактериальный протеолитический фермент обладающий особой специфичностью к коллагену и коллагеноподобным белкам, известен в литературе под названиями «кlostридио пептидаза А» или бактериальная коллагеназа. К ферментам микробного происхождения относится «Коллалпзин». Коллалпзин является продуцентом микроба газовой гангрены. Коллализин избирательно действует на коллаген - основной компонент соединительной ткани, вызывая его деструкцию. На основе этих предпосылок проведено лечение препаратом «Коллализин» больным с помутнениями роговицы.

Больных было 11, из них 4-мужчин, 7-женщин. Рассасывающую терапию начинали после стихания острого воспалительного процесса. Непосредственно перед применением Коллализина, содержимое ампулы растворяли в 0,5 % растворе новокаина, 0,9 % растворе натрия хлорида. Препарат вводили субконъюнктивально и 1 раз каждые 2 дня в дозе 10 КЕ в 0,2 мл 0,5 % раствора новокаина. Курс лечения составляет 7-10 инъекций, суммарная доза 70-100 КЕ. Для эффективности действия коллализина использовали процедуры электрофореза и фонофореза в дозе 30 - 40 КЕ с 10 мл воды для инъекций.

Результаты: результаты проведенного лечения оценивали объективными данными. Степень помутнения на роговице значительно снижалась, или почти полностью рассасывалась. Однозначно улучшались зрительные функции глаза. Так как роговица является частью оптической системы глаза, соответственно улучшались зрительные функции глаза.

Вывод. Таким образом, лечение протеолитическим ферментом Коллализин является наиболее эффективным при помутнениях роговицы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА.

Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Исаков К.Б, Ташланов Ф.Н, Шарипов А.А, Мамаджанов К.Х, Ботиров Н.Т,
Джалилов Ф.Р, Мадаминжонов У.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Каждая травма и оперативные вмешательства на головном мозге сопровождается образованием дефектов костей свода черепа. Со временем на месте дефекта образуется кожно-оболочечно-мозговые спайки приводящие к различным неврологическим осложнениям. Одними из таких осложнений являются эпилептические припадки и упорные головные боли. Возникает опасность повторных травм головного мозга. Часто больные с такими осложнениями становятся инвалидами.

Цель исследования: выбор оптимального трансплантационного материала, улучшение результатов оперативного вмешательства, профилактика осложнений и снижение инвалидности.

Материалы и методы: в нейрохирургическом отделении Андиганского филиала РНЦЭМП с 2008 по 2015 год находились 29 больных дефектами костей свода черепа. Возраст больных от 18 до 50 лет. Мужчин – 27, женщин – 3 больных. Давность образования дефектов костей свода черепа от 3-х месяцев до 1,5 лет. Причины образования дефектов – оперативные вмешательства по поводу травмы головного мозга (оскольчатые переломы костей свода черепа, внутричерепные эпи- и субдуральные гематомы). Размеры дефектов от 6 x 5 см до 10 x 10 см. Всем больным проведены клинические и инструментальные методы исследования (рентгенография черепа в стандартных проекциях, КТ и МРТ, Эхо, ЭЭГ). На основании данных исследований проведено оперативное лечение. В зависимости от проведенных оперативных вмешательств и способов пластики дефектов черепа больные разделены на 2 группы:

1 группа – 18 больных, которым проведено краниопластика углеродным имплантатом. Фиксация имплантата производилась через дополнительно образованные отверстия шелковыми нитями.

2 группа – 11 больных, пластика дефекта свода черепа никелид титановой сеткой, которая фиксировалась к костной ткани специальными шурупами.

Результаты: В послеоперационном периоде использовали антибиотикотерапию, обезболивающие и дегидратационную терапию. У больных 1 группы во всех случаях наблюдали выраженный отек в зоне оперативного вмешательства, с распространением на лицевую часть черепа. В отдаленные сроки признаки нагноения наблюдали у 4-х больных, у которых проведено повторное оперативное вмешательство с удалением углеродного имплантата.

У больных 2 группы в первые 3 суток после оперативного вмешательства наблюдали признаки местного отека тканей, как ответ на оперативную агрессию. В процессе лечения отеки на 4-5 сутки исчезли.

Выводы: Таким образом, больные с дефектами костей свода черепа должны находиться под наблюдением участкового врача невропатолога.

В процессе предоперационной подготовки больным необходимо наряду с общеклиническими методами обследования проведение рентгенологического, КТ, МРТ, Эхо и ЭЭГ исследований.

В настоящее время наиболее предпочтительным способом краниопластики дефектов костей свода черепа является использование металлических имплантатов на основе никелида титана.

Более раннее проведение пластики дефектов костей свода черепа дает хорошие результаты и является профилактическим мероприятием по предотвращению инвалидизации больных.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ

**Мирходжаев И.А., Комилов С.О., Хикматов Ж.С.
Бухарский Государственный медицинский институт**

Актуальность. Выполнение операций грыжесечений при больших и гигантских вентральных грыжах (ВГ) сопряжена опасностью развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) (В.Н.Егиев, В.В.Жебровский, Мохамед Том Эльбашир, 2002). Операционная травма приводит к активации процессов гемокоагуляции, в крови повышается уровень факторов свертывания. Летальность при этом осложнении составляет 0,8-8,3% (В.С.Савельев, 2006; М.Д.Дибиров, И.А.Цверов, 2011).

Цель данного исследования. Изучение влияния оперативных вмешательств с использованием сетчатых протезов при больших и гигантских ВГ на гемокоагуляцию, разработка профилактики ТЭО.

Материал и методы исследования. Показатели гемокоагуляции изучены в динамике на 1-3, 5-8, 10-14 и 15-21 сутки после операции у 35 больных старше 60 лет и 7 пациентов моложе 60 лет. Статическая обработка полученных данных осуществлена на персональном компьютере Pentium-4 с помощью программного пакета Excel-2010.

Результаты и обсуждение. Анализ показателей коагулограммы у контрольной группы больных показал, что через 1-3 дня после операции имеется умеренная тенденция к гиперкоагуляции за счет угнетения фибринолитической активности $-264,04 \pm 10,27$ мин, при норме 212 ± 17 мин ($P_1 < 0,05$), повышения концентрации фибриногена до $3,97 \pm 0,19$ г/л, при норме $2,72 \pm 0,2$ г/л ($P_1 < 0,01$), и незначительной активации фактора XIII – $69,4 \pm 2,36$ сек, при норме $62 \pm 3,0$ сек ($P_1 < 0,05$). На 5-8 сутки послеоперационного периода уже имеются явные признаки нормализации коагулограммы. Активизируется фибринолиз, снижается концентрация фибриногена и активность фибриназы. Изменение этих показателей статически достоверно. К 10-14 дню все показатели коагулограммы мало отличаются от нормы.

У 68,5% гериатрических больных, начиная с 1-3 суток после грыжесечения, имело место усиление процессов свертывания крови за счет повышения уровня фибринолитической активности с $276 \pm 12,5$ до 321 ± 23 мин, при норме 212 ± 17 мин ($P_1 < 0,01$), повышения концентрации фибриногена с $3,6 \pm 0,21$ до $4,9 \pm 0,5$ г/л, при норме $2,72 \pm 0,2$ г/л ($P_1 < 0,01$), некоторое снижение гапариновой активности с $13,3 \pm 2,5$ до 10 ± 2 сек ($P_1 < 0,05$). Картина гиперкоагуляции наиболее выражены в промежутке между 3 и 5 днем после операции и удерживается до 8 суток. В этом интервале послеоперационного периода отмечается и удерживается до 8 суток. В этом интервале послеоперационного периода отмечается прогрессивное угнетение фибринолиза до 373 ± 23 мин на фоне нарастания концентрации фибриногена до максимальных цифр – $4,5 \pm 0,3$ г/л (за весь период после операции) и повышения фибриназной активности до 72 ± 3 сек (норма - 62 ± 3 сек).

С целью профилактики послеоперационного венозного тромбоза и других ТЭО в последнее время используются различные физические (механические) и фармакологические средства. Венозный застой предотвращают ранней активизацией пациентов в послеоперационном периоде, эластической компрессией нижних конечностей. В зависимости от степени риска развития ТЭО применяли антикоагулянтную терапию низкомолекулярными гепаринами-клексан 20 мг или 40 мг подкожно за 12 ч до хирургического вмешательства. В числе общих мер, которые также могут сыграть профилактическую роль, следует упомянуть: обеспечение адекватной гидратации, использование нормоволемической гемодилюции, применение антикоагулянтов до операции в профилактических дозах максимально щадящей техники оперативного вмешательства, лечение дыхательной и циркуляторной недостаточности.

Профилактика ТЭО в зависимости от степени риска разделены на низкую, умеренную и высокую степень риска. Фармакологические средства, используемые с целью профилактики ТЭО представлены: низкомолекулярными декстранами (Реополиглюкин, Реомакродекс); дезагрегантами (в основном Аспирин). В послеоперационном периоде антикоагулянтную терапию продолжали обычным нефракционированным гепарином (НФГ), низкомолекулярными гепаринами (НМГ): клексан, фраксипаринном продолжено до 5-7 дней под контролем коагулограммы.

Вышеуказанные меры профилактики позволили нам свести степень риска ТЭО к минимуму.

Выводы. Своевременная оценка состояния гемокоагуляции у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами в пред- и послеоперационном периоде, а также целенаправленная коррекция выявленных изменений способствует резкому сокращению тромбоэмболических осложнений.

АКТИВНАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

Мишенина Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Обычное парентеральное введение тромболитиков дает довольно низкий терапевтический эффект из-за небольшого контакта тромболитического препарата с тромбом и в то же время сопровождается высоким риском развития геморрагических осложнений. Этот факт сыграл решающую роль в том, что все чаще вместо системного введения тромболитического препарата начали применять регионарный тромболитизис, что позволило добиться растворения тромбов с незначительными геморрагическими осложнениями. Дальнейшие исследования в этом направлении привели к разработке метода катетер- управляемого тромболитизиса (КУТ), с внедрением которого в клиническую практику появилась возможность восстановить проходимость глубоких вен у подавляющего большинства пациентов без увеличения частоты кровотечений. Благодаря этому КУТ все чаще используют как метод выбора при лечении пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

Цель. Показать эффективность активной тактики лечения в виде КУТ при лечении пациентов с острыми тромбозами глубоких вен таза и нижних конечностей.

Материалы и методы. На базе отделения острой патологии сосудов ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им.В.Т. Зайцева НАМН Украины» проведено обследование и лечение 37 пациентов с острым тромбозом глубоких вен, мужчин среди них было 26 (70,3%), женщин – 11 (29,7%), в возрасте от 20 до 71 года, обратившиеся в клинику от 2 до 10 дней от начала заболевания, с хорошим функциональным статусом. В процессе клинического обследования у пациентов выявили сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (5), атеросклероз (7), ишемическая болезнь сердца (6), хронический холецистит (1), ожирение (1). Всем пациентам было проведено комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование, включающее ультразвуковое ангиосканирование на аппарате “Sonoline G-50” (Siemens, Германия) с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц и рентгенконтрастную флебографию на ангиографическом аппарате “IntegrisAlura” (Philips, Нидерланды). У всех пациентов при инструментальном исследовании подтвержден диагноз острого окклюзивного илиофemorального тромбоза.

Учитывая проксимальную локализацию ТГВ, небольшой срок от начала заболевания, удовлетворительное общее состояние, отсутствие противопоказаний к введению тромболитических препаратов, было принято решение о проведении пациентам КУТ. Для этого под контролем рентгентелевидения, в условиях местной анестезии (0,25% р-р новокаина) вводили проводник (5-6 F), на который надевали инфузионный катетер и продвигали его по проводнику в сосуд. После чего проводник удалялся, и через установленный катетер выполняли рентгенконтрастную флебографию. После проведения данной процедуры, через него вводили тромболитический препарат внутрь тромба. Причем, у 18 пациентов для этого пунктировали правую внутреннюю яремную вену, у 8 были выполнены выделение и флеботомия одной из задних большеберцовых вен, еще у 11 выполнена катетеризация подколенной вены из доступа к малой подкожной вены. Оставшуюся снаружи часть катетера фиксировали лейкопластырем к коже и осуществляли постоянную инфузию тромболитических препаратов. У 26 (70,3%) пациентов был применен препарат актилизе (Boeinger-Ingelheim, Германия), который вводили 5 мг болюсно, а затем в дозе 1мг/час, и у 11 (29,7%) – стрептокиназа, начиная с болюсного введения 250000 МЕ/час в тромботические массы, затем со скоростью 100000 МЕ /час. Общее количество введенного актилизе составило от 25 до 75 мг, стрептокиназы – от 1,5 до 3,0 МЕ. Эффективность КУТ оценивали ежедневно с помощью ретгеноконтрастной флебографии и по мере растворения тромботических масс корректировали позицию инфузионного катетера. Селективную инфузию тромболитических препаратов проводили в течение 1-3 суток, до появления ангиографических признаков восстановления проходимости пораженных тромбозом венозных сегментов. По окончании тромболитической терапии (ТЛТ) назначали ривароксабан (Ксарелто) 15 мг два раза в день – 3 недели, затем 20 мг в день длительно или клексан 1 мг/кг подкожно 2 раза в сутки с дальнейшим приемом варфарина под контролем МНО.

Результаты. У всех пациентов наблюдался быстрый регресс основных клинических признаков острого илиофemorального венозного тромбоза. Уже к концу первых суток у них значительно уменьшились распирающие боли в нижней конечности. На 3-и сутки проведения КУТ сохранялись лишь умеренные боли в конечности, объем

которой был значительно меньше исходного. На 12-е сутки клинические проявления заболевания отсутствовали. При ультразвуковом и ангиографическом исследовании у 25 (67,6%) пациентов, получивших КУТ, отмечен полный лизис (100%), у 8 (21,6%) – частичный лизис тромбов (от 99% до 50%) и у 4 (10,8%) – частичный лизис (меньше 50%). Важно отметить, что лечение тромболитическими препаратами сопровождалось большими геморрагическими осложнениями в 4 (10,8%) случаях, малыми (гематома) – в 11 (29,7%), у 22 (59,5%) пациентов процедура прошла без осложнений. В отдаленном периоде (в сроки от 3 месяцев до 2 лет) были обследованы только 27 (73%) из 37 пациентов. Состояние их по результатам клинического исследования в соответствии с классификацией СЕАР оценивалось следующим образом: С0а – у 19 (70%) пациентов, С3а – у 5 (20%), С3с – у 3 (10%). У пациентов, получивших ТЛТ, наблюдалась различная степень (от полной до частичной) реканализации глубоких вен по данным ультразвукового исследования.

Выводы. На основании проведенного исследования можно прийти к заключению, что КУТ обеспечивает полное или частичное восстановление проходимости глубоких вен таза и нижних конечностей, содействует быстрому регрессу клинических симптомов ТГВ, эффективно предотвращают развитие посттромботического синдрома в отдаленном периоде и тем самым снижает степень инвалидизации пациентов. Этот метод является эффективным методом восстановления проходимости глубоких вен в илиофemorальном сегменте, а регионарное введение тромболитиков позволяет достаточно быстро возобновить кровоток в глубоких венах таза и нижних конечностей.

ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

**Муаззамов Б.Б., Хикматов Ж.С., Юлдашев У.Х.
Бухарский Государственный медицинский институт**

Актуальность работы. В современной хирургии грыж передней брюшной стенки широкое распространение получило проведение аллопластики с применением синтетических протезов. Но все же, несмотря на эффективность оперативного лечения, не исключается возможность развития послеоперационных осложнений, что зачастую приводит к рецидивированию заболевания и требует повторного хирургического вмешательства. Кроме того осложнения, возникающие в послеоперационном периоде заставляют практикующих хирургов задуматься над методами аллопластики и выбором пластического материала.

Цель работы: установить и предупредить причины возникновения гнойно-некротических осложнений после хирургического лечения вентральных грыж.

Материал и методы. В клинике кафедры факультетской и госпитальной хирургии, анестезиологии и реаниматологии, урологии были обследованы 27 (100%) больных, которым была проведена протезная пластика в различных комбинациях с использованием полисинтетического материала (сетки). Давность оперативного лечения соответствовала от 1,5 месяцев до 1 года. Сетка накладывалась в основном способом inlay, что составляло 22 (81,5%) больных, и sublay – 5 (18,5%) больных. Всем пациентам были применены полипропиленовые сетки стандартного типа, которые фиксировались к тканям с помощью специальных стерильных викриловых нитей. Пациенты ранее были оперированы как в сельских – 19 (70,4%), так и в городских условиях – 8 (29,6%). Среди них мужчины составляли 21 (77,8%) человек, женщины – 6 (22,2%). Возраст больных колебался от 34 лет до 61 года. У 7 (25,9%) пациентов наблюдалась сопутствующая заболевания, такие как сахарный диабет – у 4 (14,8%), плевропневмония у 1 (3,7%), ишемическая болезнь сердца у 2 (7,4%).

Результаты и обсуждение. У 5 (18,5%) больных с надапоневротиической пластикой отмечалось осложнение в виде нагноения. Жалобы больных были на болезненность и чувство тяжести в области и вокруг послеоперационного рубца, у 2 (7,4%) из них отмечалось повышение температуры тела от 37,5 до 38,4°С. Кроме того наблюдались общая слабость, головные боли, недомогание. Всем пациентам произведено вскрытие гнойного очага, санация полости растворами антисептиков, назначена антибактериальная, дезинтоксикационная терапия. Во время оперативного вмешательства в санированную полость наложены дренажные трубки, где в последующем проводилось наблюдение за характером и количеством выделяемого содержимого. Дренажные трубки по мере их “очищения” или прекращения выделений удалялись в сроки от 8±2 дней до 12±4 дней. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия, контроль за состоянием послеоперационной раны. Кроме того было проведено динамическое ультразвуковое наблюдение постранивого пространства. В обязательном порядке проводилась постоянная санация гнойных полостей с помощью антисептиков и местное использование мази “Левомеколь”. Койко-дни пролечившихся больных составили в среднем 7±5 дней. Состояние больных в динамике улучшилось и все они выписаны под наблюдение амбулаторного врача по месту жительства.

Выводы. Протезирование, являясь одной из лучших альтернатив в лечении абдоминальных грыж, имеет в своей основе надежное предохранение передней брюшной стенки от повторного возникновения патологических выпячиваний. Однако, несмотря на это, имеется ряд осложнений, одним из которых являются гнойно-некротические изменения в тканях, чему способствуют как наличие самого эндопротеза, так и фиксирующего его шовного материала. Все это способствует индивидуальному выбору материала в зависимости от веса, возраста, телосложения больного, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, что в ряде случаев также может провоцировать развитию подобных осложнений, что необходимо учитывать при проведении мероприятий при лечении данного заболевания.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Мулладжанова С.Р., Абдурахманов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: изучить особенности маммографического обследования больных раком молочной железы после выполнения им реконструктивно-пластических операций.

Материалы и методы: маммография выполнялась больным после реконструктивно-пластических операций на молочной железе в сроки от 3 месяцев после операции, затем каждые 5 - 6 месяцев в течение всего срока наблюдения.

Результаты: за период с 2015г. по 2016г. обследована 31 больная раком молочной железы (РМЖ) после реконструктивно-пластических операций. Возраст больных от 25 года до 60 лет. Всего выполнено 90 обследований. Количество обследований на 1 больную от 1 до 4 раз. Реконструкция молочной железы осуществлялась следующими способами: лоскутом широчайшей мышцы спины (ШМС); TRAM лоскутом; эндопротезом с укрытием ШМС. Рентгенологическая картина молочной железы при каждом способе реконструкции имеет свои особенности: при реконструкции молочной железы лоскутом ШМС кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см. Весь объем молочной железы заполнен выраженными грубыми соединительно-ткаными тяжами.

При реконструкции молочной железы TRAM лоскутом кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см. Весь объем молочной железы заполнен жировой тканью с наличием выраженных соединительно-тканых тяжей. Жировая ткань имеет, как правило, более высокую плотность по сравнению с маммограммами нормальной молочной железы.

При реконструкции молочной железы эндопротезом кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см. Весь объем молочной железы заполнен эндопротезом повышенной рентгеновской плотности по сравнению с нормальной тканью молочной железы с большим количеством хаотично разбросанных по поверхности протеза соединительно-тканых тяжей.

При всех типах реконструкции общим для маммограмм является полное отсутствие железистого компонента. При последующей реконструкции соска в субареолярной зоне молочной железы появляется локальный фиброз.

Выводы: маммография после реконструктивно-пластических операций на молочной железе является прекрасным способом мониторинга за состоянием реконструированной молочной железы. При учете особенностей типа реконструкции позволяет выявлять возможные рецидивы.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ МАММОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мулладжанова С.Р., Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить роль цифровой маммографии в диагностике новообразований молочной железы.

Цифровые маммографы относительно недавно появились в отечественной медицинской практике. Наш опыт применения цифрового маммографа Senographe DS General Electric (USA) в сравнении с аналоговым маммографом Mammomat UC Philips показал несомненное преимущество технологии цифровой маммографии. Впервые, цезиевый (Csi) детектор дает возможность получения качественного изображения как неизменных тканей, так и микрокальцинатов и новообразований. Рак молочной железы – наиболее часто встречающийся тип злокачественной опухоли у современных женщин. Рентгеновская маммография – реально существующий метод ранней диагностики доклинического рака молочной железы. Ранними рентгенологическими признаками рака молочной железы служат сгруппированные микрокальцинаты, асимметрия и перестройка структуры. Только рентгеновская маммография в состоянии получить изображение сгруппированных микрокальцинатов величиной 50-200 микрон. Цифровая маммография позволила шагнуть на качественно новый уровень диагностики. С ее помощью (Tissue Equalization, Premium View, Fine View) изображение стало более контрастным, улучшилась визуализация патологических образований и, в особенности микрокальцинатов.

Материал и методы исследования: нами было исследовано на цифровом маммографе Senographe DS фирмы General Electric (USA) 50 пациенток как бессимптомных, так и предъявляющих различные жалобы (на боли, уплотнения). У 21 пациентки при применении CAD выделялась область изменений в одной либо двух проекциях.

Результаты: у 10 женщин из 50 были выявлены сгруппированные микрокальцинаты. Рентгенологическая картина трактовалась как крайне подозрительная на рак. У 4 из них верифицирован рак молочной железы. У остальных 4-х гистологически были обнаружены следующие изменения: пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии – 2, пролиферативная ФКМ с формированием внутрипротоковых папиллом – 1, склерозирующий аденоз -1. Во всех этих наблюдениях CAD точно “обводил” зону микрокальцинатов. В случаях асимметрии плотности, перестройки структуры CAD также идентифицировал зону интереса. Не было проблем с идентификацией узловых образований в виде различной формы тени (как доброкачественного, так и злокачественного характера). В небольшом проценте наблюдений CAD выделял “зону повышенного внимания” только в одной проекции и при прицельной маммографии вопрос о патологическом очаге снимался, так как участок полностью изменял свои характеристики.

Вывод: Computer assisted diagnosis цифровых маммограмм улучшает выявление и интерпретацию микрокальцинатов и других структурных изменений. Он позволяет повысить точность диагностики и уменьшить число напрасных операций. Это практически автоматизированное “двойное” чтение маммограмм.

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ СОРБЦИОННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ.

Мусашайхов Х.Т., Василевский Э.А., Дадабоев О.Т., Икрамова Ф.Д., Мусашайхов У.Х.

Андижанский государственный медицинский институт.

В связи с недостаточной эффективностью традиционных методов лечения эндогенных интоксикаций при различных заболеваниях, их осложнениях и сопутствующих патологиях, оправданы поиски новых, более оптимальных и патогенетически обоснованных способов лечения и терапевтических средств. В последние годы внимание исследователей привлечено к сорбционным методом детоксикации организма, которые направлены на восстановление и замещение нарушенных функций обезвреживания и выведения, терапевтическое их действие связано с удалением из организма ксенобиотиков и эндогенных токсических продуктов метаболизма. Среди менее инвазивных методов детоксикации внутренних сред организма при эндогенных интоксикациях все большее внимание клиницистов привлекает метод энтеросорбции (ЭС), при проведении которого происходят эффекты детоксикации различных экзо и эндогенных веществ с вовлечением в этот процесс естественных детоксикационных функций.

В патологических условиях, при повышенной сосудистой проницаемости, через естественные мембраны в желудочно-кишечный тракт (Ж.К.Т.) поступают полипептиды, биологически активные амины, протеолитические ферменты, что можно использовать в целях усиления процессов элиминации токсических веществ из циркулирующей крови.

Так, В.Г. Николаев и соавт.(1982г.), указывают на 4 возможных механизма действия кишечной сорбции: 1) обратный пассаж токсинов из крови в кишечник с дальнейшим связыванием их на сорбентах; 2) очистка пищеварительных соков ЖКТ, так же как и лимфа, несущих в себе значительное количество токсических веществ; 3) модификация липидного и аминокислотного спектра кишечного содержимого, в том числе, за счет избирательного поглощения сорбентом аминокислот с разветвленной цепью, свободных жирных кислот; 4) удаление токсических веществ, образующихся в самом кишечнике, и ослабление тем самым функциональной нагрузки на печень, что позволяет более полно использовать ее детоксикационный потенциал для смягчения проявлений системного токсикоза. Существует мнение (Земсков В.С.,1988г.), что эффект действия ЭС связан не только с сорбционными возможностями, но и тем, что ЭС вызывает биотрансформацию части высокотоксичных веществ в менее токсичные или даже в нетоксичные соединения.

Применением ЭС можно достигнуть нормализации экосистемы во внутренних резервуарах микрофлоры организма и прежде всего – в ЖКТ как источнике эндогенной интоксикации. Особое значение ЭС приобретает при критических состояниях обусловленных тяжелой эндогенной интоксикацией на фоне грубых метаболических нарушений, когда в условиях угнетения детоксикационных возможностей печени и почек ЖКТ является викарным органом по выведению токсических продуктов. Метод ЭС по сравнению с другими способами детоксикации обладает рядом преимуществ – физиологичность проведения, техническая простота и высокий клиренс токсических метаболитов. Он не вызывает нарушений биохимического состава крови, не приводит к нарушениям функций ЖКТ. ЭС может успешно сочетаться с экстракорпоральными методами детоксикации.

Таким образом, ЭС как патогенетически обоснованный и эффективный способ детоксикации может быть с успехом использоваться при лечении различных заболеваний, сопровождающихся тяжелой эндогенной интоксикацией, когда применение других более инвазивных методов борьбы с интоксикацией резко ограничены.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА. Мусашайхов Х.Т., Уринов А.Я., Василевский Э.А., Дадабоев О.Т., Бутабоев Ж.М. Андижанский государственный медицинский институт.

Основная причина возникновения симптомов демпинг-синдрома-стремительное поступление значительного количества не переваренной пищи в верхний отдел тощей кишки. Это ведет к неадекватному раздражению рецепторов тонкой кишки, быстрому перемещению внеклеточной жидкости в просвет кишки, перерастяжению её стенок, к расстройствам кишечного тонуса, нарушению процессов переваривания и всасывания пищи, возникновению многообразных нейро - вегетативных расстройств. В клинической картине характерным является возникновение демпинг - реакции на приём пищи, содержащей легко усвояемые углеводы. Нами изучены 11 случаев возникновения демпинг синдрома. Из них 7 больных с легкой степенью тяжести демпинг - синдрома поступили с приступами слабости, головной боли, сопровождающейся учащением пульса на 15 ударов в минуту, повышением систолического артериального давления на более чем на 15 мм.рт.ст., появляющейся после приема сладкой, молочной пищи, продолжающееся в течении 15-30 минут. У этих больных режим питания, диета давали положительный результат, трудоспособность сохранялась.

У 3 больных со средней степенью тяжести демпинг - синдрома во время или после приема любой пищи наступали выраженная слабость, потливость, возникла головная боль, головокружение, сердцебиение, иногда боли в области сердца, ощущение «жара» во всем теле, сменяющееся онемением конечностей, чувство дрожи. В эпигастриальной области появлялась боль, распространяющаяся по всему животу, сопровождающаяся тошнотой, отрыжкой, рвотой небольшим количеством желчи, урчанием кишечника, позывами на стул, поносом. На высоте демпинг - реакции наблюдалось учащение пульса до 110 ударов в минуту, артериальное давление лабильное. Реакция продолжалась 45-60 минут. Из-за выраженной слабости после еды больные были вынуждены ложиться. Вес тела понижен, трудоспособность снижена. Консервативное лечение давало кратковременный положительный результат.

У 1 больного с тяжелой степенью тяжести демпинг - синдрома во время приёма пищи наступала выраженная слабость, головокружение, головная боль, иногда обморочное состояние, сердцебиение, боли в области сердца, потливость, боли в животе, урчание кишечника, тошнота, иногда рвота, понос. Пульс учащался более, чем на 120 ударов в минуту, артериальное давление – лабильное. Продолжительность реакции от 1 до 3 часов. Больные вынуждены принимать пищу лежа или ложиться после еды. Вес тела снижен. Трудоспособность утрачена. Консервативное лечение было безэффективным.

При консервативном лечении назначали диетический режим, стремились к уменьшению реакции на быстрое поступление необработанной пищи в тонкую кишку, проводили заместительную терапию, лечение психопатологических синдромов.

При средней и тяжелой степени тяжести демпинг - синдрома, не поддающейся консервативному лечению ставили показания к хирургическому лечению. Основной задачей реконструктивных операций при демпинг - синдроме мы считали устранение анатомических условий для быстрой эвакуации пищи из культи желудка в тонкую кишку. Операцией выбора мы считали резекцию желудка по Ру в модификации И.Ю.Ибадова.

Таким образом, своевременная и правильная диагностика степени тяжести демпинг - синдрома позволяет выбрать правильную лечебную тактику и избавить больного от тяжелого страдания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ».

**Мусашайхов Х.Т., Василевский Э.А., Дадабатов О.Т., Бутабаев Ж.М.
Анжиганский государственный медицинский институт.**

Лечение гнойно-некротических процессов невозможно без учета тяжести сахарного диабета, вида инфекции, фазы и локализации воспалительного процесса, особенностей общих и местных проявлений, обусловленных свойствами возбудителей и реактивности организма больного.

Нами проанализированы результаты лечения 64 больных с гнойно-некротическим поражением стопы, развившимися на фоне сахарного диабета. Все больные были с тяжелой степенью тяжести сахарного диабета. Качественный состав микрофлоры, выделенного из биоптатов ран, показал, что среди выделенных микробов наиболее часто встречался стафилококк - в 84,6 %. В 42,6 % выделены неклостридиальные анаэробные микроорганизмы.

У 20 больных с гнойно-некротическим поражением стопы была изолированная гангрена одного или нескольких пальцев, протекавшая чаще по влажному типу с сохранением пульсации на артериях голени. Нередко выявление пульсации было возможным лишь после устранения отека местных тканей. Прогрессирующая диабетическая влажная гангрена (у 22 больных) развивалась при тромбозе магистральных артерий, для неё была характерна высокая интоксикация. При этом наблюдался феномен «взаимного отягощения» - ухудшение течения диабета у 6 больных привело к коматозному состоянию. Гангрена часто сопровождалась повреждением костей, мелких составов, сухожилий, фасций с нередко сохраненной трофикой кожи и не сопровождалась выраженным болевым синдромом. При гангрене пальцев без перехода некроза на стопу (у 13 больных) произвели экзартикуляцию их с последующим закрытием раны подошвенным лоскутом по Гаранжо и только в 7 наблюдениях при развитии остеомиелита делали более расширенные операции на стопе в виде трансметатарзальных ампутаций. У 8 больных с глубоким поражением тканей стопы и пяточной кости произведена ампутация на уровне голени. Высокие ампутации на бедре выполнены у 22 больных. У 8 больных, которым были выполнены малые ампутации, в связи с развитием и прогрессированием после операции гнойно-некротического процесса, была выполнена реампутация на уровне бедра.

Из 58 больных, перенесших ампутации конечностей на различных уровнях, раны зажили первичным натяжением только у 28,1 % больных. При этом следует отметить, что чем дистальнее уровень ампутации, тем меньше число больных, у которых заживление наступало первичным натяжением. Основная причина столь плохого заживления, вероятно всего, связана с выраженной микроангиопатией. Опорная функция сохранена у 40, 6 % больных. Летальность составила 19,3 %.

Полученные результаты свидетельствуют что сочетание сахарного диабета и хирургической инфекции образует порочный круг, при котором инфекция отрицательно влияет на обменные процессы, усугубляя инсулиновую недостаточность и усиливая ацидоз, а нарушение обмена веществ и микроциркуляции ухудшает течение репаративных процессов в очаге поражения. Установлено торможение процесса регенерации в 1,5 – 2 раза, увеличение сроков реорганизации рубца и эпителизации при этом гнойный процесс склонен к прогрессированию с образованием гнойных затёков и дополнительных карманов.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Мусашайхов Х.Т., Маткаримов Б.М., Василевский Э.А., Дадабатов О.Т.
Анжиганский медицинский институт**

Бронхоэктатическая болезнь – тяжелое прогрессирующее, гнойно-деструктивное заболевание дыхательной системы, локализующееся в основном в нижних долях легкого.

Под нашим наблюдением находилось 35 больных с локальной формой бронхоэктатической болезни, которые были оперированы. Диагноз устанавливали после комплексного обследования, включающего рентгенографию, бронхоскопию, спирографию, а при необходимости и ЯМР – томографию. Все больные имели локальные нижнедолевые бронхоэктазы: справа – 47%, слева – 19%, с обеих сторон – 34%.

После предоперационной подготовки, включающей снятие токсического и воспалительного синдромов, коррекции изменений со стороны других органов и систем проводили оперативное вмешательство – резекцию нижней доли легкого. При этом обращали особое внимание на топографические взаимоотношения бронха 6 сегмента, стараясь при проведении лобэктомии не допустить его деформации. Операцию заканчивали дренированием плевральной полости 2 – мя дренажами, которые удаляли в срок от 3 до 8 суток. Больным с целью восстановления дренажной функции бронхиального дерева проводили санационные бронхоскопии с применением антибиотиков (с учетом антибиотикограммы), ферментных препаратов (трипсин, химотрипсин) в среднем 2 – 3 процедуры. Также для профилактики гнойно-воспалительных осложнений больные получали лимфотропную

терапию, которую проводили через область яремной вырезки, путем введения изогнутой иглой в парастермальную клетчатку антибиотика (также с учетом результатов антибиотикограммы), лимфостимулятора (р-р фуросемида 2,0 мл.), а также 10-20 мл. 0,5% раствора новокаина. Далее, больные проходили реабилитацию в специализированных санаториях. Отдаленные результаты исследованы у 28 больных, хорошие результаты получены у 89% пациентов.

Таким образом, целенаправленная предоперационная подготовка, активное ведение больных в послеоперационном периоде, а также проводимая реабилитация больных позволяет получить достаточно хорошие результаты лечения данной тяжелой категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Мусашайхов Х.Т., Маткаримов Б.Х., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность. Язвенная болезнь желудка - это хроническое заболевание, суть которого заключается в периодически возникающей язве желудка или язве двенадцатиперстной кишки, как правило, на фоне гастрита, вызванного инфекцией хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*). 8-10% населения страдает этим заболеванием. Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с язвами двенадцатиперстной кишки мужчины значительно преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин одинаковое.

Цель исследования: оценить накопленный в клинике опыт применения МИВ в лечении осложненных язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования: от 2016 до 2018 г. МИВ были предприняты у 158 и успешно выполнены у 55 больного с осложнениями ЯБДК (м-35, ж-20; в возрасте от 18 до 59 лет, средний возраст 36,4±4,7 лет).

Результаты исследования: На открытый способ проведения операции пришлось перейти у 7 больных. Причиной конверсии послужили: прорезывание швов на ушитой язве с периульцерозным инфильтратом (11), диффузное кровотечение из паразофагеальной клетчатки (12), повреждение передней стенки пищевода (17), повреждение стенки желудка (4), потеря иглы в брюшной полости (6), трудности идентификации заднего ствола вагуса (5). Ещё одно осложнение - надрыв капсулы селезёнки с кровотечением было ликвидировано методом лапароскопической электрокоагуляции. Практически все осложнения были отмечены при проведении вмешательств в экстренном порядке по поводу перфоративной язвы.

В раннем послеоперационном периоде было 3 осложнения: поддиафрагмальный абсцесс, успешно излеченный дренированием под контролем УЗИ (1); развитие коагуляционного некроза стенки абдоминального отдела пищевода (1) и перфорация острой язвы купола слепой кишки (1), выполнены лапаротомии с выздоровлением. На 151 МИВ был один летальный исход (0,7%).

Вывод: применение органосохраняющих операций с ваготомией в малоинвазивном варианте и лапароскопического ушивания обеспечивает благоприятное течение непосредственного и ближайшего послеоперационного периода, демонстрируя малую травматичность, скорейшую реабилитацию больных, и хорошие отдаленные результаты, подтверждая патофизиологическую обоснованность операций. Для окончательного суждения нужны более длительные наблюдения за больными в отдаленном послеоперационном периоде.

САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ

**Мусашайхов Х.Т., Маткаримов Б.Х., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Распространенный гнойный перитонит остается одним из самых грозных осложнений в абдоминальной хирургии. В 15-25% наблюдений течение urgentных хирургических заболеваний осложняется перитонитом. Заболеваемость перитонитом имеет тенденцию к увеличению вследствие роста числа больных с травмами и urgentными заболеваниями органов брюшной полости.

Основной причиной летальности при распространенном гнойном перитоните является абдоминальный сепсис. Проблема лечения перитонита осложняется увеличением роли антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов в этиологии перитонита.

Цель исследования: определение роли и возможностей санации в лечении распространенного перитонита.

Материалы и методы исследования: от 2015 до 2018 г. Оперативные вмешательства выполнены у 48 пациентов, поступивших в клинику с острыми хирургическими заболеваниями, осложненными распространенным перитонитом.

Результаты исследования: из общего числа больных (48) у 3 пациентов с острым деструктивным аппендицитом и 1 больного с гнойным оментитом во время выполнения диагностической лапароскопии адекватная лапароскопическая санация брюшной полости признана невозможной из-за наличия плотных, массивных наложений фибрина с тенденцией к формированию межпетлевых абсцессов, а также выраженного пареза тонкой кишки. Этим больным выполнена срединная лапаротомия и впоследствии у 1 из них - санационная релапароскопия.

Ещё у 3 больных запланированная лапароскопическая санация выполнена после срединной лапаротомии по поводу разлитого перитонита, вместо релапаротомии. У 17 пациентов произведена лапароскопическая санация брюшной полости после ликвидации источника перитонита из малого хирургического доступа (15 аппендэктомий, 2 пилоропластики). У 24 больных выполнена лапароскопическая ликвидация источника перитонита (19 ушиваний перфоративной язвы, 4 аппендэктомии, 1 холецистэктомия) с последующей санацией брюшной полости под контролем лапароскопа. В целом из 48 больных запрограммированные санационные релапароскопии выполнены у 8

больных с разлитым и 1 пациента с диффузным перитонитом.

При этом у 6 из них выполнено по одной повторной операции, у 2 - по две и у 1 больного - 3 релапароскопии. Интраоперационных осложнений не было. Имелось одно послеоперационное осложнение - инфильтрат в правой подвздошной области после аппендэктомии из доступа по-Волковичу-Дьяконову, успешно излеченный консервативно. Умер 1 пациент 81 года с острым гангренозно-перфоративным холециститом, разлитым фибринозным перитонитом через 2 часа после запрограммированной санационной релапароскопии от инфаркта миокарда.

Вывод: видеолапароскопическая санация брюшной полости у больных с распространенным перитонитом, обладая меньшей травматичностью, столь же эффективна, как и традиционная санация из широкого лапаротомного доступа. Комбинация лапароскопической санации с вмешательствами на источнике перитонита из малого хирургического доступа расширяет возможности малоинвазивных вмешательств при этом заболевании.

РОЛЬ И МЕСТО ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Мухаммадиев М.Х., Сатторов Б.С., Саидов Ш.А., Жумагелдиев Ш.Ш.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Введение. Несмотря на наличие современных высокоинформативных методов диагностики, вопросы диагностики травматического повреждения внутренних органов остаются сложными. В связи с непрерывным совершенствованием, миниинвазивные методы в настоящее время получают все более широкое применение для диагностики и лечения абдоминальной травмы. Лапароскопия, как лечебное и диагностическое пособие, в настоящее время является одним из ведущих и активно разрабатываемых направлений в современной хирургии (С.Н. van der Vlies et al. 2011; Hongyu Li et al 2017).

Цель исследования: Оценить эффективность использования лапароскопических технологий у пациентов с травматическим повреждением внутренних органов.

Материалы и методы: В 2016-2017 годах в отделения экстренной хирургии Самаркандского Филиала РНЦЭМП было госпитализировано 187 больных с абдоминальной травмой. Из них с повреждением полого органа 10 (5.34%), с повреждением паренхиматозных органов 15 (8.02%), с повреждением сальника и брыжейки 39 (20.86%), с повреждением нескольких органов 67 (35.83%) больных и в 56 (29.95%) случаях повреждений внутренних органов не выявлено.

Результаты. 131 (70%) больному из госпитализированных 187, было произведено 157 операций, из них 51 (25.87%) лапароскопических операций. Показаниями к операции являлись наличие признаков перитонита, наличие свободной жидкости и газа в брюшной полости, невозможность исключить повреждение внутренних органов другими методами исследования. При стабильных показателях гемодинамики проводилась селективная активно-выжидательная тактика ведения больных с непрерывным мониторингом. Лапароскопическая остановка кровотечения с помощью электрокоагуляции 18 (35.29%), лапароскопическое ушивание разрывов полых органов и брыжейки 5 (9.8%), диагностическая лапароскопия с дренирование брюшной полости у 16 (31.37%) пациентов и в 12 (23.53%) случаях решено перейти на конверсию. В 39 (70%) случаях из 51, лапароскопическим методом удалось провести адекватную ревизию брюшной полости, а так же при необходимости произвести гемостаз или ушивание.

Выводы. При анализе результатов лечения травматического поражения внутренних органов, использование лапароскопической хирургии позволило уменьшить продолжительность операции, сократить послеоперационный койко-день, реабилитационный период и количество необоснованных лапаротомий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Хужамов О.Б., Мухаммадиев М.Х., Хидиров М.С.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность: Несмотря на то, что селезенка хорошо защищена грудной клеткой и окружающими органами, по частоте повреждений при закрытой травме живота она занимает второе место (М.Ф. Черкасов с соавт., 2005). И составляют от 17 до 30% всех повреждений органов брюшной полости (А.Н. Тулупов., 2015), а при сочетанной травме живота достигают 40% (М.Я. Юдин, 2010).

Цель исследования: Оценить роль современных технологий гемостаза при травме селезенки.

Материалы и методы: Проведен анализ лечения 73 больных с повреждением селезенки при сочетанной травме живота, которым проводилась консервативная гемостатическая терапия и диагностическая и лечебная видеолапароскопия за последние 10 лет. Они сочетались с травмой черепа в 16 наблюдениях, груди – в 8, таза и конечностей – в 17 случаях. Из них мужчин было 62 (84,9%), женщин – 11 (15,1%), средний возраст составил 25,5±1,5 лет. Причины сочетанной травмы селезенки были: падение с высоты – 37 больных, автомобильная травма – у 36 пациентов.

Всем больным при поступлении, кроме клинического обследования выполняли УЗИ каждые 6-8 часов в динамике, компьютерную томографию (КТ) брюшной полости, общий анализ крови и мочи, обзорную рентгенограмму брюшной полости и других анатомических областей по локализации.

Результаты. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял 716 больных от 200 до 350 мл, у 15 – от 350 мл до 500 мл, а у 5 и более 1000 мл. Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по 3,5±0,3 дозы, 6 больным – свежзамороженной плазмы по 350,0±55,8 мл каждому пациенту и 5 больным 250±35,0 мл донорской эритроцитарной массы. На фоне продолжающейся инфузионной терапии выполняли видеолапароскопию. Во время видеолапароскопии оценивали характер травмы

селезенки, наличие кровотечения из мест повреждения. В 42 (57,3%) случаях отмечено кровотечение из поврежденной ткани селезенки (I-II степени), которое остановлено применением электрокоагуляции раны и фиксации к ней сальника (у 17 больных). К 7 дню лечения при УЗИ и КТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. При накоплении опыта нами были определены критерии консервативного и миниинвазивного лечения.

Выводы. Применяемые нами методы консервативного и видеолaparоскопического адекватного гемостаза при повреждениях селезенки были эффективны в 93,2% наблюдений.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ

Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Эгамов Б.Т., Авазов А.А., Хужамов О.Б.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Частота повреждений печени при закрытой травме живота составляет от 12 до 46,9% (Абакумов М.М., 1995), а при сочетанных шокогенных повреждениях живота – до 49,4% (Тулупов А.Н., 2015).

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения при повреждениях печени путём использования эндовидеолaparоскопии.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на данных обследования и лечения СФРНЦЭМП за 2012-2017г у 77 пациентов, у которых имелось подозрение на повреждение печени. Мужчин было 47(72,9%), а женщин 30 (27,1%). При этом подавляющее большинство больных наиболее трудоспособного возраста: от 22 до 45 лет (88,9%). Причинами травмы были: дорожно-транспортное происшествие у 38 (49,4%), удар в живот тупым предметом 32 (41,5%), падение с высоты у 7 (9,1%) больных.

Для диагностики повреждений печени использовались: анамнез, клиничко-лабораторные, УЗИ, рентген, КТ и малоинвазивного метода как экстренная видеолaparоскопия

Результаты. При поступлении из 77 человек у 23 (29,9%) пострадавших клиническое проявления шока отсутствовали. Первая степень шока диагностирована у 47 (61,0%) и вторая степень выявлена у 7(9,1%) пострадавших. Принципами реализации видеолaparоскопической диагностики являлось: установление наличия гемоперитонеума, поврежденных органов и гематом в органах и забрюшинном пространстве.

Виды эндовидеолaparоскопических вмешательств у наших больных были следующие:

- лапароскопическая электрокоагуляция ран печени, санация и дренирование брюшной полости- у 27(35,2%);
- электрокоагуляция раны и фиксации к ней сальника - у 23(29,7%) больных;
- диагностическая лапароскопия (повреждение отсутствует) – 25(32,4%);
- конверсия у 2(2,7%)

Лапароскопический вмешательства производит при локализации и повреждение в области 2,3,4,5,6 (у 42 больных) и частично 7-8 сегментов (у 5 больных). По Moore I-II и III степени.

Выводы. По нашим данным удалось избежать напрасных лапаротомий в 25 (32,4%), и основными условиями выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и активного кровотечения из ран печени.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ШЕЙКИ И ТЕЛА МАТКИ И ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ ПРОЖИВАЮЩИХ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мухтаржанова Х.Н., Якуббекова С.С., Эрматова Г.В., Мамарасулова Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Изучить особенности распространенности рака шейки и тела матки и яичников у больных проживающих в Андижанской области.

Материалы и методы: Проанализировали материалы информационного бюллетеня онкослужбы и регистра злокачественных опухолей. Всего было изучена 953 запись. Возраст болеющих колебался от 13 до 86 лет.

Полученные результаты: Наибольшее количество женщин, страдающих от различных новообразований половой системы отмечены в периоды 2015-2016 годы(по 234-216 человек ежегодно), наименьшее количество – в 2013 году (145 человек). В 2013-2014 годах количество страдающих женщин было менее 160 ежегодно, а в 2013-2016 годах , соответственно более 200. Наименьшее количество женщин (14) , страдающих новообразованиями тела матки , было в 2013-2014 годах, наибольшее количество – в 2015 (36). В период 2013-2014 годах число больных было менее 15 ежегодно, а в 2015-2016 годах более 30. Наименьшее количество больных с новообразованиями шейки матки оказалась в 2013 году (104), наибольшее количество(149)в 2015 году. Наибольшее количество женщин (55), страдающих новообразованиями яичников, выявлено в 2016 году, наименьшее (27) в 2013-2014 годах, причём с годами прослеживается тенденция к повышению и омоложению рака яичников среди женского населения.

Наибольшее количество женщин страдает злокачественными новообразованиями шейки матки в возрасте 17-49 лет(317), а более половины всех больных приходится на возрастной интервал 32-59 лет(512). Наибольшее количество больных злокачественными новообразованиями тела матки оказалась в возрасте 50-59 лет(55), причём более половины всех больных находятся в возрастном интервале 50-69 лет (81). Наибольшее количество женщин, страдает злокачественными новообразованиями яичников в возрасте 17-49 лет (94), наименьшее- в возрастном интервале 70 лет и старше (9) и <17 лет (3). Более половины больных с данной патологией в возрасте от 40 до 59 лет включительно.

Выводы: Количество жителей Андижанской области, страдающих злокачественными новообразованиями тела и шейки матки, а также опухолей яичников в последние три года резко возросло. Злокачественными новообразованиями половой системы наиболее подвержены женщины трудоспособного возраста(от 30 до 59 лет).

ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКА

Мухтаржанова Х.Н., Якубекова С.С. Мамарасулова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Этиология и патогенез рака яичника изучены недостаточно, что препятствует разработке системного подхода как к формированию групп риска и профилактике, так и к гормональному лечению больных с этими опухолями. До настоящего времени нет цельного и научно обоснованного представления об этиологии и патогенезе рака яичников, знание которых значительно приблизило бы нас к решению проблемы ранней диагностики и возможности осуществления наиболее эффективного патогенетического лечения. Опухоли яичника возникают у женщин, имеющих ряд предрасполагающих факторов, в частности гормонального нарушения.

Цель исследования: изучить патогенетические аспекты гормонального нарушения при возникновении рака яичника.

Материалы и методы: радиоиммунологическим методом определяли содержание в сыворотке крови ФСГ, ЛГ, ПЛ, эстрадиола, прогестерона и тестостерона у 30 больных с ДОЯ и у 40 больных с I-IV стадиями РЯ. У всех больных были опухоли эпителиальной гистоструктуры. Контролем послужили результаты обследования 30 женщин. Исследования проводили после установления диагноза до начала лечения.

Результаты и их обсуждение: по уровню содержания половых гормонов достоверных различий между сравниваемыми группами не выявлено. Несколько большие отклонения от контроля были характерны для эстрадиола, меньшие – для прогестерона и тестостерона. Установлено, что малигнизация ДОЯ, или признаки РЯ I стадии сопровождаются почти двукратным повышением исследуемого показателя в 1-й фазе менструального цикла и несколько меньшим – во 2-й фазе. При IV стадии РЯ вновь активизируется гипофиз, что проявляется тенденцией к гиперпролактинемии и достоверным повышением уровня ЛГ.

Выводы: 1) ДОЯ и РЯ по данным литературы являются гормонозависимой патологией и развиваются у женщин с нарушениями функции системы гипофиз-яичники;
2) Собственные исследования подтверждают наличие относительной гиперэстрогемии у пациенток с опухолями яичника.

ОЦЕНКА РИСКА ЗАБОЛЕТЬ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗОВ

Мухтаржанова Х.Н., Якубекова С.С., Каюмова Д.Б., Саидалиев С.С., Мамарасулова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Поиск этиологических и патогенетических факторов, оказывающий влияние на заболеваемость этой формой онкопатологии, может способствовать своевременному выявлению и диспансеризации женщин, предрасположенных к новообразованиям яичников. Это в свою очередь, увеличит вероятность ранней диагностики опухоли и её более эффективного лечения. Настоящая работа посвящена результатам многофакторного анализа анамнестических и генеалогических данных о группе больных с раком яичников и данных женщин без опухолей. Исследование предпринято с целью поиска среди многих признаков (конституциональных, клинических, внешнесредовых, семейных) факторов риска возникновения рака яичников и построения на их основе решающего правила для отбора лиц в группу риска.

Цель исследования: исследование факторов риска возникновения рака яичников и построения на их основе решающего правила для отбора лиц в группу риска.

Материалы и методы: для оценки факторов риска заболеть раком яичников нами был составлен кодификатор, содержащий 274 фактора. Проявление каждого фактора выражалось 2-9 градациями. Кодификатор включал в себя данные индивидуального анамнеза исследуемых женщин (возраст, образ жизни, вредные привычки, профессиональная принадлежность, гинекологический и акушерский анамнез, перенесенные заболевания и т. п. - всего 108 факторов), а также данные о врожденных особенностях, перенесенных заболеваниях, причине смерти родственников I и II степеней родства. Было обследовано 600 женщин, из которых 275 были больны раком яичников (диагноз гистологически верифицирован) и 325 – практически здоровы (контрольная группа).

Результаты и обсуждения: патогенетическая связь между раком яичников, с одной стороны, и перечисленными факторами риска – с другой стороны, в настоящее время вряд ли может быть корректно. Предполагается, что в основе выявляемых связей лежат общие метаболические процессы, особенности течения которых в значительной мере обусловлены генетическими факторами. Например, связь между раком яичников и гормонозависимой патологией у женщин и их родственниц, скорее всего обусловлена наследственными особенностями гормонального статуса этих женщин.

Вывод: Выявлена оптимальная совокупность наиболее значимых факторов индивидуального и семейного анамнезов, на основании которой построено решающее правило для отбора лиц в группу риска.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВАХ ДИАФРАГМЫ

Назаров Н.Н., Саидходжаева Ж.Г., Гафуров З.К., Курбанов Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт

По данным литературы разрывы диафрагмы (РД) встречаются в 0,5-5,0% всех наблюдений тяжелой сочетанной травмы. Диагностика РД у 50% пострадавших бывает несвоевременной, даже во время оперативного вмешательства по поводу внутрибрюшных повреждений, допускаются диагностические ошибки.

Одним из грозных и частых осложнений нераспознанных закрытых повреждений диафрагмы, является дислокация органов брюшной полости через дефекты диафрагмы в плевральную полость, развития тяжелых кардиореспираторных нарушений и ущемление полых органов в грыжевых воротах.

У больных с нераспознанными РД, длительное время находящихся на ИВЛ, до перевода на самостоятельное дыхание, перемещения органов брюшной полости в плевральную полость не бывает. Также при ИВЛ, при лучевых методах диагностики, может не распознаваться пневмоторакс и признаки смещения органов средостения в здоровую сторону.

Целью исследования явилось: Обосновать эффективность торакоскопии при диагностики РД у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и их обсуждения: В АФ РНЦЭМП в периоде с 2004 по 2014гг. наблюдали 28 пострадавших возрасте от 17 до 68 лет, у которых имелось РД. Мужчин было 22 (90%) женщин-6 (10%). Разрыв диафрагмы слева установлено у 22 (90%) справа у 6 (10%).

Основной причиной повреждения у 16 (72,8%) пострадавших явилось автодорожные травмы, 4 (18,1%) пострадали при падении с высоты, у 2 (9,1%) имелось проникающие колото - резаные ранение грудной клетки.

Все пострадавшие поступали в реанимационное отделение в состоянии плевропульмонального, геморрагического шока с нестабильной гемодинамикой и кардиореспираторными нарушениями.

У 54% пострадавших, имелось повреждение двух анатомических областей, у 40% трех анатомических областей, а у 6% пострадавших травматическая болезнь была обусловлена повреждением четырех анатомических областей.

Всем пострадавшим при поступлении наряду с реанимационными мероприятиями осуществлялось инструментальное обследование, динамическая рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной и плевральных полостей, торакоцентез и дренирование плевральных полостей по показаниям. 7 пациентам была выполнена диагностическая торакоскопия, которая стала решающим для определения дальнейшей тактики лечения.

Диагноз РД впервые 2 часа на основании лучевых методов исследования было установлено только у 2-х пострадавших.

В остальных случаях РД был установлен от 10 часов до 7 суток с момента поступления больного в стационар.

Сложность проблемы диагностики РД в остром периоде травматической болезни заключается в том, что характерные патологические симптомы развиваются только после дислокации органов брюшной полости в плевральную. Перемещение органов живота может быть нераспознанным, когда повреждения сочетаются с переломами ребер или гемо - пневмотораксом на той же стороны. Даже после дренирования плевральной полости РД может быть нераспознанным. Крайнюю трудность вызывает РД правого купола, когда она сочетается с гемо пневмотораксом. В одном случае мы наблюдали больного с тяжелой сочетанной травмой, когда после лапаротомии и дренирование плевральной полости, справа не был распознан РД. Только на 4 сутки после первой операции, когда нарастали кардиореспираторные нарушения, с помощью диагностической торакоскопии был установлен РД с перемещением печени, в правую плевральную полость.

Таким образом, лучевые методы диагностики в первые сутки травматической болезни не могут быть информативными, а ИВЛ нивелирует разницу в степени разрежения в плевральной и брюшной полости, предотвращая дислокацию органов живота через дефект в диафрагме. У этой категории пострадавших кардиореспираторные нарушения проявляются после перевода на самостоятельное дыхание или когда нарастает его прогрессирование. Завуалированные клиничко-рентгенологические симптомы дислокации органов брюшной полости при РД может правильно интерпретировать лишь опытный специалист.

Решением проблемы своевременной диагностики РД может стать традиционная торакоскопия, которая не требует специального оборудования и оснащенной операционной. Процедуру можно выполнять в палате интенсивной терапии и в перевязочной, не зависимо от тяжести состояние пострадавшего, не требуется раздельной интубации бронхов и ИВЛ.

Нами у 7 пострадавших было выявлено РД в 5 случаях слева, в 2 случае был диагностирован разрыв правого купола диафрагмы. При традиционной торакоскопии под местной анестезией осматривали плевральную полость, наличие или отсутствие гемоторакса, наличие продолжающего кровотечения, если есть его источник, целостность диафрагмы. В 5 случаях при осмотре в плевральной полости были обнаружены желудок и прядь кишок, и часть сальника. В одном случае торакоскопия была произведена в связи с нарастающими кардиореспираторными нарушениями у больного после лапаротомии и ушивание раны печени, дренирование плевральной полости справа. При торакоскопии установлен разрыв правого купола диафрагмы, с дислокацией печени в правую плевральную полость.

Во всех случаях произведена торакотомия, низведение органов в брюшную полость, ушивание раны диафрагмы.

Летальность наступила у 4-больных, причиной смерти стало в 3-х случаях полиорганная недостаточность и ОССН, в одном случаи причиной смерти послужил перелом I шейного позвонка со сдавлением спинного мозга.

Таким образом: РД является одним из сложных повреждений для диагностики. Основной причиной диагностических и тактических ошибок является низкая информативность лучевых методов диагностики. Традиционная торакоскопия является простым и эффективным методом и может применяться в различных по степени оснащенности стационарах, оказывающих неотложную помощь пострадавшим с травмой грудной клеткою.

СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Носиров М.М.

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. акад. В.Вахидова,
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время с целью профилактики рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) всё большее распространение получают эндоскопические вмешательства. Однако остаётся неясным вопрос о том, в какой группе пациентов после эндоскопических вмешательств возникает рецидив кровотечения. В связи с этим нами предпринята попытка стратифицировать факторы риска развития кровотечения из ВРВПЖ с целью выделения группы больных, являющихся потенциальной группой риска.

Для достижения устойчивой верификации степени влияния различных факторов риска развития кровотечения из ВРВПЖ проведен факторный анализ с учетом различных критериев.

Материалы и методы. За период с 1976 по 2015 годы в отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского Специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова получали лечение более 3500 больных ЦП с синдромом ПГ. Для определения прогностического значения различных факторов в отношении влияния на риск кровотечения по каждому критерию анализ проводился только среди тех больных, у которых при изучении историй болезни определены все критерии, необходимые для адекватной оценки соответствующего фактора. Была отобрана группа больных ЦП - 700 пациентов, которые были обследованы за период 2000-2012 гг.

Результаты исследования. Обобщая проведенный анализ, можно отметить следующее. Учитывая компенсаторный резерв лиц молодого возраста (до 25 лет), частота встречаемости портальных геморрагий в данной группе была достоверно ниже (37,1%), чем во всех остальных возрастных группах. Максимально рискованной явилась группа больных 36–50 лет, где риск развития кровотечения портального генеза составил 55,6%. При этом частота этого осложнения в зависимости от пола составила 47,6% (217 из 456) среди мужчин против 38,1% (94 из 244) среди женщин.

Развитие и выраженность асцитического синдрома непосредственно связаны с частотой развития кровотечения из ВРВПЖ. Так, при отсутствии этого осложнения геморрагический синдром отмечен в 36,1% случаев, при умеренном асците – 48,6%, тогда как при выраженном асците – 56,0%.

Спленомегалия является компенсаторной реакцией на нарастание ПГ в отношении снижения риска кровотечений из ВРВПЖ, так при ее отсутствии или наличии первой степени выявлена самая высокая частота перенесенных кровотечений в анамнезе – 63,9% и, напротив, при развитии гигантской спленомегалии риск развития кровотечения из ВРВПЖ оказался минимальным – 23,1%. Следовательно, выраженность синдрома спленомегалии обратно пропорциональна частоте развития кровотечения из ВРВПЖ.

Выводы. Необходимо учитывать факторы риска развития кровотечений из ВРВПЖ при лечении больных циррозом печени, что уменьшает это тяжелое осложнение.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РИСКА ПИЩЕВОДНО–ЖЕЛУДОЧНЫХ ГЕМОРРАГИЙ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Носиров М.М.

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. акад. В.Вахидова
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди осложнений цирроза печени (ЦП) выделяют два основных, наиболее часто определяющих фатальный прогноз заболевания: кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) и прогрессирование печеночной недостаточности с энцефалопатией. В группу потенциального риска кровотечения из ВРВПЖ входят 20-50% больных с портальной гипертензией (ПГ). Летальность при геморрагическом синдроме по данным разных авторов составляет от 30% и выше. При развитии печеночной комы этот показатель увеличивается до 80-90%.

Материалы и методы исследования. За период с 1976 по 2016 годы в отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского Специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова получали лечение более 3500 больных ЦП с синдромом ПГ. Для определения прогностического значения различных факторов в отношении влияния на риск кровотечения, по каждому критерию анализ проводился только среди тех больных, у которых при изучении историй болезни определены все критерии, необходимые для адекватной оценки соответствующего фактора. Была отобрана группа больных ЦП - 700 пациентов, которые были обследованы за 1998-2016 гг.

Результаты. Одним из основных факторов при оценке риска развития геморрагического синдрома является степень ВРВПЖ. Именно поэтому эндоскопическое исследование является одним из самых важных. В зависимости от протяженности расширенных вен пищевода различают ВРВ нижней трети; средней и нижней трети; верхней, средней и нижней трети или тотальное расширение вен пищевода. Также оценивается переход ВРВ на кардио желудка.

Анализ риска кровотечений в зависимости от состояния слизистой пищевода и желудка показал достоверное увеличение этого показателя при развитии эрозивного гастрита с 34,4% до 55,6% и (или) эзофагита до 62,5% ($P < 0,05$), в свою очередь развитие первой степени (MLP) портальной гастропатии увеличивает риск геморрагического синдрома с 34,2% до 65,6% и соответственно до 72% при четвертой степени (BBSs) ($P < 0,005$).

Незначительное расширение вен в пищеводе не гарантирует от выраженного варикоза в желудке, а также от такого провоцирующего фактора как эрозивный гастрит или эзофагит, наличие которых повышает риск развития

кровотечения из ВРВПЖ даже при 1 степени до 20%. По мере нарастания ВРВПЖ отмечается повышение риска геморрагического синдрома до 43,3% - при второй степени варикоза и 49,4% - при третьей степени.

Выводы. Анализ риска кровотечений в зависимости состояния слизистой пищевода и желудка показал достоверное увеличение этого показателя при развитии эрозивного гастрита с 34,4% до 55,6% и (или) эзофагита до 62,5%.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ У ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

**Назирова Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С.,
Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.**

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

На протяжении последних лет в мире наблюдается повсеместный и неуклонный рост числа больных с терминальной хронической недостаточностью, жизнь которых обеспечивается применением заместительной почечной терапии. За период с 1990 по 2016 гг. количество больных, получающих заместительную почечную терапию, в мире возросло в 4,7 раза, превысив к концу 2006 г. 2 млн человек. К известным на сегодняшний день методам заместительной почечной терапии относятся трансплантация почки, программный гемодиализ, а также перитонеальный диализ. На сегодняшний день трансплантация почки, бесспорно, считается наиболее эффективным способом лечения больных с терминальной почечной недостаточностью.

Трансплантация почки от живого донора является важнейшей альтернативой для многих пациентов. В России до 20% трансплантаций почек выполняется с использованием живых родственных доноров, в то время как во многих странах Европы и США этот показатель достигает 40% и более.

Широкое внедрение эндовидеохирургических минимально инвазивных технологий в различных областях хирургии и урологии, разработка специального инструментария и электрохирургического оборудования нашли свое применение и в трансплантологии. Первая лапароскопическая нефрэктомия (ЛН) выполнена в 1995 году. С этого момента число пересадок почки с использованием ЛН имеет тенденцию к ежегодному увеличению. Так в США около 75% донорских нефрэктомий осуществляется с использованием того или иного эндоскопического метода. В современной мировой хирургической практике все более широкое применение получают операции нефрэктомии у живого донора с использованием различных минимально инвазивных методов: полностью лапароскопического, мануально-ассистированного лапароскопического, мануально-ассистированного ретроперитонеоскопического, полностью ретроперитонеоскопического, робот-ассистированного. В целом, по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами лапароскопические операции обладают такими преимуществами, как снижение травматичности, выраженности послеоперационного болевого синдрома, сокращения сроков восстановительного периода, пребывания в стационаре и периода нетрудоспособности, и обеспечивают лучший косметический эффект.

Цель исследования: Внедрить в клиническую практику методику ЛН при операциях у живого родственного донора.

Материалы и методы: В апреле 2015 года хирургами отделения эндовизуальной хирургии РСЦХ им. академика В.Вахидова впервые на территории республики Узбекистан выполнена левосторонняя ЛН у живого родственного донора. Использовался полностью лапароскопический доступ. Донором явилась женщина в возрасте 36 лет.

Результаты исследования: Продолжительность операции составила от 140 мин. Длительность стояния дренажа в раннем послеоперационном периоде составило 2 суток. Время пребывания в стационаре - 5 суток. Мобилизация почки проводилась в блоке с паранефральной клетчаткой, мочеточник мобилизовался до перекреста с подвздошными сосудами, почечная артерия выделялась с использованием ультразвуковых ножниц HARMONIC ACE и LigaSure ATLAS у места отхождения от аорты, почечная вена выделялась до места впадения в нижнюю полую вену, после пересечения центральной вены надпочечника и мобилизации последнего от верхнего полюса почки. Артерия и вена клипировались клипсами Nem-o-lock-XL, пересекались специальными сосудистыми лапароскопическими ножницами. До клипирования и пересечения почечных сосудов произведен кожно-апоневротический разрез (не вскрывая листок брюшины) в левой паховой области длиной до 6 см по линии складки. При этом инструментом зафиксирована почка за паранефральную клетчатку в области нижнего полюса. После клипирования и пересечения почечных сосудов через заранее подготовленный разрез вскрыт листок брюшины и донорская почка извлечена и передана для перфузии и подготовки к трансплантации на «back-table». Интраоперационных осложнений не было. Период первичной тепловой ишемии составил 3,6 минуты. Время консервации составило 40 мин. Отмечена немедленная функция трансплантата у реципиента. Урологических осложнений не было.

Выводы: ЛН является эффективным хирургическим вмешательством, имеющим преимущества по сравнению с открытой методикой выполнения данной операции: улучшенная визуализация и возможность прецизионной манипуляции тканями и анатомическими структурами, значительно меньшая травматизация трансплантата (забор единым блоком с паранефральной и парауретеральной клетчаткой), сокращение продолжительности вмешательства, снижение риска послеоперационных осложнений, ранняя реабилитация, лучший косметический эффект.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

**Назирова Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигаев Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.
РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова**

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, рефлексорным раскрытием нижнего пищевода сфинктера (НПС) и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода.

НМЗП занимают 4-е место в структуре хирургических заболеваний пищевода после рака, грыж пищевода и отверстия диафрагмы и доброкачественных стриктур.

Многие оперативные вмешательства, ранее широко применявшиеся при НМЗП (операции Микулича, Марведеля–Венделя, эзофагокардиооментопластика по Колесову, кардиофренопластика по Б. В. Петровскому, Т. А. Суворовой, анастомозы пищевода с желудком типа Гейровского, Юдина, Березова и др.), в настоящее время практически всеми оставлены из-за частых рецидивов дисфагии и развития тяжелых осложнений, таких как рефлюкс-эзофагит и стриктура пищевода.

Клинический опыт свидетельствует о том, что при IV ст. заболевания органосохраняющие операции оказываются малоэффективными ввиду полной атонии и резкого расширения пищевода (мегэзофагус). В этих случаях операцией выбора считаем транسخиатальную субтотальную резекцию (фактически экстирпацию) с одномоментной пластикой трансплантатом, выкроенным из большой кривизны желудка, с кровоснабжением за счет правой желудочно-сальниковой артерии.

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

Материал и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» располагает опытом применения экстирпации пищевода у 24 больных с запущенными (III-IV) стадиями ахалазии кардии. Мужчин было 10, женщин – 14 в возрасте от 8 до 64 лет.

Результаты и обсуждение: Показаниями к хирургическому лечению были неэффективность или невозможность кардиодилатации. При ахалазии полностью отсутствует рефлекс открытия кардии в ответ на акт глотания, при этом градиент пищеводно-желудочного давления (ГПЖД) соответствует нормальным показателям, а иногда даже ниже нормы. Ахалазия кардии характеризуется резко ослабленной перистальтикой пищевода, которая не позволяет обеспечить адекватную проходимость кардии, даже на фоне невысокого ГПЖД. Следовательно, выполнение при ахалазии хирургической коррекции кардии не может обеспечить нормальную проходимость пищи, в связи с чем, необходимо выполнять экстирпацию пищевода, которая использована у 24 больных.

В 23 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 20 больных. Только у 4 пациентов для создания трансплантата использована левая половина толстой кишки в связи с невозможностью гастропластики. В послеоперационном периоде недостаточность эзофагогастроанастомоза наступила только у 1(4,1%) пациента, которая ликвидирована консервативно. Летальных исходов не было, все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

В отдаленном периоде в сроках до 7 лет обследованы все больные, при этом в 23 случае получены хорошие и удовлетворительные результаты. Только 1 пациенту понадобилось бужирование рубцово-суженного эзофагогастроанастомоза.

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

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА (LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY) В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р., Нишанов М.Ф. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. Лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) – операция, известная с 1997 года- за последние годы приобретает популярность как в Европе, так и в Америке благодаря возможности сравнительно быстрого освоения подготовленными эндохимирургами, хорошим непосредственным результатам в плане снижения веса. Благодаря включению дополнительных механизмов действия, операция имеет потенциальные преимущества перед уже известными рестриктивными операциями на желудке и при этом лишена недостатков мальабсорбтивных операций. Вместе с тем, даже в экономически развитых странах к настоящему времени не изучены результаты ЛПРЖ в сроки свыше 5 лет, а также нет консенсуса в отношении оптимальной техники операции и определению показаний к ней. Данных о выполнении различных эндовизуальных бариатрических вмешательств при морбидном ожирении (МО), а тем более ближайших и отдаленных результатах ЛПРЖ, базирующихся на значительной серии наблюдений, в Республике Узбекистан к настоящему времени не опубликовано.

Материалы и методы: За период ноябрь 2015 – март 2018гг. в отделении эндовизуальной хирургии РСЦХ им. акад. В.Вахидова выполнено 48 ЛПРЖ (laparoscopic sleeve gastrectomy). Возраст оперированных варьировал от 28 до 53 лет, соотношение мужчины/женщины - 2/14, средняя масса тела пациентов - 113,9±21,34 кг (от 110 до 187 кг), средний ИМТ - 40,1±6,1 кг/м² (от 30,1 до 59,5 кг/м²). Все операции выполнены лапароскопическим способом. В

трех случаях одновременно выполнялась лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. 4 (25%) пациента страдали сахарным диабетом 2 типа, 14 (87,5%) пациентов - гипертонической болезнью II ст. Кроме этого среди коморбидных заболеваний отмечались синдром апноэ во сне, бесплодие, недержание мочи, хронический обструктивный бронхит, артриты. Все оперативные вмешательства выполнены под эндотрахеальным наркозом. Для резекции желудка использовался 60 мм трехрядные швильные аппараты "Эшелон" (Ethicon - Endo Surgery). Резекция проводилась на калибровочном зонде диаметром 36 Fg. Мы не придерживались какого-либо определенного расстояния от привратника, основным критерием являлось создание равномерно узкой желудочной трубки с сохранением небольшой части антрального отдела желудка.

Во всех случаях линия резекции погружалась в непрерывный шов рассасывающейся «зазубренной» нитью V-Loc – 180 mm (Covidien - США). Объем резецированной части желудка определялся тугим заполнением ее водой.

Результаты: Средняя продолжительность операции составила 165±71 минут, медиана - 150 минут., медиана числа использованных кассет - 5. Средний объем резецированной части желудка 1057±82 мл, медиана - 1100 мл. В послеоперационном периоде осложнения не возникли ни в одном случае. Больные выписаны на 4-5 сутки после операции. После выписки из клиники пациенты продолжали получать антиагрегантную терапию в профилактических дозах в течение 1 мес, а также противоязвенные препараты в течение 2 мес. С учетом международных рекомендаций, пациентам, перенесшим бариатрическую операцию, назначали витаминно-минеральную поддержку.

Алгоритм послеоперационного наблюдения в настоящее время соответствует общепринятому: каждые 3 мес в течение первого года, каждые полгода в течение второго года, далее - ежегодно. Лабораторный контроль (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови) являлся составной частью послеоперационного наблюдения и осуществляется в те же сроки.

Результаты снижения массы тела отслежены в 3-месячном периоде у 2 пациентов, в 6-месячном - у 8, в 9-месячном - у 3-х пациентов и в 2 – летнем послеоперационном периоде у 3 пациентов. Через три месяца после операции средняя абсолютная потеря массы тела (-MT) составила 27,4±8,3 кг, медиана - 25 кг, среднее снижение избыточного веса (%СИБ) была 37,4±8,6%, медиана - 37,6%, через полгода средняя -MT - 34±6 кг, медиана - 34 кг, среднее %СИБ - 47,1±8%, медиана - 47,7%, через 9 месяцев -MT - 37±10,4 кг, медиана - 34 кг, среднее %СИБ - 51,1±7%, медиана - 51,6% и к 2-м годам наблюдения потеря избыточной массы у 3 больных составила более 50%. У пациентов с сахарным диабетом уровень гликемии нормализовался, в настоящее время они не принимают никаких препаратов (до операции одна из пациенток принимала в сутки 2 таблетки амарила и 32 ЕД инсулина). Все пациенты отмечали облегчение течения коморбидных заболеваний, либо полное исчезновение их симптомов.

Выводы: ЛПРЖ является эффективным и безопасным методом лечения МО и связанного с ним сахарного диабета 2 типа и других заболеваний.

Проведение ЛПРЖ способствует эффективной убыли веса, улучшению качества жизни у пациентом с МО.

БАЛЛОННЫЙ МЕТОД В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Назирова Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Джуманиязов Ж.А., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.

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

Введение. В настоящее время выделяются три основных группы методов лечения ожирения: консервативные, хирургические и инвазивные нехирургические методы.

К консервативным методам относят обучение, диетотерапия, психотерапия, модификация пищевого поведения, дозированные физические нагрузки, медикаментозное. Однако консервативные методы снижения массы тела (MT) могут быть эффективными на начальных стадиях заболевания и окончательный результат во многом определяется как силой воли пациентов так и их способностью к жестким самоограничениям. По мере увеличения степени ожирения эффективность консервативного лечения снижается и не превышает 5% при так называемом морбидном ожирении (МО) (индекс массы тела свыше 40 кг/м²)

В последнее время широкое распространение получило лечение с помощью применения внутрижелудочных баллонов (ВЖБ) как метода снижения избыточной массы тела, не требующего инвазивного хирургического вмешательства. Метод является эндоскопическим и открывает возможности малоинвазивной коррекции ожирения и служит альтернативой диетотерапии и медикаментозной подготовке пациентов к бариатрической операции. Механизмы действия ВЖБ сводятся к уменьшению желудочного резервуара за счет объема баллона, достижению более раннего насыщения во время еды, а также замедлению эвакуации пищи из желудка. И хотя окончательные результаты лечения с применением ВЖБ существенно уступают результатам более сложных операций, средние показатели, характеризующие эффективность данного вида лечения, могли бы существенно снизить операционный и анестезиологический риск.

Материалы и методы: Был проведен анализ результатов завершеного лечения с применением ВЖБ 22 больных с избыточной массой тела (ИМТ >25, но < 30 кг/м²) и ожирением (ИМТ > 30 кг/м²), которым с целью снижения массы тела произведена имплантация внутрижелудочных силиконовых баллонов в отделении эндовизуальной хирургии РСЦХ им. академика В.Вахидова в период с 2015 по 2018 гг.

Из общего числа 22 больных женщин было 16 (72,7%), мужчин 6 (27,3%) в возрасте от 22 до 48 лет (в среднем 34,2±1,7), средняя исходная масса тела больных составила 130,4±44,9 кг, средний ИМТ - 41,4±11 кг/м².

ВЖБ сферической формы устанавливался по методике, соответствующей рекомендациям изготовителя (BIB™ System IntraGastric Balloon фирмы Allergan Inc. США). Процедуры установки баллонов обычно выполнялись с помощью гастроинтестинального фиброскопа GIF-1T20 Olympus (Япония) под внутривенным потенцированием с

дополнением местной анестезии глотки Sol. Lidocaini 10% в виде спрея. После наполнения баллона адекватным объемом жидкости и удаления соединительной трубки-катетера проводили эндоскопический контроль его положения и герметизма. Продолжительность всей процедуры составляла обычно 10-15 минут. Операция производилась с участием врача-эндоскописта, хирурга, анестезиолога и анестезиологической сестры. Пациенты оставались на 2-3 суток в отделении с целью предупреждения осложнений, связанных с возможной непереносимостью пациента наличия баллона в желудке. На весь период лечения назначали препараты группы ингибиторов протонного насоса (омез, париет), способствующие снижению секреции желудка. Удаление баллона рекомендовали через 4-6 месяцев.

Результаты: Осложнений в ходе установки и удаления ВЖБ не наблюдалось. После стихания симптомов, характерных для первых дней после установки ВЖБ (ощущений спазма, тяжести в эпигастрии, тошноты, рвоты, изжоги), дальнейшее лечение большинство пациентов переносили хорошо. Основным побочным эффектом лечения в последующем была неприятная отрыжка воздухом. Средняя потеря МТ после завершения лечения у 22 пациентов составила $13,5 \pm 10,1$ кг при максимальном показателе в ходе лечения $15,0 \pm 9,6$ кг, что соответствовало $26,0 \pm 15,6\%$ и $29,6 \pm 14,4\%$ потери избыточной МТ (от 0 до $65,5\%$), причем процент потери избыточной МТ различался в группах в зависимости от исходного показателя индекса МТ. Снижение индекса МТ в общей группе больных составило 41,4 до $37,5$ кг/м². Результаты лечения спустя 6 месяцев после удаления баллонов изучены у всех 16 пациентов. Полное или частичное восстановление утерянной МТ было отмечено у 10 (66,6%) пациентов, еще у 1 (6,6%) последующий результат лечения определялся эффектом хирургического вмешательства, предпринятого вскоре после удаления баллона. И, таким образом, лишь 4 (18,1%) пациентов были в состоянии удерживать полученный результат, либо продолжать снижение МТ после удаления ВЖБ.

Выводы: Малоинвазивная методика снижения МТ с использованием ВЖБ существенно расширяет возможности эффективной помощи больным, страдающим избыточной МТ и ожирением.

У больных с крайне высоким хирургическим и анестезиологическим риском эффективное снижение МТ с помощью ВЖБ может существенно снизить риск последующего оперативного вмешательства по поводу ожирения.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ГАСТРОПЛАСТИКОЙ

Назирова Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Музаффаров Ф.У., Гарумов В.Г.,

Бабаханов А.Т., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И.

РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова

Актуальность: Хирургическое лечение заболеваний пищевода продолжает оставаться наиболее сложным разделом в торако-абдоминальной хирургии. Несмотря на многовековую историю хирургии пищевода, наиболее значимые успехи были достигнуты только в последние десятилетия. Вопросы послеоперационных осложнений и летальности тесно взаимосвязаны и являются одними из ключевых в успехе любого хирургического вмешательства, в том числе и при реконструктивно-восстановительных операциях на пищеводе. Данные вмешательства имеют свои особенности, которые обусловлены сложностью анатомо-топографического расположения пищевода, а также чрезвычайной сложностью и длительностью эзофагопластики. Результаты хирургического лечения больных с заболеваниями пищевода трудно признать удовлетворительными, поскольку летальность по данным ряда авторов колеблется от 5 до 25%, осложнения развиваются в 10-66% случаев, а показания к выполнению повторных реконструктивных операций возникают более чем у 20% больных.

Цель: Провести анализ причин летальности после экстирпации пищевода с гастроэзофагопластикой у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями.

Материал и методы: отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», 234 больным выполнена субтотальная экстирпация пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой. Распределение больных по патологии было следующим: рак пищевода - 204(87,2%), ахалазия кардии - 18(7,7%), постожоговые рубцовые стриктуры - 6(2,6%) и стенозирующий рефлюкс-эзофагит - 6(2,6%). Все пациенты были распределены на 2 группы. Контрольную (КГ) составили 79 пациентов (1991-2000) у которых использованы традиционные методы формирования желудочного трансплантата. Основную (ОГ) составили 155 пациентов (2001-2015), у которых использованы усовершенствованный метод формирования трансплантата из желудка, а также специальная схема периоперативного ведения больных.

Результаты и обсуждение: Всем больным произведена экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой. Хирургический доступ был абдоминоцервикальный или торако-абдомино-цервикальный. Во всех случаях операция завершалась наложением внеполостного эзофагогастроанастомоза на шею.

Из 234 больных, которым выполнена экстирпация пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой летальный исход наступил у 26, что составило 11,1%. все пациенты были с опухолями пищевода. Если рассматривать причины летальных исходов в сравнительном аспекте, то можно условно их разделить на пять групп. Так причинами летальных исходов являлись: повреждение трахеи и бронхов у 1(3,8%), острая печеночная недостаточность у 1(3,8%), гнойно-воспалительные осложнения на фоне специфических у 11(42,3%), сердечно-сосудистые и тромбоземболические у 9(34,6%) и бронхо-легочные у 4(15,4%).

При этом в контрольной группе летальность составила 17,7% (14 из 79 пациентов). В основной группе она достоверно ($\chi^2=5,277$, $p=0,021$) уменьшилась более чем в 2 раза до 7,7% (12 из 155 пациентов).

Заключение: Реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе при его доброкачественных и злокачественных заболеваниях остаются наиболее сложными в торако-абдоминальной хирургии, которые отличаются своей длительностью, травматичностью, высокой частотой осложнений и летальности. Основной причиной фатальных исходов в контрольной группе являлись гнойно-септические осложнения, которые развиваются на фоне специфических.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Назирова Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии
имени академика В.Вахидова

Актуальность. Первые сообщения об успешной лапароскопической адреналэктомии были опубликованы в 1992 г., E. Higashihara et al. удалили надпочечник у пациента, страдающего первичным альдостеронизмом. Многие авторы говорят о преимуществе лапароскопической адреналэктомии, таких как небольшое число интра- и послеоперационных осложнений, незначительно выраженный болевой синдром, малая травматичность, сокращение сроков пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 7 больных с доброкачественными заболеваниями надпочечников: кортикостерома – 1 пациент, феохромоцитомы - 2, инциденталомы – 4 находившихся на лечении в отделении эндовизуальной хирургии РСЦХ им. академика В.Вахидова в 2015-17гг. Средний возраст пациентов составил 32,7±3,3 года. Лапароскопическая адреналэктомия справа выполнена 3 пациентам, слева - 4 пациентам. Женщин - 5 (71,5%) больных, мужчин - 2(28,5%). Наличие клинических симптомов было причиной обследования в 4 (57,1%) случаях. У 3 (42,8%) пациентов было стойкое повышение АД до 160 -220 мм рт. ст. Бессимптомное течение заболевания было у 3 (42,8%) пациентов, у 4 (57,1%) – опухоль надпочечника случайно обнаружена при УЗИ. В плане обследования всем больным проводились УЗИ, КТ. Размер выявленной опухоли варьировал от 1,5 до 3,5 см. Исследование катехоламинов и 17- кетостероидов мочи проводилось всем пациентам, незначительное повышение адреналина и норадреналина было в 4 (57,1%) случаях.

Результаты. Адреналэктомия выполнялась в положении больного на боку с мобилизацией печеночного изгиба поперечно-ободочной кишки при операции на правом надпочечнике, при лапароскопической адреналэктомии у четырех пациентов доступ к надпочечнику осуществлялся через зону, расположенную латеральнее селезенки и селезеночного изгиба толстой кишки. Во всех случаях сначала выделялась надпочечниковая вена, клипировалась аппаратом Hem-o-lock и пересекалась до мобилизации надпочечника. Надпочечник удалялся единым блоком с использованием аппарата LigaSure. Удаленный надпочечник эвакуировали из брюшной полости в контейнере. Устанавливали контрольный дренаж к месту операции, кровопотеря минимальная. Средняя продолжительность операции: при правосторонней лапароскопической адреналэктомии – 70-80 мин, при левосторонней – 85-100 мин. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не выявлено. Применялась ранняя активизация больных, в течение первых суток им разрешалось вставать и принимать жидкость, на 2-е сутки – ходить. Болевой синдром купировался назначением ненаркотических анальгетиков. Дренаж из брюшной полости удаляли на 2 сутки. Среднее время пребывания в стационаре больных составило 7 койко-дней.

Вывод: Лапароскопическая адреналэктомия имеет ряд преимуществ, таких как незначительно выраженный болевой синдром, малая травматичность, сокращение сроков пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Назирова Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.
РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова

Актуальность: При использовании термина «кардиоспазм» понимается первичное активное сокращение кардии, следствием которого является повышение давления в нижнем пищеводном сфинктере. При этом сокращения пищевода оказываются недостаточными для того, чтобы протолкнуть пищу через кардию. Характерным признаком является повышение ГПЖД более 12мм рт ст.

При использовании термина «ахалазия кардии» в первую очередь понимается патологическое ослабление перистальтики пищевода без спазма кардии, в результате чего рефлекторного раскрытия кардии при глотании не происходит. Пищевод также становится неспособным протолкнуть пищу через кардию, но в данном случае причиной является ослабление или полное отсутствие перистальтики. В отличие от кардиоспазма, ГПЖД при ахалазии кардии находится в пределах нормы. Оперативное лечение до настоящего времени остается довольно распространенным методом лечения КС. К настоящему времени известно более 60 вариантов операций, что лишний раз подтверждает неудовлетворенность хирургов результатами лечения.

Основным показанием к хирургическому лечению является неэффективность кардиодилатации.

Цель: Разработать дифференцированную тактику хирургического лечения в зависимости от типов заболевания: кардиоспазм и ахалазия кардии.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» располагает опытом хирургического лечения 41 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии. На основании комплексного обследования (эндоскопия, рентгенография, эзофагоманометрия, динамическая эзофагосцинтиграфия) I тип заболевания (кардиоспазм) был установлен у 20 и II тип (ахалазия кардии) у 21 пациентов. Все больные были с запущенными (III-IV) стадиями.

Результаты и обсуждение: При хирургической коррекции пользовались разработанным дифференцированным подходом к выбору операций, основанным на разнице в клиническом течении двух типов заболевания.

При кардиоспазме непроходимость кардии обусловлена не только нарушением рефлекторного открытия кардии в ответ на акт глотания, но и наличием зоны высокого давления покоя в области физиологической кардии,

которая выявляется в повышенном градиенте пищеводно-желудочного давления (ГПЖД). Перистальтика пищевода в большинстве случаев сохранена, за исключением IV стадии. Таким образом, проведение пластических операций на кардии можно считать целесообразным.

При ахалазии полностью отсутствует рефлекс открытия кардии в ответ на акт глотания, при этом ГПЖД соответствует нормальным показателям, а иногда даже ниже нормы. Однако ахалазия характеризуется резко ослабленной перистальтикой пищевода, которая не позволяет обеспечить адекватную проходимость кардии, даже на фоне невысокого ГПЖД. Следовательно, выполнение при II типе различных вариантов хирургической коррекции кардии не может обеспечить нормальную проходимость пищи, в связи с чем, необходимо выполнять экстирпацию пищевода.

При кардиоспазме (19 больных) выполнялись 2 варианта кардиопластических операций. У 14 больных – эзофагокардиомиотомия с оментопексией в модификации отделения хирургии пищевода и желудка (эзофагокардиомиотомия на расширенном пневматическом кардиодилататоре, оментопексия и эзофагофундорафия) и в 5 случаях – эзофагокардиомиотомия в модификации акад. Черноусова А.Ф. (эзофагокардиомиотомия, СПВ и неполная фундопликация).

У 24 больных с запущенными стадиями ахалазии кардии в хирургическом лечении предпочтение отдавали экстирпации пищевода с одномоментной задне-медиастинальной пластикой желудком (n=20) и толстой кишкой (n=4).

Заключение: Считаю необходимым отметить, что всем больным с кардиоспазмом и ахалазией кардии необходимо выполнение комплексного обследования, которое позволит точно определить тип заболевания, что является определяющим в выборе оптимальной дифференцированной тактики хирургического лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ.

**Назирев Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А.
РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова**

Актуальность: Нейромышечные заболевания пищевода (НМЗП), к которым относятся кардиоспазм (КС) и ахалазия кардии (АК) продолжают быть предметом многочисленных дискуссий относительно выбора оптимальной тактики лечения. Благодаря совершенствованию медицинских технологий, накоплению опыта лечения во многих клиниках, удалось улучшить непосредственные результаты лечения. Однако сохраняются некоторые разногласия относительно выбора способа при различных стадиях заболевания. Кардиодилатация остается наиболее доступным, безопасным и эффективным методом лечения больных с КС и АК. Несмотря на несомненные преимущества пневматической и гидробаллонной дилатаций, до сих пор встречаются сообщения о применении аппарата Штарка.

Основным показанием к хирургическому лечению является неэффективность кардиодилатации. Оперативное лечение до настоящего времени остается довольно распространенным методом лечения КС и АК. К настоящему времени известно более 60 вариантов операций, что лишний раз подтверждает неудовлетворенность хирургов результатами лечения. По данным сводных статистик различных авторов, число рецидивов после ранее выполненных операций в отдаленном периоде колеблется от 10 до 30%.

Вышеизложенные данные определяют актуальность и необходимость дальнейшего совершенствования хирургической тактики при лечении пациентов с нейромышечными заболеваниями пищевода.

Цель: Определить дифференцированную хирургическую тактику лечения у больных с нейромышечными заболеваниями пищевода.

Материал и методы: В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», в период с 1975 по 2015 гг по поводу НМЗП выполнено 39 операций. При этом, экстрамукозная эзофагокардиомиотомия с оментопексией выполнена у 14(35,8%), эзофагокардиомиотомия с гастропластикой у 5(12,8%) у экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой 20(48,6%).

Показанием к операции у 7(35%) послужила неэффективность кардиодилатации и невозможность кардиодилатации у 13(65%).

Результаты: Клинический опыт свидетельствует о том, что при IV ст. заболевания органосохраняющие операции оказываются малоэффективными ввиду полной атонии и резкого расширения пищевода (мегаэзофагус). В этих случаях операцией выбора считаем трансхиатальную субтотальную резекцию (фактически экстирпацию) с одномоментной пластикой трансплантатом, выкроенным из большой кривизны желудка, с кровоснабжением за счет правой желудочно-сальниковой артерии.

При кардиоспазме (19 больных) выполнялись 2 варианта кардиопластических операций. У 14 больных – эзофагокардиомиотомия с оментопексией в модификации отделения хирургии пищевода и желудка (эзофагокардиомиотомия на расширенном пневматическом кардиодилататоре, оментопексия и эзофагофундорафия) и в 5 случаях – эзофагокардиомиотомия в модификации акад. Черноусова А.Ф. (эзофагокардиомиотомия, СПВ и неполная фундопликация).

У 24 больных с запущенными стадиями ахалазии кардии в хирургическом лечении предпочтение отдавали экстирпации пищевода с одномоментной задне-медиастинальной пластикой желудком (n=20) и толстой кишкой (n=4).

Заключение: При запущенных формах кардиоспазма и ахалазии кардии, экстирпация пищевода является наиболее оправданой не смотря на большой объем и травматичность вмешательства, т.к. при наличии расширенного пищевода и атоничных стенок, органосохраняющие операции неэффективны.

СТРУКТУРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

Назиров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гарумов В.Г., Бабаханов А.Т., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И.
РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова

Актуальность: Восстановительные операции на пищеводе по-прежнему являются наиболее трудоемким, завершающим этапом лечения данной категории больных. При этом послеоперационные осложнения (несостоятельность швов пищеводных анастомозов, некроз трансплантата, стенозы анастомозов, пептические язвы искусственного пищевода и т.д.) составляют 24-42%. Результаты хирургического лечения больных с заболеваниями пищевода трудно признать удовлетворительными, поскольку летальность по данным ряда авторов колеблется от 5 до 25%, осложнения развиваются в 10-66% случаев, а показания к выполнению повторных реконструктивных операций возникают более чем у 20% больных. Наиболее грозными осложнениями остаются, так называемые, специфические осложнения, к которым относятся некроз трансплантата и недостаточность пищеводных анастомозов, от частоты развития которых напрямую зависит уровень летальности, которая колеблется от 5 до 25%.

Цель: Изучить результаты усовершенствованной методики формирования трансплантата из желудка после экстирпации пищевода (ЭП).

Материал и методы: В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова», за период с 1991 по 2015 годы, выполнено 234 субтотальных ЭП по поводу различных заболеваний пищевода: рак - 204(87,2%), ахалазия кардии IV ст. - 18(7,7%), постожоговые рубцовые стриктуры - 6(2,5%) и стенозирующий рефлюкс-эзофагит - 6(2,5%) больных. Все пациенты были распределены на 2 группы. Контрольную (КГ) составили 79 пациентов (1991-2000) у которых использованы традиционные методы формирования желудочного трансплантата. Основную (ОГ) составили 155 пациентов (2001-2015), у которых использованы усовершенствованный метод формирования трансплантата из желудка, а также специальная схема периоперативного ведения больных.

Результаты и обсуждения: В 2001 году нами внедрена усовершенствованная методика формирования трансплантата из желудка, которая использована у 155 больных.

Суть предлагаемой методики заключается в сохранении двух питающих сосудов: правой желудочно-сальниковой и правой желудочной артерии, при этом также сохраняется антральный отдел желудка.

Анализ характера непосредственных послеоперационных осложнений показал, что благодаря внедрению усовершенствованных методик формирования трансплантата удалось значительно снизить частоту специфических послеоперационных осложнений. Только в 1(0,6%) случае наступил концевой некроз трансплантата, недостаточность ЭГА у 16(10,3%) больных. Летальный исход наступил у 12 больных, что составило 7,7%.

Нами проанализирована динамика снижения летальных исходов начиная с 2001 года. Наибольшая летальность отмечена в период с 2001 по 2005 годы (49 операций) - 12,2%, в период с 2006 по 2010 годы (63 операции) - 7,9% и в период с 2010 по 2015 годы (43 операции) - 2,3%.

Заключение: Предложенный способ формирования гастротрансплантата позволяет создать изоперистальтическую трубку необходимой длины, с адекватным кровоснабжением и с сохраненной резервуарно-эвакуаторной функцией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МИРИЗИ

Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Д.М., Байбеков Р.Р.
Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Синдром Миризи является достаточно редкой патологией желчевыводящей системы и по данным литературы диагностируется у 0,5-5% больных с различными формами желчнокаменной болезни. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Миризи является сложной и не решенной до конца задачей, а результаты операций остаются неудовлетворительными, характеризуются высокой летальностью до 17%. Неудовлетворительными до сегодняшнего дня остаются и отдаленные результаты - у 20% больных возникают стриктуры проксимального отдела гепатикохоледоха.

Материал и методы: мы располагаем опытом хирургического лечения 107 больных с синдромом Миризи. Возраст больных колебался от 39 до 78 лет (в среднем $55,5 \pm 7,86$ лет), женщин - 81, мужчин 26 (соотношение 3,1:1). Больные распределены согласно классификации Csendes: I тип синдрома выявлен у 38 больных; II тип - у 34 больных; III тип - у 28 больных и IV тип синдрома диагностирован у 7 больных.

Результаты: Холецистэктомия выполнена у 15 больных с I типом синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Керу выполнена у 36 больных со II типом синдрома; холецистэктомия с пластикой и дренированием гепатикохоледоха по Керу - у 26 больных с III и IV типами синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому - у 7 больных с I типом синдрома и у 5 больных с IV типом наложена гепатикоюностомия в виду полного разрушения стенки гепатикохоледоха. Лапароскопическая холецистэктомия произведена у 15 больных с I типом синдрома Миризи и у 3 больных со II типом лапароскопическая холецистэктомия дополнена дренированием холедоха по Керу. В ближайшем послеоперационном периоде встречались следующие осложнения: недостаточность швов различной степени выраженности у 5 (4,6%) больных; прогрессирование печеночной недостаточности у 6 (5,6%) больных и другие осложнения у 8 (7,5%) больных. В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности умерли 4 (3,7%) больных. Отдаленные результаты изучены у 38 больных, из них у 5 больных возникли стриктуры гепатикохоледоха, что привело к повторным реконструктивным вмешательствам.

Заключение: тактика хирургического лечения больных с синдромом Миризи должна строиться в зависимости от типа синдрома. Открытые методы хирургической коррекции синдрома Миризи, которые включают в себя субтотальную холецистэктомию с наложением швов на свищевое отверстие и дренированием холедоха Т-образной трубкой, пластику желчного протока оставшейся частью желчного пузыря, гепатикоюностомию по Roux, имеют преимущества перед лапароскопическими методами.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Назирова Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Салимов У.Р., Хакимов Д.М.
Республиканский Специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова**

В настоящее время цирроз печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) занимает одно из ведущих мест среди причин инвалидизации и смертности. Его социальная значимость неуклонно увеличивается во многих странах мира, что с одной стороны связано с высокой частотой заболеваемости вирусными гепатитами, а с другой, ростом таких факторов как алкоголизм, токсические или лекарственные поражения печени. Следует отметить, что в настоящий период интерес к традиционному портосистемному шунтированию (ПСШ) несколько снизился. С одной стороны, это обусловлено широким внедрением малоинвазивных методик, среди которых приоритетными являются эндоваскулярные вмешательства (TIPS) и эндоскопические технологии (лигирование и склеротерапия). С другой стороны, определенное влияние на востребованность ПСШ оказало широкое внедрение в ряде стран радикального лечения ЦП.

Цель. Провести сравнительный анализ результаты портосистемного шунтирования с конкурентными методиками у больных циррозом печени.

Материалы и методы. За период с 1976 по 2015 гг. в отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны АО «Республиканский Специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова», портосистемное шунтирование (ПСШ) в традиционном варианте выполнено у 925 больных с портальной гипертензией (ПГ). Этиологическим фактором ПГ в 867 (94,3%) случаях был цирроз печени, у 58 (5,7%) пациентов внепеченочная форма ПГ.

Результаты. Анализ проведен в трех группах исследования: первая группа – этап внедрения ПСШ, который охватил период с 1976 по 1992 гг; вторая группа – этап внедрения парциальных анастомозов (1992-1998 гг); третья группа – современный этап с внедрением ограничения портокавального сброса по оригинальной методике и внедрение методики TIPS (1998-2015 гг). В структуре летальности основным фатальным осложнением была печеночная недостаточность, на долю которой пришлось более 70% случаев. За последний период наблюдения на фоне профилактического шунтирования с сохранением гепатопортального кровотока частота летальности в ближайший послеоперационный период снизилась до 2,7% при центральном шунтировании и 3,9% при селективной декомпрессии. Проведенный анализ выживаемости в каждой из стратифицированных групп прогноза позволил выявить как общие тенденции в изменении этого показателя, так и специфические, характерные только для определенного варианта ПСШ.

Заключение. В настоящий период ведущие гепатологические школы придерживаются различных мнений по выбору метода профилактики развития геморрагического синдрома. В большинстве случаев хирурги отдают предпочтение малоинвазивным технологиям, среди которых эндоскопические вмешательства и TIPS наиболее популярны и являются основным методом коррекции ПГ у больных ЦП. Полученные собственные результаты объективно доказывают эффективность ПСШ в плане профилактики геморрагического синдрома с высокой выживаемостью, а также его значимую роль в снижении потребности в выполнении трансплантации печени. При условии отсутствия риска кровотечения, открывается возможность для динамического наблюдения за больными, проведения консервативной терапии и, соответственно, удлинения периода времени до пересадки, которая должна проводиться при декомпенсации функционального состояния гепатоцитов. Для больных функциональных классов «А» и «В», в отсутствии ближайшей перспективы гепатотрансплантации, выполнение традиционных операций селективного или центрального парциального портосистемного шунтирования должно рассматриваться в качестве актуальной конкурентной альтернативы.

О СОСТОЯНИИ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

**Назирова Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М.
Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. акад. В.Вахидова**

Цель исследования. Изучить динамику поступления пациентов с пищеводно-желудочными кровотечениями портального генеза в различных регионах Ферганской долины и оценить структуру оказываемой медицинской помощи.

Материалы исследования. За период с 2012 по 2016 гг в три областных филиала РНЦЭМП (Андижанский, Наманганский и Ферганский) был госпитализирован 1931 пациент с пищеводно-желудочным кровотечением портального генеза, ежегодно от 248 до 532 больных.

Результаты исследования. В структуре оказанной помощи для остановки кровотечения 281 (14,6%) больному выполнена эндоскопическая склеротерапия, 280 (14,5%) – лигирование и 373 (19,3%) пациентам – диатермокоагуляция. В общей структуре доля эндоскопических вмешательств составила 48,4% (934 больных). Традиционные операции по остановке кровотечения из ВРВПЖ произведены только 46 (2,4%) больным за весь пятилетний период. Отмечено, что частота летальности на фоне этого грозного осложнения ПГ не может отражать реальной картины, составив всего 10,1% (195 больных), что по-видимому связано с выпиской пациентов в тяжелом

состоянии по настоянию родственников. Напротив, показатель послеоперационной летальности оказался истинным и соответствовал данным литературы. Так, из 46 оперированных больных умерло 18, что составило 39,1%. Следует отметить, что по всем рассматриваемым филиалам хирургическая активность оказалась крайне низкой, тогда как даже при развитой эндоскопической службе, доля открытых операций должна быть намного выше, особенно для пациентов с суб- и компенсированным течением ЦП ввиду высокого риска рецидива геморрагического синдрома.

Выводы. Этапное лечение на уровне областного экстренного звена здравоохранения не может быть окончательным для большинства пациентов, так как геморрагический синдром портальной генеза характеризуется не только высоким риском летальности уже при первом его эпизоде, но и высокой частотой рецидива в ближайший период с момента состоявшегося кровотечения из ВРВПЖ. Соответственно при наличии показаний к проведению профилактических мероприятий, пациенты должны направляться в специализированные хирургические подразделения для продолжения обследования и выбора оптимальной тактики хирургического лечения.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Байбеков Р.Р.

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Среди всех желудочно-кишечных геморрагий кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) выделяются особой тяжестью клинических проявлений, серьезными осложнениями и высокой вероятностью летального исхода. На сегодняшний день, разработанные в РСЦХ им.акад. В.Вахидова и внедренные в практику оригинальные технологии тотального разобления гастроэзофагеального коллектора (ТРЕЖК) обладая высокой гемостатической эффективностью, направлены на ликвидацию основного недостатка известных операций. В этой связи, представляет интерес анализ отдаленных результатов этих операций с оценкой эффективности профилактики пищеводных кровотечений и выживаемости больных.

К настоящему времени модифицированный вариант операции выполнен 98 больным с синдромом ПГ. У 51 больного причиной ПГ явился ЦП, у 38 больных диагностирована внепеченочная форма ПГ, ещё у 11 больных установлена смешанная форма ПГ. Возраст больных колебался от 19 до 65 лет, средний показатель при этом составил $31,6 \pm 1,7$ лет. Мужчин было – 64, женщин – 34. В 73 случаях больные госпитализированы в плановом порядке, а 26 пациентов доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагеального кровотечения.

Отдаленный период прослежен у 46 больных с первичной методикой и у 86 пациентов с модифицированной техникой ТРЕЖК. Рецидив кровотечений отмечен у 13,2% больных, причем в 6,5% на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 21,9% больных. На фоне указанных осложнений умерло 11,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечение отмечено в 4,6% случаев. Кровотечение из эрозий в зоне лигатурной транссекции были остановлены консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения составила 5,1%. Общая летальность за ближайший и отдаленный периоды в группах сравнения составила 22,2% и 13,4% соответственно.

Анализ выживаемости больных ЦП с ПГ после ТРЕЖК показал, что самый низкий показатель выявлен в группах с крупноузловой цирротической трансформацией (медиана выживаемости – 24 месяца), у больных с кровотечением в анамнезе (медиана выживаемости – 36 месяцев) и с декомпенсацией по отечно-асцитическому синдрому до оперативного вмешательства (медиана выживаемости – 12 месяцев).

Таким образом, прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе, в отличие от ранее предложенных методов ТРЕЖК позволяет не только облегчить техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью предыдущих методик, а также грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде. Усовершенствованная оригинальная технология ТРЕЖК является перспективным оперативным пособием в условиях ургентной хирургии и при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ подвергшихся повторному оперативному лечению, или же может явиться альтернативным портосистемному шунтированию методом, при невозможности выполнения последнего.

ОГРАНИЧЕНИЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО СБРОСА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раймов С.А., Султанов Л.Л., Мардонов Л.Л., Байбеков Р.Р., Хакимов Д.М.

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. акад. В.Вахидова

В современной хирургической гепатологии у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) портосистемное шунтирование (ПСШ) остается в разряде приоритетных направлений профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Возможность наложения ПСШ в условиях чрезмерно-выраженного расширения селезеночной вены и большой вероятности скоротечного развития депортализации воротного бассейна, что соответственно требует совершенствования технических особенностей в аспекте профилактики этого осложнения. Внедрение оригинальной технологии ограничения портокавального сброса при помощи ограничительной манжеты, позволило применять эту методику не только при центральной декомпрессии, но и при значительном расширении селезеночной вены при формировании ПСШ. Ранее это считалось

противопоказанием, так как, помимо возможной депортализации, обуславливало обвальное снижение скорости кровотока по анастомозу с развитием тромбоза уже в раннем послеоперационном периоде.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных циррозом печени (ЦП) путем разработок и внедрения новых технологий портокавального шунтирования (ПСШ) и разобщающих операций.

Материалы и методы. Фундаментом наших исследований послужили результаты внедренных оригинальных методик ограничения портокавального сброса при выполнении центрального типа ПСШ у 38 больных (в 36 случаях использована парциальная декомпрессия при помощи манжеты ограничителя, выполненной из дакронового сосудистого протеза и в 2 случаях применен способ управляемого ограничения портокавального сброса). Проксимальный спленоренальный анастомоз наложен в 16 случаях, спленоренальный анастомоз Н-типа со вставкой из внутренней яремной аутовены у 22 больных.

Результаты. Формирование центрального парциального анастомоза при помощи манжеты ограничителя способствует максимальному сохранению гепатопортального кровотока, снижая частоту печеночной недостаточности с 36,8% до 11,1%. В отличие от истинных парциальных шунтов (сужение камеры анастомоза до 10 мм и менее), повышающих риск развития тромбоза анастомоза до 29%, формирование ограничения на протяжении приводящего сосуда или поперек «Н»-вставки позволяет наложить анастомоз на весь диаметр, сохраняя принцип парциальности и снижая частоту тромбоза шунта до 5,6%. Адекватность декомпрессии портальной системы при использовании оригинальной методики ограничения портокавального сброса доказывает регрессия варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ), что обуславливает наложенный центральный анастомоз.

Особое внимание заслуживает предложенный способ управляемого ограничения портокавального сброса, который целесообразно использовать у больных с высоким риском варикозного кровотечения в прогностических неблагоприятных группах. Способ был применен у 2 больных ЦП после наложения ПСРА со спленэктомией. Обеспечение дозированного и регулируемого портокавального сброса достигалось путем стандартного сосудистого катетера типа Фогарти, установленного между приводящим венозным сосудом и дакроновым протезом. Катетер выводили, изолировано на передней брюшной стенке. При выраженном снижении воротного кровотока в катетер вводили 1,5-2,5мл глицерина, что обеспечивало частичную компрессию проксимального участка селезеночной вены и соответственно снижало отток по анастомозу.

Заключение. Оригинальное ограничение портокавального сброса не только эффективно в профилактике кровотечения из ВРВПиЖ, но и снижает частоту развития гепатофугального воротного кровотока с 87,5% до 19,4%, частоту печеночной недостаточности с 36,8% до 11,1%, энцефалопатии с 21,2% до 13,9%, тромбоза парциального анастомоза с 29,0% до 5,6%.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Назирова Ф.Г., Десятков А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Салимов У.Р., Хакимов Д.М.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) у больных портальной гипертензией (ПГ) отличаются особой тяжестью клинического течения, серьезными осложнениями и высокой вероятностью летального исхода. Так, уровень летальности в развивающихся странах на высоте кровотечения по сообщению различных авторов может достигать 60%. Первичная профилактика в виде эндоскопических пособий таких как лигирование и склерозирование ВРВПиЖ существенно снижают показатели осложнений и летальности, однако остаются безуспешными у 12-15% пациентов. В тоже время применение порто-системного шунтирования удается выполнить далеко не всем пациентам с синдромом клинически-значимой ПГ. В этой связи на сегодняшний день сохраняют свою актуальность различные методики разобщающих операций. Разработанные в РСЦХ им.акад. В.Вахидова и внедренные в практику оригинальные технологии тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРЕЖК) обладая высокой эффективностью в плане контроля кровотечения и направлены на ликвидацию основных недостатков известных аналогичных оперативных вмешательств. В этой связи, представляет интерес анализ отдаленных результатов этих операций с оценкой эффективности профилактики пищеводных кровотечений и выживаемости больных.

К настоящему времени модифицированный вариант операции выполнен 98 больным с синдромом ПГ. У 57 больных причиной ПГ явился ЦП, у 41 больных диагностирована внепеченочная форма ПГ. Возраст больных колебался от 13 до 65 лет, средний показатель при этом составил $33,6 \pm 1,7$ лет. Мужчин было – 65, женщин – 33. В 72 случаях больные госпитализированы в плановом порядке, а 26 пациентов доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагеального кровотечения.

Отдаленный период прослежен у 46 больных с первичной методикой и у 98 пациентов с модифицированной техникой ТРЕЖК. Рецидив кровотечений отмечен у 13,2% больных, причем в 6,5% на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 21,9% больных. На фоне указанных осложнений умерло 11,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечение отмечено в 4,6% случаев. Кровотечение из эрозий в зоне лигатурной транссекции были остановлены консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения составила 5,1%. Общая летальность за ближайший и отдаленный периоды в группах сравнения составила 22,2% и 13,4% соответственно.

Анализ выживаемости больных ЦП с ПГ после ТРЕЖК показал, что самый низкий показатель выявлен в группах с крупноузловой цирротической трансформацией (медиана выживаемости – 24 месяца), у больных с кровотечением в анамнезе (медиана выживаемости – 36 месяцев) и с декомпенсацией по отечно-асцитическому синдрому до оперативного вмешательства (медиана выживаемости – 12 месяцев).

Таким образом, прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе, в отличие от ранее предложенных методов ТРЕЖК позволяет не только облегчить

техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью предыдущих методик, а также грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде. Усовершенствованная оригинальная технология ТРГЭК является перспективным оперативным пособием в условиях ургентной хирургии и при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ подвергшихся повторному оперативному лечению, или же может явиться альтернативным портосистемному шунтированию методом, при невозможности выполнения последнего.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

**Назирова Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Салимов У.Р., Хакимов Д.М.,
Файзуллаев О.А.**

Республиканский Специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

В современной гепатологии хронические диффузные заболевания печени по-прежнему остаются актуальной социально-эпидемиологической и клинической проблемой здравоохранения. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) развивается у 80% больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) и является самым частым и опасным для жизни осложнением. В этом ряду наиболее перспективными и конкурентоспособными являются различные методики эндоскопических вмешательств на ВРВПЖ. Развитие этих технологий позволило вывести их в разряд «метода первой линии», как на высоте кровотечения, так и при высоком риске его развития

Для оценки эффективности эндоскопических вмешательств в исследование включено 449 больных ЦП с ПГ, поступивших с кровотечением из ВРВПЖ или угрозой его рецидива за период с 1996 по 2015 годы. Все больные были распределены на 2 группы исследования. В основную группу вошли 239 больных, получавших лечение за период с 2010 по 2015 годы, в контрольную группу – 210 больных за период с 1996 по 2010 годы.

Проведенный анализ показал, что доля больных без рецидивов кровотечения из ВРВПЖ только при выполнении эндоскопических вмешательств составила 27% (33 пациента) в контрольной группе и 54,2% (64) в основной группе. При этапной тактике с выполнением ПСШ после эндоскопических вмешательств этот показатель составил 32,4% (45) и 109 (61,6%). В структуре больных без летальности от ЦП в отдаленный период (81 больной) с выполненными эндоскопическими вмешательствами рецидива кровотечений не отмечено в 40,7% (33) случаев в контрольной группе и 68,1% (64 из 94) в основной группе. В свою очередь при комбинировании эндоскопии и ПСШ в структуре больных, не включая умерших от прогрессирующего ЦП, доля отсутствия рецидива составила 45,9% (у 45 из 98 больных) и 71,2% (у 102 из 153 прослеженных в отдаленный период без учета умерших от ЦП). В группе больных, где не проводились никакие эндоскопические вмешательства и пациенты получали только консервативную терапию только в 3 (10,7%) случаях удалось избежать рецидива кровотечения, что определяет малоэффективность изолированных терапевтических попыток снижения риска рецидива геморрагического синдрома.

Прогностическое значение профилактических эндоскопических вмешательств определяется уровнем снижения риска развития кровотечений из ВРВПЖ, так только при консервативной профилактике в сроки до 3-х лет наблюдения, осложнение рецидивирует у 60,7% больных с показателем постгеморрагической летальности - 46,4%, тогда как их выполнение снижает эти значения до 18,0% соответственно.

Таким образом, современные возможности эндоскопических технологий значительно улучшили результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечениях из ВРВПЖ или угрозе его рецидива, при этом приверженность этапной тактике, с сочетанием миниинвазивных и традиционных декомпрессивных вмешательств, позволили увеличить показатели выживаемости больных с 80% до 88% - в сроки до 1 года и с 42% до 64% - к 3 годам наблюдения.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Курбанов Н.А., Нормаматов Б.П., Шомуродов Х.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Плановые и экстренные операции органах брюшной полости осложняются перитонитом соответственно 3,4%-2,6% наблюдений. Летальность при послеоперационном перитоните (ПОП) колеблется от 25 до 83,7%. Главные причины неблагоприятных исходов лечения ПОП связаны с поздней его диагностики (Б.Д.Бабаджанов с соавт., 2016). В настоящее время лапароскопия по-прежнему не находит широкого применения в диагностике и тем более лечении послеоперационных осложнений.

Целью исследования. Изучить диагностические и лечебные возможности видеолапароскопии.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения больных с ПОП, которые были оперированы у нас по поводу различных ургентных заболеваний органов брюшной полости. За последние 2 года (2016-2017гг.) мы наблюдали 27 больных с ПОП. Лиц мужского пола было 19, женского - 8. Возраст больных колебался от 20 до 84 лет. С целью диагностики и лечения дальнейшей тактики лечения у 8 (29,6%) больных с ПОП было применено видеолапароскопия. При подозрении на возникновение послеоперационных осложнений лапароскопию проводили в случаях, когда было подозрение катастрофы со стороны органов брюшной полости.

Результаты. Местный ПОП имел место у 2 (25,0%) больных, диффузный – у 5 (62,5%) и разлитой - у 1 (12,5%) больных. Источником перитонита у 1 больной являлся продолжающийся перитонит после ушивания перфоративной язвы 12- перстной кишки, у 1 прорыв поддиафрагмального абсцесса в брюшную полость, сформировавшегося после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки, у 2 больных продолжающийся

аппендикулярный перитонит, у 3 больных желчный перитонит на почве несостоятельности культи пузырного протока, а у 1 пациента - асцит перитонит, развившийся после операции.

УЗИ брюшной полости проводили 27 больным, в 18 (66,6%) наблюдении выявляли свободную жидкость в брюшной полости; у 16 (59,3%) из 27 больных с ПОП отметили вздутие кишечника и отсутствие перистальтики. После релапаротомии умерли 3 (11,1%) больных.

Выводы. Преимуществами эндоскопического метода операции при ПОП перед традиционным является более точное на этапе диагностики определение распространенности перитонита, малая - травматичность вмешательства, включая этап санации брюшной полости, значительное сокращение процента раневых, в первую очередь инфекционных осложнений, ранняя активация и реабилитация больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

**Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Саттаров Б.С., Курбонов Н.А., Шомуродов Х.А.,
Нормаматов Б.П.**

**Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. На современном этапе развития абдоминальной хирургии наиболее проблемным в неотложной панкреатологии остается раздел хирургического лечения больных панкреонекрозом (В.С Савельев, 2013, М.И. Филимонов с соавт., 2013, Ш.И. Каримов с соавт 2016).

Целью исследования послужило изучение результатов видеолaparоскопических вмешательств при панкреонекрозе.

Материалы и методы. Нами обследовано и оперировано 22 больных со стерильным панкреонекрозом. Все больные поступили с клиникой дес-труктивного панкреатита по экстренным показаниям. Женщин было 8 (36,3%), мужчин 14 (63,7%). Возраст больных варьировал от 28 до 75 лет. У всех пациентов имела место яркая клиническая картина острого панкреатита, во всех случаях был выявлен алиментарный генез поражения поджелудочной железы. У 10 (45,5%) пациентов диагностирован геморрагический панкрео-некрроз, 12 (54,5%) смешанный. У 12 (54,5%) имелись признаки фермен-тативного перитонита, в 10 (45,5%) случаях заристрирована парапан-креатическая флегмона.

Результаты. Видеолaparоскопические операции включали дрениро-вание брюшной полости и сальниковой сумки у 5 (22,7%) больных, абдоми-низацию поджелудочной железы с дренированием парапанкреатической клетчатки у 17 (77,3%). Хорошие результаты достигнуты у 10 (45,5%) пациентов с полным обратным развитием процесса в поджелудочной железе, в то же время, несмотря на проведенную абдоминализацию и интенсивную антибак-териальную терапию деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке прогрессировал у 7 (31,8%) больных, что явилось показанием для проведения лапаротомии и широкого дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Одна больная (5,5%) несмотря на проведенную интенсивную терапию и санационные релапаро-томии умерла на 21 сутки лечения от сепсиса. В 4 (18,2%) случаях у боль-ных сформировались панкреатогенные абсцессы и инфицированные псев-докисты поджелудочной железы, потребовавшие открытого оперативного вмешательства и дренирования данных полостных образований.

Выводы. Применение ранних видеолaparоскопических вмешательств в комплексном лечении больных со стерильным панкреонекрозом позволяет в ряде случаев достигнуть abortивного течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

**Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З.
Андижанский Государственный медицинский институт.**

Несмотря на прогресс в хирургии за последнее десятилетие и совершенствование методики операции при эхинококковой болезни, отмечается большой процент рецидивов и диссеминированных форм эхинококкоза, которая колеблется от 3-14% до 22-54%.

Приводим наше наблюдение: Больная С., 18 лет. (ист. бол. №21356/639) поступила 9.12.2017 г. в 3 хирургическое отделение клиники АндГосМИ в плановом порядке с диагнозом: Эхинококкоз органов брюшной полости.

Жалобы при поступлении на наличии болей и чувство тяжести в правом и левом подреберье, в малом тазу, на периодическую рвоту, общую слабость.

Из анамнеза: болеет в течении 1 года. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем особых патологических изменений не обнаружено. Живот умеренно увеличен в объеме. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом и левом подреберье, в эпигастральной и надлобковой области.

Больная обследована в стационаре. Со стороны общего и биохимического анализа крови, анализа мочи изменений не выявлено.

Заключение УЗИ: Печень увеличен на 2 см, на проекции III сегмента определяется жидкостное образования размером 6*6 см, на проекции V-VI-VII сегмента определяется многокамерное жидкостное образование размером 14 см. Селезенка размером 117*53. в нижнем полюсе селезенки определяется жидкостное образование 75*70 мм. Ниже под селезенкой определяется многокамерное жидкостное образование размером 12 см. В брюшной полости в зоне пупка определяется большое многокамерное жидкостное образование размером 25-25 см. *Заключение:* Эхинококковая киста печени, селезенки и брюшной полости.

В плановом порядке выполнена оперативное вмешательство. «Эхинококкэктомия печени, селезенки, большого и малого сальника. Холецистэктомия».

Техника операции: От мечевидного отростка грудины до симфиза произведена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена диссеминация эхинококковыми кистами всех органов брюшной полости. Мобилизация большого и малого сальника с кистами и удалена. Над и под селезенкой кисты размерами 6x8 см. Пункция, аспирация, вскрытие фиброзной капсулы, обработка остаточных полостей по методике клинике (раствор формалина, 96° – спирт, 70° фуруцилин, 5% раствор йода. Края фиброзной капсулы коагулированы). Над и под печенью множество эхинококковые кисты которые удалены. На брюшной стенке, диафрагмы, боковых каналах также кисты от 2-3 см до 5-6 см. все они удалены. Полости малого таза заполнена эхинококковыми кистами от 3-4 до 7-8 см в диаметре. Полость малого таза очищена от эхинококковых кист. На стенке желчного пузыря две кисты. Поэтому произведена холецистэктомия вместе с кистами. Гемостаз. Контроль. Туалет брюшной полости. Левая и правая под диафрагмы, боковые каналы и полости малого таза дренированы. Операционная рана послойно ушита наглухо. Швы на кожу. Асептическая повязка.

В послеоперационном периоде больная получала комплексную антибиотикотерапию, инфузионную, дезинтоксикационную, витаминотерапию курс антипаразитарной терапии (альбендозол, метрогил, фуразолидон). Послеоперационный период протекал без особенностей, больной выписан на 8 сутки после оперативного вмешательства. Рана зажила первично. Больной осмотрен через 1 месяца, жалоб нет. Проведен контрольный УЗИ исследования, без изменений.

Наше наблюдение показывает, что при эхинококкозе органов брюшной полости важное место занимает своевременная диагностика заболеваний, правильный выбор операционного уровня и способа ликвидации остаточной полости.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Нишанов М.Ф., Каримжонов Х. Ибрагимов Б.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность проблемы. Необоснованное применение консервативной противоязвенной терапии, которую нередко продолжают длительно применять даже после развития симптомов осложнений, приводит к тому, что 48-75% больных поступает в хирургические стационары на поздней стадии заболевания.

Проблема диагностики и разработки более надежных и функционально полноценных органосохраняющих, дренирующих и резекционных оперативных пособий, способных уменьшить или исключить ускоренное, неконтролируемое опорожнение желудка, вызывающее развитие демпинг-реакции, а также регургитационных расстройств у больных с сочетанными осложнениями язв ДПК, остается актуальной и требует своего дальнейшего совершенствования.

Материалы и методы. На базе кафедры хирургии Андижанского государственного медицинского института по поводу осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) было оперировано 1135 пациентов. Из них 307 пациентов составили больные с сочетанными осложнениями ЯБДПК. Которые и вошли в материалы данного исследования.

Больных в зависимости от примененной диагностической и хирургической тактики условно разделили на 2 группы. Первую контрольную группу составили 168 (54,7%) пациентов которые были оперированы в первом периоде (1991-1997 гг. включительно). Вторую основную группу составили 139 (45,3%) пациентов которые были оперированы во втором периоде (2010-2017 гг. включительно). В первой группе больных были выполнены «традиционные» варианты резекции желудка. Пациентам второй группы были выполнены модифицированные варианты резекции желудка.

В контрольной группе мужчин составило 103 (61,3%) больных, женщин 65 (38,7%), в основной группе мужчин составило 96 (69,1%) больных, женщин 43 (30,9%).

В контрольной группе больных сочетанные осложнения кровотечение+стеноз выявлен в 14 (8,4%) случае, кровотечение+пенетрация в ближайшие органы в 17 (10,2%) случае, пенетрация+стеноз в 29 (17,3%) случае, пенетрация+перфорация 44 (26,2%) случае и сочетанные осложнения перфорация+стеноз было выявлено в 56 (33,3%) случаях, пенетрация+перфорация +кровотечение в 5 (2,9%) и пенетрация+перфорация+кровотечение+стеноз было выявлено в 3 (1,8%) случаях.

В основной группе больных сочетанные осложнения кровотечение+стеноз выявлен в 12 (8,6%) случае, кровотечение+пенетрация в ближайшие органы в 15 (10,8%) случае, пенетрация+стеноз в 23 (16,5%) случае, пенетрация+перфорация 36 (25,9%) случае и сочетанные осложнения перфорация+стеноз было выявлено в 49 (35,4%) случаях, пенетрация+перфорация +кровотечение в 3 (2,2%) и пенетрация+перфорация +кровотечение+стеноз было выявлено в 1 (0,7%) случаях.

Результаты исследования и обсуждения: Проведенное эндоскопическое исследование показало, что наиболее часто в 191 (62,2%) случаях была поражена передняя стенка луковицы ДПК, в 45 (14,6%) случаях задняя стенка и в 71 (23,2%) случаях боковая стенка ДПК.

При рентгенологическом исследовании в области локализации ДЯ у 247 (80,4%) больных определяли известный симптом «ниши» или же конвергенцию складок слизистой на месте язвенно-рубцовой деформации. Деформация луковицы ДПК определялась у 231 больных (75,2%).

Определяли состояние эвакуаторной функции желудка, которая характеризовалась временем опорожнения желудка. Различали ускоренную (время опорожнения менее 1 часа), нормальную (1/2-2 часа) и замедленную эвакуацию (более 2 часов).

В контрольной группе больных несостоятельность культи ДПК наблюдался в 4 (2,4%) случаях, кровотечение из зоны анастомоза наблюдался в 8 (4,7%) случаях и нарушении моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) наблюдался в 14 (8,4%) случаях. В контрольной группе больных осложнения связанные с оперативным вмешательством в общем количестве составил 26 (15,5%).

Модифицированная РЖ по Бильрот-1-Габерер. Верхне-срединная лапаротомия. После ревизии верхнего этажа брюшной полости, производится операция Стронга. Намечают границы резекции желудка, оценивают состояние ДПК, патоморфологические изменения, расположение язвы и возможность ее удаления, а также возможный тип анастомоза. Затем строго пристеночно мобилизуют желудок и ДПК по Кохеру. Производят селективную ваготомию выше уровня намечаемой резекции до пищевода. Со стороны большой кривизны на удаляемую часть желудка перпендикулярно его оси накладывается желудочный жом на расстояние 5-6 см, не доходя до малой кривизны. Со стороны малой кривизны навстречу первому накладывают второй жом под углом к оси желудка в 45°. После этого производится пересечение малой кривизны под вторым жомом с наложением вворачивающих узловых серозно-мышечно-подслизистых швов в один ряд. Затем на 5-6 мм проксимальнее первого жома рассекается серозная оболочка, и вкруговую накладывают гофрирующие мышечно-подслизистые швы, уменьшая диаметр выходного отдела желудка до 2,5-3 см. Между жомом и наложенными швами культи желудка отсекается. Далее между культей желудка и задней стенкой ДПК ниже язвы накладывают серозно-мышечные узловые швы. Над ними антральная часть желудка и часть ДПК с язвой иссекается удаляется. Затем однорядным узловым серозно-мышечно-подслизистым швом создается передняя губа анастомоза. Место стыка трех швов на малой кривизне укрепляется «П»-образным швом. В завершение анастомоз проверяется на герметичность и проходимость.

Следует отметить, что ограничение резекции желудка только удалением антрума способствует сохранению большей части желудка, и, следовательно, позволяет наложить гастродуоденоанастомоз без натяжения швов.

Модифицированная РЖ по Гофмейстер-Финстерер. Культи желудка формировалась по способу, описанному выше.

При модифицированной РЖ по Гофмейстер-Финстерер применяли усовершенствованные методы ушивания культи ДПК. Мы пересмотрели оперативную технику, и пришли к заключению, что она должна обеспечивать надежность укрытия культи при минимальной травматичности.

У больных основной группы применили 2 усовершенствованных метода ушивания культи, что дало возможность максимально экономно использовать ткани ДПК, а укрытие культи при минимальном натяжении тканей и небольшой мобилизации культи почти исключает нарушение ее кровоснабжения. Использование внутреннего дренирования культи обеспечивает надежность методик в плане профилактики несостоятельности швов культи ДПК.

Модификация укрытия культи, которую мы применяем при неосложненных и стенозирующих язвах луковицы ДПК. При ушивании культи ДПК вначале накладывают 2 боковых серозно-мышечных шва.

После завязывания швов боковые стороны культи ДПК инвагинируются вовнутрь и культи ДПК приобретает восьмиобразную форму. Далее накладывают «П»-образный серозно-мышечный шов. При завязывании этого шва инвагинируются передняя и задняя стенки культи.

Таким образом, культи ДПК ушивается, по сути, однорядным узловым швом с инвагинацией сначала боковых, а затем передней и задней стенок.

Способ имеет преимущества, выражающиеся в том, что наложение однорядного шва обеспечивает малую травматичность способа, экономии тканей для закрытия культи, простоту методики. Слизистая оболочка кишки остается абсолютно интактной. Применение серозно-мышечных швов позволяет избежать инфицирования швов кишечным содержимым.

При «трудных» язвах, когда неизмененных тканей для закрытия культи еще меньше, техника укрытия культи заключается в следующем. Для укрытия культи ДПК накладываются два полукисетных шва. При этом, вкол иглы должен находиться 0,2 см отступая от края стенки ДПК, а выкол на расстоянии 0,5-0,7 см. Между последующими вколом и выколом иглы расстояние должно соответствовать также 0,5-0,7 см. При затягивании швов стенка ДПК вворачивается внутрь.

У больных основной группы были расширены показания к модификациям первого способа Бильрот, в связи с чем процент резекций с гастродуоденоанастомозом увеличен с 53,9 до 78,7%. Также было принято совсем отказаться от применения резекции желудка по Бальфур-Майнгот.

Таким образом, Разработанный нами усовершенствованные отдельные технические приемы операции и применение оптимальных способов лечения возникших осложнений позволили снизить частоту ранних послеоперационных «специфичных» осложнений на 8,3% (с 15,5 до 7,2%, $p < 0,01$), частоту релапаротомии на 4,3 (с 6,5 до 2,2%) и летальных исходов – на 2,2% (с 2,9 до 0,7%, $p < 0,05$), тем самым, способствуя улучшению результатов хирургического лечения сочетанных осложнений дуоденальных язв в целом.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТОЧАЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Нишанов М.Ф., Рахмонов Б.Б., Робидинов Б.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. «Больные с кровотечением язвенной этиологии составляют 18-23% среди пациентов со всеми формами «острого живота» и занимают третье место в их структуре. В последние годы отмечается четкая тенденция к росту частоты этого осложнения» (Калиш Ю.И.). Малкаров М.А. считает, что «причинами роста количества больных являются отсутствие диспансерного наблюдения за пациентами ЯБ, снижение доступности медицинской помощи, рост стоимости медицинских услуг и препаратов, снижение количества плановых хирургических

операций». Это явилось результатом как появления на фармацевтическом рынке ряда новых высокоэффективных антисекреторных препаратов, так и широкого внедрения в практику новых эндоскопических технологий гемостаза.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами, моторно-эвакуаторной функции и анализа качества жизни.

Материалы. На протяжении 2007-2016 годов на базе кафедры хирургии АГМИ с экстренной медицинской помощью находились на стационарном лечении 632 пациента с хроническими пилородуоденальными язвами (ПДЯ), осложненными кровотечением.

Согласно лечебно-диагностическому алгоритму моментами являются: адекватная оценка тяжести состояния больных; экстренная эндоскопия с адекватной оценкой активности кровотечения по Forrest; комплексная гемостатическая, инфузионная, противовоспалительная и эррадикационная терапия; выбор способа эндоскопического гемостаза; прогноз рецидива кровотечения из ПДЯ; выбор времени и объема хирургического вмешательства у больных с кровоточащими ПДЯ

Предлагаемый алгоритм, преследовал две основные цели:

1. Уменьшить количество пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении по поводу кровоточащих ПДЯ.

2. Уменьшить число пациентов, нуждающихся в проведении экстренных операций, т.к. в данном случае операция выполняется в невыгодных условиях, т.е. в состоянии постгеморрагического шока, гиповолемии, анемии, без соответствующей предоперационной подготовки и коррекции сопутствующих заболеваний.

Результаты и выводы. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм у больных с кровоточащими ПДЯ позволил достоверно ($\chi^2=20.38$, $p<0,05$) уменьшить необходимость в хирургическом лечении с 31,1% в контрольной до 16% в основной группе. Благодаря внедрению оптимального алгоритма удалось достоверно ($\chi^2=7.072$, $p=0.007830$) уменьшить число экстренных операций в основной группе с 38,4% до 17,5% и достоверно ($\chi^2=5.191$, $p=0.02271$) увеличить число так называемых отсроченных (ранних плановых) операций с 25,6% до 43,9%.

МЕСТО ИССЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ + ПДП ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Нишанов М.Ф., Хожиметов., Д.Ш., Робиддинов Б.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на внедрение в практику «активных, активно-выжидательных, индивидуализированных» методик лечения больных с кровоточащей ПДЯ, добиться существенного снижения летальности, достигающей 8-20%, не удалось. Авторы считают, что необходимо определить показания к каждому виду операции индивидуально, при этом иссечение язвы, прошивание кровоточащей язвы, ваготомия с пилоропластикой или резекция желудка не должны конкурировать между собой.

Целью явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами путем, разработки новых технических приемов органосохраняющих операций на фоне современной фармакотерапии язвенной болезни.

Материалы и методы исследования явились 73 пациента с хроническими ПДЯ, осложненными кровотечением, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии с экстренной медицинской помощью на базе кафедры хирургии и урологии Андижанского государственного медицинского института с 2007 по 2016 годы.

Иссечение язв и выбор пилородуоденопластики при кровоточащих ПДЯ.

Операцией выбора при сочетанных осложнениях ПДЯ и у больных, у которых время операции лимитировано (прободная и кровоточащая язва, тяжесть состояния больных, требующих быстрого окончания операции, пожилой возраст), наиболее оптимальным и обоснованным является иссечение язвы и радикальная пилородуоденопластика (РПДП), которые выполнены 73 пациентам. Однако они нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении с проведением эррадикационной и антисекреторной терапии.

При диагностировании язвы передней и задней стенки ПД области (*патент №IAP 04962 АИС РУз*), через дуоденальный дефект электроножом иссекаются края язвы задней стенки до дна его кратера (часто пенетрирующую в головку поджелудочной железы), отступив 5 мм. Такой прием позволяет избежать травмы поджелудочной железы. Дефект на задней стенке луковицы ушивается слизисто-подслизисто-мышечными узловыми швами, используя шелковые нити, сопоставляют и адаптируют края задней стенки кишки. Тем самым дно кратера язвы остаётся за пределами кишечной трубки, т.е. производится экстрадуоденизация язв без использования пряди сальника, (выполнено у 21 больного).

При язвенном инфильтрате, суживающем пилородуоденальный отдел, с целью создания более широкой пилородуоденопластики использовали модифицированный метода Финнея (выполнена у 34 больных)

При расположении язвы на передней стенке пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки производится иссечение передней полуокружности привратника в поперечном направлении и ушивание ее однорядным швом узелками наружу также в поперечном направлении по Джадд-Танаке (произведено у 18 пациентов).

Выводы. Таким образом, техника наложения желудочно-кишечных анастомозов с использованием серозно-мышечно-подслизистых однорядных швов при ушивании малой кривизны желудка после экономной резекции, а также формирование различных видов гастродуоденоанастомозов и иссечение кровоточащих ПДЯ с пилородуоденопластикой на фоне антисекреторной терапии с эррадикацией Нр позволяет выйти из трудной ситуации во время операции, исключить несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и закончить вмешательство у большинства больных созданием пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке. Сравнительный анализ отдаленных результатов различных вариантов хирургического лечения больных с кровоточащими ПДЯ

путем анализа качества жизни показал несомненные преимущества органосохраняющих вмешательств (иссечение язвы с ПДП) перед резекционными операциями. При этом число отдаленных хороших результатов при иссечении язвы с ПДП составило 71,1%, что достоверно выше ($p < 0,0001$) по сравнению с резекционными методами.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Робиддинов Б.С., Рахманов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Язвенная болезнь (ЯБ) является важной социально-экономической проблемой, поражая людей наиболее активного творческого возраста. В 20-40% наблюдений отмечается прогрессирующее течение заболевания, которое усугубляется возникновением острых угрожающих для жизни осложнений, основным из которых является кровотечение. Количество операций, выполняемых по поводу осложненной ЯБ, не только не уменьшается, но даже в последние годы возросло в 1,6-2 раза. Авторы считают, что необходимо определить показания к каждому виду операции индивидуально.

Целью явилось улучшение результатов хирургического лечения путем разработки новых технических приемов резекционных операций на фоне современной фармакотерапии язвенной болезни.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2016 годов на базе кафедры хирургии АГМИ с экстренной медицинской помощью было прооперировано 70 пациентов с хроническими пилородуоденальными язвами (ПДЯ), осложненным кровотечением.

Усовершенствованный метод резекции желудка и выбор способа формирования гастродуоденоанастомоза. Нами разработана и внедрена в клиническую практику оригинальная методика экономной резекции желудка (*патент № IAP 05306 АИС РУз*). Экономная РЖ при ПДЯ, осложненной кровотечением, выполнена у 70 пациентов: по Бильрот I с различными вариантами ГДА у 61 (87,3%) и по Бильрот-II – у 9 (12,7%) больных. Эта операция показана больным кровоточащей ПДЯ со сравнительно малой степенью операционного риска (молодой возраст, легкая или средняя степень кровопотери), а также при сочетании кровотечения с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом. При «трудных», «зеркальных», пенетрирующих в поджелудочную железу язвах, деформирующих пилородуоденальный отдел, предпочтение отдавали экономной резекции желудка с терминолатеральным поперечным ГДА (ТЛПГДА), которое было выполнено 10 больным или терминолатеральным косым ГДА (ТЛКГДА) (выполнен 32 больным).

При иссечении малого сальника с экономной РЖ с наложением ГДА имеют следующие преимущества: 1) наложение однорядного шва упрощает технику операции; 2) сохраняется целостность основных стволов желудочно-сальниковых артерий, что позволяет обеспечить полноценное кровоснабжение культи желудка; 3) иссечением малого сальника, малой кривизны желудка осуществляется один из важных компонентов селективной ваготомии, сохраняя вагусную иннервацию кардии, большой кривизны желудка, печени, желчного пузыря и кишечника; 4) адекватно снижаются агрессивные факторы желудочного сока и они корректируются фармакотерапией, что обеспечивает надёжную профилактику рецидива язв; 5) сохраняется значительная часть желудка, обеспечивая его резервуарную функцию; 6) наложение «гофрирующих» слизисто-мышечных швов на культю желудка обеспечивает адекватный гемостаз; 7) сохранение значительной части желудка расширяет показания к РЖ по Бильрот-I.

Результаты. После иссечения малого сальника с экономной РЖ с ГДА или ГЭА в отдаленном периоде у обследованных пациентов получены отличные и хорошие результаты в 85,1% и 76,6% случаев соответственно. Разработанные оригинальные методики резекционных вмешательств при кровоточащих ПДЯ на фоне современной фармакотерапии язвенной болезни, позволили внедрить дифференцированный подход к хирургическому лечению данной категории пациентов, благодаря чему уменьшилось число послеоперационных осложнений до 10,7%, а также снизить летальность за последние 5 лет с 2,2% до нуля.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПРИ РЕЦИДИВНОМ И ДИССЕМНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Нишанов М.Ф.
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных рецидивным эхинококкозом печени путем изучения и коррекции специфического и неспецифического иммунитета.

Материалы и методы. Нами исследован иммунологический профиль больных, до и после эхинококкэктомии печени.

Структура обследованного контингента: 40 пациентов с рецидивным ЭП, 31 пациент рецидивный эхинококкоз с диссеминацией. Контрольную группу составили 100 условно здоровых лиц без жалоб, сопоставимые с группой больных по половозрастным характеристикам.

Исследование клеточного иммунитета проводилось методом определения количества популяций и субпопуляций лимфоцитов методом СД типирования с моноклональными антителами, концентрацию иммуноглобулинов в сыворотке крови классов Ig A, M, G определяли методом радиальной иммунодиффузии, концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) по методу В. Гашковой и соавторов и методом иммуноферментного анализа.

Исследование гуморального иммунитета у больных с РЭП с диссеминацией выявило достоверно значимые изменения в показателях общей гемолитической активности комплемента в виде повышения и значимое снижение С1 компонента комплемента при формировании осложнений. Это можно объяснить чрезмерным потреблением С1 компонента комплемента для формирования ЦИК, приводящим к его дефициту.

При рецидивном ЭП с диссеминацией в 93,9 % и 100 % случаев соответственно выявлена инфильтрация лимфоцитами и плазмочитами высокой степени.

Исходя из имеющихся нарушений в иммунном статусе с целью иммуностимуляции применяли - иммуномодулин 1,0 внутримышечно или иммунал по 1 таблетке 4 раза в день. Для улучшения функции печени, в качестве дезинтоксикационного, антиоксидантного и гепатопротекторного средства в комплексе с другими лекарственными препаратами препарат -Эссенциале форте по 300 мг, Гепа-Мерц 10 гр на 400 мл инфузионного раствора, аскорбиновая кислота 5%-6,0, Рибоксин 2%-10,0 внутривенно.

Результаты. В послеоперационном периоде обращала на себя внимание положительная динамика субпопуляционного состава Т-лимфоцитов в основной группе больных, стимуляцию иммунитета, анализ содержания иммунорегуляторных клеток выявил снижение числа Т-лимфоцитов. Отрицательной динамики показателей иммунного статуса на 7-10 сутки послеоперационного периода у больных, не выявлено.

Положительная динамика у больных основной группы выражалась в достоверном росте индекса бактерицидности фагоцитов крови.

Выводы. Таким образом, дисбаланс показателей иммунной системы влияет на течение послеоперационного периода и на возникновение послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений. Коррекция иммунологических нарушений в сочетании с гепатопротекторами и иммуностимуляторами, в до и послеоперационном периоде, эхинококкоза позволяют снизить частоту ближайших послеоперационных осложнений и рецидива эхинококкоза.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Усмонов У.Д., Хожиметов Д.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение КЖ больных по поводу эхинококковой болезни в зависимости от характера течения заболевания по сравнению со здоровыми лицами.

Материалы и методы.

Для сравнения КЖ больных в зависимости от характера течения заболевания и эффективности различных типов операций рандомизировали несколько групп. 1-ю группу составили 50 больных в возрасте от 22 до 56 лет с эхинококкозом печени. Эта группа состояла из 25 пациентов с первичным эхинококкозом печени (длительность анамнеза до 1 месяца, отсутствие осложнений), а также 25 больных с рецидивным эхинококкозом печени. Во 2-ю группу вошли 40 больных (18 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 20 до 46 лет с рецидивным эхинококкозом печени (длительность анамнеза до 5 лет, редкие обострения, длительные ремиссии после лечения). Длительность проявления клинических признаков рецидива от 1 года до 5 лет. В 3-й группе был 31 пациент с рецидивным и диссеминированным эхинококкозом печени, оперированных в плановом порядке. Возраст больных от 26 до 50 лет. 4 больным этой группы была выполнена ИЭЭ, 4 – открытая ЭЭ, 21 больному комбинированная ЭЭ (сочетание различных способов ликвидации эхинококковых кист). В 4-ю группу были включены 40 практически здоровых лиц (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 25 до 40 лет.

Для изучения КЖ пациентов мы использовали анкету-опросник, разработанную нами, которую отправляли по почте и в большинстве случаев ответ получали через 2-3 недели.

Полученные показатели КЖ во всех группах сопоставили с показателями КЖ здоровых лиц, а также до и после операции.

Результаты и их обсуждение. Снижение показателей компонентов КЖ у больных с РЭП было более значительным: показатель физического состояния по сравнению с аналогичным показателем у здоровых лиц снизился на 25,4%, социальной функции — на 22,0%, половой функции — на 28,8%, экономическое состояние — на 42,3%, интеллектуальной функции — на 25,9%, эмоциональной функции — на 25,2%, восприятия здоровья — на 21,7%, влияния лечения — на 38,8%, симптомов болезни — на 32,4%.

Все это приводит к значительному снижению физической активности (в среднем на 35,9%), социальной функции (на 36,0%), половой функции (на 31,5%). Снижение трудоспособности и затруднения в профессиональной деятельности, а также необходимость часто и длительно лечиться ведут к ухудшению экономического состояния семьи (на 32,4%), снижению интеллектуальной (на 35,4%) и эмоциональной функций (на 32,4%). Изучение ИКЖ в зависимости от характера течения заболевания показало, что по мере нарастания тяжести клинического течения ЭП и развития рецидива КЖ больных неуклонно снижается. При первичном эхинококкозе отмечается тенденция к снижению отдельных компонентов КЖ. В связи с изменением стереотипов труда и отдыха, ограничением повседневной физической активности и необходимости лечиться отмечается ряд эмоциональных расстройств, незначительно (от 6 до 20%) снижаются показатели некоторых компонентов КЖ.

Выводы. Таким образом, тяжесть течения ЭП, особенно развитие рецидива и диссеминации значительно влияет на все сферы жизнедеятельности больного человека в обществе, снижая общий уровень и отдельные компоненты качества жизни (КЖ).

Учитывая приоритеты современной медицины, помимо стремления к ликвидации симптоматики заболевания и нормализации функциональных показателей, основной целью хирургического лечения ЭП следует считать повышение уровня КЖ больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Норбаев К.П., Касимов. К., Хусанов Ш.Р., Нарбаев З.К., Каримова З.Х..

Андижанского государственного медицинского института.

Актуальность проблемы: Неотложная помощь населению при заболеваниях и травмах верхних дыхательных путей, пищевода и органа слуха играет важную роль и занимает значительный удельный вес в системе практического здравоохранения

Цель исследования: Стремясь выполнить в какой-то мере существующий пробел в организации и планировании неотложной ЛОР помощи, мы поставили своей целью изучить: сложившийся уровень и структуру обращаемости населения за неотложной помощью; определить потребность населения в такого рода помощи; изучить фактический объём её и определить необходимые затраты времени ЛОР - специалистов на обеспечение достаточного объёма, неотложной помощи; а также разработать предложения по совершенствованию организации и улучшению качества неотложной специализированной медицинской помощи при острых воспалительных заболеваниях и травмах ЛОР органов.

Результаты исследования: Полученные материалы показали, что уровень обращаемости и структура патологии ЛОР органов, по поводу которой требуется неотложная помощь находится во всех объектах в прямой зависимости от возраста и пола.

Уровень обращаемости по поводу острых воспалительных заболеваний ЛОР органов наибольшее значение имеет у детей, в остальных группах он снижается и достигает наименьшего значения у лиц пожилого возраста. Аналогичная закономерность в показателях обращаемости в зависимости от возраста отмечена и при других заболеваниях и травмах ЛОР органов.

При анализе результатов проведенного исследования выявлена некоторая зависимость уровня обращаемости за неотложной ЛОР помощью от сезонности. Наибольший удельный вес обращений по поводу инородных тел и механических травм ЛОР органов приходится на летние месяцы, а обращаемость по поводу острого или обострения хронических заболеваний наиболее высокая в холодное время года по поводу носового кровотечения в феврале и марте.

Анализ полученных сведений в этом направлении показывает что из общего числа обратившихся за неотложной ЛОР помощью большей половине больных (65%) помощь оказывается в амбулаторных условиях, т.е. в травматологическом пункте или приемном отделении больницы, остальные больные получают неотложную помощь в ЛОР стационарах в центре оказания неотложной помощи.

В своей работе мы также изучали загруженность дежурных ЛОР специалистов и затраты времени на обслуживание больных. Проведенный хронометраж работы оториноларинголога, показал, что наибольшее время врач затрачивает на больных с внутричерепными отогенными осложнениями, с инородными телами пищевода и дыхательных путей, а также острым стенозом гортани. На оказание помощи таким больным в среднем требуется от 45 минут до 2-х часов. На других больных отоларинголог затрачивает в среднем от 7 до 30 минут. Дифференцированным методом мы определили среднее время, необходимое для полноценного обслуживания каждого обратившегося за неотложной помощью. Согласно полученным данным этот показатель составлял 24 минуты.

Выводы: Таким образом, неотложная ЛОР помощь населению занимает значительный удельный вес в общей отоларингологической службе. Для оказания оптимальной специализированной помощи необходимо круглосуточное дежурство высококвалифицированного оториноларинголога, владеющего всеми современными методами диагностики и лечения неотложных состояний ЛОР-органов, круглосуточное функционирование всех вспомогательных служб, операционной, консультативная помощь специалистов другого профиля.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Норбаев К.П., Касимов К., Хусанов Ш.Р., Нарбаев З.К., Каримова З.Х.
Андижанского государственного медицинского института

Цель исследования: В общем комплексе консервативных и хирургических методов лечения физические методы за последние годы привлекают все больше внимания врачей всех специалистов. В терапии заболевания верхних дыхательных путей и органов слуха используются, все еще древнейшие физические факторы: лучистая энергия, электрические токи, тепло, бальнеологические факторы и другие. Однако некоторые физические методы лечения в практике оториноларингологов еще не получили необходимого распространения.

Материал и методы исследования: При оториноларингологических заболеваниях использование ультразвуковой стало возможным лишь в последние годы благодаря созданию новых размеров 1-2 см Т-5 и ЛОР 1, а хороший терапевтический эффект ультразвук дает при лечении больных хроническим тонзиллитом, с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа.

В ЛОР клиники АндГосМи проведены наблюдения и лечения у 29 больных хроническим тонзиллитом из них: 10 с простой формой с сопутствующими заболеваниями

Микроволновая терапия, как метод лечения, характеризуется с использованием электромагнитного поля сверхвысокой частоты порядка от 300 до 300000 МГц длиной от 100 см. до 1мм, небольшой мощностью, подводимое к пациенту посредством волноводных и керамических излучателей. По мнению большинства исследователей, в основе механизма действия микроволн лежит тепловой эффект. Наряду с этим значительная роль отводится нетепловому «специфическому» действию электромагнитных частот на структуру клеток и межклеточной жидкости.

Результаты многочисленных экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о том, что электромагнитные колебания сверх частотных волн оказывают сложное и многообразное влияние на организм заключающиеся в гуморальных сдвигах, изменением функционального состояния нервной системы, кровообращения, обменных и трофических процессов, биохимического состава крови, повышением иммунологических свойств организма. Также установлено, что короткие и ультракороткие волны, сверхчастотные радиоволны обладают противовоспалительным, рассасывающим и болеутоляющим действием.

Наряду с этим микроволны в силу особенностей физиологического действия и техники применения имеют ряд преимуществ перед существующими высокочастотными воздействиями, которые создают большую эффективность нагрева тканей, с глубиной до 4- 6 см проникая в ткани организма, позволяют воздействовать на небольшие участки тела и более точно дозировать лечебную. Кроме того, методика их применения отличается простотой, некоторые общие противопоказания к использованию отсутствуют.

Благодаря указанным выше свойствам, микроволны нашли широкое применение при лечении многих патологических состояний, этому способствовало появление работающих на контактном методе микроволновых генераторов, возникла необходимость использования этого вида терапии при оториноларингологических заболеваниях. Наиболее широкое применение микроволны получили при воспалительных заболеваниях ЛОР органов и в частности тонзиллите.

Результаты и их обсуждения: В результате лечения у больных отмечена положительная динамика выражающаяся улучшением общего состояния, уменьшением некоторых местных признаков хронического воспаления миндалин, уплотнением ткани миндалин, уменьшением патологического содержимого в лакунах и регионарных лимфатических узлах. При обследовании из 74 больных: из 45 после микроволновой и у 29 после ультразвуковой терапии, в отдаленные сроки (6 месяцев до 2,5 лет) констатирована, что результаты лечения были неодинаковыми в зависимости от формы хронического тонзиллита, так среди больных с простой формой заболевания прекращение ангин зарегистрировано у 69,2% улучшение у 21% и лишь у 9,8% лечение оказалось неэффективным. В группе больных с токсико-аллергической формой: иронический тонзиллит с сопряженными заболеваниями дает хороший результат лечения у 15,2%, удовлетворительный - у 31%, положительного эффекта не наступило у 53,8% больных.

Выводы: Наши наблюдения позволили прийти к выводу о наибольшей эффективности применения ультразвуковой и микроволновой терапии с целью предотвращения обострения хронического тонзиллита, что в свою очередь является практикой развития сопряженных заболеваний, а накопившийся клинический опыт использования ультразвука и микроволн при лечении хронического тонзиллита значительно расширяет возможности консервативного комплексного лечения больных неосложненной формой хронического тонзиллита.

ТУТКАНОҚДА КУЙИШИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ТАХЛИЛИ

**Орипов Д.У., Тешабоев М.Ф., Исмоилов Н.У.
РШТЁИМ ФФ КОМБУСТИОЛОГИЯ БЎЛИМИ**

Мавзуни долзарблиги. Контакт куйишлар умумий куйикларни 6-8% ташкил этади. Контакт куйикларни бошқа куйишлардан чуқурлик даражаси бўйича ажралиб туради. Контакт куйишлар тўғрисида сўз юритилганда эпилептик статус ҳолатларидаги куйикларни алоҳида айтиб ўтиш лозим. Уларни даволашда психоневролог ва комбустиологларни ҳамкорлигини таъминлаш муҳим ўрин тутди.

Тадқиқоднинг мақсади: Эпилептик статус билан куйган беморларни ўрганиш ва унинг асоратларини тахлил қилиш.

Тадқиқод материали: РШТЁИМ Фарғона филиал Комбустиология бўлимига 2016 йил 13 та эпилептик статус оқидатида куйган беморлар ёғиб даволанди. Касалларни 4 таси эркақлар ва 7 таси аёлларни ташкил этди.

Муаммони тахлили. Куйишларни асосий сабабларидан бири бўлиб беморларни ҳаммомда, электроплиталар артофида, сандалларда ёлғиз қолишлари бўлган. Асосан тананинг 20% дан юқори бўлмаган майдонлари бўлсада чуқурли даражаси бўйича III А,Б ни ташкил этди. Куйишларни тана бўйича тахсимлаб чиқсак, юз соҳаси 6 та, елка ва курак соҳалари 4 та, 2 тасида оёқ ва қўлларда, ва 1 беморда юз, елка, курак соҳаларини контакт куйиши учради. Умумий даволаш мезонларидан ташқари психоневролог қуруви ташкил этилиб, психоневрологик ҳолатига қараб даволаш тартиби белгиланди.

Шуни айтиб ўтиш керакки бу беморлар даволаниш кунлари 23-58 кунни ташкил этди ва натижада қўпол чандиқлар ҳам косметик, ҳам функционал нуқсонларга олиб келди. Яъни ковоқ ва лабларнинг чандиқли тортилиши, контрактулар, микростомия ва чандиқли деформация. Бу эса қайта тикловчи операцияларга муҳтожликка сабаб бўлади.

Хулоса: Хулоса сифатида айтиш мумкинки эпилептик статус орқали куйик билан мурожаат қилган беморларга комбустиолог ва психоневролог ҳамкорлигидаги даволаш мезонлари беморларни даволаниш куни сонини қисқаришига олиб келди.

ВЕРИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**Отакузиев А.З., Бозоров Н.Э., Усмонов У.Д., Хожиметов Д.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель работы. Определение факторов, влияющих на результаты хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени.

Материалы и методы. Отделение хирургии на базе кафедры хирургии клиники АндГосМИ имеет опыт лечения 1184 больных эхинококкозом различной локализации, оперированных за период 2000 по 2015 годы.

Проведен анализ течения послеоперационного периода у 77 больных с рецидивным ЭП, которым в период 2001-2006 гг применены стандартные методы хирургического лечения.

Из 77 больных закрытая ЭЭ выполнена в 19 (27,4%) случаях, полужакрытая ЭЭ выполнена у 13 (16,9%), открытая ЭЭ выполнена у 13 (32,5%) больных. В связи с множественностью поражения долевого и сегментарного

расположения кист, нами применялось сочетание различных способов ликвидации ЭК, т.е. комбинированные методы операций у 20 (26%) больных.

Результаты. Вероятность развития осложнений после оперативного вмешательства по поводу рецидивного ЭП – серьезный фактор, требующий особого внимания при выборе той или иной хирургической тактики.

Среди факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивного ЭП мы выделили: кальцинирование фиброзной капсулы, осложненный эхинококкоз, сопутствующая патология, множественность внутривисцеральной рецидивного процесса, рецидивные ЭК больших и гигантских размеров, кратность рецидивов заболевания, выявление рецидива ЭП в сроки до 3-х лет после перенесенной ЭЭ, множественность рецидивного поражения печени с другими органами брюшной полости.

При распределении больных в зависимости от факторов, влияющих на исход хирургического лечения, отмечено преобладание количества пациентов с осложненным течением послеоперационного периода. Так, среди 17 больных с кальцинированной фиброзной капсулой в 70,6% (12 больных) наблюдений развились послеоперационные осложнения. В группе больных с осложненным ЭП (26 больных) у 14 (53,8%) пациентов отмечены различные осложнения после операции.

Выявлено развитие осложнений (52,9%) в послеоперационном периоде у больных с рецидивным ЭП с сопутствующей патологией (n=51). При множественном рецидивном ЭП с внутривисцеральной локализацией ЭК из 16 больных у 75% (12 пациентов) отмечены послеоперационные осложнения. Из 12 пациентов с гигантским рецидивным ЭП у 9 (75%) больных в послеоперационном периоде развились осложнения.

Наибольшая частота послеоперационных осложнений (77,8%) отмечена в группе больных с многократными рецидивами заболевания (18 пациентов). Аналогичные высокие показатели послеоперационных осложнений (72%) наблюдались в группе больных с множественным рецидивным ЭП и других органов брюшной полости. Среди 29 пациентов с рецидивом ЭП, выявленном в сроки до 3-х лет после перенесенной ЭЭ у 17 (58,6%) больных развились различные осложнения в послеоперационном периоде.

Выводы. Таким образом, прогностическое значение факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивных форм ЭП, (особенности течения заболевания и характер поражения) в 52,9-77,8% случаев характеризовалось длительным периодом послеоперационной реабилитации на фоне развития осложнений и (или) особенностей заживления остаточных полостей (P=0,007).

ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ

Пакирдинов А.С., Саидходжаева Ж.Г., Суюнов Д.М., Курбанов Х.А., Сайфутдинова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Аппендикулярный инфильтрат является чаще всего одним из осложнений острого деструктивного аппендицита в результате позднего обращения больных за хирургической помощью, так как последний образуется обычно на 3 – 5 сутки от начала заболевания. Хотя диагностика аппендикулярного инфильтрата на современном уровне развития хирургической службы и технической оснащённости не вызывает трудностей. Лечение проводится как общепринято противовоспалительными, рассасывающими, включающие в себя правостороннюю паранефральную блокаду, покой, щадящую диету, местно - холод в течении первых 3-4 дней, с последующим подключением физиопроцедуры.

Наряду с традиционным методом введения антибиотиков (в/м, в/в, в/а, в/полостно), наиболее эффективным оказалось введение его регионарно лимфотропно (Ю.Е. Выренков, И.В. Ярема, С.В.Лохвицкий, Ю.И. Бородин, С.У. Джумабаев 1990 – 2009 гг)

Мы решили поделиться опытом лечения 21 больных с аппендикулярным инфильтратом проведённым регионарным антибактериальной терапией через правую подвздошную ямку. Из них женщин 9, лиц мужского пола 12. Давность заболевания от 3 до 5 дней. Диагноз поставлен на основании жалоб, анамнеза и клиники характерной для острого аппендицита, пальпируемого болезненного образования в правой подвздошной области и данных УЗИ (17 больных). У 4 больных диагноз статифицирован во время операции оперированного по поводу острого аппендицита. Причина трудностей до операционной диагностики у этих больных была связана с относительной тучностью их, атипичной локализации червеобразного отростка слепой кишки.

Для ведения был использован гепарин 2500 ЕД, фуросемид 1,0 ml, новокаин 0,5% - 30ml в тёплом виде, иммуномодулин 1,0 ml, канамицин 1,0 гр. Кратность ведения 1 раз в сутки в течении 5 – 7 дней.

В контрольной группе было 10 больных с аппендикулярным инфильтратом получившие лечение традиционным методом антибактериальной терапии. В основной группе больных было отмечено более ранняя нормализация температуры тела, уменьшение болей и рассасывание инфильтрата в правой подвздошной области, восстановление функции кишечного тракта, уменьшение интоксикации организма в целом, нормализация количества лейкоцитов и показателей СОЭ. В связи с чем удалось добиться более раннюю активизацию больных, сокращение пребывания больных на койке в среднем на два дня по сравнению с контрольной группой. В последующим они подвергались оперативному лечению в плановом порядке через 1,5 – 2 месяца после выписки из стационара через 1,5 – 2 месяца после выписки из стационара.

ВЫБОР РЕГИОНА ЛИМФОТРОПНО-АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, СОЧЕТАННЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ

Пакирдинов А.С., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Курбанов Х.А., Умматалиев Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Нередко у женщин детородного возраста с острыми гинекологическими заболеваниями (острый сальпингит, сальпингоофарит, аднексит, эндометрит, параметрит, перекрути кистей яичника, пельвиоперитонит) сочетаются с острым аппендицитом. В связи, с чем подвергаются экстренной операции-аппендэктомии. Исход послеоперационного периода зависит не только от качества произведенной операции аппендэктомии, но так же и от течения и вовлечения в воспалительный процесс органов гениталий. Для решения этого вопроса имеет большое значения выбор региона антибактериальной терапии с целью улучшения дренажной и детоксикационной функции регионарной лимфатической системы илеоцекального угла и органов малого таза.

Проводимая антибактериальная терапия, в комплексе консервативной терапии в после операционном периоде, осуществляется введением традиционным путём (в/в, в/м, в/п), либо лимфотропно. Известно, что при воспалительных заболеваниях органов гениталий лимфотропное введение антибиотиков осуществляется в области ноги: через межпальцевое пространство, голени, бедро, паховой складки, а также через круглую связку матки и в правую подвздошную ямку (рацпредложение № 1925 24.03.2007г. Хайдаров М.М., Хакимов В.А. и соавт), с учетом анатомической и физиологической взаимосвязи лимфатических сетей илеоцекального угла, органов гениталий и подвздошной ямки (Б.В Огнев 1936г, Д.А. Жданов 1952г, Ю.Е. Выренков 1967г, М.Р.Сапин, Э.И.Борзяк.1982г, С.У. Джумабаев 1988-1990г).

Лимфотропная антибактериальная терапия проводилась через правую подвздошную ямку один раз в сутки в течение 3-5 дней.

В качестве лимфостимулятора мы использовали гепарин, лазикс; антибиотик широкого спектра действия, в разовой дозе, которые вводились, разведёнными в тёплом 0.5%-30мл растворе новокаина. Накладывался полиспиртовый компресс на место инъекции на два часа.

После манипуляции в течение часа рекомендован постельный режим . Под нашим наблюдением находилось 32 женщины детородного возраста, перенесшие операцию аппендэктомия в сочетании с патологией органов гениталий (так сальпингоофорит -7, перекрут кисты яичника -5, апоплексия яичника-13,трубная беременность -3, эндометрит, пельвиоперитонит-4). У больных с апоплексией и перекрутом кисты яичника и трубной беременностью были произведены соответствующие симультанные операции.

Из наблюдаемых нами 10-х больных, антибактериальная терапия проводилась традиционным методом (контрольная группа). У 22-х-антибиотики вводились лимфотропно по выше указанной нами методике (основная группа). Сопоставление основной и контрольной групп показало, что в основной группе больных имело место более раннее восстановление функции кишечного тракта, уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры тела, уменьшение выделяемого из влагалища, сокращение пребывания больного на койке в среднем на - 1,5 дня.

ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ

Пакирдинов А.С., Саидходжаева Ж.Г., Суюнов Д.М., Курбанов Х.А., Сайфутдинова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Аппендикулярный инфильтрат является чаще всего одним из осложнений острого деструктивного аппендицит в результате позднего обращения больных за хирургической помощью, так как последний образуется обычно на 3 – 5 сутки от начала заболевания. Хотя диагностика аппендикулярного инфильтрата на современном уровне развития хирургической службы и технической оснащённости не вызывает трудностей. Лечение проводится как общепринято противовоспалительными, рассасывающими, включающие в себя правостороннюю паранефральную блокаду, покой, щадящую диету, местно - холод в течении первых 3-4 дней, с последующим подключением физиопроцедуры.

Наряду с традиционным методом введения антибиотиков (в/м, в/в, в/а, в/полостно), наиболее эффективным оказалось введение его регионарно лимфотропно (Ю.Е. Выренков, И.В. Ярема, С.В.Лохвицкий, Ю.И. Бородин, С.У. Джумабаев 1990 – 2009 гг)

Мы решили поделится опытом лечения 21 больных с аппендикулярным инфильтратом проведённым регионарным антибактериальной терапией через правую подвздошную ямку . Из них женщин 9, лиц мужского пола 12. Давность заболевания от 3 до 5 дней. Диагноз поставлен на основании жалоб, анамнеза и клиники характерной для острого аппендицита, пальпируемого болезненного образования в правой подвздошной области и данных УЗИ (17 больных). У 4 больных диагноз констатирован во время операции оперированного по поводу острого аппендицита. Причина трудностей до операционной диагностики у этих больных была связана с относительной тучностью их, атипичной локализации червеобразного отростка слепой кишки.

Для ведения был использован гепарин 2500 ЕД, фурсосемид 1,0 ml, новокаин 0,5% - 30ml в тёплом виде, иммуномодулин 1,0 ml, канамицин 1,0 гр. Кратность ведения 1 раз в сутки в течении 5 – 7 дней.

В контрольной группе было 10 больных с аппендикулярным инфильтратом получившие лечение традиционным методом антибактериальной терапии. В основной группе больных было отмечено более ранняя нормализация температуры тела, уменьшение болей и рассасывание инфильтрата в правой подвздошной области, восстановление функции кишечного тракта, уменьшение интоксикации организма в целом, нормализация количества лейкоцитов и показателей СОЭ. В связи с чем удалось добиться более раннюю активизацию больных, сокращение пребывания больных на койке в среднем на два дня по сравнению с контрольной группой. В последующим они подвергались оперативному лечению в плановом порядке через 1,5 – 2 месяца после выписки из стационара через 1,5 – 2 месяца после выписки из стационара.

КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КАРИЕС ТАРҚАЛГАНЛИК КЎРСАТКИЧИ

Пўлатов Н.Х., Хакимов А. А., Абобакиров Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Тиш кариеси (caries dentis) - бу тиш каттик тукумаларини деструкцияси, деминерализацияси, яъни уларни емирилиши ва минерал тузлар етишмаслиги билан кечадиган касаллик. Кариес касаллигинатижасида кариес ковак косил булади. Бу касаллик адабиетларда езилишича эрамиздан 2,5-3 минг йил аввал хам булган.

Кариес таркалиши - бу кариес касаллиги курсаткичларидан бири хисобланади. Кариес таркалиши фониз микдорида курсатилади. Масалан, 100 та текширилганлардан 60 тасида кариес бор, кариес таркалиши 60% ни ташкил килади. Масалан ер юзидаги давлатлард акариеснинг таркалиши хар хил. Болгарияда 40 дан 90% гача, АДШда-99%, Нигерияда-2%ни ташкил килади. Узбекистонда бу курсаткич 73-80,5% ни ташкил килади (А.Т. Турабов, 1973).

Максад. Андижон шаҳар мактаб укувчилари орасида кариес таркалганлик курсаткичини баҳолаш.

Текшириш объекти ва усуллари. Андижон туман 25-сон урта таълим мактаби 5-9 синф укувчиларининг 10-14 ёшли 200 нафарига текширишлар утказилди. Болалар ёши ҳамда жинсига кура гуруklarга булинди. Оғиз бушлиги азво ва тукумаларининг куриқдан утказиш кетма-кетликда тиш ва тиш каторлари, прикус, пародонт холати курилди, тиш пукбалари ва уларни холатиг азътибор берилди. Оғиз бушлиги гигиеник холати Green- Vermillion усулида текширилди.

Текшириш натижаларига кура кариес таркалиши 10 ёшли 74%+1,1; 11 ёшлилар орасида 52%+0,8; ва мос равишда 12 ёшлиларда 27%+0,7; 13 ёшлиларда 26%+0,3; 14 ёшлиларда 21%+1,2 ни ташкил этди. Угил болаларда бу курсаткич 31%+1,2; киз болаларда эса 39%+0,8 ни ташкил этди.

Хулоса. Текшириш натижаларига кура беморларни ёш гурухига тугри пропорционал булмаган равишда, яъни тишлар алмашинув даври хисобига 13 ва 14 ёшли укувчилар орасида кариес таркалиш курсаткичи паст булади. Кариес таркалиш курсаткичида жинсий тафовутлар кам аниқлиниб, угил болаларга нисбатан киз болаларда юкори курсаткичини курсатди.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТЕНОК ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

Пулатов Н.Х., Хакимов А.А., Хакимова З.Қ.
Андижанский государственный медицинский институт

Реплантиция костных фрагментов с целью восстановления архитектоники средней зоны лицевого черепа, в частности, стенок верхнечелюстного синуса (ВЧС), проведена у 62 больных с различными повреждениями средней зоны лицевого черепа. Из этого числа больных восстановление передней стенки ВЧС выполнено у 19 человек (30,6 %), боковой стенки — у 30 (48,3%), скуло-альвеолярного гребня — у 13 (20,9 %) пациентов. Установлено, что при переломах скуло-глазничного комплекса относительно чаще была необходимость проводить восстановление стенок ВЧС, чем при переломах типа Ле-Фор. Кроме того, восстановление скуло-альвеолярного гребня с помощью метода реплантации, несмотря на высокую частоту повреждения при различных типах переломов, было более эффективно при травмах скуло-глазничного комплекса.

Приём реплантации костных фрагментов с целью восстановления стенок ВЧС и других отделов лицевого черепа хорошо известен. В частности, многие авторы применяли реплантацию костных фрагментов при переломах типа Ле-Фор, используя шов кости тонкой стальной проволокой. Однако в доступной литературе мы не встретили публикаций о теневых сторонах реплантации: отсутствуют чёткие указания о проведении реплантации в те или иные сроки после травмы, о целесообразности сохранения или удаления слизистой оболочки (СО) на реплантированных костных фрагментах, о технических приёмах подготовки, установки и фиксации реплантата. В наших наблюдениях у 3 больных с переломами скуло-глазничного комплекса и у 1 больного с переломом типа Ле-Фор III фрагменты передней стенки ВЧС хорошо удерживались надкостницей и поэтому при отслаивании мягких тканей их не удаляли из раны. В ходе этапа ревизии средней зоны лицевого черепа эти фрагменты поднимали ранорасширителем Фарабефа, а перед ушиванием укладывали на область дефекта. В таких случаях фиксация реплантированных фрагментов не проводилась. У 16 больных свободные фрагменты передней стенки ВЧС площадью 1,5 см² и более удаляли из раны и помещали в тёплый физиологический раствор.

Мы придерживались следующей тактики в отношении сроков проведения реплантации. Так, в сроки 2 сут с момента травмы проведение реплантации в области передней стенки считали возможным при наличии визуальных изменений в СО ВЧС, прилежащей к линии дефекта и на самом реплантируемом фрагменте. В сроки до 5 сут с момента травмы реплантацию в области передней стенки осуществляли только при отсутствии визуальных изменений в СО ВЧС. Такое положение базируется на классических принципах первичной хирургической обработки ран, данных литературы, наших собственных наблюдениях.

На основании собственных клинических наблюдений и гистологических исследований можно полагать, что выполнение технического приема реплантации костных фрагментов с целью восстановления стенок ВЧС сопряжено с определенным риском. При этом степень риска возрастает с увеличением срока, прошедшего от момента травмы до начала операции.

Реплантацию фрагментов в области передней стенки ВЧС осуществляли следующим образом. В ходе проведения этапа ревизии средней зоны лицевого черепа свободные фрагменты удаляли из раны и помещали в тёплый физиологический раствор. После завершения этапов остеосинтеза и по показаниям установки резинового баллона в полость синуса приступали к реплантации. Для этого костный фрагмент освобождали от изменённой СО, вводили в рану, определяли его положение и выбор отверстий для фиксации. У 5 пациентов реплантаты фиксировали с помощью мини-пластин и у 12 - с использованием мини-скобок с памятью формы. С целью обеспечения более надёжной фиксации реплантата (4 наблюдения) мы применяли устройство с 3 рабочими ножками.

Показанием для восстановления боковой стенки ВЧС являлось проламбирование жирового комка щеки. С этой целью тонким и узким шпателем отодвигали жировой комок щеки латерально и в образованный тоннель

вводили реплантированные фрагменты. После этого полость ВЧС заполняли резиновым баллоном или катетером Фоллея, последний выводили в нижний носовой ход через антростому. Баллон удаляли через 2—4 дня.

Восстановление стенок ВЧС с помощью имплантатов из пористого никелида титана осуществляли у 38 пострадавших. Передняя стенка восстановлена у 15 больных. Из них у 10 пациентов диагностирован перелом скуло-глазничного комплекса, у 1 — перелом типа Ле-Фор II и у 4 — перелом типа Ле-Фор III. Восстановление боковой стенки ВЧС проведено у 18 больных с переломом скуло-глазничного комплекса и у 5 — с переломом верхней челюсти типа Ле-Фор III. В 2 случаях проведено восстановление передней и боковой стенок ВЧС. Таким образом, с целью восстановления архитектоники ВЧС мы использовали 40 имплантатов. Показаниями для восстановления передней стенки ВЧС мы считали невозможным проведение реплантации при наличии дефектов, создающих угрозу для проламбирования мягких тканей, при переломах со сроком оперативного вмешательства не более 2 сут. При определении площади и характера дефекта учитывали вертикальный размер — от подглазничного отверстия до основания альвеолярного отростка, горизонтальный размер — от края грушевидного отверстия до края, соответствующего линии скуло-верхнечелюстного шва. Показанием для восстановления боковой стенки являлось проламбирование жирового комка щеки в полость ВЧС.

В качестве имплантатов использовали стандартные диски из пористого никелида титана диаметром 4 см и толщиной от 0,2 до 0,8 мм. Имплантаты толщиной 0,6—0,8 мм мы применяли лишь в начальном периоде своей работы, а в дальнейшем отказались от них в связи с трудоёмкостью процесса фиксации и необходимостью формирования внутренней выстилки.

Восстановление передней стенки ВЧС осуществляли следующим образом. После выполнения всех этапов остеосинтеза в соответствии с площадью дефекта формировали имплантат таким образом, чтобы по меньшей мере 2 его противоположные поверхности перекрывали края дефекта кости на 2-3 мм. Имплантаты 0,6—0,8 мм (5 больных) фиксировали мини-скобками с термомеханической памятью, выбирая для опоры места с наибольшим утолщением кости у края дефекта. У 3 пациентов (из 5) внутреннюю выстилку имплантата формировали путём свободной пересадки интактной СО неповреждённых отделов ВЧС. С этой целью участок свободной СО эпителием наружу укладывали на внутреннюю поверхность имплантата и расправляли, как это представлялось возможным. У 2 пациентов формирование внутренней выстилки имплантата не выполняли. По-видимому, это явилось причиной развития инфекции в послеоперационном периоде и удаления имплантата у одного из этих больных. Совершенствование технологии получения тонких имплантатов толщиной 0,2—0,3 мм позволило несколько изменить технику данного восстановительного приёма. Так, уменьшение толщины имплантата, который теперь представлял собой тонкую миниатюрную, гибкую сеточку, позволило создать условия для хорошей смачиваемости его кровью. Эндоскопические исследования полости ВЧС в раннем периоде показали, что спустя уже 2 сут после операции внутренняя стенка имплантата была покрыта фибриновым налётом. Кроме того, получение тонких имплантатов позволило изменить и методику их фиксации. Появилась хорошая возможность путём нанесения радиальных надрезов использовать принцип самфиксации. У 8 больных имплантаты фиксировали к краям дефекта кости, заводя сформированный, за счет 2 параллельных надрезов, лепесток внутрь. У 2 больных имплантаты фиксировали таким же способом к установленному искусственному скуло-альвеолярному контрфорсу. При восстановлении боковой стенки ВЧС использовали имплантаты из пористого никелида титана толщиной 0,2—0,4 мм. Данный технический приём осуществляли следующим образом. После завершения всех этапов остеосинтеза с помощью тонкого и узкого шпателя отодвигали жировой комок щеки латерально. В тоннель, образовавшийся между внутренней поверхностью шпателя и наружными поверхностями краёв костного дефекта, вводили имплантат из пористого никелида титана таким образом, чтобы он заходил за края дефекта кости на 2—3 мм. После этого, придерживая имплантат, шпатель удаляли, что позволяло жировому комку и окружающим его мягким тканям щеки прижать имплантат. Дополнительной фиксации имплантата не проводили. Наш опыт хирургического лечения 62 пациентов с различными переломами средней зоны лицевого черепа убедительно свидетельствует о необходимости восстановления стенок ВЧС с помощью метода реплантации или имплантации. При этом использование имплантатов из пористого никелида титана значительно расширяет тактические возможности хирурга.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КЛИНИКО-ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ПО ЛЕФОРУ

Пулатов Н.Х., Хакимов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Клинические проявления переломов верхней челюсти могут сочетать в себе не только симптомы нарушения целостности костей и мягких тканей, но и нарушения функции ряда жизненно важных органов: зрения, носового дыхания, обоняния, речеобразования и жевания. Отсюда становится понятной важность этапа лучевой диагностики у таких пациентов, задачами которого являются верификация клинического диагноза, детализация характера перелома, что имеет решающее значение в разработке оптимальной тактики лечения, определении прогноза травмы.

Цель: определить диагностическую ценность компьютерной томографии пациентов с переломами верхней челюсти по Ле-Фор 1, 2, 3.

Материалы и методы. Изучены клиничко-лучевые материалы у 30 пациентов с переломами верхней челюсти.

Результаты. Конусно-лучевая компьютерная томография позволяет выявить наиболее значимые в клиническом прогностическом плане нарушения, такие как переломы и смещение стенок орбиты (и, соответственно, ее содержимого), носовых костей и в целом полости носа, а спиральная компьютерная томография, помимо этого, и нарушения целостности дна передней и средней черепных ямок и костей свода черепа.

Заключение. Использование СКТ и КЛКТ позволяет составить наиболее точный и клинически эффективный план лечения, определить количество этапов и методы лечения.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ, СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ражабалиев Ж.М., Ражабалиева М.Э., Рашидова Ш.У., Абдурахмонов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Проблема диагностики легочной гипертензии является сферой постоянно нарастающего интереса к ним у кардиологов, кардиохирургов и функциональных диагностов. До настоящего времени продолжается поиск информативных, достоверных и неинвазивных методов определения параметров гемодинамики малого круга кровообращения, которые позволили бы в повседневной практике осуществлять контроль за состоянием пациентов.

Цели: оценить показатели эхокардиографии (ЭхоКГ) исходно и их динамику во время острого фармакологического теста (ОФП) с ингаляционным оксидом азота (иNO) у пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ).

Материалы и методы: В исследовании включено 42 пациента (39 женщин и 4 мужчин, II-IV ФК (ВОЗ)) с верифицированным диагнозом ИЛГ. Всем пациентам была проведена ОФП с и NO под контролем ЭхоКГ за два часа до проведения катетеризации правых отделов сердца (КПОС). Все пациенты были разделены на 2 группы согласно международным критериям по результатам ОФП во время КПОС: 1-я гр. – пациенты с (+)ОФП (n=20, средний возраст 38,1±8,9лет); 2-я гр. – пациенты с (-)ОФП (n=22, средний возраст 39,4±12,5лет). Анализ данных ЭхоКГ осуществлялся отдельно в каждой группе. Были изучены стандартные показатели и данные тканевой миокардиальной доплера (ТМД) ЭхоКГ для оценки ремоделирования, систолической (S') и диастолической функции (E') правого желудочка до и после ОФП.

Результаты: динамика среднего давления в легочной артерии у пациентов первой и второй группы по данным КПОС была следующей: до ОФП 48,8±7,9мм рт. ст., после 30,5±7,9мм рт. ст. (p<0,05) vs до ОФП 69,6±20,8мм рт. ст., после 67,9±20,3мм рт. ст. (p>0,05), соответственно. У пациентов первой группы среднее давление в легочной артерии по данным КПОС снизилось с исходной величины 48,8±7,9мм рт. ст. до 30,5±7,9мм рт. ст. (p<0,05) после ингаляции NO. У больных второй группы динамика среднего давления в легочной артерии была недостоверной (с 69,6±20,8мм рт.ст. до 67,9±20,3мм рт. ст. (p>0,05)). У пациентов во 2-й группе были более выраженные признаки ремоделирования в сравнении с 1-й гр.: переднезадний размер правого желудочка (ПЖ) 4,0±0,8 vs 3,2±0,7см. (p<0,05), базальный размер ПЖ 4,4±0,6 vs 3,7±0,5см. (p<0,05), площадь правого предсердия 25,3±6,7 vs 16,8±3,0 см2 (p<0,05). На фоне ОФП достоверной динамики стандартных ЭхоКГ показателей получено не было. У пациентов во 2-й гр. систолическая/диастолическая функция ПЖ была хуже, чем в 1-й гр: S'тк 4,3±1,3 vs 5,9±1,3см/сек (p<0,05); E'тк 2,4±1,1 vs 4,8±1,4см/сек (p<0,05). На фоне ингаляции NO была достоверная положительная динамика показателей ТМД в 1-й гр., во 2-й группе положительной динамики не было. Пик S' от кольца ПЖ до/после пробы в 1-й гр.: 5,9/7,1см/сек (p<0,05).

Заключение: у пациентов с (-)ОФП отмечается более выраженная дилатация правых отделов сердца в сравнении с пациентами с (+) ОФП. Глобальная систолическая и диастолическая функция ПЖ по данным ТМД улучшается на фоне пробы с иNO только у пациентов с (+)ОФП

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И КЛИНИКО – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Расулов Ж., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Целью нашего исследования является изучение роли аномалий развития в возникновении болевого синдрома.

Для достижения цели мы обследовали более 300 больных, обратившихся в МРТ диагностический центр при клиниках АндГосМИ. Из 300 обследованных отобрали для детального изучения 48 больных. Возраст больных составил от 23 до 48 лет. Длительность болевого синдрома составила от 1 до 3 лет. Всем больным было произведено рентгенологическое и МРТ обследование. У всех больных на МРТ – грамах дискордикулярного конфликта не отмечено. Однако больные продолжали жаловаться на боли в поясничном отделе позвоночника.

Изучая рентгенограммы в прямых и боковых проекциях поясничного отдела позвоночника, мы отметили ряд отклонений от нормовизуализации, именуемых в литературе аномалией развития.

1 Spina bifida	-12 больных
2. синостоз позвонков	- 6 больных
3. дисплазия межпозвонкового диска	- 6 больных
4. аномалия развития суставных фасеток	-14 больных
5. деформация междужкового промежутка (треугольника)	- 10 больных

При сочетании аномалии развития и дегенеративно-дистрофического процесса имеющиеся в определенных сегментах поясничного отдела позвоночника отмечается усугубление. Возможно, сочетания аномалий развития и дегенеративно-дистрофических процессов способствует более четкому проявлению заболевания. Изучая рентгенограммы поясничного отдела позвоночника, мы выявили атипичное расположение суставных отростков и деформацию междужкового треугольника. В норме суставные отростки располагаются симметрично, находясь на одном расстоянии от сагитальной линии. У 10 больных на рентгенограммах в прямой проекции отмечена односторонняя ассиметрия, т.е. расположение суставного отростка ближе к сагитальной линии позвоночного канала. Мы его именовали «сагитализацией» суставного отростка. При этом спинномозговой корешок постоянно находится в натянутом положении, его свободная экскурсия резко ограничивается, вызывая огрубление её оболочек. Это является постоянным источником болевых импульсов недискогенного генеза.

Таким образом, знание об анатомических особенностях строения и расположения дугоотростчатых суставов позвоночника по служит правильной ориентации специалистов при постановке верного диагноза и своевременно проводить патогенетическое лечение.

К ВОПРОСУ УДАЛЕНИЯ ЭПИ- И СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАМЕ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Расулов Ж., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Кровоизлияния в полость черепа с формированием внутрочерепных гематом, отек являются частыми осложнениями тяжелых черепно-мозговых травм. Основным методом лечения при возникновении таких осложнений является оперативное вмешательство.

Цель исследования: Анализ результатов хирургического лечения больных с травматическими гематомами.

Материал и методы: Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2012 по 2016 год находились 165 больных с травмами головного мозга различной степени тяжести. Из них у 73 больных по результатам исследования выявлены внутрочерепные гематомы. Среди обследованных больных мужчин – 57 (78,0 %), женщин – 16 (21,9 %). Возраст больных от 20 до 65 лет. Основной контингент составили больные в возрасте от 20 до 45 лет – 65 (89,9 %) больных. По механизму полученной травмы: бытовая – 16 (21,9 %), уличная (автотравмы, побои) – 55 (75,3 %) и производственная (падение с высоты) – 2 (2,7 %). В зависимости от тяжести полученной травмы 65 (89,9 %) больных госпитализированы в нейрореанимационное и 7 (9,5 %) в нейрохирургическое отделение. При поступлении 3 (4,1 %) были в ясном сознании, оглушенном 4 (5,4 %), в сопорозном – 49 (67,1 %), в умеренной коме – 11 (15,0 %) и в тяжелом коматозном состоянии – 6 (8,2 %) больных. Всем больным при поступлении проведены КТ и МРТ исследование головного мозга. По результатам проведенных КТ и МРТ исследования выявлены внутрочерепные гематомы различной локализации и глубины. По объему гематомы были более 50 мм³, у 3 (4,1 %) больных выявлены множественные гематомы различной локализации.

После установления диагноза наличия гематомы больные подвергнуты оперативному лечению – декомпрессивная трепанация черепа (дефект кости 8 x 6 см), ревизия эпи- и субдурального пространств головного мозга, удаление гематомы – 59 (80,8 %) больных:

- удаление гематомы через расширенное трепанационное отверстие (костный дефект 3 x 3 см) – 11 (15,0 %) больных.

- наложение 2-х трепанационных отверстий с удалением эпи- и субдуральной гематомы – 3 (4,1 %) больных.

Результаты и их обсуждение: По исходам проведенного комплексного хирургического лечения были получены следующие результаты: в компенсированном состоянии, без грубых неврологических нарушений выписано 51 (69,8 %) больных, с незначительными неврологическими нарушениями – 15 (20,5 %), летальный исход в наших случаях наблюдался у – 7 (9,5 %) больных. Анализ результатов летальных исходов показал, что у этих 7 больных были отмечены грубые неврологические нарушения, степень нарушения сознания – кома II-III, по данным КТ исследования объем гематомы превышал 80 мм³, смещение срединных структур головного мозга более 10 мм, с явлениями дислокации.

Выводы: Выбор метода хирургического лечения тяжелых черепно-мозговых травм с наличием гематом зависит от клинического течения, локализации, объема гематом. Внутрочерепные гематомы объемом более 35 мм³ требуют проведения декомпрессивной трепанации черепа с удалением гематомы. Операции проведенные в первые 6 – 8 часов после травмы и состояния больных в компенсированном состоянии дают больше положительных результатов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Расулов Ж.М., Ибрагимова З.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Проблема эффективной диагностики паразитарных заболеваний печени и связанных с ними изменений гепатобилиарной системы остается для современной медицины актуальной и на сегодняшний день, особенно в эндемичных районах. В связи с широким распространением, высоким уровнем зараженности трудоспособного населения, паразитарные заболевания являются не только медицинской, но и важной социально-экономической проблемой.

Паразитарные заболевания не имеют специфических клинических и лабораторных признаков, длительно протекают скрытно, обладают выраженным полиморфизмом, часто приводят к осложнениям и рецидивам, что значительно снижает возможность радикального хирургического лечения.

Цель: Определить возможностей ультразвуковой диагностики механической холестаза при паразитарных заболеваний печени.

Объектом для исследования послужили 25 больных (мужчин и женщин) с паразитарными заболеваниями печени.

Проведенное исследование по изучению форм паразитарных заболеваний печени, сопровождающиеся механическим холестазом, позволило сделать теоретические выводы, в частности, что у 44% больных были выявлены признаки эхинококкоза печени, среди больных частота альвеококкоза составила 20%. Лишь у 36% больных выявлены симптомы гельминтной инвазии печени.

Структура паразитарных заболеваний печени выглядела следующим образом: у мужчин наибольший процент паразитарных заболеваний печени, сопровождающиеся механическим холестазом наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 56% и 44% случаев, гельминтная инвазия печени в этой группе не наблюдался.

У женщин наибольший процент паразитарных заболеваний печени, сопровождающиеся механическим холестазом наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 50% и 40% случаев, гельминтная инвазия печени в этой группе наблюдался лишь в 10% случаев.

У детей наибольший процент паразитарных заболеваний печени наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 13% и 10% случаев, гельминтная инвазия печени в этом возрасте наблюдался 77% случаев.

Частота УЗ-синдромов, при паразитарных заболеваниях печени, сопровождающиеся механическим холестазом, выглядела так: нагноение кисты – в 16%; механическая желтуха (пожелтение кожи, слизистых оболочек и склер (белков глаз) вследствие повышения в крови и тканях уровня билирубина (желчного пигмента (красящего вещества)), возникшего из-за непроходимости желчных протоков (ходов, по которым движется желчь)) – в 40%; портальная гипертензия – в 16%; разрыв кисты с опорожнением в брюшную полость или полые органы (желудок, кишечник) – в 48%; печеночная недостаточность (совокупность симптомов, характеризующихся нарушением или угнетением функций печени вследствие повреждения ее ткани) – в 28%; обызвествление (отложение в тканях солей кальция, растворенных в крови и тканевых жидкостях) стенок кисты – в 32% случаев

Выводы: Всем пациентам с билиарной гипертензией рекомендуется проведение УЗИ для выявления паразитарного поражения печени, оценки распространения паразитарного процесса, вовлечения в процесс кавальных и портальных ворот, окружающих органов и тканей, что является определяющим в тактике дальнейшего обследования, лечения и выбора адекватного оперативного вмешательства.

POSSIBILITY OF MAGNETIC RESONANCE TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF TUMORS OF THE LUMBAR-SACRAL SPINE

**Rasulov J.M., Ibragimova Z.A.
Andijan state medical institute**

Medical and social-economic significance of tumor diagnosis and treatment of problems of the lumbosacral spine is extremely large. In our country and abroad-seeking patients to doctors of various specialties (neurologists, orthopedists, neurosurgeons, and others). About back pain or lower extremities is quite high.

Incidence frequently begins with destructive changes in an isolated body, then the body involved in the process of adjacent vertebrae, ligaments and joints, spinal tumor can be diagnosed 1-2 years after the onset of the initial symptoms.

Objective: To develop a magnetic resonance tomography symptomatology of lesions of the lumbosacral spine, causing stenosis of intervertebral canals in patients with spinal tumors.

The object for the study were 60 patients (men and women) with diseases of the lumbosacral spine.

Patients were divided into 2 groups: group 1 (study group) - 20 patients (33.3%) with neoplasms of the lumbosacral spine, 2 (control group) - 40 patients (66.7%) with osteochondrosis of the lumbosacral spine.

Clinical studies performed on magnetic resonance imaging magnetic field strength of 0.5 Tesla. We used the quadrature coil QD-Spine. SE used and immune FSE sequence sagittal projections to produce images on a spine T1 and T2 BU with the same number of sections (Q), a uniform thickness (5 mm).

The research for the study of MRT - symptomatology tumors lumbosacral spine allowed to draw theoretical conclusions, in particular, the changes were as follows: the most frequent manifestations include lumbodynia (back pain) (95%), neurogenic intermittent claudication (91.6%), symptoms of tension (Lasseg, Wasserman et al.) (75%), disturbance of sensation in the feet (65%), paresis in the legs (58.3%), sciatica (leg pain) (53.3 %), wasting of muscles of the lower extremities - 43.3%, sensitivity disturbances in the anogenital area (21.6%), cramps calf muscles (20%), violation of the pelvic organs (in 13.3% of cases).

All patients were operated on in our clinic. Results depend on the nature of the pathology. Thus, in the group with benign tumors (9 cases) recurrences were not supporting the function of the spine is restored, complete regression of neurological symptoms was achieved in 7 patients. In the group of patients with malignant tumors (5) and relapse (1) worse results despite the fact that patients were additionally carried out comprehensive chemo-radiotherapy. A group osteochondrosis recovery support function of the spine was observed in 24 patients.

Thus, we believe that surgical treatment aimed at radical removal of tumors, decompression of the spinal canal contents and stable fixation of the spine shown in all cases, the lumbosacral spine tumors and on the testimony must be combined with chemo-radiotherapy.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН

**Рахманов Б.Ж. Курбанов Ш.П. Хакимов О.С. Носиров М. Рахманов Б.Б.
Андижанский медицинский институт**

За последние десятилетие отмечается неуклонный рост частоты заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Число больных желчнокаменной болезни каждые 10 лет увеличивается в 2 раза. Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью сопровождается увеличением частоты осложненных форм. Каждая пятая из женщин в возрасте от 40 и более лет сталкивается с желчнокаменной болезнью, в то время как мужчины этого же возраста с ней сталкиваются в каждом десятом случае. Однако течение желчнокаменной болезни у мужского пола более агрессивно, что обуславливается образом жизни, менее чувствительным болевым порогом.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных ЖКБ в зависимости от пола с применением современных технологий.

Материал и методы: За период с 2015 по 2017 годы на базе «Эндохирургического учебного центра» клиники Андижанского Государственного медицинского института по поводу ЖКБ оперировано 305 больных. Женщины составили 206 (67,5%) больных, мужчины – 99 (32,5%) больных. Объектом исследования явились 99 больных мужского пола.

Всем больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия, при этом по поводу хронического калькулёзного холецистита – 61 (61,6%) больному и по поводу острого - 38 (38,4%) больных.

В большинстве случаев (47 больных) имелся спаечный процесс между желчным пузырем и частью большого сальника или другими близлежащими органами, обусловленный хронически протекающим воспалительным процессом. Отмеченные обстоятельства затрудняли как выделение желчного пузыря, так и дифференциацию элементов его шейки, особенно в острых случаях, когда большой объём пузыря сочетается с его малой подвижностью, напряжением и утолщением стенок (34 больных). Все это затрудняло надежный захват желчного пузыря инструментами и значительно изменяло нормальную анатомию и топографию гепатодуоденальной области.

Этапы выделения желчного пузыря и обработка его ложа, отягощенные наличием плотных сращений, в некоторых случаях наличие перипроцесса в области ложа желчного пузыря значительно усложняло визуализацию общего желчного протока, элементов шейки желчного пузыря и как следствие их выделение. Так, в 3 случаях произошла перфорация желчного пузыря, сопровождавшаяся попаданием «чистой» или гнойной желчи в брюшную полость, а в 5 случаях - к выпадению конкрементов.

Перипузырный инфильтрат диагностирован у 17 (17,2%) больных. В группе пациентов перенесших лапароскопическую холецистэктомию у 6 (6,1%) диагностирован перипузырный абсцесс различной распространенности. Особенностью данной патологии, является ошибочное мнение о повреждении стенки желчного пузыря при неожиданном вскрытии перипузырного абсцесса на этапе мобилизации желчного пузыря из спаек. Данный момент опасен возможностью коренного изменения тактики и хода операции. Во всех случаях тщательная визуальная ревизия операционной находки, при необходимости консультация более опытных товарищей позволила благополучно завершить операцию.

Особо хотелось бы отметить группу больных, у которых диагностирован сморщенный или склерозированный желчный пузырь – 6 (6,1%) случаев. Ни в каких других группах больных мы не встречали такого разнообразия изменений топографии и нормальной анатомии не только близлежащих тканей окружающих желчный пузырь, но и отдельно взятых анатомических структур. Такое состояние чревато возникновением различного характера осложнений почти на всех ключевых этапах операции. Это касается в основном трудности выделения и дифференциации элементов шейки желчного пузыря и особенно отделения её от ложа. Наличие грубого перипроцесса в области шейки желчного пузыря значительно усложняет визуализацию общего желчного протока, элементов шейки и их выделение, что может привести к травме этих структур.

Наш опыт свидетельствует, что лапароскопическая холецистэктомия при желчнокаменной болезни у мужчин, не редко технически более сложная и потому, требует предельной осторожности и тщательного соблюдения технических принципов выполнения эндохирургической операции.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ФЕНЕСТРАЦИЯ ПЕРИКАРДА В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЕРИКАРДИТОВ

**Рахманов Б.Ж. Курбанов Ш.П. Хакимов О.С. Тургунов Н. Рахманов Б.Б.
Андижанский медицинский институт**

Цель: Представить первый опыт видеоторакокопической фенестрации перикарда (ВФП), у пациентов с перикардитом в клинике Андижанского Государственного медицинского института.

Материалы и методы: За период с 2014 по 2018 годы, в кардиохирургическом отделении клиники АГМИ 61 больному с экссудативным перикардитом выполнены следующие оперативные вмешательства: в 11 случаях осуществлена традиционная торакотомия, в 24 случаях применён пункционный метод, в 26 случаях выполнена видеоторакокопическая фенестрация перикарда.

Возраст больных от 28 до 68 лет, в среднем 46 лет, из них 27 (44,3%) женщин и 34 (55,7%) мужчины. Причиной появления экссудативного перикардита в 50 (81,9%) случаях был хронический выпотной перикардит, в 3 (4,9%) случаях туберкулёз, в 4 (6,6%) случаях причиной явилась неспецифическая инфекция, в 4 (6,6%) - опухолевой этиологии (IV-стадия опухоли легкого). Все больные относились к 3-4 ФК при этом у 47 (72,1%) больных была НК-2Б, у 14 (22,9%) НК-2А. По данным ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии, во всех наблюдениях отмечались признаки сдавления сердца.

После традиционной торакотомии в ближайшем послеоперационном периоде отмечались осложнения в виде инфекции послеоперационной раны в 1 случае. После пункционных методов устранения, в 15 случаях наблюдались рецидив (скопление жидкости в перикарде), вследствие повреждения миокарда при пункциях в 3 случаях наблюдался летальный исход.

При торакотомии и ВФП, операции проводились под эндотрахеальным наркозом, с одномоментной интубацией. Для выполнения ВФП в 24 (92,3 %) случаях использован левосторонний доступ, в 2 случаях (7,7%) правосторонний (в связи со спаечным процессом в левой плевральной полости, после лучевой терапии). Во всех случаях применен 3-х троакарный доступ (1 оптический порт (ОП) -10мм,) 2 инструментальных порта (ИП) - 5мм). ОП вводился по задне-подмышечной линии, оптика 30°. ИП располагались по подмышечным линиям. Во всех случаях накладывали слабонапряженный кардоспаторакс. В 9 (14,7%) случаях потребовалась эвакуация жидкости из плевральной полости. После определения топографии перикардо-диафрагмального сосудисто-нервного пучка, спереди от последнего, формировали отверстия диаметром около 5 см, края коагулировали. Препарат удаляли вне зависимости от толщины через 5 или 10 мм отверстия, эвакуировали жидкость из перикарда, плевральную полость дренировали по Бюлау.

Результаты: После ВФП смогли наблюдать за пациентами в течении короткого периода около 4 лет. Летальных исходов при ВФП не было. Поступления отделяемого по дренажу прекращалось в среднем на 4-5 сутки, тогда и удалялся дренаж. Инфекционных осложнений после ВФП не было отмечено. Больные выписывались из отделения в среднем на 6-е сутки. Прослежена судьба 48 (78,7%) пациентов. 2-е (3,3 %) больных погибли в течении 6-х месяцев, от основного заболевания, причём клиники со стороны сердца не было. 46 пациентов жалоб не предъявляли, относящиеся к ФК 2, вернулись к труду. По данным обследования клиники сдавления сердца не отмечалось.

Выводы: ВФП является высокоэффективным, минимально инвазивным методом лечения ХПС. Позволяет облегчить состояние больных и является практически радикальным методом лечения. Для формулировки окончательных выводов требуется накопления большего опыта и расширение показаний к ВФП.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Рахманова У.Х., Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С.
Андижанский государственный медицинский институт

В патогенезе геморрагического синдрома большое значение имеет иммунное воспаление с пролиферативно-деструктивными изменениями стенки сосудов, повреждением эндотелия, повышением сосудистой проницаемости, гиперкоагуляцией и ишемией в зоне повреждения сосудов.

Поражение стенки сосудов может развиваться как на фоне инфекционных, аутоиммунных, онкологических заболеваний, так и при первичных системных васкулитах.

В последнее время в развитии системных васкулитов важную роль отводят антинейтрофильным цитоплазматическим антителам (АНЦА).

Классическими АНЦА-ассоциированными системными васкулитами считают гранулематоз Вегенера, микроскопический полиангиит и др.

Цель исследования: выяснение роли АНЦА в патогенезе геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите, болезни Кавасаки, а также при аутоиммунных и инфекционных заболеваниях.

Материалы и методы: обследовано 27 пациентов, находящихся на лечении в ОМПДБ в возрасте от 4 месяцев до 15 лет с диагнозами: геморрагический васкулит (10 пациентов), болезнь Кавасаки (8 пациентов), аллергосепсис Вислера-Фанкони (2 пациента), системная склеродермия (1 пациент), тромбоцитопеническая пурпура (1 пациент), аутоиммунный гепатит (1 пациент), инфекционный мононуклеоз (2 пациента), энтеровирусная инфекция (1 пациент), ОРИ (1 пациент), у которых при поступлении были выявлены элементы геморрагической сыпи. У части пациентов имел место также абдоминальный и почечный синдромы.

АНЦА определялись методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью тест-систем «АНЦА-РИФ-ТЕСТ».

Результаты: при исследовании АНЦА в сыворотке крови выявлено, что данные антитела обнаружены у 3-х пациентов с геморрагическим васкулитом (30%), 2-х пациентов с болезнью Кавасаки (25%), пациента с аутоиммунным гепатитом. Показатели коагулограммы (АЧТВ, фибриноген А, ПТИ, МНО) свидетельствовали о наличии гиперкоагуляции у 10 пациентов.

Выводы. В результате проведенных исследований выяснено, что наибольшее значение АНЦА имеют в патогенезе системных васкулитов, могут встречаться при аутоиммунных заболеваниях (в частности при аутоиммунном гепатите) и не участвуют в развитии острого воспалительного процесса при инфекционных заболеваниях.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Рахманова У.Х., Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Своевременная диагностика митохондриальных болезней (МБ) у детей крайне затруднительна ввиду их генетической гетерогенности и клинического полиморфизма.

Цель: провести анализ клинических и лабораторных проявлений МБ у пациентов, поступивших в ОМПДБ с диагнозами инфекционных заболеваний.

Материалы и методы: обследовано 11 пациентов в возрасте от 11 мес. До 9 лет, госпитализированных в ОМПДБ, у которых в последующем были диагностированы МБ. Для постановки диагноза использовались: УЗИ органов брюшной полости, сердца, головного мозга; МРТ, КТ головного мозга; ЭКГ; биохимический и общий анализы крови; генетическое исследование крови (в том числе исследование дефектов метаболизма методом жидкостной хроматографии).

Результаты: большинство пациентов поступали в ОМПДБ в тяжелом состоянии, из них 60,5% в ОИТР. Диагнозами при первичном поступлении в стационар в 40% случаев являлись гастроэнтерит, диарея, колит; в 40% - ОРИ, 10% - патология ЦНС, 10% - декомпенсированный метаболический ацидоз. Ни у одного из больных при первой госпитализации МБ выставлена не была. Первые симптомы у пациентов появились в возрасте от 7 мес. До 7 лет. Длительность установления диагноза с момента появления симптомов составила около 9 мес. Из акушерского анамнеза: 40% детей родились маловесными, у 62,5% женщин беременность протекала неблагоприятно (гестоз тяжелой степени). Патология со стороны сердца наблюдалась у 100% пациентов (миокардиодистрофия, кардиомиопатия). У 90% пациентов выявлены тяжелые изменения со стороны ЦНС - энцефалопатия, задержка моторного и речевого развития. У 80% диагностированы ге-патомегалия, диффузные изменения в паренхиме печени.

При оценке лабораторных данных наблюдалась транзиторная гипогликемия (40%), метаболический ацидоз (40%), у 90% повышение АЛТ, АСТ, 28 29 ЛДГ, КФК, КК-МВ, лактата. При генетическом обследовании было подтверждено 10 диагнозов МБ, из них 2 посмертно (депрессия мтДНК, болезнь Ли, LCHAD-синдром). По одному диагнозу генетического подтверждения уточнить не удалось.

Заключение. При неоднократном поступлении пациентов в тяжелом состоянии с полисистемной патологией с диагнозами инфекционных заболеваний необходимо исключать МБ, учитывая клинические проявления и лабораторные данные, характерные для данной патологии.

СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ МИОМОЙ МАТКИ

Рашидова М.Б., Рашидова Ш.У., Рахимова К., Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Медицинская значимость проблемы женского бесплодия определяется необходимостью решения ряда вопросов, связанных со своевременной и правильной диагностикой, повышением эффективности его лечения и профилактики. Прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья и демографической ситуации в стране, позволяют признать проблему фертильности одним из приоритетных клинических и социальных направлений. Бесплодный брак ситуация уникальная, поскольку касается сразу двух индивидуумов. Уникальность ситуации усиливается тем, что бесплодие – явление в значительной мере социальное и психологическое. В ряде стран, где высокая частота бесплодия влияет на демографические показатели, проблеме придают экономическое значение.

Цель исследования. Повышение эффективности восстановления нарушений репродуктивной функции женщин, страдающих различными формами бесплодия, на основе совершенствования подхода к диагностике и выбора способов лечения с учетом современных научных достижений.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 156 пациентки - с бесплодием, обусловленным миомой матки на базе клинике АГМИ в отделении функциональной диагностики.

Результаты исследования. Для статистической обработки результатов проводилось определение средней арифметической величины и показателей средней ошибки. Различия между средними величинами считали достоверными, если доверительный коэффициент (критерий по Стьюденту-Фишеру) (t) соответствовал доверительной вероятности по таблице Стьюдента не менее, чем 95% (P 0,05).

Тактика ведения больных с бесплодием при миоме матки. Среди всех пациенток с миомой матки подверглась обследованию группа из 156 женщин, страдавших бесплодием. Количество больных с длительностью бесплодия 5-10 лет составило 70%. Это были женщины старше 30 лет. Вторичное и первичное бесплодие отмечено соответственно в 48,7% и 51,3% случаев. В 52,6% случаев больные с миомой матки страдали нарушением жирового обмена (НЖО), имела место патология со стороны печени или почек – 58,3%. У 77,6% больных в анамнезе ХС, по поводу которого они лечились длительно и неоднократно, с теплотечением в 73,7% случаев. Специфические воспалительные процессы перенесли 28,8% (гонорея – 7,7%, хламидиоз – 14,1%, уреамикоплазмоз – 7%) пациенток. По метросальпингографии (МСГ), произведенной перед оперативным лечением, у 12,8% женщин оказалось сочетание миомы матки с окклюзией МТ в ампулярных отделах. Почти у всех пациенток были различные нарушения овариально-менструальной функции (ОМФ), наиболее часто по типу недостаточности функции желтого тела (НФЖТ) или ановуляции (83,3% и 15,4%). По поводу этих нарушений больным назначались: лечение КБ (45,5%), гестагенами (65,4%), в виде цикловой гормонотерапии (48,7%), а также проводилось негормональное лечение установленной миомы матки (90,4%). У 36,7% пациенток гистологически установлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (ЖКГЭ). В 16% случаев наблюдалась патоспермия у мужа.

Вывод. Медицинская значимость проблемы женского бесплодия определяется необходимостью решения ряда вопросов, связанных со своевременной и правильной диагностикой, повышением эффективности его лечения и профилактики. Важность решения проблемы бесплодия поддерживается целевой программой ВОЗ по исследованиям в области регуляции генеративной функции человека, в которой диагностике и лечению этой патологии уделяется особое внимание.

ТОМОГРАФИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Рашидова М., Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Описание некоторых клиник Отзывы Описание метода диагностики: Время проведения: от 30 до 60 минут (время увеличивается, если МРТ проводится с контрастом). Необходимость введения контрастного вещества: зависит от показаний, назначается врачом. Необходимость предварительной подготовки: не требуется Наличие противопоказаний: да Ограничения: вес исследуемого не должен быть больше 180 кг, высота талии – менее 32 см, объем талии – до 140 см. Время подготовки заключения: от 30 до 60 минут Дети: МРТ проводится для пациентов в возрасте от 7 лет. Показания к проведению томографии МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника назначается в следующих случаях: Определение причины острой или хронической боли в спине, постановка точного диагноза. Подтверждение остеохондроза или других дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Цель исследования: Целью исследования явилось изучение возможностей и роли магнитно-резонансной томографии с контрастированием в диагностике ранних и поздних послеоперационных изменений при дискэктомиях на уровне поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования: В основу работы положены результаты клинических и лучевых методов обследования 156 больных, в возрасте от 20 до 70 лет, из них 101 (67,7%) мужчины и 55 (32,3%) женщины.

Всем пациентам в разные сроки было выполнено оперативное лечение по удалению грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника.

Результаты исследования: Все больные были разделены две группы: I группу составили пациенты с возобновляющимся или сохраняющимся болевым синдромом после дис-эктомии - 106 (67,9%); во II (контрольную) группу вошли пациенты не предъявляющие жалобы*на болевой Синдром* - 50 (32,1 %).

При анализе анамнестических данных у обследованных после операции больных отмечен дебют заболевания с появления боли в пояснице, у 6 (5,6%) пациентов боль одновременно возникла и в пояснице и в ноге, а у 3 (3,1%) - боли носили корешковый характер. Степень интенсивности болевого синдрома оценивали по выраженности рефлекторно-тонических синдромов, включавших ограничение объема активных движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, напряжение мышц поясничной области, сглаженность поясничного лордоза, появление анталгического сколиоза, кифоза, симптомов натяжения. Наиболее информативными симптомами натяжения явились симптомы Ласега, Нери, Вассермана и Мацкевича. Чаще всего из симптомов натяжения регистрировался симптом Ласега, оценивавшийся согласно рекомендациям Н.М. Жулева с соавторами (1992), как резко положительный, если боль по ходу корешка (в зоне иннервируемого дерматома) появлялась при поднятии ноги до угла 30°; выраженный - до угла 45° и слабовыраженный - при возникновении боли после подъема ноги до угла 60°.

Неврологический статус оценивали по общепринятой методике. Топическая неврологическая диагностика дискогенных рефлекторных, компрессионных корешковых и компрессионных сосудистых корешково-спинальных синдромов основывалась на локализации болевых ощущений, выявлении чувствительных, рефлекторных и двигательных, вегетативно-трофических и вазомоторных расстройств, нарушении функции тазовых органов, статики и биомеханики позвоночника.

Выводы: Метод позволяет провести контрольное исследование в динамике и определить инволюцию послеоперационных изменений (серомы, гематомы).

Дополнительным методом лучевой диагностики в выявлении ранних и поздних послеоперационных изменений и осложнений является КТ. С помощью данного метода более четко определяются костные изменения на уровне оперированного диска, признаки острой эпидуральной гематомы. Чувствительность, специфичность, безошибочность данного метода в определении послеоперационных осложнений составляют 91%, 87%, 89%, соответственно.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Рашидова М., Абдурахманов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Оптимальными техническими параметрами для двухмерного ультразвукового исследования околоносовых пазух является частотный режим 7,5-10 МГц, использование линейных датчиков с рабочей поверхностью не более 37 мм и проведение сканирования в двух проекциях - сагитальной и аксиальной, что позволяет с высокой достоверностью сканировать верхнечелюстную, лобную и решетчатую пазухи.

Основными эхографическими признаками экссудативного синусита при двухмерном ультразвуковом сканировании являются отек слизистой оболочки, проявляющийся снижением эхогенности неоднородной структуры, и секрет внутри синуса, определяющийся гиперэхогенными включениями горизонтальной или эллипсоидной формы. Кисты и полипы синусов дают ультразвуковую картину анэхогенных образований, связанных со слизистой оболочкой и имеющих четкие контуры.

Цель исследования: Изучить разные методы диагностики заболеваний околоносовых пазух.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования использовались следующие методы: традиционный осмотр ЛОР-органов, обзорная рентгенография, одномерное УЗИ околоносовых пазух (А-метод), двухмерное УЗИ околоносовых пазух (В-метод), компьютерная томография пазух носа и диагностическая пункция верхнечелюстных пазух. Кроме того, внимательно изучались жалобы и анамнез заболевания.

Результаты и обсуждение: По распространенности воспалительного процесса в околоносовых пазухах больные распределялись следующим образом: у 44 больных (40%) был диагностирован гайморит, у 4 (3,6%) - фронтит, у 28 (25,5%) - гайморитомидит, у 3 пациентов (2,7%) - гайморифронтит. У 31 больного (28,2%) были установлены достоверные признаки полисинусита. В 5 случаях (4,3%) были выявлены заболевания, которые названы нами как «другая патология» околоносовых пазух. В частности у 1 больного (ребенок 15 лет) в результате обследования установлена опухоль - юношеская ангиофиброма носоглотки с прорастанием в полость носа и распространением на клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстную пазуху с одной стороны. У 1 пациента диагностировано инородное тело верхнечелюстной пазухи, еще у 1 - мукоцеле лобной пазухи, у 1 больного - остеомы лобной пазухи. В 1 случае выявлена фиброзная остеодисплазия правой лобной пазухи.

Основными жалобами больных были затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера, головные боли. Отмечено, что и взрослых пациентов, и детей головные боли беспокоили одинаково часто. Так, у детей головная боль встречалась в 38,9% случаев, у взрослых - в 39,2% ($p > 0,05$). На затруднение носового дыхания жаловались все дети, у взрослых расстройство дыхательной функции носа отмечалось в 94,9% случаев ($p > 0,05$). У детей в большинстве случаев (72,2%) выделения из носа носили гнойный характер, в 22,2% случаев - слизистый. Только 2 детей не предъявляли жалоб на какие-либо выделения из носа. У взрослых слизистые и слизисто-гнойные выделения из носа встречались одинаково часто, слизистые выделения имели место у 26 человек, что составило 32,9%, а гнойные - у 32 человек (40,5%). 21 пациент (26,6%) из числа взрослых вообще не жаловались на насморк таким образом, случаи отсутствия выделений из носа у взрослых пациентов встречались значительно чаще, чем у детей ($p < 0,05$). Больных с отсутствием каких-либо жалоб в наших наблюдениях не было.

Выводы: По сравнению с обзорной рентгенографией двухмерная ультрасонография является более информативным методом в выявлении патологии околоносовых пазух при экссудативных и полипозных процессах средние показатели точности, чувствительности и специфичности для двухмерного УЗИ составляют 86,2% ($p < 0,05$), 78,2% ($p < 0,05$) и 55,6%, для обзорной рентгенографии - 69,2%, 43,5% и 54,5% соответственно.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ МАТКИ
Рашидова М.Б., Рашидова Ш.У., Рахимова К., Абдурахманов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Фертильность является одной из весьма важных проблем гинекологии. Считается, что от 8 до 15% супружеских пар в течение репродуктивного периода сталкиваются с данной проблемой. Это значит, что в мире насчитывается более 100 млн. супружеских пар, для которых проблема бесплодия является причиной личных страданий и влечет за собой распад семьи.

Вопрос о терапии бесплодия в браке решается после полного комплексного обследования обоих супругов, лечение следует начинать с установления факторов, имеющих первостепенное значение, однако диагностировать их бывает весьма затруднительно.

Цель исследования. Повышение эффективности восстановления нарушений репродуктивной функции женщин, страдающих различными формами бесплодия, на основе совершенствования подхода к диагностике и выбора способов лечения с учетом современных научных достижений.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 136 пациентки - с бесплодием, обусловленным эндометриозом матки на базе клинике АГМИ в отделении функциональной диагностики.

Результаты исследования. При наиболее часто встречающихся формах женского бесплодия, обусловленного миомой матки, трубно-перитонеальным фактором, эндометриозом, синдромом поликистозных яичников, регистрируются нарушения гипоталамогипофизарно-яичниковой системы, проявляющиеся рассинхронизацией выработки гонадотропинов и яичниковых гормонов. Данные изменения в 90% случаев вызывают различные клинические проявления нарушений овариальноменструальной функции, характеризующиеся ановуляцией, нарушением функции желтого тела, железисто-кистозной гиперплазией эндометрия. При различных формах женского бесплодия, сопровождающихся нарушениями овариально-менструальной функции в 100% случаев отмечено достоверное снижение токоферола в сыворотке крови ($P < 0,05$). Включение витамина Е в комплексное лечение, направленное на коррекцию функции гипоталамо-гипофизарнояичниковой системы обеспечивает более быстрое восстановление функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и наступление беременности

Вывод. Наиболее частыми причинами женского бесплодия по данным наших исследований являются: трубно-перитонеальный фактор бесплодия – 35,2%; миома матки – 13,1%; эндометриоз – 11,4%; синдром поликистозных яичников – 16,8%; внематочная беременность – 23,5%. Все пациентки с вышеуказанной патологией нуждаются в оперативных вмешательствах как с диагностической (лапароскопия), так и с лечебной точек зрения (лапароскопия, микрохирургические операции, лапаротомия)

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА
Рузматов А.Э., Исманов А.А., Масаидова Х.О., Долимов Л.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Наманганский филиал

Актуальность: Доступным в настоящее время методом диагностики и динамического контроля ОП является ультразвуковое исследование. Для более детальной оценки изменений в паренхимы поджелудочной железы и определения дальнейшей тактики лечения широко используется компьютерная рентгенодиагностика (МсКТ).

Цель: улучшить результатов лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита.

Материал и методы исследования: У больных с деструктивными формами болезни проводили МсКТ, с помощью которой определили объем, локализацию деструктивных изменений в поджелудочной железе и их распространение по окружающим областям. При учитывая выше указанных данных этом появляется возможность определить дальнейшую тактику и объем проводимых оперативных вмешательств.

Результаты исследования:

Степень тяжести острого панкреатита определяли с использованием томографического индекса Balthazar (CT Severity Index - CTSI). Для расчета CTSI к баллам степени воспалительных изменений в поджелудочной железе прибавляют баллы, соответствующие объему некроза ткани поджелудочной железы: 2 балла - при некрозе менее 1/3 объема паренхимы, 4 балла - при некрозе более 1/3, но менее 1/2 объема, 6 баллов - при некрозе более 1/2 объема. Счет баллов производится от 1 до 10. Распределение больных острым панкреатитом в соответствии с индексом CTSI представлено в табл.

Балльная система Balthazar (1985 г)

Некроз ПЖ	Балл	(100%)
А) Отсутствие некроза	0	-
Б) Некроз одной трети поджелудочной железы	2	50,7%
В) Некроз половины поджелудочной железы	4	23,3%
Г) Некроз более половины ПЖ	6	26,0%

Ежедневная оценка тяжести состояния больного по балльную систему Balthazar и УЗИ мониторинг не только имеют высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к оперативному вмешательству и дифференцированного подхода при выборе режимов комплексного лечения.

Сроки оперативного вмешательства зависело от общего состояния больного, клинического течения болезни, степени нарастания симптомов интоксикации (тяжести гемодинамических нарушений и степени панкреатогенного шока), функциональной недостаточности паренхиматозных органов, постнекротических осложнений, а также результатов инструментальных исследований.

Выводы: Применение компьютерных методов диагностики позволяет выбрать правильную тактику лечебно-диагностических мероприятий, а также сроков операции и вида оперативных вмешательств.

PROPHYLAXIS OF RECURRENT VOLVULUS OF THE SIGMOID COLON AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

Ruzmatov A.E., Iskhakov N.B., Husainov A.A., Pulatov H.N., Jabborov B.A.
Namangan Branch of the Republican Research Centre of Emergency Medicine
The department of emergency GI surgery

Actuality: One of the heavy states in the concept of "acute abdomen" is a sigmoid volvulus, in which the mortality rate from 20 to 60-75 % without a noticeable downward trend, as well as the number of septic complications up to 80 %.

Aim: To improve the outcome of treatment of recurrent sigmoid colon twists and minimizes postoperative complications as well.

Materials and Methods: Between 2006 and 2017 in Namangan Branch of the Republican Research Centre of Emergency Medicine (the next time Namangan branch RRCEM) was cured in 156 patients with sigmoid volvulus. Male patients were 99 (63.6%) and 57 were female (36.4%). The age of patients was from 15 to 89 years old and 15 to 19 years old patients were 17 (11%). In order 20 to 44 years old patients were 78 (50 %) also patients from 45 to 59 years old were 37 (24%) and also aged from 60 to 89 years old patients were 24 (15%). A characteristic is the late appeal of hospital in 112 (89%) patients. They were admitted to Namangan branch RRCEM more than 24 hours from the onset of the disease and also two patients hospitalized after 16 days.

83 (53 %) patients suffered a history of palliative surgery 32 % patients were operated a time, twice operated in 15% patients and 3 more surgeries in 11 % patients. 38% patients were experienced sigmoid-meso-application methods by Hagen – Thorn.

In 7 cases have been operation for excision of adhesions detorsion of the sigmoid colon without sigmoid-meso-application. During the first year after undergoing surgery relapse of the sigmoid volvulus were found in 43 (28 %) patients.

Results: After a management and of the patient's detorsy sigmoid colon and methods by Hagen - Thorn operation was performed in 114 (73 %) patients, and simple excision detorsion abdominal adhesions in 5 (3%) patients. Sigmoid colon resection with anastomosis "end to end" was done operation in 37 (24 %) patients. All patients produced retrograde intubation colon through the anus, which allowed reducing stool and gas from the colon. The function of the endotracheal tube was maintained for the first three days. One patient aged 85 years with a history which underwent palliative surgery triple-detorsy sigmoid-meso-application operation was performed with one-stage resection of the sigmoid colon with colon anastomosis "end to end". During the period of postoperative time there was complicated by bilateral pneumonia and heart rhythm disorders with symptoms of angina. Postoperative surgical wound suppuration occurred in 12 (7.5%) patients. Anastomosis suture failure occurred in 2 (1.5%) patients in which resection anastomosis relaparotomy overlapping single-barrel colostomy. In a patient happened partly anastomotic leakage in the form of a tube through the fistula which was itself closed in 2 weeks. Total number of mortality 9 patients (4.4%).

Conclusions: The methods which was written above, sigmoid-meso-application by Hagen – Thorn and one-stage resection of the sigmoid colon with colon anastomosis "end to end" are useful about case of treatment of recurrent sigmoid colon. But, the process of selection better method is depending on the patients' condition. It would be better by using the method of resection of the sigmoid colon and after this method can improve the immediate and long-term outcomes of the sigmoid colon volvulus.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЗИДУАЛЬНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК

Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Юлдашев Х.Ж., Турсунов Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и повышение эффективности лечения первичных камней чашечек и резидуальных фрагментов после чрезкожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ), дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ), контактной ударно-волновой литотрипсии (КУЛТ) и открытой операции.

Работа носит клинический характер. Представлены результаты комплексного обследования (ультразвуковые, рентгенологические, радиоизотопные методы и т.д.) и наблюдения за 48 больными с первичными камнями чашечек и 21 больного с резидуальными фрагментами чашечек после ДУВЛ, КЛТ, ЧНЛТ, "традиционных" открытых операций, находившихся в урологическом отделении клиники АГМИ в 20012-2016 гг.

Результаты исследований показали, что при камнях чашечек отмечались следующие симптомы: боль у 68,2%, микрогематурия - у 29,7 %, лейкоцитурия - у 75,0% больных. При наблюдении от 1 года до 3 лет миграция зафиксирована у 55,6 %, длительная персистенция - у 25 %, рост камня - у 19,4 % больных.

В поздние сроки амбулаторного наблюдения было установлено, что резидуальные фрагменты после ДУВЛ наблюдались у 24,9%. Спонтанное отхождение без применения дополнительных методов лечения зафиксировано у 77,2 % больных на протяжении от 3 месяцев до года.

Также было выявлено, что у 31% резидуальные фрагменты после ЧНЛТ отходили самостоятельно, у 62% - наблюдалась длительная персистенция, у 7% больных - увеличение фрагментов. С целью уменьшения повреждения паренхимы почки, а также при наличии технических трудностей во время открытых операций целесообразно не выполнять нефротомические разрезы, а проводить ДУВЛ камней чашечек в отдаленном послеоперационном периоде.

Определено, что у 6 (46,2%) пациентов наблюдалось самостоятельное отхождение резидуальных фрагментов после КУЛТ, у 7 больных - миграция фрагментов сопровождалась нарушением оттока мочи.

Вывод: Резидуальные камни чашечек обнаруживаются после традиционных и современных методов лечения, но длительное амбулаторное наблюдение на протяжении от 1 года до 3 лет при камнях чашечек после различных видов лечения (ДУВЛ, КУЛТ, ЧНЛТ, открытая операция и литолитическая терапия) потребовались 66,2% пациентам. Наиболее часто лечение проводилось при камнях нижней чашечки - у 63,0% больных; самостоятельное отхождение камня отмечено у 24,3% пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.А., Юлдашев Х.Ж., Хамраев О.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Камни мочевого пузыря характеризуются наличием камней или кальцифицированных (отложение солей кальция) инородных тел в полости мочевого пузыря или необладдера (вновь сформированного мочевого пузыря). Основными причинами их формирования являются: аденома простаты, стриктуры уретры, склероз шейки мочевого пузыря, а также в пузырь могут попадать конкременты из почек и мочеточников.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и повышение эффективности лечения камней мочевого пузыря.

Результаты исследования: Представлены результаты комплексного обследования (ультразвуковые, рентгенологические, цистоскопические, лабораторные методы и т.д.) и наблюдения за 28 больными с цистолитиазом после трансуретральной цистолитотрипсии, цистолитоэкстракции и традиционных открытых операций, находившихся на лечении в урологическом отделении клиники Андижанского государственного медицинского института им. Ю.А. Атабекова в 2013-2016 гг.

Исходя из размеров и количества камней мочевого пузыря больным проводилась трансуретральная цистолитоэкстракция и цистолитоэкстракция через надлобковый свищ у 8 пациентов, трансуретральная цистолитотрипсия – 10 больных, а 10 больным - традиционная эпицистолитотомия.

При дальнейшем наблюдении было установлено, что при традиционной операции срок реабилитации более длительный, койко-день в среднем составляет 10-12 дней, у больных длительное время наблюдались местные боли операционной зоны.

При эндоурологических операциях реабилитационный срок был меньше, койко-день составил в среднем 5-6 дней, болезненные симптомы сопровождалась только 2 дня.

Вывод: Из вышесказанного следует, что если нет противопоказаний, то желательно при камнях мочевого пузыря применять современные малоинвазивные эндоурологические операции.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ

Рустамов М.И., Шеркулов К.У., Муртазаев З.И.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность: Наиболее частыми причинами развития эмпиемы плевры являются абсцесс и гангрена легких, пневмонии с осложненным течением и стафилококковая деструкция легких. С другой стороны, возрастающий травматизм, усложнение и расширение объема оперативных вмешательств обеспечивают не убывающее число пациентов, перенесших травму грудной клетки. Плевральные нагноения осложняют травму груди в 2,8-15,2% наблюдений, а летальность при этом достигает 5-30%. Основным методом лечения эмпиемы плевры является дренирование с постоянной аспирацией и промыванием полости эмпиемы. Однако в 8,2-26% наблюдений заболевание переходит в хроническую форму и служит показанием к обширному хирургическому вмешательству. При этом, особую тяжесть состояния больных эмпиемой плевры обуславливает наличие сообщения между трахеобронхиальным деревом и плевральной полостью.

Цели исследования: Улучшить результаты лечения данной категории больных путем использования малотравматичных методов оперативного лечения.

Материал и методы: Изучены результаты лечения 50 больных эмпиемой плевры за период с 2007 по 2017 гг. в клинике №1 СамМИ. Среди больных было 35 мужчин (70%) и 15 женщин (30%), в возрасте от 18 до 70 лет. Диагностика эмпиемы плевры осуществлялась с применением клинических и лабораторных методов исследования, рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях (100% больных), ультразвукового осмотра плевральных синусов у 38 больных (76,1%), компьютерной томографии органов грудной полости у 34 больных (68,2%). Изучены результаты лечения 18 больных эмпиемой плевры с бронхиальными свищами (36,1% от общего числа больных эмпиемой плевры). Из них 14 мужчины (77,8%) и 4 женщины (22,2%). В возрасте от 18 до 70 лет. Проводилась статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и обсуждение. По нашим данным, выявляется следующая структура причин возникновения эмпиемы плевры: острая внебольничная бактериальная пневмония и стафилококковая деструкция легких у 18 больных (36%), острые абсцессы легкого у 19 больных (38%), хронические абсцессы легких у 6 больных (12%), травмы и предшествующие обширные операции (в том числе по поводу онкологии) на органах грудной клетки - 7 пациента (14%). Всем больным проводилось дренирование полости эмпиемы, сочетание различных методов

аспирации и "пассивного" дренирования по Бюлау. Эти меры оказались эффективными у 34 больных (68%). Видеоторакоскопическая и видеоассистированная санация полости эмпиемы и декортикация легкого проведена у 9 пациентам (18%). Общая летальность составила 2 случая (4%), среди пациентов оперированных малоинвазивными способами умер 1 пациент (2%). При наличии бронхиального свища дренирование плевральной полости чаще всего не привело к выздоровлению пациентов. Данной категории больных были проведены радикальные резекционные хирургические вмешательства в 14 случаях (28%), видеоторакоскопические вмешательства привели к выздоровлению 4 пациентов (8%). У части больных, которым в силу тяжести общего состояния, при наличии сопутствующих заболеваний радикальное оперативное лечение не могло быть проведено, проводилась оперативная бронхоскопия с обтурацией свищесущего бронха. У 9 больных (18%) выполнялась временная окклюзия бронха поролоновым обтуратором, сроком на 10-14 дней, а у 16 больных (32%) проводили обтурацию свищесущего бронха "Аллоотрансплантатом" с фиксацией его клеем "Сульфакрилат". В группе больных, которым выполнялась временная окклюзия бронха поролоновым обтуратором: у 6 больных (12%) произошло смещение обтуратора с места фиксации и его откашливание, у 8 больных (16%) после удаления обтуратора наблюдался рецидив свища бронха. В результате проведенного лечения с использованием временной обтурации бронха поролоновым обтуратором удовлетворительные результаты были получены у 34 больных (68%). У 14 (87,5%) больных, которым проводилась обтурация бронха с применением "Аллоотрансплантата", были получены удовлетворительные результаты, смещение обтуратора и откашливание его через рот произошло у 2 больных (4%). Летальность - один пациент (2%), у которого наступила декомпенсация сердечной деятельности на 10 сутки после обтурации бронха, смещения обтуратора не произошло. Части пациентов (5 больных), которым не представлялось возможным провести радикальную операцию до обтурации свищесущего бронха, ввиду декомпенсации функции внешнего дыхания, после проведения этой малотравматичной процедуры удалось выполнить успешное радикальное хирургическое вмешательство.

Выводы. Таким образом, применяемые нами малоинвазивные методы лечения пациентов с эмпиемой плевры позволяют снизить общую и послеоперационную летальность у этой категории больных с 4% до 2%. Окклюзия бронхиальных свищей "Аллоотрансплантатом" с фиксацией клеем "Сульфакрилат" позволяет увеличить количество больных с удовлетворительными клиническими результатами с 68% до 87,5%. Что дало возможность провести радикальное оперативное вмешательство 6,3% пациентов с эмпиемой плевры, осложненной бронхиальным свищем, ранее не способным его перенести.

ИНФРАКРАСНЫЙ ЛУЧ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Рустамов М.И., Юнусов О.Т., Дусияров М.М.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из наиболее частых заболеваний в экстренной проктологии является острый парапроктит, заболеваемость которым, по нашим данным, занимает лидирующую позицию в структуре проктологических заболеваний. Количество этих больных, повышение устойчивости микробов требуют разработки более эффективных средств лечения. Принципиально новым направлением здесь является фототерапия. В рамках изучения воздействия фототерапия на течение острого гнойно-воспалительного процесса и динамику ранозаживления было выполнено исследование на 75 лабораторных крысах. Доказано, что фотодинамическая терапия оказывает антибактериальное действие, ускоряет репаративные процессы. Полученные данные легли в основу клинической части исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого парапроктита с использованием инфракрасного луча.

Материал и методы. Исследование проведено на 28 больных с острым парапроктитом, которые были распределены на две группы по 14 человек. В контрольную группу вошли пациенты, пролеченные традиционным способом, в основную - пациенты, которым проводилось комплексное лечение, включающее фототерапия. При изучении структуры групп установлено, что основная масса болящих – лица трудоспособного возраста от 25 до 55 лет, в основном - мужчины. Все пациенты оперированы. Полученный гной забирался на бакпосев. У пациентов контрольной группы операция завершалась постановкой марлевой турунды с мазью "Левомеколь". У пациентов же основной группы полость раны, на 5 минут тампонировалась салфеткой, смоченной раствором "Бетадина". Затем в течение 5 минут проводилась фотодинамическая терапия излучателем с длиной волны 630 нм, после чего рана также дренировалась. Инфракраснолучевая терапия проводилась в первую фазу воспалительного процесса. Затем ежедневно проводилась ИКЛ терапия и местно использовались мази. Пациенты контрольной группы велись традиционным способом. Критериями эффективности лечения служили общее состояние больного, интенсивность и продолжительность болевого синдрома, наличие гнойного отделяемого, время появления грануляций и эпителизации. Для оценки избраны 1, 4, 7, 10, 15 сутки после операции, когда забирали материал для цитологического исследования, отделяемое из раны брали на бакпосев.

Результаты и обсуждение. Динамика общих и местных проявлений в группах была различной. На 1-е сутки у пациентов основной группы значительно меньше был выражен болевой синдром. К 4-м суткам у многих он исчезал, нормализовалась температура тела, исчезала гиперемия кожи и инфильтрация тканей в области раны, начинали появляться грануляции. К 7-м суткам почти полностью прекращалось гнойное отделяемое, появлялись хорошие грануляции с активной краевой эпителизацией ран, снижался рост колоний микроорганизмов, лабораторные показатели не отличались от нормальных. У больных контрольной группы высеваемость микробных колоний оставалась высокой, что говорило о продолжении гнойно-воспалительных процессов в ране. В цитологических препаратах контрольной группы определялось большое количество микробной флоры, нейтрофильных лейкоцитов, а в препаратах основной группы - пласты эпителиальных клеток и фибробластов, микробные тела и нейтрофильные лейкоциты были единичными. На 10-е сутки раны значительно уменьшались в размерах, полностью прекращалось гнойное отделяемое, что не так ярко было выражено у пациентов контрольной

группы. К 15-м суткам раны практически полностью заживали, рубцовая ткань была хорошо развита. Раны же у пациентов контрольной группы продолжали заживать вторичным натяжением. Каких либо реакций при проведении ИКЛ терапия нами установлено не было.

Выводы. Применение инфрокрасного луча позволяет быстрее купировать болевой синдром, воспалительный процесс, подавляет рост микробов, стимулирует регенерацию, что способствует более быстрому очищению и заживлению ран, сокращает сроки лечения. Разработан новый метод лечения острого парапроктита, не вызывающий побочных реакций и легко переносимый больными.

ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Садикова Д.И., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Йулдашев Х.Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Паранефрит является одной из актуальных проблем современной урологии, так как в последние годы возросло количество острых паранефритов, в основном за счет увеличения в 4-5 раз его гнойных форм. Эта патология является частным проявлением такой важной урологической проблемы как осложнённая инфекция мочевыводящих путей (ОИМП), составляющая 84-86% всех инфекций мочеполовых органов.

Цель работы: Ретроспективное изучение историй болезней больных с паранефритом и выявление оптимальных методов лечения данного заболевания.

Материал и методы исследования: Исследование базируется на анализе результатов лечения 15 больных, прооперированных по поводу паранефрита обширными и малоинвазивными оперативными методами в отделении урологии клиники АндГосМИ с 2010 по 2016 гг. Для систематизации основного клинического материала все больные в зависимости от способа выполнения оперативного вмешательства были разделены на две группы: первая группа – пациенты с люмботомией (5 человек), вторая группа – пациенты, которым была проведено дренирование гнойничков паранефрия (10 человек).

Исследования показали, что в 1 группе общее состояние больных после эндотрахеального наркоза постепенно стабилизировалось на 3-4 сутки (в среднем), при этом снижение давления наблюдалось у 6 больных, что может косвенно указывать на большие кровопотери при ходе операции. При традиционных операциях у 2 больных наблюдался свищ, у 3 – гематурия и у 5- длительные изнуряющие послеоперационные боли. Сроки дренирования раны – 7-10 дней, накладывание асептической повязки на рану – 15-18 дней, средняя продолжительность пребывания на койке до подготовки к операции – 3 дня, после операции – 10 дней. Выполнение эндоскопических операций по времени приближается к традиционным, но их выгодно отличает отсутствие кровопотери, благоприятное течение послеоперационного периода и минимальные сроки реабилитации. К тому же практически отсутствует необходимость в повторных вмешательствах. Как при эндоскопических операциях, так и при ДУВЛ кровопотеря оценивается как нулевая. Сроки дренирования раны – 6-8 дня, средняя продолжительность пребывания на койке до подготовки к операции – 2 дня, после операции – 5 дней.

СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Садикова Д.И., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Йулдашев Х.Ж., Хамдамов Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Нарушения уродинамики мочевых путей при беременности приводит к застою мочи в чашечно-лоханочной системе, развитию гнойных процессов в паренхиме почек и уросепсису. Восстановление оттока мочи, выбор метода дренирования, сроки их выполнения остаются актуальными до настоящего времени.

Цель: выявить оптимальные виды лечения при пиелонефрите беременных.

Материал и методы исследования. В урологической клинике АГМИ с 2010 по 2017 год находились 325 больных с острым обструктивным пиелонефритом беременных. Возраст их составил от 18 до 39 лет.

У 210 больных наблюдался правосторонний острый пиелонефрит, а у 115 больных левосторонний. Для диагностики больных применялись общеклинические, лабораторные, ультразвуковые, эндоскопические методы исследования.

Результаты исследования показали, что при обследовании у всех больных отмечались пиурия, бактериурия, лейкоцитоз и повышение СОЭ, увеличение содержания мочевины и креатинина в крови.

Для оказания лечебной помощи больных разделили на три группы.

1. В первую группу вошли больные с незначительной пиелокаликоэктазией (81).
2. Во второй группе больные были с умеренной пиелокэктазией (92).
3. В третьей группе 152 больных с выраженной пиелокэктазией.

В первой группе применяли спазмолитики, позиционно-дренирующую терапию-пребывание больного на здоровом боку.

Во второй группе больных, у которых наблюдались повышение температуры тела с усилением болей в пояснице, повышением лейкоцитоза в крови применяли катетеризацию мочеочника или устанавливали стент.

В третьей группе больных, у которых прогрессировал воспалительный процесс и дренирование почки с помощью катетера или стента было неэффективным, производили перкутанную нефростомию. Всем больным согласно антибиотикограмме применялись антибиотики.

При своевременном дренировании почек по показаниям активность воспалительного процесса регрессировала, боли в пояснице исчезли, нормализовалась температура тела и улучшилось общее самочувствие больных. Ежемесячно производили смену дренажей и контрольное обследование. После родов женщины подвергались тщательному урологическому обследованию, при необходимости им проводилось комплексное плановое лечение.

Вывод: На основании наших клинических наблюдений можно сделать выводы, что своевременное и правильное дренирование почек у беременных благоприятствует течению беременности и своевременному родоразрешению.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИИ КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ ПРИ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ

**Садикова Д.И., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Юлдашев Х.Ж. Турсунов Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

У 25% пациентов с мультикистозной дисплазией почки отмечаются аномалии строения контрлатеральной почки. Обычно анатомическое и функциональное состояние контрлатеральной почки оценивали по данным УЗИ. В последнее время для оценки анатомии и функции почки используется МРТ.

Цель исследования. Мы сравнили результаты МРТ и УЗИ в оценке контрлатеральной почки у пациентов с мультикистозной дисплазией почки, а также описали частоту выявленных аномалий. Были проанализированы анатомические данные МРТ и сравнили их с УЗИ почек, также оценили дополнительные данные, которые были получены при помощи МРТ.

Результаты исследования показали, что данные 58 пациентов с односторонним мультикистозом, которым была выполнена МРТ, из них 54 также выполнялось УЗИ. Из всех пациентов у 19 (32.8%) были аномалии контрлатеральной почки. Различия в данных МРТ и УЗИ были отмечены у 9 пациентов (16.7%). Из них только у 1 пациента по данным УЗИ была абсолютно нормальная контрлатеральная почка. Частота и различные виды аномалии паренхимы были шире, чем сообщалось ранее.

Выводы:

Аномалии контрлатеральной почки у больных с мультикистозом почки встречаются чаще и более точно определяются по данным МРТ, чем по УЗИ. УЗИ остается наиболее приемлемым способом диагностики при необходимости функционального исследования либо для подтверждения диагноза мультикистоза, или же при подозрении на аномалии контрлатеральной почки.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УСТРОЙСТВО ДОСТАВКИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

**Садыков Р.А., Исмаилов Б.А.
РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова**

Лапароскопическая техника находит все более широкое применение в абдоминальной хирургии. Расширение ее возможностей при оперативных вмешательствах на паренхиматозных органах и выполнении расширенной лимфодиссекции предполагает использование новых технологий при проведении гемостаза. Даже при традиционной лапароскопической холецистэктомии или выполнении операций на матке и ее придатках электрокоагуляция больших кровоточащих поверхностей может привести к возникновению так называемых посткоагуляционных деформаций и сужений протоковой системы или формирование спаечного процесса с соответствующими осложнениями. Необходимость гемостаза при продолжающемся кровотечении сопровождается электрокоагуляцией большого массива тканей с неконтролируемой энергией, что значительно увеличивает риск развития осложнений.

В то же время широко используемые местные гемостатические средства в открытой хирургии находят менее распространенное применение при лапароскопических вмешательствах. Это связано со сложностями доставки гемостатического средства при продолжающемся кровотечении, а также неудобством манипуляции с губчатыми гемостатиками.

Нами разработан гемостатический имплантат Гепроцел, полученный из производных целлюлозы. Препарат отличается биосовместимостью, высоким гемостатическим эффектом и полной резорбцией в течение 2 недель после аппликации. С целью применения Гепроцел в лапароскопической хирургии была исследована порошковая форма имплантата, которая обладает следующими характеристиками: высокой адгезивностью к влажной поверхности, достижением гемостаза в течение 2 минут, сроком биодеградации до 2 недель. Для его применения в лапароскопической хирургии использовано доставочное устройство (FAP20180011). Технический результат устройства заключается в том, что обеспечивается доставка гемостатического имплантата в виде вспушенного порошка на оперируемую поверхность внутреннего органа через рабочий канал троакара лапароскопа.

Конструкция устройства обеспечивает концентрацию порошка в подаваемой смеси воздуха в пределах от 3% до 10%. При этом достигается оптимальная эффективность остановки кровотечения вследствие покрытия раневой поверхности равномерным тонким слоем порошка. При концентрации порошка меньше 3% не достигается должный гемостатический эффект. При концентрации более 10% порошок покрывает поверхность не равномерно и толстым слоем, что ухудшает лечебный эффект.

В эксперименте на беспородных собаках нами апробирована методика остановки кровотечения из печени с использованием порошковой формы Гепроцел. Модель эксперимента заключалась в формировании плоскостной раны, атипичной резекции печени с формированием капиллярного либо смешанного кровотечения. Доставка гемостатического средства значительно облегчалась с применением специального устройства, который позволял дозировать доставлять порошок в место кровотечения. Методика отличается возможностью быстрой и равномерной доставки гемостатика и проведения манипуляции без прямого контакта инструментов с поверхностью тканей.

Выполнено 12 операций на 7 собаках. Гемостаз был достигнут во всех случаях. Осложнений после операции не было.

Разработанное новое доставочное устройство может быть использован в лапароскопической хирургии для применения гемостатического имплантата Гепроцел в виде порошка для остановки капиллярного и смешанного кровотечения из паренхиматозных органов и забрюшинной клетчатки.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Садыков Р.Р., Каримов М.А.
Ташкентская Медицинская Академия.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Гемангиома (Г)- доброкачественная сосудистая опухоль, которая характеризуется быстрым ростом, особенно в первые месяцы жизни ребенка. Прогрессирующие Г. ротовой полости представляют серьезную проблему лечения вследствие частых осложнений в виде кровотечений, нарушений глотания и дыхания.

Цель исследований: Улучшение результатов лечения гемангиом ротовой полости (ГРП) и предупреждение осложнений путем дозированной лазерной ее деструкции.

Материал и методы: Наш опыт включает 20 пациентов, получивших лечение на базе 1 городской больницы кафедры ВОП хирургии. В диагностике Г использовались методы визуального, рентгенологического и ультразвуковых методов исследований. Использовалась классификация ISSVA 2009г, которая учитывает тип и стадию развития гемангиомы основываясь на скорости кровотока. Для хирургического лечения ГРП применялся высокоэнергетический CO₂ лазер и LP NDYAG.

Результаты: По нашим данным ГРП чаще развивается у девочек в соотношении 3/1 к мальчикам. В процессе лечения нами выявлено, что большинство гемангиом являются кавернозными, которые требовали комплексного подхода в лечении. Согласно нашим предыдущим наблюдениям изолированная и однократная глубокая лазерная деструкция, с попыткой удаления Г за 1 сеанс, в 70% случаев приводило к образованию грубых рубцов. Хирургическое иссечение Г чаще носило нерадикальный характер и требовало необходимости выполнения многоэтапных операций.

В настоящее время наша тактика комплексного лечения заключается в дозированной и последовательной деструкции ГРП начиная с самого раннего возраста пациентов. Учитывая высокую склонность формирования келоидных рубцов у детей, нами применялась деструкция с применением устройства LP ND YAG с параметрами: плотность мощности до 7 Дж/см², длительностью до 1мин на 2см². Лазерное лечение проводилось под местной анестезией. Общее количество сеансов лазерной деструкции составило 6 (4-10 сеансов). Длительность лечения доходит до 10 месяцев, до полного исчезновения Г, верифицированной данными доплерографии.

Заключение: Внедрение новых технологий в лечении мальформаций позволило наряду с радикальным излечением достичь хороших косметических результатов. Внедрение в комплекс лечения ГРП лазерной дозированной деструкции позволило добиться хороших косметических результатов у 95% пациентов, удовлетворительных у 5%. Осложнений не было. Отмечено, что чем раньше начато лечение, тем лучше косметический результат и полнота излечения.

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ.

Садыков Р.Р., Каримов М.А.
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт

Лечение гемангиом, особенно с локализацией в области лица, полости рта является все еще не решенной проблемой хирургии. Частые осложнения, обширность поражения, инвазия в окружающие ткани является нерешенной проблемой пластической реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. Методы консервативного лечения – в большинстве случаев не эффективны, лазерные методы деструкции часто приводят к формированию рубцов. Хирургическое иссечение у детей раннего возраста не практикуется, а у взрослых требует многократных вмешательств. В связи с этим, ведется поиск новых путей решения данной проблемы. Большой интерес представляет метод фотодинамической деструкции, который открывает возможности лечения капиллярных мальформаций на ранних стадиях развития.

Цель: Изучить возможности использования лазеров и ФДТ в лечении гемангиом с сочетанным поражением лица и полости рта.

Материал и методы: Пролечено 77 пациентов с гемангиомами. Больным проводили стандартные методы исследования. Доплер УЗИ с определением кровотока, гистологические исследования. Средний возраст больных составил 2±2,5 месяцев. Частота мальформаций у девочек составила 70%.

Методика лечения заключалась в лазерной деструкции выступающих над уровнем кожи и слизистых гемангиом с использованием умеренно расфокусированного излучения PDL лазера. Фотодинамическая терапия проводилась как самостоятельный метод при не выступающих над уровнем кожи и слизистых поражениях, а также в сочетании с лазерной деструкцией Г.ФДТ проводилась аппаратом ФДУ-1 с длиной волны 620-660нм. Проводились фоторегистрация динамики лечения, определение площади и интенсивности окрашивания зоны воздействия.

Результаты: В ходе лечения больных хороший эффект отмечен у 88% больных. Средняя скорость кровотока на момент начала лечения составила 5-9 см/сек, после лечения кровотоков в образовании не определялся. Кратность процедур составила 3±1,5 сеанса до полного рассасывания. Во время процедуры ФДТ, которое проводилось без обезболивания, пациенты отмечали легкое жжение, осложнений не было. При лечении так же использовалась комбинация лазерного воздействия с ФДТ. Осложнения в виде формирования атрофического рубца наблюдалось у 2% больных. У 12% больных отмечен частичный эффект в виде остаточного розового пятна на коже. Кровотоков в зоне Г не значимый.

Вывод: Фотодинамическая терапия в комплексе с другими методами лечения позволяет достичь хорошего эффекта в лечении гемангиом у детей раннего возраста. У взрослых пациентов эффективность лечения ниже.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Садыков Р.Р., Каримов М.А.
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гнойные осложнения остаются нерешенной проблемой в хирургии и достигают 5-30%. Внутрибольничная инфекция, как правило, оказывается резистентной ко многим антибиотикам. Фотодинамическая терапия (ФДТ) открывает новые возможности в лечении антибиотико-резистентных штаммов бактерий.

Цель: Изучить возможности ФДТ в профилактике гнойных раневых осложнений.

Материал и методы. Изучен опыт выполнения оперативных вмешательств с использованием высокоэнергетических лазеров на мягких тканях у 86 пациентов, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в хирургическом отделении 1 городской больницы. ФДТ заключалась в нанесении фотосенсибилизированной мази на поверхность операционной раны и, в последующем, через 3-12 часов темновой фазы, облучении специальным источником красного излучения аппаратом Фодус-1. Длительность облучения до 20 минут с плотностью мощности 200 Дж/см². Критериями оценки эффективности ФДТ служили сроки заживления раны, состояние раны, характер отделяемого, бактериологический контроль раны. Оценку результатов проводили на 3,7,14 сутки после операции. Методика и стандартные растворы разработаны по Гранту АТСС 31-8. Для ФДТ использовались низкоэнергетические лазеры и аппарат ФДУ-1.

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 лазерной деструкции. Заживление раны проходила под струпом, без признаков воспаления. Рана велась открыто, без наложения повязок.

Заключение: ФДТ представляется новым и эффективным методом лечения и профилактики гнойной инфекции. ФДТ одинаково эффективен в отношении антибиотикорезистентных штаммов бактерий.

СИНДРОМ ГЕПАТОПАТИИ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Саидов Ш.А., Карабаев Х.К., Кенжемуратова К.С., Карабаев Н.М., Джураева З.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность: Текут по телу жизненные соки. И в печени сокрыты их истоки.....

Запомни в ней основа всех основ: Здоров дух печени, и организм здоров (Авиценна).

Целью работы явилась изучение функционального состояния печени у больных с тяжелой термической травмой.

Материал и методы исследования. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в течение 5 лет у 125 больных с глубокими ожогами ШБ-IV степени с площадью от 15 до 55% поверхности тела (п.т.) проведено изучение функции печени в динамике заболевания. Определяли содержание общего белка, белковых фракций и фибриногена, а также азотосодержащих метаболитов мочевины и креатинина в крови. Параллельно исследовали концентрацию 17 свободных аминокислот в крови.

Результаты. Установлено, что у больных с глубокими ожогами более 40% п.т. с 5-7-го дня заболевания наблюдаются нарушения обмена белков: умеренная гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, повышение содержания α_1 и α_2 -глобулинов, гипергаммаглобулинемия и снижение альбумин-глобулинового коэффициента, отмечено увеличение β -глобулиновой фракции. содержание фибриногена в крови было снижено. Повышение содержания мочевины и креатинина в крови наблюдается только на 5-7-е сутки заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о значительных нарушениях белкообразовательной функции печени.

В сыворотке крови 55 больных с ожоговой болезнью (ОБ) исследованы концентрация и процентное содержание 17 белковых аминокислот. При ОБ выявлены нарушения обмена аминокислот, которые имеют более или менее специфический характер и связаны со снижением функциональной активности гепацитов вследствие блокады их токсинами. Тромбообразовательная функция печени у 90% из них оказалось умеренно пониженной.

При обширных ожогах отмечена умеренная гипергликемия, сохраняющаяся в течение 1-й недели болезни. При ОБ содержание общего билирубина оказалось у верхней границы нормы, а непрямого билирубина-в 2 раза повышено. При обширных ожогах отмечено повышение активности всех ферментов, в среднем в 2 раза по сравнению нормой.

Выводы. При ожоговой болезни в результате токсического повреждения печени развиваются дистрофические изменения гепацитов, нарушаются практически все печеночные функции, клинико-биохимические проявления функциональных расстройств печени составляют сущность синдрома гепатаргии, патогномичного для токсического гепатита и острой дистрофии печени.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ

Саидходжаева Д.Г., Хакимов В.А., Джумабаев Э.С., Назаров Н.Н., Суюнов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Предупредить возникновение гнойных осложнений при осложнённых форм эхинококкоза лёгких возможно методом не прямой региональной лимфатической терапии. Предложенное не прямое введение антибиотиков позволяет создавать большие концентрации лекарственного препарата в регионарных лимфатических сетях и обеспечивает тем самым длительное воздействие на патологический процесс. Исходя из описанного нами, в клинике с целью антибиотикопрофилактики применён, метод региональной лимфатической терапии в пре- и послеоперационном периодах у пациентов с осложнёнными формами эхинококкоза лёгких. Уровень поражённости составляет при этом от 6 до 9 человек на 10.000 населения имеет тенденции к снижению. Учитывая, то обстоятельство, что республика Узбекистан является одним из эндемических очагов эхинококкоза, поиски путей направленных, на совершенствование методов хирургического лечения данного заболевания являются одной из актуальных проблем здравоохранения. Экономические потери от эхинококкоза связанные с длительной нетрудоспособностью и инвалидизацией больных возводят эту инвазию, особенно осложнения в виде нагноений и т.д. до уровня социальной проблемы.

Количество операций проводимых в республике по поводу эхинококкоза составляют от 1 до 1,5 тысяч в год. При этом число осложнённых форм достигает 25-45%.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии есть аспекты, требующие к себе серьёзного внимания, в особенности это касается осложнений эхинококковой кисты и профилактики послеоперационных осложнений.

Предупредить возникновение гнойных осложнений при осложнённых формах эхинококкоза лёгких возможно путем правильного выбранного метода операции, тщательной ликвидации остаточной полости, а также, возможно методом не прямой региональной лимфатической терапии (Джумабаев.С.У и соавтор).

Методика антибактериального препарата, введенный в претрахеальную клетчатку проникает в лимфатические сосуды и узлы, расположенные в ней, при условии изменённой циркуляции жидкости в цепи ткань = кровь = лимфа. Такое состояние ткани в претрахеальную клетчатку создается предварительным введением лимфастимулирующего вещества, а затем лечебного препарата. При этом основным путем миграции из клетчатки антибиотика следует считать следующий: клетчатка (лимфатическая система собственно претрахеальной клетчатки) = лимфатические узлы претрахеального пространства. Далее благодаря ретроградному току лимфы при воспалении обеспечивается проникновение препарата из узлов претрахеальной клетчатки в лимфатические узлы и глубоко в сосуды лёгких, оказывая непосредственное воздействие на патологический очаг, находящийся в легочной ткани.

Методика заключается в следующем: изогнутой иглой вводится претрахеально лимфастимулятор лазикс, гепарин, антибиотик широкого спектра действия, иммуномодулятор (Т-активные, тимоген), анальгетики (кетонал), десенсибилизирующий препарат (димедрол, тавегил, супрастин), от 3 до 5 сеансов, на курс лечения до 10 при тяжелых случаях. Все препараты вводятся через одну иглу с новокаином.

Эхинококкоз широко распространенное опасное паразитарное заболевание человека, которое является эндемичным для республик Средней Азии, в том числе и для Узбекистана (Каримов.Ш.И., Назыров.ФГ) и др. Ташкент 2008.

Одним из самых грозных осложнений эхинококкоза легких является нагноение кисты до операции, после операции нагноение остаточной полости, остаются неясные такие аспекты как этапность при множественных и сочетанных локализациях. Тактика при различных осложнениях эхинококковой кисты.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 7 больных с осложненными формами эхинококкоза легких. Из них в 5 случаях диагностирован прорыв эхинококкоза в бронх, в 2 случаях нагноение кисты. При первичной бронхоскопии в дооперационном периоде в 3 случаях обнаружен катаральный эндобронхит, в 2 случаях обнаружена обструкция просвета бронхов хитиновой оболочкой.

Всем больным а пред- и послеоперационном периоде проводилась антибиотико профилактика претрахеально раствором анестетика, .=.=.=.=. фурасемида и антибиотика.

Пяти больным произведена операция, эхинококкоэктомия с ушиванием ложа кисты по Боброву-Сопоскоукоцкому, одному больному произведена частичная резекция легкого, одному больному была выполнена лобэктомия.

Результат данного метода оценивали по данным бактериологического исследования мокроты и жидкости бронхоскопического ловажа. При проведении бактериологического контроля со времени вмешательства патологической микрофлоры не обнаружены. У всех больных температура нормализовалась на 2-3 сутки после операции. При послеоперационной бронхоскопии у 5 больных отмечалось щелевидное сужение бронхов на стороне операции и катаральный эндобронхит, у 2 больных геморрагическая обструкция. Пациенты выписаны на 7-8 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Заключение: Таким образом, использование метода региональной лимфатической терапии в комплексном лечении у больных с осложненными формами эхинококкоза является простым в использовании и эффективным. Тем самым предупреждается возникновение гнойных-воспалительных осложнений и может быть использован в клинике наряду с традиционными методами профилактики послеоперационных осложнений.

К ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Саидходжаева Д.Г., Хакимов В.А., Джумабаев Э.С., Курбанов Х.А., Умматалиев Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

При любом воспалительном заболевании брюшной полости (панкреатиты, холециститы, гастрит, дуодениты, аппендициты...), грудной полости (пневмонии, бронхиты, миокардиты...) воспалительные заболевания глаза, лица, ЛОР заболеваниях, шеи, головы.

Эти патологические процессы и заболевания прежде всего влияют на лимфатическую систему, нарушая ее функцию (лимфоотток, лимфообразование нарушаются), наступает отек тканей, нарушение микроциркуляторного русла.

В этом случае корректоры обладают детоксикационным фактором, ускоряя выведение из организма жидкости, а вместе с ней токсических продуктов через лимфатические сосуды, имеющие выраженную обезвреживающую функцию.

Другие корректоры воздействуют на венозные микрососуды, изменяют проницаемость их стенок и повышают дренирующее свойство венозной системы. Третьи корректоры нормализуют микроциркуляцию через лимфатические сосуды, повышая эффективность дренирующего потенциала последних.

Особенности механизма воздействия корректоров позволяют делать правильный выбор для использования в зависимости от характера патологического процесса. Например, гнойно-септической патологии, отеке и инфильтрации тканей, когда имеет место сдавление венозных микрососудов воспалительным инфильтратом, использование препаратов воздействующих на лимфатическую систему и усиливающих дренажную деятельность лимфатических капилляров более рационально, чем на венозную систему. Рациональный подбор и сочетание корректоров микроциркуляции с другими средствами, например, антибиотиками при воспалении, ингибиторами протеаз при панкреатите и др., имеет значение в успешности лимфатической терапии и нормализации деятельности микроциркуляторного русла. Мы здесь даем описание тех корректоров, которые используются преимущественно с целью регионального воздействия.

В последние годы получили экспериментальную разработку серия новых отечественных препаратов созданных в Московском кардиоцентре, которые при клинической апробации показали высокий эффект, в частности, при язвенной болезни, благодаря угнетению секреторных свойств желудка. Среди них такой препарат как «доларгин», оказался одновременно лимфотропным вызывая нормализацию функции микроциркуляторного русла не только желудка, но и поджелудочной железы.

Таким образом перечень средств, воздействующих на лимфатическую систему расширяется и исследования в этом направлении экспериментального и клинического характера продолжаются.

Трипсин. по отношению к здоровым тканям фермент не активен и безопасен, усиливает лимфородукцию и дренажную активность лимфатических капилляров. для лимфотропной терапии используется дозы препарата в 2,5-5,0 мг. растворенные в 50-100 мл физиологического раствора или 0,25 % новокаина.

Лидаза-фермент содержащий гиалуронидазу слабо-желтой или золотисто-желтоватой пористой массы. Легко растворим в воде. Вызывает увеличение проницаемости тканей и способствует переходу основного вещества из состояния геля в золь и отведению межкишечной жидкости. Противопоказания к применению: злокачественные и инфекционные заболевания. Гепарин-кислый мукополисахарид. Относительная молекулярная масса 5000. Естественный противосвертывающий фактор, обладающий гемостатическим и лимфогенным действием, угнетает активность гиалуронидазы, являясь иммуносупрессором, обладает противожсудативным действием, связывая при этом гистамин и гистаминоподобные вещества и уменьшая их повреждающее действие. Лазикс-белый кристаллический порошок, нерастворим в воде. Обладает способностью ингибировать факторы свертывания крови, увеличивает фильтрацию жидкости в лимфатических капиллярах, оказывает при этом противоотечное действие.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МОТОРНО – ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Саидходжаева Ж.Г., Джумабаев Э.С., Курбанов Х.А., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Микроциркуляторные гемо-лимфатические сосудисто – тканевые нарушения в стенке органа в результате операционной травмы и высокого выключения внеорганных сосудов и нервов при резекции желудка являются одним из основных причин послеоперационных двигательных нарушений желудочно-кишечного тракта (Джумабаев С.У., Мехманов А.М. 1986-93). В связи с этим коррекция наступивших нарушений в результате операции, путём опосредственного воздействия на лимфатическую систему органа, улучшающей дренажную функцию лимфатических капилляров и сосудов имеет практическое значение в послеоперационном периоде. (Джумабаев С.У. с соавт 1986-1996).

Целью настоящего исследования было изучение эффективности региональной лимфатической терапии через круглую связку печени в профилактике и лечении двигательных нарушений желудочно-кишечного тракта после операции.

Материалы и методы. Метод региональной стимуляции лимфатической системы (РЛТ) органов брюшной полости через круглую связку печени в послеоперационном периоде применён у 62 больных. В качестве лимфастимулятора использованы гепарин 5000 ед, фуросемид 0,5, на 0,25% раствора новокаина 20мл.

Результаты и обсуждение: в результате лимфостимуляции значительно улучшилось течение послеоперационного периода в связи с ранним восстановлением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Количество аспирируемого содержимого культи желудка через назогастральный зонда за сутки уменьшились на 30-40%. На третий день после операции четко прослушивалась перистальтика кишечника, самостоятельно отходили газы. Наблюдалась более ранняя активность больных. Сроки пребывания в стационаре сокращались на 2-3 дня.

Положительный эффект стимуляции лимфатической системы после операции объясняется улучшением микроциркуляции вследствие усиления дренажной функции лимфатических сосудов. Лекарственные препараты примененные нами, усиливают лимфообразование и лимфоотток в 1,5-2 раза и более (Левин Ю.М. 1986).

Наш опыт показывает, что стимуляция лимфатической системы после операции необходимо проводить 1 раз в сутки в течение 3-4 дней. Лимфастимуляцию начинаем сразу после завершения операции и прекращаем на другой день после восстановления перистальтики кишечника и самостоятельного отхождения газов.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА

Саидходжаева Ж.Г., Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Хакимов В.А., Кличев М.Р., Курбанов Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Нами проведена лимфатическая терапия 80 больным с острым тромбозом нижних конечностей. Причем у 43 в области голени, у 42 в области нижней трети бедра.

С целью диагностики и эффективности лечения исследована кровеносная и лимфатическая система с применением ультразвуковой доплерографии и лимфографии.

Лимфатическую терапию проводили через межпальцевые промежутки, (общий объем вводимой жидкости 7-10мл) лидазой 16 ед, гепарин и 1%-1,0м иммуномодулятор, антибиотик разовой дозой. На место инъекции накладывали компресс полуспиртовый на 6-8 часов. Ногу бинтовали эластичным бинтом. Курс лечения в зависимости от тяжести патологического процесса составляет от 6 до 10 ежедневных сеансов. 45 больных лечились традиционными методами.

У больных острым тромбозом подкожных вен при проведении курса лимфатической терапии на 2-3 сутки лечения прекращались боли, на 3-4 сутки исчезали гиперемия, отек, постепенно уменьшались уплотнения по ходу вен.

При радионуклидной лимфосцинтиграфии, проведенной через 7-8 дней от момента тромбоза, выявлено повышение скорости лимфооттока (16,3мм/мин) и интенсивность реабсорбции из тканевого депо (26%), что было связано с компенсаторной функцией лимфатической системы, направленной на дренирование тканей. В последующем отмечалось удлинение реабсорбции. Так интенсивность, выведения радионуклеида из тканевого депо через 60 минут у больных с острым тромбозом подкожных вен.

Составила 19%, а скорость движения лимфы в конечностях 14,1 мм/мин. После проведения лечения реабсорбция радионуклеида через 60 мин сохранилась на 24 %.

Скорость лимфооттока -13,5± 11,2 мм/мин, сроки пребывания больных основной группы на больничной койке в среднем составляла 8,1±1 дней, тогда как, в контрольной группе 12±1 дней. Таким образом применение лимфатической терапии приводило к улучшению микро, гемо и лимфоциркуляции, более быстрой ликвидации отека, купированию воспалительного процесса, рассасыванию тромбов. Число хороших результатов в этой группе было больше, продолжительность же стационарного лечения значительно меньше, чем контрольной группе.

ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ

Саидхожаева Д.Г., Джумабаев Э.С., Хакимов В.А., Умматалиев Д.А., Курбанов Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Основными причинами гнойного холангита чаще всего являются холедохолитиаз, индигирование билиарного тракта (деструктивный холецистит, абсцесс печени). В связи с этим предложены различные варианты декомпрессионного билиарного тракта при остром холецистите. Цель исследования – оптимизация декомпрессии билиарного тракта при остром гнойном холангите. Материал и методы: од нашим наблюдением находилось 213 боль. ных с острым гнойным холангитом. Причинами послужили: деструктивный холецистит, холедохолитиаз 27 (12.6%) доброкачественные стриктуры вне печеночных желчных протоков 7 (3.3%). Злокачественная обструкция билиарного тракта 13 (6.1%) гнойного холецистита 4 (1.8%) абсцессов печени 2 (0.9%) рефлюкс холангит 5(3.0%). Холецистэктомия выполнена в 67(31.4%) наблюдениях под контролем УЗИ – 9. Лапароскопическая -26 из мини доступа 32. При двухэтапном лечении на втором этапе выполнения следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия - 61, холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия - 12. Осложнением в послеоперационном периоде были отмечены у 13/6.1%. Заключение : Острый гнойный холангит является тяжелой билиарной патологией. В особенно тяжелых случаях нужно проводить двухэтапные операции. В первом этапе декомпрессия билиарного тракта в мало инвазивном варианте.

НОВЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА

Салахитдинов С.З., Икрамова Ф.Д., Исакова Д.З., Зайнобиддинова Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт.

Из 81 наблюдаемого нами больного с тяжелыми формами демпинг-синдрома (ДС) реконструктивные операции выполнены у 65, корригирующие у 16. Среди реконструктивных операций пальма первенства принадлежит редуоденизации (64,2%), а среди корригирующих – сужению ранее наложенного анастомоза или выхода из желудка (17,3%).

При выборе тактики хирургической коррекции тяжелой формы ДС, возникающего после резекции желудка по Бильрот-I, мы, учитывая личный опыт 800 различных реконструктивных и корригирующих операций при заблуждений оперированного желудка (ЗОЖ), предложили свой собственный. При этом мы руководствовались ниже следующими соображениями:

1) сужение гастроэюнального анастомоза при ДС после резекции желудка по второму способу Бильрота, предложенное W. Abbot и соавт. (1958, 1961) как этап реконструктивной гастроэюнодуоденопластики получило положительную оценку (В.С. Маят и соавт. 1965);

2) стволовая ваготомия как способ лечения ДС, впервые выполненная в 1949 г. N. Stapler (трансторакально), с успехом использована W. Abbot и соавт. (1961) и В.М.Сегаловым (1971).

С целью замедления пассажа пищи через двенадцатиперстную и тощую кишку нами было предложено создание искусственных изгибов двенадцатиперстной кишки (ее фиксация к килу культи желудка – первый изгиб) и тощей кишки в области связки Трейца путем ее фиксации к мезоколон (создание тупого угла – второй изгиб).

Комбинация четырех факторов (стволовая ваготомия, сужение гастродуоденального анастомоза и создание искусственных изгибов в двенадцатиперстной и тощей кишке), указанных выше, легла в основу нашего изобретения «Способ хирургического лечения ДС», на который получен патент Республики Узбекистан №4283 от 30.06.1997 г.

Из 81 наблюдаемого нами пациента у 13 (16%) ДС возник после резекции желудка по Бильрот – I (10) и редуоденизации (3). У 4 из этих 13 больных произведена ререзекция желудка с наложением терминолатерального гастродуоденоанастомоза. У 5 пациентов для ликвидации ДС была применена изолированная стволовая ваготомия (1), стволовая ваготомия с сужением просвета гастродуоденоанастомоза путем гофрирования (1) и просто сужение гастродуоденоанастомоза путем гофрирования (3). У 4 пациентов для устранения ДС корригирующая операция была осуществлена по нашей методике.

У больных с ДС I и II степени только диетологическая и лекарственная терапия не всегда дает стойкий положительный результат. Предложенная нами методика позволила значительно повысить эффективность консервативного лечения.

Способ лечения больных с ДС I и II степени по нашей методике заключается в воздействии на моторику желудочно-кишечного тракта лазерным излучением повышенной импульсной мощности 40 Вт («Импульс – 100») на три точки (в проекции тела или культи желудка, анастомоза и анастомозированной кишки) с частотой 50 Гц, длительностью 2 – 4 мин на каждую точку, ежедневно. Курс лечения состоит из 7 – 10 сеансов. Способ защищен авторским свидетельством «Способ лечения ДС» (патент РУз №2288 от 30.03.1995 г.).

Использование указанных параметров лазерного излучения способствует урежению частоты и уменьшению импульса сократительной активности желудка, которая остается на уровне, предупреждающем клинические проявления ДС. Достигнутый эффект стойко сохраняется после проведенного курса лечения, о чем свидетельствуют субъективные признаки, в частности исчезновение клинических симптомов ДС.

Непосредственные результаты у пациентов этой категории говорят о том, что подход к лечению должен быть строго индивидуализированным с учетом перенесенной первичной операции, сочетаемости ДС с другими ЗОЖ. Редуоденизация должна служить операцией выбора, так как она является радикальной, физиологичной, быстрой в выполнении, а также позволяет навсегда ликвидировать синдром приводящей петли (СПП), который довольно часто сочетается с ДС. При ДС, развившемся после резекции желудка по первому способу Бильрота, операцией выбора должна быть корригирующая операция в нашей модификации, несложная, технически легко выполняемая любым хирургом и самое главное, асептическая, так как просвет полого органа не вскрывается. Что касается программы полилазерного облучения (ПЛО), то полученные нами результаты свидетельствуют о ее очевидных плюсах. В дооперационном периоде лазеротерапия способствует урежению моторно-эвакуаторной функции желудка или его культи. Применение углекислотного лазера при рассечении полых органов сводило к минимуму травматизацию тканей, исключало развитие таких осложнений как кровотечение (в просвет желудочно-кишечного тракта, брюшную полость), недостаточность швов соустьев. Использование гелий-неонового лазера в раннем послеоперационном периоде предотвращало развитие воспаления в зоне анастомоза, в более короткие сроки нормализовало сократительную функцию культи желудка после трунккулярной ваготомии, что не позволяло развиваться анастомозитам и гастростазу. Результатом применения программы ПЛО явилось снижение числа общих послеоперационных осложнений в 6 раз и гнойно-воспалительных осложнений более чем в 2 раза. Частота таких грозных осложнений как недостаточность швов соустьев, послеоперационные кровотечения, послеоперационные внутрибрюшинные и забрюшинные абсцессы были сведены к нулю.

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Салахитдинов С.З., Икрамова Ф.Д., Эгамов С.Ш., Абдуллаев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Широкое распространение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки обуславливает неутолимый интерес к дальнейшему совершенствованию методов ее консервативного и оперативного лечения.

Материалы и методы: По данным хирургических отделений клиники АГМИ за последние пять лет, источником кровотечения у 988(53,2%) больных явилась язва 12ПК, у 469(25,3%) – язва желудка. При этом у 229(15,7%) были установлены острые язвы желудка и 12ПК, у 19(1,3%) – сочетанные язвы желудка и 12ПК, малигнизированные язвы – у 36(1,9%). Язвенные кровотечения составили 78,5% от всех гастродуоденальных кровотечений. Продолжающееся кровотечение было диагностировано у 763 (41,1%) больных, состоявшееся кровотечение – у 739 (39,85%), и нестабильный гемостаз определен у 254 (13,9%).

Результаты и обсуждение: Основой лечебной тактики была инфузионно-трансфузионная терапия. Принципиально важным при лечении данных пациентов считаем поддержание круглосуточно рН желудочного содержимого, равного 5,0-6,0, что может быть обеспечено внутривенным введением омепразола или фамотидина в течение 3 суток с переходом на таблетированные формы. Показанием к выполнению экстренной операции в любое время суток у больных, страдающих язвенным ГДК, считаем продолжающееся кровотечение, которое не удается остановить, используя и эндоскопические методики, рецидив кровотечения на фоне проводимого лечения, угрозу рецидива кровотечения при содержании гемоглобина до 80 г/л, гематокрита до 25% и отрицательную эволюцию язвы по данным эндоскопии. Экстренной операции (до 6 часов) подвергнуто 12 (26,1%) больных, срочные операции (до 48 часов) при рецидиве или высоком риске рецидива выполнены у 25 (54,3%)

больных, плановые операции (позже 10 суток) выполнены у 7 (15,2%). При кровотечении из острых язв, даже при неоднократном его рецидиве, проводилось консервативное лечение, включавшее и повторное применение эндоскопических методик. Подвергнуть операции при этом источнике кровотечения нам пришлось 2 больных. Что касается объема оперативного вмешательства, то следует отметить, что у 16 (34,85%) больных выполнены резекции желудка, у 23 (50,0%) выполнялись органосохраняющие операции. При этом из-за тяжести состояния у 7 (15,2%) – минимальное по объему вмешательство (иссечение язвы, прошивание кровоточащих сосудов).

Заключение: Главным требованием к операции при кровотечении считаем удаление самого язвенного субстрата, обеспечивающего стабильный окончательный гемостаз. При кровотечении из хронической язвы желудка методом выбора хирургического лечения считаем резекцию желудка, в исключительных случаях – иссечение язвы. Во всех случаях кровотечения из язв 12ПК считаем правомочным выполнение резекции желудка, отдавая предпочтение органосохраняющим операциям.

МИОКАРД ШИКАСТЛАНИШЛАР БИЛАН ЯШИРИН ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ, МИОКАРДИТ, МИОКАРДИК КАРДИОСКЛЕРОЗ КАСАЛЛАР ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИДАГИ ДОПЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИЯ

**Салиев Г.З., Тургунов А.И., Зияев Ш.А.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Касалларда нокоронар миокард шикастланишлардан сўнгги ривожланидиган юрак кискарувчанлик функциясини етишмовчилиги купинча катта кийинчиликлар тўғдиради. Шунингдек, касалнинг ахволини оғирлигини баҳолаш ва юрак-кон томир тизимининг компенсатор имкониятларини аниқлаш хозиргача долзарб муаммо бўлиб турибти. Бу мақсадларга каминвазив усулларни қўллаш жуда перспективлигини клиник амалиёт курсатиб турибти.

Адабиёт таҳлилига тўхталганимизда МК ташҳисини қўйиш учун касалларда клиник текширувлар, лаборатор ва инструментал текширувлар, эндомиокардиал биопсия утказилинади. Клиник-инструментал текширувлар: кўкрак девори рентгенографияси, 12 нуктадаги стандарт электрокардиография, холтер мониторинги, ЭКГ, велоэргометрия, стресс ЭхоКГ жисмоний юклама. Юрак етишмовчилиги даражасини функционал синфларга бўлиш учун NYHA таснифи ишлатилган. Текширувга 29 касал қушилган. Уларни 21 нафар эрак киши ва 8 аёл киши, ёши 18-46 гача (ўртача 33 ёш).

Касалларнинг ҳаммасига доплероэхокардиография утказилган. Бу текширувда чап қоринча насос функцияси курсаткичлари, систолик ва диастолик чап қоринча ҳажми, чап қоринча фракцион қисқариши, миокард толаларини қисқариш тезлиги аниқланган. Чап қоринча диастолик функциясини баҳолаш учун апикал қоринчадан юракнинг тўрт камерали расми олинган ва чап қоринча импульс режимида тўлиши, изоводемик релаксация вақти аниқланган. Эрта диастолик тўлишни (Е) ва бўлмача систоласи (А) қоннинг максимал тезлиги ва уларнинг тенглиги аниқланган (Е\А).

Чап қоринча фазали структурасини доим тулқинли доплерография ёрдамида ва ЭКГнинг бир вақтнинг ўзида ёзилиши билан ўрганилган. Ва битта нуктада трансмитрал ва трансортал қон айланиши кўрсатилган. Трансмитрал қон айланиши ва трансортал қон айланиши бошланишини интервали аниқланган, бу ҳолат изоводемик қисқариш деб баҳоланган; чиқиб юбориш вақти трансортал қон айланишининг бошланиши ва тугашини орасида, изоводемик бўшашиш трансортал қон айланиши якунланиш вақти ва трансмиттер қон айланиши бошланиш вақти оралиғида аниқланган.

Аниқланган интерваллар ердамида ДЭхоКГ глобал қисқарувчанлик индекси (К қиск.) С. Теи усулида кўрсатилган. Бу индекс изоводемик қисқариш вақти суммаси ва изоводемик бўшашиш вақтини, чиқиб юбориш вақтига таққослаганда чиққан. Марказий гемодинамика параметрлари саналган дақиқа ҳажми аортал оқим максимал қон айланиши ўпка артерияси ўрта босимини аниқлаш учун (УрЛАБ) ўнг қоринча чиқиш трактида қон айланиши импульс ва тинимсиз тўлқинли доплер режимида текширилган. Ўпка артериясидаги ўртача босимни А. Kitabatake формуласи ёрдамида аниқланган:

$Ig(УрЛАБ) = -2.8x(AT\ET) ПЖ + 2,4$ - чиқариб юбориш кучи 120 мс ошиқча ва формуласи $90 - (0,62xAT\ET) ПЖ$ - чиқариб юбориш кучи 120 мс паст, АТ-қон айланиши тезлашиши, ЕТ- чиқариб юбориш вақти.

Шу ердаёқ статистик таҳлил ўтказилган: белгиланган гуруҳларда ўрта натижаларни фарқларини тенглаштириш ва аниқлиги, кўп ўлчамли регрессион статистик таҳлил. Гемодинамик чегараларини кўрсатиш мақсадида "Қадамма қадам минималлашган" хатолар алгоритми ишлатилинган.

Хулосалар:

-ДЭхоКГ, стресс ДЭхоКГ билан миокард шикастланишларини эрта диагностика қилишга имконият беради ва юрак етишмовчилигини эрта доклиник даражасини изоводемик қисқаришнинг энергия мухтож даврларини ва кардиоцикл фазали бўшашишининг, индекс қисқаришини кўрсатиб беради.

-Қисқариш индекси (К қиск.) I-II ФК ЮЭ билан касалларда миокард зарарланиши даражасини кўрсатиб беришининг битта кўрсаткичи бўлади.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ

Саматов Ф., Юлдошев Ф.Ш.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Грыжи являются частой хирургической патологией. Каждый 3-5 житель Земли является потенциальным грыженосителем. Заболеваемость населения наружными грыжами живота 4-7%. Из общего числа операций в хирургических стационарах 10-21% приходится на герниопластику. В настоящее время показания к аллопластике

грыж расширяются, и даже самые скептически настроенные хирурги применяют протезы для лечения грыж. Эти приёмы комбинированной пластики осуществляют реконструкцию брюшной стенки.

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения больных послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки.

Материалы и методы исследования: Проанализировано результаты хирургического лечения 58 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами, оперированных в хирургическом отделении Самаркандского ГМО. 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. Использована классификация, которая принята на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде в 1999 году. Общее количество больных были разделены на две группы в зависимости от способа герниопластики: В 1-ю группу (основную) включены 30 (60%) пациентов, которым выполнили ненатяжная герниопластика по методике «inlay». Контрольная группа 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: 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.

ОДАМЛАРДА ЭХИНОКОККОЗНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА МАХАЛЛИЙ АНТИГЕНЛАРНИ ҚЎЛЛАШ.

Саттарова Х.Г., Сувонкулов У.Т.

Ў.М.Исаев номидаги тиббий паразитология илмий текшириш институти

Ўзбекистон дунёдаги эхинококкознинг бешта эндемик ўчоқларидан бирида жойлашган. Бир йилда мамлакатимизда 4 мингдан ортиқ эхинококкэктомия операциялари бажарилади. 2003-2013 йилларда вилоятлар кесимида эхинококкознинг тарқалиш кўрсаткичи юқори бўлган вилоятлар қаторини Хоразм, Қашқадарё, Наманган, Андижон, Самарканд ташкил қилади. Касаллик кўпроқ кишлоқ аҳолиси орасида учрайди (67%). Касаллик специфик белгиларга (симптомларга) эга бўлмаганлиги сабабли, аксарият ҳолатларда тасоддифан ва кеч аниқланади. Бу ҳолатларда касалликни фақат хирургик усул билан даволайди. Касаллик одамнинг деярли барча аъзоларини (асосан: жигар, ўпка, буйрак баъзан эса мия ва суякда ҳам учрайди) зарарлаши мумкин. Шундан келиб чиқиб, паразитар қаста 30 мм гача бўлганда уни аниқлаш ва касалликни консерватив даволаш юқори самара беради.

Мақсад. Эхинококкозда иммунологик текширишлар РНГА, ИФА, ELISA ни кенг қўллаш, уни эрта ташхислаш ва консерватив даволашга имконини беради. Ушбу усулларда антиген ва антитана муносабатларининг уйғунлиги тест-системаларини шакллантиришда қўлланилган паразитнинг антиген хусусиятларига боғлиқ. Импорт тест-системаларда қўлланилган антигенлар ўзбекистонда учрайдиган эхинококкнинг генотипларига тўғри келмайди, шунинг учун ёлғон-мусбат ва ёлғон-манфий натижалар ташхис қўйишда хатоларга олиб келади. Эхинококкоз антигенларни ташхис қўйишда қўллаш бошқа касалликлардагига нисбатан кам сезгирликни ташкил қилади. Шунинг учун эхинококкоз билан касалланган маҳаллий эхинококк киста суюқлигидан антиген тайёрлаш ва уни қўллаш эхинококкоз эрта ташхислашда яхши самара беради.

Текшириш усуллари ва материаллар. Ў.М.Исаев номидаги тиббий паразитология илмий текшириш институтида ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) усулини қўллаб, эхинококкоз эрта ташхислаш учун антиген тайёрлашда 5 та маҳаллий қўйларнинг жигаридан ажратиб олинган эхинококк кистасидан паразитар суюқлик олинди. Олинган паразитар суюқликларда протоколлар мавжудлиги микроскоп ёрдамида аниқланди. Паразитар суюқликлар орасидан протеин миқдори юқори бўлган 3 та наъмуна ажратилди ва улардан аралашма (mix) антиген тайёрланди. Тайёрланган антигенларни бўш плашкаларга блокинг қилинди. Эхинококкоз билан касалланган ва жароҳлик йўли билан эхинококк кистаси ажратиб олинган 44 та беморларнинг қон зардобидан олиб, маҳаллий қўйларнинг эхинококк кистасидан тайёрланган антигенга қўлланилганда шу беморлардан 33 тасида мусбат натижа кўрсатди. Бу эса маҳаллий қўйлар паразитар кистасидан тайёрланган антигенларнинг сезгирлиги ва махсуслиги 75 % га тўғри келади. Шу билан бир қаторда ушбу беморлар зардоби Новосибирскда ишлаб чиқарилган ВЕКТОР БЕСТ тест системасига қўйилганда 28 та беморда мусбат кўрсаткич берди. Бу кўрсаткич 64 % ни ташкил қилади.

Хулоса: Ўтказилган тажрибалар маҳаллий қўйларда учрайдиган эхинококк ва ўзбекистонда эхинококк билан касалланган беморлардаги эхинококк генотипларига мослигини кўрсатади. Ушбу усул эхинококкоз эрта ташхислашда қўллаш ва консерватив даволаш самарадорлигини оширишга ҳамда Ўзбекистонда минглаб операция амалиётларини қисқаришига олиб келади.

КРОН ХАСТАЛИНИ ДАВОЛАШ ВА УНИ АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ

Суюнов Д.М., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Пакирдинов А.С., Умматалиев Д.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Крон касаллиги – оқват хазм қилиш трактининг сурункали қайталанувчи хасталиги бўлиб, ичак деворида трансмурал яллиғланиш ва гранулёма ҳосил бўлиши билан характерланади. Касаллик ошқозон ичак йўллари бузилиши ва ичакдан ташқари белгилар билан намоён бўлади. (Григорьева Г., 1999; Адлер Г., 2001; Арутюнян В.М. ва бошқалар 2003).

Мақсад; Крон хасталиги билан оғриган беморларни даволашни самарадорлигини ошириш, юзага келадиган ўткир асаоратлари олдини олиш. **Материал ва метод:** Крон хасталиги билан оғриган 25 та беморлар кузатиб

борилди. Булардан 16 таси стационар даволанган беморларни 14 таси эса амбалатор даволанган беморларни ташкил этади. Хасталик туфайли ташрих қилинган беморлар 8 нафарни ташкил этади. Ташрих қилинган беморларни 90% тезкор жаррохлик бўлимига мурожат қилган бўлиб 5 тасида ёнбош ичак перфорацияси ва ўткир перитонит 2 тасида кўндаланг чамбар ичак некрози билан асоратланган бўлиб қолган 3 тасида ичакдан қон кетиш туфайли 2 нафар беморда эса ўткир аппендицит ташхиси билан ташрихга олинганда Крон хасталиги ташхиси қўйилган. Беморларда юзага келган асоратларни барчаси кучли диареядан сўнг келиб чиққан бўлиб буни қўйидагича изохлаш мумкин яллиғланган дағалалшган ичак тўқимасидаги кучли перисталтика вақтида ичак девори ёришиши, шиллик қаватни шикатланиши оқибатида қон кетиши каби ароталрни келиб чиқишига сабаб бўлган. Беморларда ўтказилган ташрихларда сўнг ҳам диарея синдроми сақланиб қолган. Ўрганишларимиз шуни кўрсатадики ичак перисталтикасини камайтириши касаллик ароталларини ҳам камайтиришга хизмат қилади. Шу мақсадда назоратдаги беморларда икки гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳдаги беморларга лоперамид таблеткаси биринчи суткада 4мг дан берилди. Препаратнинг суткалик максимал дозаси 16 мг ни ташкил этади. Ушлаб турувчи доза сифатида 2-12 мг дан берилди. Даво муолажаларидан сўнг асосий гуруҳдаги беморларда сувсизланиш, тана вазнини камайиши ва микроэлементлар етишмовчилиги кузатилмади. Иккинчи гуруҳдаги беморларни 55% да эса сувсизланиш, тана вазнини пасайиши ва микроэлементлар етишмовчилиги сақланиб қолди.

Хулоса: Крон хасталиги патогенезида ичак перисталтикасини ортиши ва Шунинг учун касалликни даволашда антидиарея дори воситаларини қўллаш беморларни эрта соғайиши учун хазмат қилиб ўткир асоратларини ривожланишин олдини олади.

МЕЙГС СИНДРОМИ ДАИГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ
Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Саидходжаева Ж.Г., Нуритдинов О.Т., Курбанов Х.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Meigs тухумдон яхши сифатли ўсмаларида асцит ва гидроторакс билан кечувчи мураккаб патофизиологик хусусиятга эга касалликдир. [1,2]. Мейгс синдроми бачадон ва тухумдон яхши сифатли ўсмаларини оқибатида асцит гидроторакс ва организмнинг умумий қувватсизлиги билан кечади. Бу синдром ёмон сифатли ўсмаларда ҳам кузатилиб фақатгина метастазлар бўлмагандагини учрайди. [3]. Р.У. Лайт бу синдром ҳақидаги тушунчаларни кенгайтирган агарда кичик чанок бўшлиғидаги хосилани олиб ташланганидан сўнг қорин бўшлиғидаги асцит ва плеврадаги суюқликни сўрилиши мумкин деб ҳисоблаган [4]. Мейгс синдроми фибромадан сўнг энг кўп учраб жами 4% ташкил этади. Иккинчи ўринда эса тухумдон кисталари туради. Учинчи ўринда эса – бачадон лейомиомаси туради. [5,6].

Клиник кўриниши қорин қуйи қисмидаги сусти оғрикка, оғирлик ҳиссига беморларда ташрихдан сўнг қўйилган дренаж найчадан доимий хилиоз суюқлик ажралишига, қориндаги шишга хансирашга, юрак ўйнашига ва умумий хосизликка бўлган. Обектив клиник кўринишида нотўғри ташхис қўйилган бўлиб беморларда қорин бўшлиғидаги асцит суюқлиги ва бачадон ва тухумдонда у ёки бу типдаги патологик ҳолат аниқланиб беморда сратон хасталиги бед ташхис қўйишга тўғри келган. [7]. Ташрих қилинганидан сўнг қорин бўшлиғидаги ва кўкрак қафасидаги суюқликлар тез сўрила бошлаган лекин аксарият ҳолатларда асцит ва гидроторакс такроран ривожланиб борган. [6,8], жаррохлик йўли билан олинган материаллар тадқиқ қилинганида эса яхши сифатли ўсмалар аниқланган.

Ҳозирги кунда клиник кечиши жиҳатидан бу хасталик клиник лимфология, онкология, гинекология, терапия ва шу билан бирга жаррохликнинг ҳам долзарб муаммоларидан биридир.

АДТИ клиникасида жами 7 та бемор даволанган бўлиб булардан 1 нафари Қозоғистон республикаси фуқароси қолган 6 нафара Ўзбекистон фуқароси бўлган. Шулардан барчасида ташрих ўтказилган бўлиб 2 нафар беморда бачадон эастрепацияси ва 3 нафарида лапароскопик кситаэктомия ташрихи, қолган 2 нафарида традицион тухумдон кистаэктомияси ташриши бажарилган. Ташрих вақтида барчасида хилиоз суюқлик аниқланган бўлиб қорин бўшлиғида дренаж найча қолдирилган дренаждан диомий равишда хилиоз суюқлик ажралиб турган. Беморларни 6 нафарида гидроторакс туфайли тороқоинтез амалга оширилган. Беморларни 2 нафарида гипопротейнемия ҳисобига анасарка ривожланган. Беморларни барчасида кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилган ва цитологик текширув қилиниб сил хасталиги инкор этилган. Жигар циррози, юрак етишмовчилиги, буйрак етишмовчилиги каби асцит ривожланиши мумкин бўлган касалликлари инкор этилган. Даволанган беморларни барчасида Цитомегаловирус ва Герпес симплекснинг қондаги курсаткилари юқори 7,5 дан ортиқ булган.

Беморни барчаси Адти клиникаси 1- жаррохлик бўлимига мурожат қилган шикоятлари: қориндаги шишга ва оғирлик ҳиссига, қорин ҳажмини катталашиб боришига, хансирашга ва нафас етишмовчилигига, қорин бўшлиғида қўйилган дренаж найчадан эса сутсимон хилиоз суюқлик ажралишига бўлган. Беморлар ўз хасталикларини бошдан чекирган бачадон экстрепацияси ташрихи билан боғлайди. Гитологик ҳулоса бачадон фибромиомаси, тухумдон кистаси. Текширувларда УЗИ қорин бўшлиғида эркин суюқлик асцит, рентгенографияда ўнг томонлама гидроторакс, Лаборатор текширувларда лимфоцитопения, Биохимик қон таҳлилида гипопротейнемия, қорин бўшлиғидан олинган суюқлик цитологик текширувида барча беморларда қорин бўшлиғидан олинган суюқликда лимфоцитлар миқдори кўплиги аниқланган. RW- манфий ВИЧ- манфий. Кузатувимиздаги беморларни фатагина 1 тасида вирусли гепатит В аниқланган. Лекин жигар фиброэластографиясида жигарда фиброз тукума аниқланмаган. Барча беморларда сил хасталиги инкор этилган. Кузатувимиздаги беморларнинг барчасида қуйидаги касалликлари билан қиёсий ташхислаш олиб борилди.

Жигар циррозидан фарқлари: Жигар тўқимаси УЗИ да диффуз ўзгарган лекин портал вена кенгаймаган. Спленомегалия йўқ. ФГДС: қизилўнғач веналари варикоз кенгаймаган. Гемораидал тугунлар катталашмаган. Медуза боши кўринишидаги протал гипертензиянинг асосий клиник белгилари аниқланмаган. Биохимик таҳлилларда трансаминаза, билирубин ва ишқорий фовфатаза каби ферманлар нормадан ошмаган Жигар фиброэластограмма

текширувида барча беморларда нормадан четланишлар йўқ. [9]. **Ёмон сифатли усмадан фарқлари**1. гистология хулосаси барчасида яхши сифатли ўсмалар аниқланган, қорин бўшлиғидан олинган суюқлик таҳлилида атипик хужайралар аниқланмаган. **Юрак етишмовчилигидан фарқи** Пульс : 80 -82 тани ташкил этган АКБ: 120/ 80 мм. См.уст. Рентгенда : юрак ва аорта узгармаган. ЭКГ ва ЭХОКГ да нормадан четланиш аниқланмаган: **Буйрак етишмовчилигидан фарқи** Беморда буйрак патологиясига хос шикоятлар йўқ. Сийдик таҳлили ўзгаришсиз. Креатинин ва Мочевина меърида. Беморларда ташрихдан сўнги лимфарей ташхиси билан лимфасинтиграфия текширувларидан ўтишган лекин текширувдан ўтган 5 нафар беморни бирортасида қорин бўшлиғида лимфа стволини шикатланганлиги уз тасдиғини опмаган. Беморларга ўтказилган даво муолажалари Преднизолон 30 мг в/в, Токсивенол 2.0 м/о, Солкосерил 2.0 м/о, Рефортан 250 в/в, Антибактерилал даво, оксил препаратлари қилинди, Даволанган беморларни 2 тасида плазма трансфузия амалга оширилди. Лимфамиозот 15 томчидан 3 маҳал берилди. Вирусга қарши даורי воситаларидан улкарил 3 маҳал берилди. Даво муолажаларидан сунг беморларда қондаги оксил микори кутарила бошлади. Даво муолажаларининг 5-6 суткаларида шишлар қамайди ва қорин бўшлиғидан хилиоз ажралма ажралиши тўхтади. Дренаж найча даволаш курсининг 7 суткасида ллинди ва беморлар амбулатор давога чиқарилди. Хозирда барча беморларни соғлиги кикланган ва хаёт сифати яхшилланган.

ОШҚОЗОН ИЧАК ЙУЛЛАРИ ЮКОРИ ҚАВАТИДАН ҚОН КЕТИШИДА ФАРМАКОТЕРАПИЯДА ФЕРМЕНТ ИНГИБИТОРЛАРИНИ ҚўЛЛАШ

**Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Умматалиев Д.А., Хасанов Х.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Кириш: Тиббиётни қанчалик ривожланишиги қарамасдан ошқозон ичак йўлларида қон кетиш муаммоси долзарблигича қолмоқда. Қон кетиш билан асоратланиш яра касалликларида 9% ни ташкил этиб улим курсаткичи 5-12% га тенг. (Н.Н.Қрылова 2001; Шапошников А.В. 2007; Луцевич Э.В. 2008;) Варикоз кенгайган кизилунгач веналаридан қон кетиш 15-20% ҳолатларда қузатилиб ўлим кўрсаткичи 8-22% ни ташкил этмоқда.(Еморлов А.С.,2004; Стахевич В.А. 2006;) Ошқозон ичак йўлларида қон кетишда жигарда қон айланиши қамайиши хисобига қондаги альфа антитрипсин етишмовчилиги ривожланиб трипсин гормонини инактивацияси қамайди бу эса қондаги Антитромбиногенни антитромбига айланишига хизмат қилади оқибатда қонни ивиш хусусияти янада қамайиб боради. Юкоридаги патогенетик ҳолатдан келиб чиқиб фермент ингибиторларини қўллаш қон кетишда юкори самарага эриш мумкин.

Мақсад: Ошқозон ичак йўлларида қон кетиш билан асоратланган беморларда фармакологик даволаш самардорлигини оширади.

Материал ва метод: Қузатувимиздаги 26 нафар беморлар ўрганилиган бўлиб шулардан 11 нафари 12 бармоқли ичак ярасидан қон кетиш Ф2 В. 10 нафари қизилўнгач веналари варикоз кенгайишидан қон кетган бўлиб бу беморлардан 8 нафарида эндоскопик боғлаш муолажаси ўтказилган. Қолган 2 нафар беморда эррозив гастритдан қон кетган бўлса 1 нафарида меъда резекциясидан сўнг анастомоз пептик ярасидан қон кетган. Қузатувимиздаги беморлар шартли равишда икки гуруҳга ажратилган. Биринчи гуруҳдаги беморларни даволашда барча даво муолажаларига қўшимча контрикал 20 000 ед дан вена ичига қилина бошлади. Даво муолажаларидан сўнг қон ивиш вақти тезлашди. Гемоглобин ва гематокрик кўрсаткичлари тез кўтарилди. Иккинчи гуруҳдаги беморларда эса қон ивиш вақти ва гемодинамик кўрсаткичлар ортда қолди.

Хулоса: Ошқозон ичак йўллари юкори қаватларидан қон кетишни даволашда фермент ингибиторларини қўллаш қондаги трипсин ва хемотрипсинни қамайтириш хисобига антипроминогенни қондаги микдорини қамайтириб гемостатик дори воситаларини таъсирини кучайтиради. Натижада қон кетишни эрта тўхташи ва гемодинамик кўрсаткичларини эрта тикланишига имкон яратади.

СИГМАСМОН ИЧАК БУРАЛИШИНИ РАДИКАЛ ХИРУРГИК ЁНДАШУВНИНГ ЎРНИ.

**Темиров. Р.И., Хўжамбердиев. И.Р., Саидметов Ш.М.
Республика Шошилич Тиббий Ёрдам Илмий Маркази Наманган филиали**

Ишнинг мақсади: Сигмасмон ичак буралиши диагнози билан операция қилинган беморларда радикал оператив даво афзалликларини кўрсатиш.

Материал ва услублар. РШТЎИМ Наманган филиали 3-шошилич хирургия бўлимида 2011-2016 йиллар давомида 31 та беморда сигмасмон ичак буралиши диагнози билан даволанган. Булардан эркаклар 28 та (90.3%)- аёллар 3 та(9.7%) ни ташкил этади. Беморлар 18-44 ёшгача 8(25.8%) та 45 ёшдан 59 ёшгача 17(54.8%) та 60 ёшдан 74 ёшгача 5 та(16.1%) 75 ёшдан юкориси 1 (3.3%) та. Беморнинг асосий қисми 17 таси (54.8%) 18 ёшдан -49 ёшгачани ташкил қилди. Ушбу ёшдаги беморлар меҳнатга лаёқатли ёшдагилар хисобланади. Беморларнинг 26(83.8%) тасига беморнинг шикояти, касаллик анамнези, касалликнинг маҳаллий кўриниши, қорин бўшлиғи УТТ, қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопиясига асосланиб диагноз қуйилган. 5 (16.2%) та беморда «Шимана» ва «Обухов шифохонаси» симптомлари шубхали бўлганлиги сабабли юкоридагиларга қўшимча барий контрастли ирригоскопия текшируви ўтказилиб диагнозга аниқлик киритилган. Беморларнинг 6(19.3%) таси Сигмасмон ичакни қайта буралиши билан тушган. Беморларнинг анамнези кўриб чиқилганда барчаси охириги 2 йил ичида Гаген-Торну бўйича мезосигмапексия операцияси ўтказганлиги аниқланди. Беморларнинг 8 (25.8%) тасида операция вақтида сигмасмон ичак некрози аниқланди.

Натижалар. Бизнинг илмий марказимизга келган 31 та бемордан 5 (16.1%) тасида беморнинг ахволи оғирлиги ва хамроҳ касалликларини хисобга олиб, Гаген-Торну бўйича мезосигмапексия операцияси ўтказдик. Беморларнинг 26(82.9%) тасида Сигмасмон ичак резекцияси dessenda-recto анастомоз қуйиш, йўгон ичак ретроград интубацияси операциясини ўтказдик. Операциядан сўнг 2-кундан бошлаб ретроград интубация қилинган

трубка орқали ёғли микро клизма қилинди. Операциядан сўнг 5 кунда ретроград интубация қилинган трубка олиб ташланди.

Сигмасимон ичакни резекция қилиб анастомоз қўйилган 26(82.9%) беморларнинг 1(3.2%) тасида операциядан сўнг 7 кунда анастомоз чоклари етишмовчилиги белгиси пайдо бўлди. Анастомоз остига қўйилган дренаждан йиринг аралаш ичак суюқлиги ажралиши кузатилди. УТТ текширувида қорин бўшлиғида озод суюқлик аниқланмаганлиги, бемор перитонит белгилар бўлмаганлиги сабабли антибактериал, инфузион даво давом эттирилди. Операциядан сўнг 12 кунда қорин бўшлиғига қўйилган дренаждан ажралма чиқиши тўхтади. УТТ текширувида озод суюқлик аниқланмади қорин бўшлиғига қўйилган дренаж олиб ташланди.

Мезосигмапексия операция ўтказилган 5 та беморларнинг 1(20.0%) да сигмасимон ичакнинг қайта буралиши диагнози билан қайта мурожаат қилди.

Хулоса. Сигмасимон ичак буралиши диагнози билан операцияга олинган беморларда перитонитни характери, беморнинг хаёт учун муҳим аъзоларидаги хамроҳ касалликларини ҳисобга олган ҳолда радикал операция қилишни таклиф этамиз. Сигмасимон ичак резекцияси ўтказилган беморларнинг барчасида йўғон ичак ретроград интубацияси қилиш, операциядан сўнг 2 кундан бошлаб ёғли микроклизма қилиш зарур бўлади. Операциядан сўнг 2 кунда бошлаб мироклизмани йўлга қўйиш ретроград интубация қилинган трубка тешиқларни ахлат массаси билан тўлиб қолишини олдини олиб, трубка ўтказувчанлигини доимийлигини таъминлаб беради.

КРОН КАСАЛЛИГИНИ ИНТЕНСИВ ДАВОЛАШДА СПЕЦИФИК ДАВОНИ РОЛИ

Темиров Р.И., Абдуллаев У.У., Жаббаров Б.Р, Худойбердиев Б.А

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали

Крон касаллиги – Бу сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, хазм тизими зарарланиши билан ифодаланади.

Касаллик номи америкалик гастроэнтеролог олим номи қўйилган. Крон касаллиги биринчи марта 1932 йил Баррилла Бернарда Крон, Леоном Гинзбургом ва Гордоном Оппенгеймером томонидан аниқланиб 14 та беморда аниқланганлиги ёзилган.

Крон касаллиги хазм тизими барча қисмида учраши мумкин лекин кўп ҳолатларда ингичка ичак терминал қисми ва йўғон ичакда учрайди.

РШТЎИМ Наманган вилояти филиалимизда 2007-2017-йиллар мобайнида Крон касаллиги билан 44 та бемор даволанган. Улардан 26 (59%)та аёл, 18(41%) та эркаклардир. Беморларни ёшга қараб ажратилганда 17-30 ёш 23 та (52.2%) 31-40 ёш 6 та (13.6%) 41-50 ёш 7та (15.9%) 51-60 ёш 5 та (11.3%) 60 дан юқори ёш 3 та (6.8%) Юқоридагилардан кўриниб турибдики асосий қисм беморлар меҳнатга лаёқатли 17-30 ёшларда учрайди. Йилнинг фасли бўйича кўриб чиқилганда қиш ойларида 8 та 18 та (18%) баҳор ойларида 15 та (34.09%) ёз ойларида 11 та (23.86%) куз ойларида қиш ойларида 11 та (23.86 %) Барча беморларнинг кўп қисми йилнинг сентябр 9 та (20.4%) март 7та (15.9%) ни ташкил қилади. Бу эса об-хавонинг ўзгариши боғлиқлигини кўрсатади.

Касаллик муддатлари 6 та бемор 6 соатгача 13 та бемор 6-24 ичида 25 та бемор 24 соатдан сўнг мурожаат қилган. Ўлим ғолати 6 (13.6%) та беморда кузатилган.

Крон касаллиги диагностикаси кўп ҳолатларда қийинчилик туғдиради. 80-85% ҳолатлар ўткир аппендицит ёки бошқа қорин бушлиғи ўткир хирургик касаллигига гумон қилиниб даигностик лапораскопия вақтида аниқланади.

Крон касаллиги морфологик 3 хил туриб бўлиб булар катарал, флегмоноз, гангреноз турларга бўлинади. Касалликнинг катарал турида зарарланган ичак сақлаб қолинади. Флегмоноз турида эса зарарланган ичакни сақлаб қолиш ёки резекция қилиш операция вақтида индивидуал хал қилинади. Операция қандай ҳолатда тугатилишидан қатий назар интенсив даволашни ўзига хослиги билан қорин бўшлиғидаги бошқа хирургик касалликлар тубдан фарқ қилади.

Стероидлар, антибиотиклар, озикланиш парентерал йўл билан олиб борилади. Лозим булганда гемосорбция плазмасорбция ўтказилиши зарур бўлади. Булардан ташқари специфик даво катта аҳамиятга эга. Бизнинг илмий марказимизда 2 хил специфик медикаментоз даво схемасидан фойдаланилади.

1. Аминосалицилати +азатиоприн+трихопол.

2. Преднизолон+азатиоприн+трихопол

Ушбу дори моддаларни беморларни интенсив даволаниш вақтидан бошлаб схематик тарзда қилиб бориш ва йилда икки марта баҳор куз ойларида профлактика мақсадида ўтказиш Крон касаллиги рецидив бўлмаслигини таъминлайди.

ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШДА НАЗОИНТЕСТИНАЛ ИНТУБАЦИЯНИНГ УРНИ.

Темиров Р.И., Абдуллаев У.У.

Республика Шошилич Тиббий Ёрдам Илмий Маркази Наманган филиали

Ишнинг мақсади: Ингичка ичак тутилиши диагнози билан операция ўтказилган беморларда ингичка ичак назоинтестинал интубациясини урни ва афзалликларини курсатиш.

Материал ва услублар: Илмий марказ шошилич хирургия булимларида 2012-2017-йил давомида ингичка ичак тутилиши диагнози билан 419 та бемор ётиб даволанган. Булардан 175(41.7%) та беморда ўткир странгуляцияон ингичка ичак тутилиши диагнози билан оператив даво ўтказилган. 9(2.1%) та беморда улим ҳолати кузатилган. Улган беморларнинг 3 (33.3%) тасида анастомоз чоклари етишмовчилиги натижасида ривожланган даво этувчи перитонит. 2(22.2) та беморда упка артериясининг тромбоземболияси 2(22.2%)та бош мия кон

айланишни уткир бузилиши 2(22.2%)га бошка хаёт мухим аъзолар хамрох касалликларнинг асорати сабабли улим холати юзага келган.

Беморларнинг барчасида беморнинг шикоятлари, касаллик анамнези, касалликнинг махаллий курилиши, корин бушлиги УТГ, корин бушлиги обзор рентгенокопиясига асосланиб диагноз куйилган.

Натижа: Операция килинган 175 та беморларнинг 132(75,5%) таси 6 соат ичида оператив даво утказилган. 36(20,5%) таси 6-12 соат оператив даво утказилган. 4(2,3%) таси 12-24 соат ичида оператив даво утказилган. 3(1,7%) тасида 24 соат сунгоператив даво утказилган.

Барча беморларнинг курилган вақтда коринда ассиметрия, перитонеал белгилар кузатилса рентгенологик курилишида ичак тутилиши белгилари тасдиқланган холатда шошиличч оператив даво утказилган.

Беморларда инструментал яни ультратовуш текшируви ва корин бушлиги обзор рентгенокопия текширишларида ичак тутилиши хос курилиш булиб, беморни махаллий уткир ичак тутилишига хос курилиш кузатилмаган холатда ошкозон ичак тизими барий пасажини куриш ва актив динамик кузатув утказиш тавсия килинган. Барий ичирилгандан сунг 2-6-12 соатдан сунг корин бушлиги рентгенокопия текшируви утказилган. 6 соатдан сунг курилганда барий массасини йугон ичакка утиши кузатилмаса, корин бушлиги рентгенологик картинасида ичактутилиши хос курилиш сакланиб турган булса оператив даво утказиш тавсия килинган.

Шошиличч равишда операция утказилган беморларнинг 12 (9,1%) таси ингичка ичак некрози аниқланган 1 (8,3%) тасида беморнинг ахволи оғирлигини хисобга илеостоме куйилган. Ингичка некрози ичак аниқланган беморларнинг 11(91,7%) тасида ингичка резекцияси килиниб ёнма-ён анастомоз куйилган.

Ичак резекцияси утказилиб анастомоз куйилган беморларнинг барчасини, битишмаларни ажратиш странгуляция халкани кесиш билан якунланган операцияларда эса ичакнинг олиб келувчи кисмини холатига қараб барчасида ингичка ичак назоинтестинал интубацияси бажарилган.

Хулоса: Беморда рентгенологик текширишда ичак тутилиши хос курилиш кузатилган булса ҳам, махаллий курилганда ичак тутилиши хос курилиш гумонли булганда ошкозон ичак системасини барий пассажи рентгенокопияси утказиб актив динамик кузатув килиш мақсадга мувофиқдир.

Ингичка ичак назоинтестинал интубация килиш ва зонд орқали доимий аспирация килиб ичак ичидаги токсинлар титрини қамайтиради. Абдоминал компакт синдромни келтириб чиқармайди. Ичак резекцияси утказилган беморларда чоклар етишмовчилигини олдини олади.

ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Темиров Р.И., Ходжаев Х.Б.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Несмотря на более, чем столетний опыт лечения повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК), данная проблема, обусловленная редкостью, развитием тяжелых, опасных для жизни осложнений, является серьезной задачей неотложной хирургии. Дуоденальная травма (ДТ) составляет 0,93-10% случаев при открытых и закрытых травмах живота (Иванов П.А., с авт.) а среди травм желудочно-кишечного тракта-0,43-6,5%, из них 76-80%- это трудоспособные мужчины в возрасте 20-40 лет (Фаёзов Р.Р., с авт.) Сегодня частота повреждения ДПК в структуре травм органов брюшной полости составляет около 1,2-2% и не превышает 10% в структуре травмы органов пищеварения (Абакумов М.М с авт). В последние годы увеличилась частота повреждений ДПК, что связано с увеличением количества автодорожных травм, падений с высоты, ранений живота холодным и огнестрельным оружием. (Ахмедов Ю.М., с авт)

Для уточнения наиболее оптимальной лечебно-диагностической программы и обеспечения преемственности специализированной хирургической помощи больным с ДПК нами использована общепризнанная классификация Е. Moore (1990):

I-степень повреждений: небольшая гематома или неполный разрыв стенки ДПК без повреждения слизистой.

II- степень повреждений: большая гематома или разрыв менее 50% окружности стенки ДПК.

III-степень повреждений: большой поперечный разрыв 50-70% или 50-100% окружности стенки ДПК.

IV-степень повреждений: очень большой- до 75-100% разрыв, разрыв ампулы и дистальной части ДПК.

V-степень повреждений: массивная панкреато-дуоденальная рана с деваскуляризацией ДПК.

Больной Эргашев Абубакир, 17 лет, и/б.№ 18054/1100, поступил в Наманганский филиал РНЦЭМП 30.1X-2016г с жалобами на боли в животе, на тошноту и общую слабость. Из анамнеза: больной около 30 минут назад до поступления в больницу получил травму живота, находясь под завалами обрушившийся стены. Общее состояние больного при поступлении тяжелое, в сознании, пассивный, бледный. В контакт больной вступает неохотно. Дыхание грудного типа, 22 раза в мин. Артериальное кровяное давление 80/70 мм р.ст., пульс-100 раза в мин, удовлетворительного напряжения и наполнения. Язык влажный, живот при осмотре овальной формы, имеются поперечные ссадины на коже в мезо- и эпигастральной областях, отмечается отставание живота в акте дыхания. При пальпации: умеренная разлитая болезненность по всему животу, напряжения и перитонеальных симптомов нет. При инструментальном исследовании патологий со стороны органов брюшной полости не было выявлено, но несмотря на это учитывая разлитой болезненность по всему животу и лейкоцитоза были решены прозвес ти диагностическую лапараскопия. После короткой предоперационной подготовки (катетеризация подключичной вены с подключением противошоковой жидкости, необходимые биохимические анализы) с предварительным диагнозом «Закрытая травма живота, повреждение органов брюшной полости. Шок травматический» произведена диагностическая лапараскопия. Во время лапараскопии в брюшной полости под печенью и в правом боковом канале обнаружено около 100 мл темно-коричневой жидкости напоминающая желчь, эмфизема тканей забрюшинной области и их имбиция темной жидкостью. Конверсия. Во время лапаротомии эмфизема тканей забрюшинной области и их имбиция темной жидкостью выявляется на проекции нисходящей и ниже-горизонтальной частях ДПК. Произведена мобилизация

ДПК по Кохеру и при ревизии обнаружен циркулярный разрыв ниже-горизонтальной части ДПК с сохранением целостности только 1 см участка её задней стенки, что соответствовало III степени повреждения по классификации E. Moore et al.

Участок разрыва ДПК прошит двухрядными узловыми швами атравматической нитью полипропилен №3.0, Наложено передний гастро-энтероанастомоз и энтеро-энтеро анастомоз с Браунуски. Установлено два зонда, один из которых для энтерального питания проведен через энтеро-энтеро анастомоз в отводящий отдел, а другой через пилорический канал в ниже-горизонтальную часть ДПК с целью её последующей декомпрессии.

В раннем послеоперационном периоде назначено антибактериальное, инфузионно-корректирующее лечение, переливание компонентов крови и препаратов для парентерального питания. Кроме них назначено H2-блокаторы и ингибиторы протеаз. Через дуоденальный зонд произведена регулярная активная декомпрессия с помощью аппарата «Gomco». Начиная с 3-их суток после операции начато энтеральное зондовое питание. На 7-е сутки после операции произведена рентгенконтрастное (триомбрат 76%-20 мл) исследование ДПК: проходимость не нарушена, экстравазации контраста не обнаружено. После чего зонд для декомпрессии удален. Последний страховочный дренаж удален на 9-е сутки после ультразвукового обследования брюшной полости.

На 11-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии больной выписан на дальнейшее амбулаторное лечение.

Выводы: 1. При поступлении больных с сомнительными признаками повреждений органов брюшной полости, не ограничиваясь данными инструментальных обследований рекомендовано воспользоваться диагностической лапароскопией.

2. Наличии эмфиземы и гематомы забрюшинной области является показанием к лапаротомии для исключения разрыва полого органов расположенных в ретроперитонеальной части брюшной полости.

3. При возможности ушивания разрыва ДПК необходимо установить зонд для проведения регулярной декомпрессии.

ИЗУЧЕНИЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ НОСА И ГУБ Тешабоев М.Г., Мадазимов К.М.

Андижанский государственный медицинский институт

На сегодняшний день традиционные архаичные методы лечения обожженных уже не соответствуют необходимому уровню оказания специализированной хирургической помощи данной категории пациентов ни в клиническом, ни в социальном, ни в психическом аспектах. Они также являются менее эффективными в сравнении с инновационными методами лечения ожоговых ран, и по критериям качества жизни пациента (М.Ю. Алексашин 2006).

Материалы и методы. Работа основана на результатах проведенного анкетирования 71 больных, оперированных по поводу послеожоговых деформаций мягких тканей в области носа и губ, находившихся в отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанского вилоята с 2008 по 2010 гг.

Для изучения качества жизни оперированных больных им было предложены анкеты, оценивающие психоэмоциональные состояния больных в зависимости от проведенных операций и их результатов.

Результаты и их обсуждения. У 61 (85,9%) больных отмечено улучшение результатов как в психоэмоциональном, так и в социальном аспекте, у 10 (14,1%) больных улучшилось самочувствие и психоэмоциональное состояние, социальный аспект остался не решенным.

Использование современных предложенных способов лечения больных с последствиями ожогов области носа и губ способствовало оптимизации лечебного процесса, приводящей к более высокому статусу качества жизни пациента.

Проведенное нами предварительное исследование показало, что качество жизни пациентов при использовании традиционных способов операций снижено по основному показателю оценки.

Различие между показателями качества жизни пациентов при использовании двух способов операций составило: «рецидив рубцов и зуд» - 21,75%, «эстетика и комфорт» - 23,03%, «мобильность» - 9,3%, «эмоциональное отношение» - 14,32% в пользу инновационных способов.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТЕГРАДНЫХ ХОЛАНГИОСТОМИЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.

Тилемисов С.О., Хаджибаев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность: Послеоперационная летальность при традиционных вмешательствах, выполняемых на высоте желтухи, остается высокой и составляет от 8 до 35% (Клименко Г.А., 2001; Lai E.C., 2006). Результаты хирургического лечения больных обструктивных желтух (ОЖ) нельзя назвать удовлетворительными из-за большой частоты развития осложнений и сохраняющейся высокой послеоперационной летальности, уровень которой достигает 60% (Борисова Н.А. 1995; Павловский А.В. и соавт., 2006; Lai ECS. et al., 1992; Sikora S.S. et al., 1994; Friedman L.S., 1999).

Цель: Улучшить результаты лечения больных с ОЖ опухолевой этиологии после антеградных чреспеченочных вмешательств.

Материал и методы: Проанализированы результаты лечения 108 больных с ОЖ которым проведена антеградная чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). Для определения уровня поражения и тактики чрескожного дренирования мы применяли общепринятую классификацию Бисмута-Корлета. У 18 (16,7%) больных причина механической желтухи была доброкачественного генеза, у 90 (83,3%) больных злокачественная опухоль

гепатопанкреатобилиарной зоны. При этом более 55% больных опухоль располагалась в области ворот печени. Результаты ЧЧХГ выявили следующие причины механической желтухи: у больных с неопухоловой этиологии в 3(2,7%) случаях холедохолитиаз, в 3(2,7%) случаях синдром Мириizzi, в 10(9,2%) случаях стриктура билиодигестивного анастомоза и 2(1,8%) случаев ятрогенная перевязка терминального отдела холедоха. У больных с механической желтухой злокачественного генеза причиной желтухи была опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха у 29(26,8%) больных, опухоль ворот печени по Бисмут I у 11(10,2%) больных, опухоль ворот печени по Бисмут II- 9(8,3%), опухоль ворот печени по Бисмут IIIа- 12(9,2%), опухоль ворот печени по Бисмут IIIб- 15(13,9%), опухоль ворот печени по Бисмут IV- 14(12,9%%). Всем больным во время ЧЧХГ одновременно произведена чрескожная чреспеченочная холангиостомия, при этом наружное дренирование произведено- 28(25,9%), наружно- внутреннее дренирование- 70(64,8%), чрескожное эндопротезирование- 6(6,7%). В 4 случаях нам не удалось продренировать билиарное дерево, манипуляция завершена дренированием паренхимы печени для профилактики кровотечения из пункционного канала.

Результаты: Осложнения после ЧЧХС мы наблюдали у 16 больных. Из них малые осложнения мы наблюдали у 12 больных. Гемобилия возникла у 6(5,6%) больных, кровотечение из пункционного канала у 6(5,6%) больных. Эти осложнения ликвидированы гемостатической терапией. Большие осложнения наблюдались у 5(4,6%) больных, при этом перфорация желчного пузыря у 2(1,8%) больных, дислокация дренажа и желчеистечение в брюшную полость у 1(0,9%). Этим больным потребовалась экстренная операция. У 1(0,9%) больного развился гнойный холангит с прогрессированием печеночно- почечной недостаточности и у 1(0,9%) больного развитие острого инфаркта миокарда. Общая летальность составила 4(3,3%), причинами летальности были нарастание печеночно- почечной недостаточности у больных с холангитом и сепсисом.

Заключение: Таким образом, чрескожные чреспеченочные вмешательства, представляющие в настоящее время альтернативу традиционным операциям при ОЖ, неизбежно сопровождаются связанными с вмешательством осложнениями. Знание возможных осложнений этих манипуляций, а также факторов их развития и частоты позволяют уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить прогноз заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАБРЮШИНЫХ ГЕМАТОМАХ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Тиялков А.Б., Х.К.Карабаев., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А., Мухаммадиев М.Х., Мардонов В.Н.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность: Травматические забрюшинные кровоизлияния наиболее часто возникают при переломах костей таза, особенно его заднего полукольца и встречаются от 7,4 до 27% (А.Б. Тиялков, 2017).

Цель исследования: Улучшить результаты диагностики и определить тактику лечения забрюшинных гематом при травмах органов брюшной полости.

Материалы и методы: В 2010-2017 гг. в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП оперировано 4120 пострадавших с закрытыми (3017 пациентов) и открытыми (1103 больных) травмами живота. Повреждения внутрибрюшинных органов сочетались с забрюшинными гематомами и травмами забрюшинных органов у 305 больных (7,4%).

Результаты. При ультразвуковом исследовании, выполненном при поступлении 80 больным, свободная жидкость в брюшной полости обнаружена у 72 при 3 ложноположительных и 5 ложноотрицательных результатах. Забрюшинная клетчатка и органы брюшной полости и забрюшинного пространства осмотрены у 84 из 90 пострадавших. Забрюшинная гематома (ЗГ) визуализирована только у 36 (40,0%), во всех наблюдениях это были паранефральные ЗГ.

Из 1908 наблюдаемых нами пострадавших с сочетанной травмой живота мы провели анализ течения и исходов ЗГ у 305 (16,1%) пациентов. У подавляющего большинства больных причиной забрюшинного кровоизлияния были переломы костей таза (у 180), значительно реже повреждения позвоночника (у 61), почек (у 39), крупных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства (у 45). Мы наблюдали 22 пострадавших с разрывами забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки с одновременным повреждением поджелудочной железы (у 25), печени (у 15) и тонкой кишки и брыжейки (у 37). В трудных 98 клинических случаях у больных с сочетанной травмой мы проводили диагностическую лапароскопию, что позволило избежать диагностических ошибок, распознать разрыв печени (у 36 больных), селезенки (у 23 пациентов), и тонкого кишечника (у 24) и своевременно выполнить операцию, у 38 больных удалось избежать лапаротомии (38,7%).

Выводы. По нашим данным из 4120 оперированных больных умерли 24 (4,95%), а из 305 пострадавших с множественными повреждениями внутри- и забрюшинных органов, сопровождавшимися ретроперитонеальными гематомами, умерли 87 (28,5%).

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Тиялков А.Б., Бахрамов А.А., Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Жабборов З.И., Саттаров Ш.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, по данным разных авторов, встречается у 5-30% больных. (В.С. Савельев с соавт., 2005; Ш.И. Каримов с соавт 2014; Ф.Г. Назыров с соавт., 2017).

Цель работы. Оценить эффективность применения и обосновать методику эндовидеохирургических операций в лечении больных с перфорацией язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Лапароскопическая операция ушивания перфоративных язв выполнена у 75 пациентов (47 мужчин и 28 женщин), в возрасте от 18 до 80 лет. При диагностической лапароскопии устанавливался диагноз с определением возможности ушивания перфорации с использованием эндовидеохирургической технологии.

Результаты. При операции ограниченный перитонит обнаружен у 16 (21,3%) больных, распространенный перитонит имел место у 59 (78,7%) больных. Техника лапароскопического ушивания перфоративной язвы не представляется очень сложной. Ушивание следует производить атравматичным шовным материалом, подбирая размер иглы, соответствующий диаметру отверстия. Узлы завязываются интракорпорально. Трудности ушивания могут быть обусловлены локализацией перфоративного отверстия. Наиболее просто оно осуществляется при локализации язвы на передней стенке луковицы 12-перстной кишки или желудка. При этом удается надежно на достаточном расстоянии от краев перфоративного отверстия наложить швы без натяжения. Если имеются сомнения в надежности швов можно применить ряд мер, направленных на их устранение. В частности, целесообразно использовать биологической тампонады перфоративного отверстия сальником. Если перфоративное отверстие находится на самой малой кривизне, следует отказаться от лапароскопического ушивания (4 случая конверсий из 75). В послеоперационном периоде больных проводили антибактериальную терапию. Дренажи из брюшной полости извлекали через 12-14 часов, после ультразвукового исследования. В первые сутки после операции все больные не испытывали выраженных болей и могли ходить в пределах хирургического отделения. Осложнений и летальности во время операции и в послеоперационном периоде не отмечена. Средний койко/день - $6 \pm 1,5$.

Выводы. Отличные отдаленные результаты по модифицированной системе А.Н. ViSick отмечены у 70,5% пациентов. Хорошие результаты получены в 27,3% случаев и удовлетворительные – в 2,2%.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Тургунов Б.А., Маткаримов Б.Х.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. Тонкокишечная непроходимость является наиболее частым хирургическим заболеванием тонкой кишки. К ее развитию могут привести различные состояния. Однако наиболее частой причиной тонкокишечной непроходимости являются послеоперационные спайки. Тонкокишечную непроходимость подразделяют на внутрипросветную (например, инородные тела, желчные камни), внутрстеночную (например, опухоли, воспалительные стриктуры или гематомы) и наружную (например, спайки, грыжи или карциноматоз). С наступлением непроходимости газ и жидкость накапливаются в просвете кишки проксимальнее места ее сужения. Большая часть газа представляет собой проглоченный воздух, хотя некоторое его количество образуется в самой кишке. Жидкость в основном состоит из продуктов секреции пищеварительной системы. При растяжении кишки возрастает давление в ее просвете и стенке. При этом секреция жидкости эпителием увеличивается, превышая ее всасывание. При достаточно выраженном повышении интрамурального давления нарушается микроперфузия кишечной стенки, что приводит к ишемии кишки и последующему ее некрозу.

Цель исследования: оценить возможности и эффективность применения неотложных ЛВ в диагностике и лечении ТКН.

Материалы и методы: от 2016 г. до 2018 г. включительно неотложные ЛВ выполнены у 70 пациентов с тонкокишечной непроходимости, в возрасте от 15 до 87 лет (средний возраст $44,1 \pm 4,2$ года), что составило 37,8% от всех больных оперированных в клинике за этот период по поводу данной нозологии.

Результаты: введение иглы Вереша и первого троакара, как правило, производили в нестандартных точках с учётом расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового сканирования висцеро-париетальных сращений. Диагноз ТКН не был установлен у 2(1,2%) пациентов с длительностью заболевания до 5 часов. По данным лапароскопической ревизии брюшной полости противопоказания к лапароскопическому разрешению ТКН были выявлены у 30(43,2%) б-х: некроз кишки (5), сомнения в жизнеспособности кишки (6), массивный спаечный конгломерат (5), распространённый спаечный процесс (1), резкое увеличение в диаметре всей тонкой кишки (6), сочетание ТКН с узлообразованием (2) и плотный рубцовый процесс (5). Лапароскопическое разрешение ТКН было предпринято у 40 (55,6%) больных и успешно выполнено у 13 пациентов. Операция заключалась в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращений острым и тупым путём с использованием моноактивной диатермокоагуляции, лигирования, клипирования, а в последнее время - ультразвуковых ножниц. Интраоперационные осложнения отмечены у 3(5,3%) больных: повреждение кишки (1) и диатермокоагуляционный некроз кишки (1). Послеоперационные осложнения выявлены у 6(9,6%) больных: рецидив ТКН (2), неразрешенная непроходимость (2), парез (2), перфорация кишки в зоне странгуляции (8). Все больные с осложнениями были оперированы традиционным способом, с выздоровлением. Летальный исход от острого инфаркта миокарда отмечен в одном случае.

Вывод: лапароскопические вмешательства являются эффективным методом инвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз ТКН у 98,8% пациентов и определить характер, вид, уровень непроходимости, а также оценить состояние тонкой кишки.

Успех ЛВ при ОСТКН, в первую очередь определяется правильным выбором показаний и противопоказаний на до- и интраоперационном этапах и неукоснительным соблюдением техники оперативного вмешательства с соблюдением "законов" традиционной и лапароскопической хирургии.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Тургунов А.И., Мусашайхов У.Х., Дадабев О.Т., Василевский Э.А.
Андижанский государственный медицинский институт

В изучаемую группу вошли 136 пациентов с митральным пороком, оперированных в отделении сердечно-сосудистой хирургии клиники АГМИ в период с 2011 по 2014 г. У 56 (41,2%) из них был «чистый» стеноз (первая группа по классификации Б. В. Петровского), у 28 больных (18,9%) имели преобладание митрального стеноза над недостаточностью (вторая группа), у 33 (24,2%) наблюдалось преобладание недостаточности над стенозом (третья группа), у 19 (9,5%) больных была недостаточность митрального клапана (четвертая группа).

Больным с «чистым» стенозом после исключения грубого фиброза, значительного изменения подклапанных структур, кальциноза створок и тромбоза левого предсердия по данным ЭхоКГ, с сохраненным синусовым ритмом и отсутствием эпизодов тромбоза в анамнезе производилась закрытая комиссуротомия. В остальных случаях операция выполнялась в условиях искусственного кровообращения.

Были выполнены следующие оперативные пособия: закрытая митральная инструментальная комиссуротомия — 80 операций (58,8% от общего числа больных и 75,6% от числа больных с «чистым» стенозом). В условиях искусственного кровообращения, умеренной гипотермии и фармакоологической кардиоopleгии оперированы 56 (41,2%) пациентов. Протезирование митрального клапана протезами «Эмикс» или «Элмак» выполнены в 51 случае (37,5% от общего числа больных). 5 (3,7%) пациентам удалось произвести реконструкцию митрального клапана, которая включала комиссуротомию, папиллотомию, резекцию вторичных хорд, трапециевидную резекцию задней створки митрального клапана, ушивание дефекта створки, декальцинацию, анулопластику.

Операционная летальность при выполнении закрытой митральной комиссуротомии составила 2,2% — умерли 3 больных. После протезирования клапана умерли 2 пациента (летальность 1,4%),

При изучении отдаленных результатов выживаемость в группе больных с «закрытой» комиссуротомией к 5-му году после операции составила 91,5%, в группе, где производилось протезирование клапана — 87,2%, в группе где производились реконструктивные операции — 95,5%. Отличными и хорошими признаны 73,2% результатов в группе, где производились закрытые оперативные вмешательства, 86,4% — в группе, где производилось протезирование митрального клапана, близкие результаты получены у больных, перенесших клапаносохраняющую операцию — 81,6%.

При анализе причин непосредственных и неудовлетворительных результатов было установлено, что в группе, где выполнялись закрытые операции, чаще всего наблюдались рецидивы порока (3 случая) и один случай тромбоза. Дисфункции клапана и тромбоза служили основной причиной летальности и ухудшения функциональных показателей в группе, где производились протезирование клапана. В группе больных, где производились клапаносохраняющие операции случаев тромбоза не наблюдалось. Причиной неудовлетворительных результатов были остаточная регургитация (одному больному произведено протезирование клапана) и бактериальный эндокардит (у одного пациента).

Таким образом, сочетание методик операций позволяет эффективно лечить больных с пороками митрального клапана. Закрытая митральная комиссуротомия дает хорошие непосредственные и отдаленные результаты при соблюдении показаний к её выполнению.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «ТРУДНЫХ» ЯЗВ ЖЕЛУДКА, СОЧЕТАННЫХ С Турсуметов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Материалы и методы. Изучены особенности диагностики и лечения 374 больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, т.е. с язвами желудка II типа (по Johnson H.D., 1965).

Результаты и обсуждение. Среди 374 больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки по данным операционной верификации у 131(35%) больного имели место «трудные» язвы желудка (высокие по локализации, гигантские по размерам, множественные по количеству). Эти язвы мы выделили на 2 группы: ПА-тип, когда язва желудка сочетается с язвой двенадцатиперстной кишки без стенозирования выходного отдела желудка и ПБ-тип - со стенозированием различной степени.

В группе больных с язвами ПА-типа язвы кардии и субкардии были у 22 (19%), гигантские 11 (9,5%) и множественные – у 10 (8,6%). Всего «трудных» сочетанных язв – 43(32,8%). В группе больных с язвами ПБ-типа язвы кардии и субкардии были у 38, гигантские у 35 и множественные – у 15. Всего «трудных» сочетанных язв ПБ-типа было – 88 (67,2%).

Показания к выбору метода оперативного вмешательства мы ставили по совокупности критериев: наличие язвы желудка, осложненное течение язвенного процесса, локализация язвенного дефекта, размеры, количество, состояние кислотопродуцирующей функции желудка. В группе больных, поступивших с язвенным кровотечением, в четырёх случаях его удалось остановить диатермокоагуляцией и на 3 сутки они были оперированы. У 2 больных с язвой субкардии выполнены лестничная резекция желудка, одному больному с гигантской язвой тела желудка резекция желудка по Бильрот-I и одному больному с множественными язвами – субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот-II. Характер операций выполненных в плановом порядке: резекция желудка по Бильрот-I (20), в том числе у 7 с наложением терминолатерального анастомоза (ТЛА). У 8 больных была выполнена лестничная резекция желудка. Резекция желудка по Бильрот –II выполнены 11 больным и, как правило, они выполнялись в атипичном варианте. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (6,9%). Умерли 2 больных (4,6%). Причина смерти – несостоятельность швов анастомоза.

Среди 88 больных с «трудными» язвами желудка ПБ-типа мужчин было 68, женщин -20. Соотношение мужчин и женщин 3,4:1. Возраст больных с 18 до 73 лет. Средний возраст 49,7±1,5 лет. Средняя длительность язвенного анамнеза 8±1,2 лет.

При язвах желудка ПБ-типа, кроме указанных при язвах ПА-типа показаний к операции, учитывали степень пилородуоденального стеноза. В экстренном порядке на «высоте» кровотечения оперированы 2 больных (резекция желудка с ТЛА у 1 и резекция желудка по Бильрот- II).

Характер выполненных операций: резекция желудка по Бильрот-I (49), в том числе 20 с наложением ТЛА, среди них лестничная резекция у 10. Резекция желудка по Бильрот –II на длинной петле с энтеро-энтеро анастомозом (24), резекция желудка по Бильрот –II в модификации Гофмейстера-Финстера (8), гастрэктомия по поводу малигнизации язвы субкардии (1) и тела желудка(1), трубчатая резекция желудка по Бильрот –II (2), проксимальная резекция желудка (1), по поводу язвы кардиального отдела желудка. Все операции выполнялись с обязательным удалением обеих язв (желудочной и дуоденальной). Послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (10,2%). Умерли 4 (4,5%) больных. Причины летальных исходов: несостоятельность швов анастомоза (3) и двухсторонняя бронхопневмония, осложненная острой дыхательной недостаточностью.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ВТОРИЧНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА

Турсуметов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 53 больных (мужчин – 44, женщин – 9; средний возраст 44,3±1,6 лет) с вторичными язвами желудка (ВЯЖ), возникшими на фоне гастростаза неязвенной этиологии. Средняя длительность язвенного анамнеза – 6,9±1,01 лет.

Причинами вторичных язв желудка явились: хронические нарушения дуоденальной проходимости (33) (ХНДП), первичный гипертрофический стеноз привратника (11) (ПГСП), полипы двенадцатиперстной кишки (3), кольцевидная форма поджелудочной железы (2), безоары желудка (2), киста забрюшинного пространства (1), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы ГПОД (1).

Результаты и обсуждение. При ХНДП степень их выраженности определяли по рентгенологическим критериям по классификации Ю.М. Панцырева. По нашим данным у 12 больных была II степень ХНДП, у 21 – III степень. Локализация язв была следующей: малая кривизна желудка в области угла – 25; «высокие» язвы (5), и гигантские (3) с локализацией в верхней трети – 5, в средней трети – 20, нижней трети – 8. Выбор способа и объема операции определяли с учетом степени ХНДП, ее природы, что было возможно только при интраоперационной ревизии ДПК и дуоденоюнального перехода; локализации хронических язв, размера, признаков злокачественной трансформации.

При интраоперационной ревизии зоны дуоденоюнального перехода у 22 из 33 больных верифицирована органическая форма ХНДП, что проявилось явлениями проксимального еунита с ротацией кишки и образованием «дуоденоюнальной двустолки».

В 11 случаях ХНДП имели функциональную природу. Наличие механической формы ХНДП обусловило выполнение операции Стронга (11). Это позволило завершить резекция желудка наложением прямого (6) или терминолатерального (1) анастомоза, одному больному выполнена резекция 2/3 желудка по Смит-Пейну. При грубой деформации дуоденоюнального перехода, выраженных явлениях перидуоденита резекцию желудка завершали наложением гастроюнального анастомоза. Наличие ХНДП функциональной природы во всех случаях операция была завершена по второму способу Бильрота или по Ру.

Операцией выбора при ВЯЖ на фоне ПГСП была резекция желудка (11). Наличие язв высокой локализации в выраженным периульцерозным инфильтратом или подозрение на малигнизацию явились показанием к радикальным операциям выполняемым, как правило, атипично. В группе больных с полипами ДПК с язвой желудка были нарушения эвакуации, т.е. явления гастростаза. Во всех случаях операции (резекция 2/3 желудка – 2, лестничная резекция - 1) дополнялись удалением самих полипов.

Кольцевидная форма поджелудочной железы, как причина ВЯЖ было установлено в двух наших наблюдениях во время операции. В обоих случаях выполнена резекция 2/3 желудка по второму способу Бильрота на длинной петле с броуновским соустьем.

Фитобезоар, как фактор постоянной травматизации с одной стороны, и механической стимуляции секреции с другой явились причиной образования язв в двух случаях. Им была выполнена резекция желудка по первому способу Бильрота. ГПОД (язва субкардии) и гигантская эхинококковая киста забрюшинного пространства (язва тела желудка) были причиной гастростаза и формирования ВЯЖ. В первом случае произведена субтотальная проксимальная резекция желудка, во втором – эхинококкэктомия и резекция 2/3 желудка по второму способу Бильрота. Таким образом, у больных с ВЯЖ обязательным этапом оперативного лечения является устранение причин гастростаза и радикальное вмешательство, которое по нашим наблюдениям, носило характер атипичных резекций желудка (16 из 53, т.е. у каждого третьего).

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Турсуметов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Под нашим наблюдением находились 116 больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (СЯ) в том числе у 37 (31,9%), больных имели место кровотечения из язв при поступлении. Следует отметить, что среди больных с СЯ в анамнезе у 19,8% наблюдались язвенные кровотечения, т.е. у каждого пятого больного.

Среди больных с СЯ в анамнезе кровотечения наблюдались у 7 больных – 2раза, у 3 – 3 раза, а у 27 больных кровотечение отмечено впервые. Характер кровотечений по Forest был следующим: F – IA – у 3; F – IB – у

5; F – ПА - у 27; F – ПВ - у 2. Все кровотечения мы выделили на остановившиеся и продолжающиеся. В соответствии с этим 37 больных были разделены на 2 группы. I- группа – 29 с остановившимся кровотечением, II- группа – 8 с продолжающимся кровотечением. Мужчин было – 30, женщин – 7. Соотношение мужчин и женщин 4,2:1. В возрасте 60 и старше было 5 больных. Кровопотеря легкой степени отмечена у 12, средней тяжести у 14, тяжелая у 11. В течение 24 часов от начала кровотечения поступили 10 человек, до 48 часов – 7, более чем через 48 часов – 20. Следует отметить, что только в одном случае кровоточила дуоденальная язва, ещё в одном случае одновременно кровоточила желудочная и дуоденальная язвы, а в оставшихся случаях кровоточили желудочные язвы. Во время операции установлены, что желудочные язвы пенетрировали в соседние органы: в печень (1), в печень и поджелудочную железу (1), в поджелудочную железу (10), поджелудочную железу и в малый сальник (1).

Язвы желудка локализовались в кардии и субкардии - у 6, по малой кривизне желудка выше угла у 21 больного, в нижней трети тела желудка у 3, в антральном отделе - у 3, пилорическом отделе - у 3, в кольце привратника - у 1. Язвы двенадцатиперстной кишки локализовались на задней стенке (2), на передней стенке (2) и у 26 имело место рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Язвы желудка диаметром больше 3 см, т.е. «гигантские язвы» выявлены у 12 больных в том числе «высокой» локализации у 3. Все больные были оперированы. В 5 случаях выполнены экстренные операции на «высоте» кровотечения. На 3-5 сутки с момента поступления оперированы трое, когда был использован светлый промежуток для предоперационной подготовки при эндоскопически установленной язве с рыхлым тромбом на дне язвы. В 29 случаях операции выполнены в плановом порядке. Характер выполненных операций был следующим: резекция желудка по Бильрот –I в объеме субтотальной у 17; резекция 2/3 желудка с термино-латеральным гастродуодено анастомозом у 9; резекция 2/3 желудка с гастродуодено анастомозом конец в конец - у 4; резекция желудка по Бильрот II с Брауновским соустьем на длинной петле у 7. Умерло 2 больных. Причины смерти перитонит и тромбоэмболия легочной артерии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕСКАМЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Турсунов А.У., Мусашайева Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы увеличение среди населения заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей является одним из актуальных проблем медицины. Большую часть наблюдаемых заболеваний билиарного тракта составляет механическая закупорка желчных протоков. В практике закупорка желчных протоков возникает вследствие сдвига камней, образующихся в желчном пузыре. В некоторых случаях нарушение проходимости желчных протоков наблюдается и при отсутствии конкрементов в желчном пузыре.

Цель исследования: Определить особенности клинической картины обструкции желчевыводящих путей и правильное ведение последующих стадий медицинской помощи в случаях необнаружения камней в желчном пузыре.

Материалы и методы исследования: Обследовано 20 больных. У этих больных проведены клинические и инструментальные исследования. Важную роль составило ультразвуковое исследование (УЗИ). Кроме этого, у некоторых больных проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС).

Результаты исследования: У 10 больных в клинике обнаружены паразиты (лямблия) и при их миграции наблюдалась закупорка паразитами желчевыводящих путей, у 3 больных определили отечность БДС со стенозом, у 2 больных карцинома поджелудочной железы и у 5 больных определили кистозное поражение IV – сегмента печени.

У больных, в кишечнике которых обнаружили паразиты, то есть лямблии, наблюдались специфические клинические проявления: 10 (100%) больных боль вокруг пупка, у 70% больных наблюдались диспептические нарушения, у 80% больных кожная симптоматика и признаки общей интоксикации. Из анамнеза больных выявлено, что все получали очистительные клизмы.

У 3 обследованных больных с диагнозом стеноза БДС с дуоденитом определена частичная обструкция желчевыводящих протоков. У всех больных наблюдались диспептические синдромы, в основном, с преобладанием дуоденогастрофагального рефлюкса.

У больных с карциномой головки поджелудочной железы клиника проявилась с сильными болями в эпигастральной области. У этих больных наблюдались мгновенная желтушность склер и кожи.

У всех больных с кистозным поражением IV – сегмента печени тоже наблюдались желтушность склер и кожи. У 2 больных признаки общей интоксикации. У всех больных наблюдалась тяжесть в правом подреберье.

Выводы: 1. Закупорка желчевыводящих путей паразитами связана в основном, способностью их к миграции. 2. При обструкции, возникающей в результате стеноза БДС с дуоденитом и миграции паразитов, признаки желтушности кожных покровов проявляется позднее и у этих больных консервативные методы лечения дают эффективный результат. 3. В остальных двух случаях: у больных с карциномой поджелудочной железы и с наличием кисты печени, у которых желтушность проявилось молниеносно, этим больным требуется оперативное вмешательство. В процесс обследования необходимо обследовать не только желчный пузырь и желчевыводящих путей, но и состояние соседних органов.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Турсунов Д.К., Далиев А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Причины нарушения носового дыхания у ребенка разнообразны. Это могут быть и аномалии развития, например, атрезия хоан, и аллергическое или инфекционное воспаление слизистой оболочки полости носа или околоносовых пазух. В дошкольном и раннем школьном периоде встречается гипертрофия глоточной

миндалины, в ряде случаев сопровождающаяся воспалением, в т. ч. хроническим.

Материал и методы. В исследование было включено 118 пациентов с диагнозом «аденоидит» в возрасте от года до 6 лет. Произвольным образом они были распределены на группы, в зависимости от выбора препаратов для ЭИТ (Аквалор беби/норм/форте или физиологический раствор).

Результаты исследования. Аквалор форте представляет собой натуральную морскую воду гипертонической концентрации, помещенную в металлический баллон, конструкция которого обеспечивает стерильность раствора на всем протяжении использования. Аквалор форте имеет насадку, создающую распыление-душ с мелкодисперсным распределением раствора по всей поверхности слизистой оболочки полости носа и носоглотки. Аквалор форте разрешен к применению у детей с 1 года и взрослых.

Препараты Аквалор беби и Аквалор норм имеют одинаковую осмолярность, но разную форму распыления. Аквалор беби и Аквалор норм представляют собой натуральную морскую воду изотонической концентрации, помещенную в металлический баллон, конструкция которого обеспечивает стерильность раствора на всем протяжении использования. Аквалор беби имеет форму распыления «мягкий душ», обеспечивающую мелкодисперсное распределение раствора по всей поверхности слизистой оболочки полости носа и носоглотки. Аквалор беби разрешен к применению детям с рождения и взрослым. Аквалор норм имеет насадку, которая создает прямую струю средней интенсивности. Благодаря струйному распылению раствор направленно поступает в область глоточной миндалины, оказывая действие непосредственно в очаге воспаления при аденоидите. Аквалор норм разрешен к применению детям с 6 мес. и взрослым.

В сравнении с физиологическим раствором Аквалор форте более эффективно уменьшал выраженность таких симптомов, как гиперемия и отек слизистой оболочки, количество секрета в полости носа и носоглотке.

В ходе исследования выявлено, что Аквалор норм благодаря насадке, создающей распыление «струя», более эффективно уменьшает выраженность таких симптомов аденоидита, как отек и гиперемия слизистой оболочки полости носа и носоглотки, чем Аквалор беби.

Назначение топического препарата с антимикробной активностью потребовалось 24 пациентам из 118, включенных в исследование, что составило 20,3%.

Выводы. 1. Препараты для ЭИТ в 79,7% случаев были эффективны в качестве монотерапии у пациентов с аденоидитом.

2. Применение гипертонических растворов морской воды более эффективно купирует воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа и носоглотки.

3. Для лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей важна форма выпуска раствора морской воды: при патологии носоглотки наиболее предпочтительно использование струйного распыления (по сравнению с капельным или «душевым» распылением).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПЕРЕПОНЧАТО-ХРЯЩЕВОГО ОТДЕЛА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Турсунов Д.К., Далиев А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. К настоящему времени благодаря развитию хирургии и, в частности, отохирургии, разработано множество способов оперативного лечения приобретенной атрезии перепончато-хрящевого отдела НСП. Несмотря на это, частота повторного возникновения атрезии или клинически значимого стеноза сохраняется значительной. Исходя из литературных данных, можно заключить, что формирование канала НСП в пределах его изначальной анатомической конфигурации зачастую приводит в отдаленном периоде к повторному его сужению или полному заращению, вызывая и снижение слуха, и рецидив холестеатомы

Цель работы: анализ причин возникновения атрезии в перепончато-хрящевом отделе НСП, ее выраженности и их влияния на результаты хирургического лечения.

Материал и методы: В исследование включены 15 пациентов с полным заращением НСП в перепончато-хрящевом отделе или частичным заращением с сохранением просвета менее 3 мм и клиническими проявлениями в виде снижения слуха и/или нарушения эвакуации эпидермиса (холестеатомы) из костного отдела НСП.

Результаты исследования. На дооперационном этапе у 9 пациентов из 15 (60%) было обнаружено полное заращение (атрезия) НСП в перепончато-хрящевом отделе. По результатам компьютерной томографии (КТ) у всех 9 пациентов наблюдалось отсутствие пневматизации в перепончато-хрящевом и костном отделах НСП вследствие мягкотканного заполнения его просвета. Интраоперационно у 6 из 9 пациентов выявлена холестеатома в костном отделе НСП, у 3-х пациентов костный отдел НСП был заполнен фиброзной тканью без сохранения его просвета и соответственно эпидермальной выстилки.

У 6 пациентов (40%) на дооперационном этапе выявлен выраженный стеноз, нарушающий эвакуацию содержимого костного отдела НСП. По результатам КТ у 5 пациентов сохранялся просвет НСП в костном отделе или пневматизированная трепанационная полость, у одного обнаруживалось мягкотканное образование в трепанационной полости, соответствующее холестеатоме, и у одного – полная облитерация костного отдела НСП. По интраоперационным данным, из 6 пациентов с неполной атрезией (стенозом) только в 2-х случаях развивалась холестеатома в глубжележащих отделах, у остальных 4-х пациентов костный отдел НСП был свободно проходим.

Всего патология глубжележащих отделов обнаружена у 11 пациентов (73,3%). Холестеатома обнаружена у 8 пациентов (53,3%) и не фиксировалась у 7 пациентов (46,7%), фиброзная облитерация НСП в костном отделе обнаруживалась у 3 (20%) пациентов.

При рассмотрении причин появления атрезии выделены 3 основные из них: предшествующая травма, операция и длительный воспалительный процесс в наружном или среднем ухе без предшествующих травм и хирургических вмешательств.

Вывод. Атрезия НСП в перепончато-хрящевом отделе развивается преимущественно в результате травмы или операции, а полное заращение перепончато-хрящевого отдела всегда приводит к патологии более глубоких отделов уха.

Разработанный способ устранения атрезии НСП, включающий широкую резекцию перепончато-хрящевого отдела, способствует предупреждению повторного появления атрезии, а также позволяет добиться значительного и стойкого улучшения слуха при любых формах атрезии и качественной реабилитации пациента.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Турсунов Д.К., Далиев А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что в возникновение хронического воспаления значимый вклад вносят токсины как эндогенного, так и экзогенного происхождения, и, следовательно, необходима детоксикация органов и выведение токсинов, что обеспечит ауторегуляцию [6–9]. Столь же необходима и активация органов, отвечающих за дренаж, особенно если они вовлечены в воспалительный процесс, как это происходит со слизистыми оболочками при аденоидите. У детей с хроническими аденоидами, как правило, в анамнезе отмечаются частые эпизоды острой респираторной инфекции (ОРИ).

Цель исследования: оценить эффективность лечения хронического аденоидита антигемотоксическими лекарственными средствами у детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 80 детей в возрасте от 4-х до 6 лет с диагнозом «хронический аденоидит средней тяжести».

Продолжительность болезни составляла $2,0 \pm 0,6$ года. По исходам 1–5 получены близкие по значимости результаты. Поэтому приводим групповой анализ эффективности АГСТЛ по данным исходам.

Как видно из приведенной таблицы и рисунка, у детей, получавших АГЛС, неблагоприятные исходы наблюдались достоверно реже, чем в группе пациентов, получавших стандартное лечение. Показатели ЧИЛ по всем КИ колебались в пределах от 8,5% до 17,5%, в то время как значения ЧИК находились в интервале 52,5–77,5%. Достоверность статистических различий подтверждается значениями критерия χ^2 и величиной p . Снижение абсолютного риска и соответствующее значение ЧБНЛ в исходах 1–5 равно 2 при ДИ 0–9, что означает, что у каждого 3-го больного при лечении АГЛС можно ожидать положительного результата лечения. Показатель ОР (0,10–0,23 при ДИ 0,03–0,44) показывает более низкую вероятность неблагоприятных исходов в основной группе пациентов, т. к. он значительно ниже единицы. ОШ 0,06–0,19 (ДИ 0,02–0,21; 0,06–0,51) достоверно ($p \leq 0,005$) показывает, что риск возникновения неблагоприятного исхода при лечении АГЛС уменьшается в различных КИ в 5–12 раз.

Таким образом, показана значимая эффективность АГЛС при ОРВИ у детей по КИ: «Наличие затрудненного носового дыхания за счет заложенности и отделяемого из носа» (1); «Наличие ночного кашля» (2); «Наличие храпа во время ночного сна» (3); «Наличие заложенности в обоих ушах без потери слуха» (4); «Наличие длительного (до 2-х недель) субфебрилитета – $37,7^\circ\text{C}$ » (5).

Число больных, которых необходимо лечить для того, чтобы предотвратить развитие одного неблагоприятного исхода, было равно 1 (ДИ 0–5), это означает, что благоприятный исход наблюдается у каждого второго больного, и свидетельствует о высокой эффективности АГЛС при данном заболевании. Обращают на себя внимание узкие границы ДИ показателя ЧБНЛ, что подтверждает высокую клиническую и статистическую значимость.

Высокая эффективность АГЛС в отношении интоксикационного синдрома обусловлена, по всей видимости, наличием в схеме препарата Лимфомиозот с выраженным дренажным механизмом.

Выводы. Данное исследование показало, что применение АГЛС совместно с общепринятой терапией хронических аденоидитов можно считать эффективным.

Использованные АГЛС (Мукоза композитум, Лимфомиозот, Эуфорбиум композитум) хорошо переносятся, не имели побочных реакций.

АГЛС в данном исследовании способствовали дезинтоксикации, что дает возможность не применять дополнительное лечение с этой целью.

СПОСОБЫ НАДЛОБКОВОЙ ЦИСТОСТОМИИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННЫХ ТРАВМАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Тухтаев Ф.М., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Поиск малоинвазивных способов надлобкового дренирования мочевого пузыря при его внутрибрюшинных повреждениях до сих пор остается актуальным в ургентной урологии (А.М. Хаджибаев с соавт., 2011)

Цель исследования: Определить наименее инвазивный и технически удобный способ установки надлобковой цистостомии.

Материал и методы. У 64 пострадавших с внутрибрюшинными повреждениями мочевого пузыря применяли три способа выполнения надлобковой цистостомии. Первый способ - традиционное высокое сечение мочевого пузыря, осуществляемое через дополнительный хирургический разрез в надлобковой области, - использовали у 22 пострадавших (34,4%) второй способ - троакарной цистостомии - выполняли у 13 пациентов (20,3%), третий -

антеградный способ надлобковой цистостомии, применяли у 29 пострадавших (45,3%). Оперативная техника антеградной способа заключается в проведении из лапаротомной раны через разрыв мочевого пузыря в его полость изогнутого зажима. Браншами зажима изнутри прокалывают переднюю стенку мочевого пузыря и апоневроз. Над выступающими в надлобковой области браншами зажима производят прокол кожи скальпелем. В рану прокола выводят бранши зажима, которыми захватывают и низводят в полости мочевого пузыря катетер. Разрыв мочевого пузыря герметично ушивают со стороны брюшной полости.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ применяемых способов надлобкового дренирования показал, что троакарная и традиционная секционная цистостомии имеют ряд недостатков. Для выполнения троакарной цистостомии требуются ушивание разрыва, установка уретрального катетера и наполнение мочевого пузыря раствором фурациллина. Затем производят прокол передней брюшной стенки и мочевого пузыря для установки мочевого катетера. Однако при тугом наполнении мочевого пузыря отмечается протекание раствора фурациллина между швами ушитого разрыва. В результате происходит уменьшение емкости мочевого пузыря, что увеличивает риск повреждения троакаром органов брюшной полости во время проведения пункции.

Для традиционной цистостомии необходим дополнительный хирургический разрез в надлобковой области с послойным выделением и вскрытием мочевого пузыря, что увеличивает продолжительность операции, усиливает хирургическую травму и объем кровопотери.

Вывод: Антеградная надлобковая цистостомия является наименее травматичным способом дренирования мочевого пузыря при его внутрибрюшинных повреждениях.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Умматалиев Д.А., Хасанов Х.Х., Саидходжаева Ж.Г., Суюнов Д.М., Курбанов Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Оптимизация лечения острого панкреатита в ургентной хирургии остаются весьма актуальными. Не отличаются эффективностью традиционные мероприятия при этой распространенной острой патологии органов брюшной полости. Большое значение придается консервативным методам лечения. Так как хирургические вмешательства при остром панкреатите не могут полностью устранить прогрессирование деструкции поджелудочной железы явления аутолиза. Изучая состояние микроциркуляции и реакцию лимфатических узлов в эксперименте при остром панкреатите авторы выявили застойные явления в регионарных лимфатических сосудах, узлах, отек капсулы. Эти явления способствуют прогрессированию патологических процессов в поджелудочной железе, эндогенной интоксикации, гнойно-септическим осложнениям, потому что, в лимфотическом русле, клетчаточных пространствах скапливается большое количество активных протеолитических ферментов, токсинов, микробов.

Учитывая связь лимфотических сосудов поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке мы проводим региональную лимфотическую терапию больным через поясничную область. По разработанной методике в углу между позвоночником и 12 ребром вводим медленно, последовательно раствор новокаина, лазикс, гепарин, контрикал, антибиотик широкого спектра действия (разовой дозе).

Лимфотическую терапию наряду с интенсивным лечением начинаем сразу после поступления больных в стационар с диагнозом острым панкреатит. В случае хирургического вмешательства, продолжаем лимфотическую терапию через забрюшинную клетчатку в средний возраст которых составил 44 года. У 18 больных приступ острого панкреатита купировался после проведенного комплексного лечения. Боли уменьшились, диспептические явления прекратились на 2-3 день, восстановилась функция кишечника, улучшились биохимические показатели. В течение 5-6 дней нормализовались данные лабораторных анализов. Интраоперационно установлены диагнозы: абсцесс поджелудочной железы (1), геморрагический панкреатит (2). После проведенной комплексной терапии оперированные больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРИХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ.

**Умматалиев Д.А., Саидходжаева Ж.Г., Курбанов Х.А., Михайлович И.Е., Хасанов Х.Х.
Андижанского государственного медицинского института**

Острая спаечная непроходимость кишечника осложнения перитонитом (ОСНКОП) – распространенное и тяжелое заболевание при котором требуется экстренное хирургическое вмешательство. Смертность от нее достигает 9,6-65,7 %

Целью: работы явились снижение риска рецидива болезни. Повышение уровня профилактики ОСНКОП с помощью современных методов лечения.

Задачи исследования:

1. Совершенствование видеолапароскопической диагностики лечения при ОСНКОП;
2. Совершенствование профилактики пареза кишечника в послеоперационном периоде;
3. Определение показаний и противопоказаний к лапароскопическим методам лечения при ОСНКОП.
4. Оценка эффективности применяемых методов.

Материал и методы: В хирургическом отделении клиники АГМИ за последние 10 лет лечились 75 больных с ОСНКОП

По данным обследования больных до операции о наличии распространенного спаечного процесса свидетельствовали множественные грубые послеоперационные рубцы деформирующие переднюю стенку живота а также анамнестические. Клинические и инструментальные данные у 25 (28,8%) пациентов пришлось отказаться от

видеолапароскопического рассечения спаек (ВЛРС) санции и дренирования брюшной полости из за высокого риска ятрогенного процесса.

Наш небольшой опыт лапароскопических операций позволяет рекомендовать комплекс предоперационного обследования больных со спаечной болезнью. Ослаженной перитонитом включающий общий анализ крови и мочи.

Биохимию крови. Обзорную контрастную рентгенографию брюшной полости. УЗИ брюшной полости и измерение внутрибрюшного давления.

Нами проанализирована информативность предложенных для диагностики спаечной болезни методов. При обзорной рентгенографии выполненной всем больным при поступлении выявились признаки непоходимости кишечника чаши Клойбера и пневматизация петель тонких кишок внутрибрюшной давление измерялось способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер фoley подключичного к гидрометру аппарата Вальмана у всех больных внутрибрюшное давление составило $16,3 \pm 0,8$ мм. вод. ст. что соответствовало 1 степени внутрибрюшной гипертензии для диагностики спаечной болезни с нарушением пассажа по кишечнику мы считаем более целесообразны использовать в динамике не инвазивную и безопасную ультразвуковую диагностику. Основная задача УЗИ – определение степени тяжести спаечной болезни брюшной полости. Благодаря УЗИ у 8 из 14 больных были намечены точки безопасного введения троакара в брюшную полость информативность УЗИ в выявлении признаков спаечной болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (II) ТИПА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Умурзаков С.К., Мирзаев К.К., Азизов Д.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Проведен анализ лечения 94 больных с гнойной некротическими осложнениями сахарного диабета. 62 пациентам наряду с комплексной консервативной терапией, выполнялись «мглые» операции на стопе с некроэктамией раны CO₂ - хирургической лазером и последующим аутодермальным закрытием ран (основная группа) и 32 пациента, которым проводились аналогичная комплексная консервативная терапия, аутодермальное закрытие послеоперационных ран не выполнялось, составили контрольную группу}.

Средний Возраст в годах в основной группе составил $66,2 \pm 1,42$, в контрольной группе $65,4 \pm 1,46$. В основной группе мужчин было 18 (29,1%), женщин 44 (70,9%), в контрольной группе 9 (28,2%) и 23 (71,8%); Больные в обеих группах страдали диабетом более 10 лет.

Количество больных с тяжелой формой течения сахарного диабета в основной группе составило 54 (87%) патента, в контрольной - 26 (81,2%) соответсгаено. Как в основной, так и в контрольной группе основными оперативными пособиями являлись некрэктомиа и резекция передних отделов стопы.

Наряду с хирургическим лечением больных как в основной, так и контрольной группах проводились комплексная консервативная терапия, включающая в себя разгрузку пораженной конечности, коррекцию углеводного обмена путем дробного введения простого инсулина по данным суточной гликемии, антибактериальная терапия которая была основана на данных микробиологических исследований. Лечение диабетической нейропатии и расстройств микроциркуляторного звена кровообращения проводилось препаратами а липоевой кислоты и низкомолекулярными гепаринами. Местное лечения включало ежедневные перевязки с использованием раствора йодопирона , 0,5 % хлоргексидина и др.

На фоне проводимых лечебных мероприятий, включающих лекарственную терапию, обработку раны CO₂ - лазером в основной группе позволило сократить сроки очищения раны от гнойнонекротических тканей до $7 \pm 1,24$ суток, появления «здоровых» грануляции Происходило на $9 \pm 1,12$ сутки, пэ сравнению с контрольной группой, где сроки очищения рань составили $10 \pm 1,16$ дней, а

формирование сочных грануляцией наступило к $13 \pm 0,34$ суткам. Вышеуказанное свидетельствует об ускорении сроков очищения раны у больных основной группы в 1, 4 раза по сравнению с контрольной.

Выполнение ранних пластических операций на стопе у больных сахарным диабетом II типа после «малых» операций на стопе имеет важное значения, так как, позволяет сократить сроки эпителизации ран, обеспечить раннюю активизацию и сократить сроки лечения .

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ.

Уринов Ж. З., Джураев А. М., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Эшонхужаев К. О.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Патология ОДА широко распространена во всем мире и характеризуется многообразием проявлений, из которых плоскостопие занимает ведущее место. Данный постулат обоснован тем, что причиной развития патологии является многообразие фенотипических проявлений, но в большой степени она обусловлена нарушениями развития костно-суставного аппарата в процессе формирования и роста организма. По данным медицинской статистики если у детей к двум годам жизни данная патология выявляется у 24% детей, то уже к 12 годам жизни данный показатель возрастает в двое, а патология диагностируется у каждого второго подростка.

Цель работы: в данной работе отражены современные аспекты консервативного лечения плоскостопии у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы исследования: нами проанализированы клинические, анамнестические и медицинская документация 163 детей с плоскостопием пролеченных в отделении травматологии, ортопедии и нейрохирургии Андижанского областного многопрофильного центра за период с 2011 г. по 2017 г. Из них мальчиков – 85 (52,1%), девочки – 78 (47,9%). Из всего количества больных 38 (23,3%) - дети до трех летнего возраста; 59 (36,2%) - больные от 3 до 7 летнего возраста, остальные 66 (40,5%) – 7-14 летнего возраста. При

обследовании и лечении детей нами использованы клинические, рентгенологические (в т.ч. КТ), МРТ и плантографические методы исследования.

Результаты и обсуждение: весь период наблюдений включал ведение больных как в стационарных условиях, так и наблюдение в амбулаторных условиях. Нами при лечении детей до 3-х летнего возраста все лечебные мероприятия рассматривались, как профилактические мероприятиями плоскостопия, так как развитие заболевания в этом возрасте обусловлены слабостью суставного и связочно-мышечного аппарата нижней конечности. Особенностью данного периода в том, что в этом возрасте мало выражены формы плоскостопия, которые не дают никаких клинических признаков, прежде всего болезненных симптомов. Однако, в дальнейшем, по мере роста ребенка и когда ребенок встает на ноги, эти симптомы могут прогрессировать и приобретать стойкий клинический признак. Объем лечения у данной категории больных включал консервативные методы лечения с применением массажа голени и стоп с элементами ЛФК с применением массажных роликов и ковриков, подбор рациональной обуви для повседневного ношения, ходьба босиком по рельефной поверхности. Особое место занимала профилактическое и заместительная терапия рахита.

У больных в более старших возрастных группах (возрасте от 3-7 и 7-14 летнего возраста) объем лечения дополнялся элементами активной коррекции, т.е. свободно формировался комплекс упражнений ЛФК, с условиями выбора упражнений, кратностью проведения и времени экспозиции. Следует подчеркнуть, что метод ЛФК у детей требует определенное упорства и терпения. Из физиотерапевтических процедур проводим парафиновые аппликации, солено-хвойные ванночки голени и стопы. С 3-летнего возраста занятия ЛФК считались с ортезированием стоп, т.е. всем детям назначили ношение обуви с супинатором. Обувь подбирается строго по размеру и должна фиксироваться в пятке жестким задником. Эффективной тренировкой и закаляющей процедурой является ходьба по неровной поверхности (по земле, песку, траве). Особое место имеет лечение дисплазии соединительной ткани и поэтому комплекс лечения дополняется общеукрепляющей и витаминотерапией.

Использование выше изложенной тактики позволило у 118 (72,4%) детей получить хороший результат, характеризующий тем, что все компоненты деформации устранены полностью, стопа правильной формы. Удовлетворительные результаты отмечали у 32 больных. Отмечены сдвиг в виде уменьшения болей и усталости в дистальных отделах нижних конечностей, появление сводов стопы. Неудовлетворительные результаты с прогрессированием деформации (14 детей) связаны с поздним началом или нерегулярным лечением или несоблюдением ортопедического режима.

Выводы: Эффективность ЛФК при плоскостопии у детей обоснована до 3-х летнего возраста, оптимальным возрастом для дальнейшей коррекции свода стопы является 3-7 летний возраст ребенка, где ЛФК обязательно должно считаться с ортезированием стоп, т.е. всем детям необходимо ношение обуви с супинатором.

ЭКСПРЕССИИ И МЕТИЛИРОВАНИЕ ПРОМОТОРОВ ГЕНОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Урманбаева Д.А., Хасанов Д.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Ранее был установлен факт взаимосвязи с эффектом неoadьювантной химиотерапии (НАХТ) рака молочной железы (РМЖ) вектора изменения экспрессии генов множественной лекарственной устойчивости (МЛУ): ABCB1, ABCG2, GSTP1 и MVP в опухоли в процессе лечения. У больных с частичной регрессией в процессе НАХТ экспрессия генов МЛУ снижалась, в то время как у больных со стабилизацией и прогрессированием - экспрессия генов МЛУ повышалась. Регуляция экспрессии генов МЛУ может быть связана с метилированием промоторных регионов этих генов.

Цель исследования. Оценка экспрессии и метилирования промоторных участков генов ABCB1, ABCG2, GSTP1 и MVP в опухоли молочной железы в процессе НАХТ.

Материал и методы. В исследование были включены 80 больных РМЖ T1-4N0-3M0 с комбинированным лечением, включающим 2-4 курса НАХТ. Из биопсийного материала до лечения и операционного материала после НАХТ выделяли мРНК. Экспрессию оценивали при помощи qPCR. ДНК выделяли из операционного материала. Анализ статуса метилирования CpG в промоторных областях генов МЛУ осуществляли при помощи метил-чувствительной ПЦР с рестриктазой HpaII. Дополнительно анализ статуса метилирования промоторной области гена ABCB1 осуществляли посредством секвенирования с бисульфитной конверсией.

Результаты. Было установлено, что если промоторы генов ABCB1, ABCG2, GSTP1, MVP деметилированы, то у 90% пациентов наблюдается высокий уровень экспрессии данных генов до и после НАХТ и в 80% случаев повышение экспрессии в процессе НАХТ. Обратная картина отмечается при метилированных промоторах этих генов. Для промотора гена ABCB1 секвенированием с бисульфитной конверсией было показано, что количество метилированных CpG пар в промоторной области гена ABCB1, находится в тесной взаимосвязи с уровнем экспрессии данного гена. Наличие 1 - 2 метилированных цитозинов в составе CpG ассоциировано с высокой экспрессией ABCB1, варьирующей в пределах 2-8. Присутствие более 2 метилированных CpG приводило к снижению экспрессии ABCB1 до 0-1.

Вывод. Интересно отметить, что высокая экспрессия ABCB1 наблюдалась в одном случае РМЖ с 4 метилированными CpG. Однако, в этом случае установлено наличие точечной мутации G>C, вероятно провоцирующей повышенную амплификацию ABCB1.

ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ И ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ

Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Высокая актуальность изучения заболеваний молочных желез обусловлена высокой частотой (30-70% случаев) встречаемости в популяции доброкачественных заболеваний молочных желез и неуклонным ростом данной патологии. По данным ряда авторов, частота встречаемости мастопатий резко возрастает среди женщин, страдающих заболеваниями женских половых органов.

Нами выявлена прямая сильная корреляционная связь патологии молочной железы с гинекологическими заболеваниями ($R=+0,8$) такими как миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия.

Факторами риска развития ДЗМЖ у женщин с гинекологическими заболеваниями являются: раннее менархе, альгодисменорея, снижение частоты рождаемости, прерывание первой беременности, выполнение больше трех медицинских аборт, отсутствие послеродовой лактации или длительное кормление ребенка грудью (больше года), наличие экстрагенитальных заболеваний болезней органов пищеварения, кровообращения, эндокринной системы, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов дыхания и мочеполовой системы.

Цель исследования: влияние экстирпации матки на формирование опухоли в молочной железе.

Материалы и методы: Обследовано 300 пациенток в возрасте 40-50 лет с диагнозом: "Образование молочной железы неуточненной этиологии". Проведен ретроспективный анализ историй болезни этих женщин.

Методы исследования: полное клинико-лабораторное обследование пациенток, для уточнения состояния молочных желез - пальпация/ультразвуковое сканирование, маммография (по показаниям), пункционная биопсия и цитологическое исследование пунктата, оперативное лечение, гистологическое исследование.

Результаты: У 105 пациенток выявлены незлокачественные заболевания органов репродуктивной системы (группа 1), у 135-состояние после экстирпации матки, при этом у 103 из них придатки были сохранены (группа 2).

Всем пациентам выполнено хирургическое лечение молочных желез с последующим гистологическим исследованием. В первой группе выявлены следующие гистологические данные: у 35 пациентов - фиброаденома, у 45 - узловая мастопатия с пролиферацией, у 3- внутрипротоковая папиллома, у 22- рак молочной железы. При этом во второй группе: у 40 - фиброаденома, 9 -узловая мастопатия 6- внутрипротоковая папиллома, у 48 - рак молочной железы.

Выводы: На основании полученных данных можно предположить, что при отсутствии матки основным объектом воздействия гормонов гипо-таламо-гипофизарно-яичниковой системы становятся молочные железы, где происходит активация пролиферативных процессов. Постоянная изменчивость морфофункциональных структур и высокая степень чувствительности эпителия молочных желез к гормональным воздействиям приводят к увеличению числа заболеваний молочных желез.

ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I-III СТАДИИ.

Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить отдаленные результаты лечения пациенток с резектабельными формами рака молочной железы (РМЖ) после проведения адъювантной химиотерапии (АХТ) на основе препаратов таксанового ряда, в зависимости от распространенности процесса и молекулярно - генетического подтипа опухоли.

Материалы и методы: В исследование включена 71 пациентка в возрасте от 29 до 60 лет (средний возраст составил 43 года). Распределение по стадиям заболевания представлено следующим образом: I стадия - 9 пациенток, IIА ст - 21, IIВ ст - 12, IIIА ст - 19 и IIIС ст - 10 пациенток. Люминальный тип А опухоли диагностирован у 13 пациенток (18%), люминальный В - 14 (20%), HER2-тип - 14 (20%), triple-negative - 30 (42%).

Всем пациенткам на первом этапе комбинированного лечения выполнялось хирургическое вмешательство в объеме: радикальной мастэктомии по Маддену/ радикальной резекции/ подкожной мастэктомии. Через 4-6 недель после хирургического лечения пациенткам начиналось проведение АХТ по одной из альтернативных схем: АТ, ТАС или АС-Т. Далее при наличии показаний выполнялась дистанционная лучевая терапия с последующей гормонотерапией и/или терапией трастузумабом.

Результаты: В настоящее время под наблюдением находится 58 пациенток, завершивших весь комплекс лечения. Период наблюдения составляет от 3 месяцев до 6 лет. Без признаков прогрессирования заболевания находится 6 из 7 пациенток при I стадии заболевания, 12 из 14 - при IIА ст, 8 из 11 - при IIВ ст, 8 из 16 - при IIIА ст и 3 из 6 - при IIIС стадии заболевания. В большинстве случаев прогрессирование наступало в течение года после окончания лечения за счёт появления отдаленных метастазов. При этом следует отметить, что практически все прогрессировавшие пациентки с III стадией заболевания (т.е. при поражении 4 и более регионарных л/у) относились к неблагоприятным с прогностической точки зрения молекулярно - генетическим подтипам РМЖ (люминальный тип В, HER2-тип и triple-negative) и использование таксанов в данной ситуации не привело к улучшению отдаленных результатов лечения по сравнению со стандартными антрациклиновыми режимами.

Выводы: Промежуточный анализ исследования демонстрирует обнадеживающие результаты лечения у пациенток с прогностически неблагоприятными формами РМЖ в случае локализованного заболевания (при поражении менее 4 л/у), чего нельзя сказать о более распространенном процессе.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. РМЖ в структуре онкологических заболеваний женщин занимает 1-е место, составляя 19,5 %, причем заболеваемость постоянно растет. Так, в 1980 году число больных, учтенных онкологическими учреждениями с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. женского населения составляло 30,7, в 1990 году – 39,6, а в 1998 году уже – 55,0. Максимальные показатели заболеваемости РМЖ в 1996 году зарегистрированы.

В странах Европы регистрируется ежегодно 180 000 новых случаев рака этой локализации, а в США – более 130 000. При этом число заболевших увеличивается в каждой стране, прибавляя ежегодно 1–2%. Таким образом, в XXI веке, если подобный рост заболеваемости РМЖ сохранится, будет преодолен рубеж в 1 000 000 случаев в год.

Цель исследования: оценка морфологических признаков лечебного патоморфоза РМЖ

Материал и методы: Изучено 128 случаев рака молочной железы (РМЖ) после лучевого и лекарственного лечения.

Материал исследован с широкой вырезкой центральных и периферических отделов опухоли, фона, лимфатических узлов с применением гистологических, гистохимических, иммуногистохимических методов. Возраст больных от 34 до 82 лет (средний 58,6 лет).

Результаты исследования. При гистологическом исследовании патоморфоза РМЖ выявлены дистрофические изменения клеток и ядер различной степени выраженности. Почти полное исчезновение опухоли (11,7%) характеризуется выраженным фиброзом и гиалинозом, мелкими скоплениями или единичными уродливыми клетками, окруженными клетками инородных тел, лимфоцитами. Для выраженного патоморфоза (38,3%) характерно нарушение гистологической структуры опухоли, фиброз, некроз, дистрофические изменения (ДИ) части опухолевых клеток. При умеренно выраженном патоморфозе (27,3%) структура опухоли сохранена на значительном протяжении, имеются мелкие фокусы некроза, ДИ части опухолевых клеток. Слабо выраженный патоморфоз определяется сохранением структуры опухоли и мелкими фокусами дистрофически измененных раковых эпителиоцитов. В 7,8% наблюдений признаков патоморфоза не выявлено, в 1 наблюдении (0,8%) после лечения отмечен рост РМЖ. При исследовании лимфатических узлов в 37,5 % наблюдений выявлены изолированные опухолевые клетки и микрометастазы РМЖ (<0,2см). Метастазы РМЖ 0,2-2см обнаружены в 52,3% случаев, >2см - в 13%. Корреляции между степенью выраженности изменений РМЖ и метастатическими поражениями не выявлено.

Выводы. При морфологическом исследовании не установлено специфических для лечебного патоморфоза признаков. Изменения, возникающие после лучевого и лекарственного лечения, не имеют принципиальных различий. Степень выраженности лечебного пато-морфоза РМЖ как критерий эффективности проведенного лечения нуждается в дальнейшем изучении.

ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ПРИ УЗЛОВОЙ ФОРМЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Есть мнение, что рак молочной железы поражает лишь тех, у кого есть к этому генетическая склонность. Это верно лишь отчасти. Действительно, женщины, чьи прямые родственницы, особенно мамы и бабушки, страдали от этой болезни, находятся в группе риска и должны регулярно проходить обследование у маммолога. Однако от такого диагноза не застрахованы и те, в чьей семье ни у кого этой болезни не было.

Примерно 70% заболевших не имели никакой наследственной предрасположенности к онкологическим заболеваниям. Ошибочно и мнение, что рак молочной железы — исключительно возрастное заболевание, которое не грозит молодым. Медицина знает случаи рака груди у молодых женщин, не достигших 30 лет. Конечно, с каждым прожитым годом вероятность развития рака молочной железы возрастает. До 40 лет вероятность развития опухоли составляет 0,5%, в возрасте 40-60 лет — уже 4%, а возрасте 60-80 лет — 7%.

Цель исследования. Изучить динамические сдвиги показателей провоспалительных и воспалительных цитокинов в крови больных узловой формой рака молочной железы (РМЖ) на ранних и метастатических стадиях развития заболевания.

Материалы и методы. Концентрацию цитокинов интерлейкина-1([^]1), интерлейкина-6 ([^]6), интерлейкина-8([^]8), интерлейкина-10([^]10), фактор некроза опухоли альфа (TNF-а) определяли в сыворотке крови на иммуноферментном анализаторе «СтатФакс» с помощью иммуноферментных тест-систем, основанных на «сэндвич»-варианте твердофазного иммуноферментного анализа в соответствии с инструкцией фирмы производителя ООО "Цитокин".

Все исследования проводились в момент поступления пациенток в стационар, до проведения лечебных мероприятий.

Результаты. В исследование были включены 68 пациенток с узловой формой РМЖ (морфологически инфильтративно-прото-ковая форма) на начальных (T1-2N0M0) и метастатических (T1-3M-2M0) стадиях распространения неоплазии, находившихся на лечении в АООД за период с 2015 по 2017 гг. Как показали результаты исследования у пациенток на начальных стадиях развития РМЖ имели место изменения цитокинового статуса, проявляющиеся повышением уровня в крови [^]1, [^]8, [^]10 и TNF-а. Значение [^]6 оставалось в пределах нормальных величин. Распространение неоплазии за пределы первичного очага (метастатические стадии болезни) неизменно сочеталось с более выраженными нарушениями цитокинового профиля крови, на что указывало более резкое повышение содержания в крови [^]1, [^]8, [^]10 и TNF-а. Также впервые отмечено возрастание уровня [^]6 в

крови.

Выводы. Мониторинг показателей содержания в крови α -1, α -6, α -8, α -10 и TNF- α может быть использован в качестве объективного критерия степени распространения неоплазии при РМЖ. Одним из важных признаков метастазирования опухолевых клеток является повышение уровня α -6, не свойственной ранним стадиям развития заболевания.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урмонбоева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Новообразования женских половых органов поражают женщин всех возрастов (детского, детородного, менопаузального) и в любом возрасте могут стать причиной инвалидизации и гибели в случае поздней диагностики и неадекватной терапии. Проблема доброкачественных новообразований женских половых органов не утрачивает своей актуальности по сей день. Миома матки – самая частая опухоль гениталий и самая частая причина плановых лапаротомий (составляет 25% от всей гинекологической патологии).

В последнее время повысился уровень заболеваемости молочной железы, что тоже требует ранней диагностики с использованием современных методов, выработки способов профилактики и лечения на основе принципов доказательной медицины.

Цель исследования. Установить частоту встречаемости двенадцати мутаций в генах BRCA1 (185delAG, 4153delA, 5382 Δ C, 38 Δ eЮTAAA, 3875delGTCT, Cys61Gly, 2080delA, 2963del10, 3747 Δ A) и BRCA2 (6174delT, 1528delAAAA, 93 Δ e1AAAA) в неотобранных выборках больных раком молочной железы и больных раком яичников среди населения Узбекистана.

Материал и методы. Материалом служили образцы периферической крови больных раком молочной железы (1091 человек) и раком яичников (240 человек). Генотипирование проведено методом ПЦР в режиме реального времени с использованием набора «ОнкоГе-нетика BRCA» (ООО «НПО ДНК-Технология»).

Результаты. Мутации в генах BRCA1 и BRCA2 были найдены у 64 больных раком молочной железы (5,9%) и у 48 больных раком яичников (20,0%). Преобладала мутация 5382 Δ C Δ CA1) - 4,0% от выборки больных раком молочной железы, 12,1% от выборки больных раком яичников. Шесть мутаций (185delAG, 4153delA, 5382 Δ C, Cys61Gly, 2080delA в гене BRCA1 и 6174delT в гене BRCA2) были найдены и у больных раком молочной железы, и у больных раком яичников. При раке яичников значительно чаще, чем при раке молочной железы, встречались мутации Cys61Gly (12,5% vs 6,3%) и 2080delA (10,4% vs 3,1%) в гене BRCA1. Две мутации (38 Δ eЮTAAA и 3875delGTCT в гене BRCA1) были найдены только у больных раком молочной железы. Мутации 2963del10, 3747 Δ A в гене BRCA1 и 1528delAAAA, 93 Δ e1AAAA в гене BRCA2 не были обнаружены.

Выводы. Высокая частота мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 у больных раком яичников подтверждает необходимость проведения тотального генетического скрининга в этой группе. Учитывая размер тестированных неотобранных выборок, широту диагностической панели и нахождение зарегистрированных нами мутаций другими авторами, анализ на мутации в генах BRCA1 (185delAG, 4153delA, 5382 Δ C, Cys61Gly, 2080delA, 38 Δ eЮTAAA, 3875delGTCT) и BRCA2 (6174delT) может быть рекомендован для включения в скрининговые программы по выявлению наследственных случаев рака молочной железы и рака яичников.

ЦИФРОВАЯ МАММОГРАФИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урмонбоева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы – наиболее часто встречающийся тип злокачественной опухоли у современных женщин. Рентгеновская маммография – реально существующий метод ранней диагностики доклинического рака молочной железы. Ранними рентгенологическими признаками рака молочной железы служат сгруппированные микрокальцинаты, асимметрия и перестройка структуры. Только рентгеновская маммография в состоянии получить изображение сгруппированных микрокальцинатов величиной 50-200 микрон. Цифровая маммография позволила шагнуть на качественно новый уровень диагностики. С ее помощью (Tissue Equalization, Premium View, Fine View) изображение стало более контрастным, улучшилась визуализация патологических образований и в особенности микрокальцинатов. Цифровые маммографы относительно недавно появились в отечественной медицинской практике. Наш опыт применения цифрового маммографа Senographe DS General Electric (USA) в сравнении с аналоговым маммографом Mammomat UC Philips показал несомненное преимущество технологии цифровой маммографии. Во-первых, цезиевый (Csi) детектор дает возможность получения качественного изображения как неизменных тканей, так и микрокальцинатов и новообразований.

Цель исследования: Изучить диагностические особенности цифровой маммографии рака молочной железы.

Материал и методы исследования: Нами было исследовано на цифровом маммографе Senographe DS фирмы General Electric (USA) 100 пациенток как бессимптомных, так и предъявляющих различные жалобы (на боли, уплотнения). У 42 пациенток при применении CAD выделялась область изменений в одной либо двух проекциях.

Результаты: У 50 женщин из 100 были выявлены сгруппированные микрокальцинаты. Рентгенологическая картина трактовалась как крайне подозрительная на рак. У 4 из них верифицирован рак молочной железы. У остальных 4-х гистологически были обнаружены следующие изменения: пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии – 2, пролиферативная ФКМ с формированием внутрипротоковых папиллом – 1, склерозирующий аденоз -1. Во всех этих наблюдениях CAD точно “обводил” зону микрокальцинатов. В случаях

асимметрии плотности, перестройки структуры САД также идентифицировал зону интереса. Не было проблем с идентификацией узловых образований в виде различной формы тени (как доброкачественного, так и злокачественного характера). В небольшом проценте наблюдений САД выделял “зону повышенного внимания” только в одной проекции и при прицельной маммографии вопрос о патологическом очаге снимался, так как участок полностью изменял свои характеристики.

ЭЛЕКТРОННАЯ КАРТА АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРОХОДЯЩИХ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Урмонбоева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Систематизировать сбор данных и мониторинг состояния пациенток с верифицированным раком молочной железы, проходящих неoadъювантную и адъювантную химиотерапию, плановую протекторную терапию или терапию «по требованию» для проведения фармакоэкономического исследования.

Материалы и методы: Разработана электронная карта, в которой учтены паспортные данные, жалобы, анамнез, объективные данные, данные лабораторных и инструментальных методов исследования, онкодиагноз и диагноз по сопутствующей патологии, проводимая неoadъювантная и адъювантная химиотерапия, оценка степени интенсивности побочных действий противоопухолевых препаратов и выявленных осложнений, результаты оценки качества жизни пациенток, получающих плановую протекторную терапию и терапию «по требованию» при возникновении побочных реакций или осложнений противоопухолевой лекарственной терапии.

Результаты: Выделены группы пациенток, получающих плановую протекторную терапию (1 группа) и терапию «по требованию» (2 группа), при возникновении побочных реакций или осложнений химиотерапии, оценено в сравнении качество жизни пациенток через понятие QALY, проведен анализ «затраты-эффективность» и «затраты-полезность».

Выводы: Системная обработка полученных данных позволяет оценить не только клиническую эффективность проводимой протекторной терапии, но и провести клинико-экономический анализ с разработкой рекомендаций по проведению плановой протекторной терапии и терапии «по требованию» при возникновении побочных реакций или осложнений противоопухолевой лекарственной терапии.

РАСШИРЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Урмонбоева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Существует ошибочное мнение, что раку молочной железы чаще подвержены женщины старше 50 лет. Все чаще в онкологических клиниках можно встретить пациенток, возраст которых едва перевалил за 30. В лечении злокачественных новообразований важным фактором является время. Чем раньше будет распознан недуг, тем быстрее будет начато лечение, а значит, шансы на полное выздоровление увеличиваются. Именно поэтому нужно знать, какие симптомы бывают при раке груди.

На начальной стадии заболевания внешние симптомы рака молочной железы отсутствуют. Зачастую женщина даже не подозревает о нависшей над здоровьем угрозе. Первые **симптомы рака груди** можно заметить, когда механизм болезни уже запущен. Тут главное – не упустить время и вовремя обратиться к маммологу. Своевременно поставленный правильный диагноз рака груди и вовремя назначенная терапия позволяют добиться более чем в 80% случаев пятилетней выживаемости пациенток с раком молочной железы.

Цель исследования. Определить эффективность использования расширенной модифицированной радикальной мастэктомии (РМЭ) с пластикой дефекта передней грудной стенки TRAM-лоскутом для хирургического лечения местнораспространенного рака молочной железы (МРПМЖ).

Материал и методы. РМЭ с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки TRAM-лоскутом мы выполнили у пациенток при распространении злокачественного процесса за пределы молочной железы, что позволило расширить объем резецируемых тканей до условно радикального удаления опухоли. Нами использованы две модификации перемещения TRAM-лоскута - с использованием гомо- или контралатеральной прямой мышцы по отношению к удаляемой молочной железе. После операции всем больным проводилась специфическая противоопухолевая терапия по существующим стандартам.

Результаты. РМЭ с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки TRAM-лоскутом применяется нами с 2001 года при лечении местнораспространенных форм рака и сарком молочной железы. Эта методика была использована у 21 пациентки. При оценке эффективности хирургического лечения в этой группе при помощи составления таблиц дожития, построенных моментным методом с последующим расчетом выживаемости, средней продолжительности жизни и её дисперсии, мы отметили, что средняя продолжительность жизни больных МРПМЖ, которым была выполнена РМЭ с пластикой TRAM-лоскутом, составила $56,2 \pm 8,32$ месяца. В течение этого же времени по поводу местнораспространенного рака или саркомы молочной железы было выполнено 33 так называемых санитарных мастэктомий. Из этой группы мы смогли проследить судьбу 19 больных. Средняя продолжительность жизни в этой группе составила $32,7 \pm 5,41$ месяца, что достоверно ($p < 0,01$) отличается от показателей средней продолжительности жизни в первой группе больных МРПМЖ.

Выводы. Представленные результаты наглядно демонстрируют значение и целесообразность активной хирургической тактики на первых этапах комплексного лечения МРПМЖ.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ИММУНОФЕНОТИП РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урмонбоева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) – это злокачественная опухоль, возникающая в клетках железистой ткани женской груди. Одним из факторов возникновения **рака груди** является возрастной критерий, поэтому **раку груди** особенно подвержены женщины в возрасте от 45 лет. При наличии факторов риска **рак молочной железы** встречается и у более молодых женщин. Такими факторами могут быть: курение, употребление алкоголя, лишний вес, наследственные факторы и пр. Без своевременной терапии **рак груди** имеет свойство к росту и распространению в другие органы, т.е. дает **метастазы**.

Механизм распространения **метастаз** всего два: раковые клетки разносятся по крови или по лимфе. **Метастазы** можно выявить при помощи современных методов диагностической визуализации, например ПЭТ-КТ (позитронно-эмиссионной компьютерной томографии), КТ (компьютерной томографии) и МРТ (магнитно-резонансной томографии).

Цель исследования: определить частоту изменений иммунофенотипа опухоли в процессе лечения и метастазирования, изучить зависимость между выявленными изменениями, методами воздействия на опухоль и особенностями заболевания.

Материалы и методы: ИГХ статус опухоли исследовался в двух группах пациентов. Первую группу составили пациенты с первичным типом рака молочной железы, получившие неoadьювантное лечение стандартными методами. Повторное определение молекулярного типа опухоли проводилось после операции. Вторую группу составили пациенты с метастатическим типом заболевания. Ретроспективно проанализированы истории болезни 67 больных. Больные проходили обследование и комплексное лечение стандартными методами, включающими химиотерапию, гормонотерапию, таргетную терапию, лучевую терапию и оперативное лечение. Полученные данные подлежали статистической обработке.

Результаты: Ретроспективно проанализированы истории болезни 67 больных. У 30 пациентов (44,78%) определялись изменения иммуногистохимического статуса опухоли. Из них 16 случаев наблюдались в группе пациентов с первичным типом рака и 14 случаев - в группе пациентов с метастатическим типом заболевания. Были выделены факторы, оказывающие достоверное влияние на изменение ИГХ-статуса в процессе лечения для двух групп пациентов. К ним относится первичный молекулярный тип опухоли (наибольшую тенденцию к изменению в нашем регионе имел люминальный В тип); наличие таргетной, лучевой терапии в анамнезе; репродуктивный статус женщины на момент выявления заболевания; степень дифференцировки опухоли; место взятия биопсии.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о необходимости введения в обыденную практику повторного ИГХ исследования опухолевых очагов.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОБИЛИАРНОГО ЛАВАЖА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Усмонов У.Д., Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Зияев Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с холедохолитиазом осложненной желтухой и холангитом.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 61 больных с холедохолитиазом осложненной желтухой и холангитом, находившихся на стационарном лечении на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ.

Комплексное обследование больных показало, что патологический процесс локализовался не только в желчном пузыре, но и часто осложнялся вместе холедохолитиазом с катаральным (25%), фибринозным (23,5%) и гнойным холангитом (27,9%), а также билиарным панкреатитом (13,2%), парапузырным инфильтратом и абсцессом (7,4%), местным перитонитом (3,0%).

У 32 (52,4%) больных применяли предварительную декомпрессию желчевыводящих путей с эндобилиарным лаважом (ЭБЛ), а также на втором этапе хирургического лечения использовали минилапаротомный доступ по методике клиники. А у 29 больных (47,6%) использована традиционная хирургическая тактика лечения.

Результаты исследования. У всех 32 больных на первом этапе выполнили эндоскопические операции с диагностическими вмешательствами: ЭПСТ, ЭРПХГ с эндоскопической литоэкстракцией и НБД – у 14 (43,7%) больных; эндоскопическая папиллотомия, ЭРПХГ с эндоскопической литоэкстракцией и НБД – у 12 (37,5%) больных; эндоскопическая механическая литотрипсия с литоэкстракцией и НБД – у 6 (18,5%) больных.

Второй этап лечебной тактики нами удалось выполнить у всех больных основной группы: минилапаротомия, холецистэктомия у 31 (96,9%) больных, а с применением открытого лапаротомного метода (верхне-срединная лапаротомия) оперирован 1 (3,1%) больной.

Способ эндобилиарного лаважа: Всем 32 больным основной группы после оперативных вмешательств проводили ЭБЛ с применением 0,02% антисептика Декасана в комплексе лечения. ЭБЛ проводили через установленные наружные дренажи холедоха или назобилиарные дренажи капельным методом по 100 мл 3 раза в сутки. Перед использованием препарата подогрели до температуры тела и добавляли 0,5 % раствор новокаина. Соотношение раствора новокаина и Декасана - 1:3. Курс лечения составлял в среднем 5-7 дней. Дальнейшее продолжение курса лечения, увеличение частоты лаважа проводилось по показаниям, обосновывалось течением болезни, по данным бактериологических исследований желчи, срокам устранения холангита и желтухи.

В основной группе уровень лейкоцитоза нормализовалась уже на 2-3 сутки после операции на 29,6% относительно исходных данных. В этой группе уровень ЛИИ достиг нормальных значений на 4-5 сутки после

оперативных вмешательств, что указывает на то, что при таком сочетании комплексной терапии наблюдается более ранний и выраженный клинический эффект. При традиционном лечении эта динамика была не столь быстрой и выраженной. Динамика уровня ИЭИ убедительно показывает, что использование эндобилиарного лаважа и мини-доступа за счет воздействия на ЭИ, значительно повысило эффективность дезинтоксикационной терапии.

Выводы. Предварительная декомпрессия с применением эндобилиарного лаважа и минилапаротомного доступа в комплексе лечения способствовала эффективной коррекции биохимических показателей, показателей ЭИ, тем самым компенсирует общее состояние больных и уменьшает риск оперативного вмешательства, а также создает предпосылки для активных восстановительных процессов послеоперационного периода.

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ЭТАПНАЯ МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

**Усмонов У.Д., Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Зияев Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с механической желтухой (МЖ) неопухолевого генеза путём разработкой и применением индивидуализированной этапной миниинвазивной хирургической тактики.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 68 больных с МЖ неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ.

Основную группу составили 37 (54,4%) больных. Из них 25 (67,5%) женщин и 12 (32,5%) мужчин. Средний возраст больных - $49,8 \pm 3,4$ года. В этой группе использована индивидуализированная хирургическая тактика, которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к выбору лечебно-диагностических мероприятий, операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом билиарной декомпрессии, характера течения МЖ и холангита.

В контрольной группе (31 больных - 45,6%) использована традиционная хирургическая тактика лечения больных.

Результаты исследования. Анализ результатов проводимой комплексной терапии показал, что у больных основной группы уже на 2-3 сутки после операции уровень общего билирубина достоверно снизилось на 70,1% относительно исходных данных. Уровень щелочной фосфатазы нормализовалось в этой группе на 4-5 сутки после оперативных вмешательств. Уровень АсТ/АлТ у больных основной группы к этому сроку достоверно снизился на 35,9%/32,6% соответственно, а уровень креатинина снизилась на 36,7%.

В основной группе уровень лейкоцитоза нормализовалась на 2 сутки после операции на 29,6% относительно исходных данных. Динамика уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показывает, что использование ЭБЛ и мини-доступа за счет положительного воздействия на эндогенной интоксикации, значительно повысило эффективность детоксикационной терапии.

Уровень тяжести полиорганной недостаточности (ПОН) по шкале SOFA у исследуемых групп больных при поступлении был повышен до $6,1 \pm 0,3$ балла, что соответствовало вероятности летального исхода от 27% до 38%. В результате проведенной комплексной терапии уровень тяжести ПОН в основной группе уже в первые сутки после операции достоверно уменьшилась на 22,3% относительно исходных данных. На 7-сутки после операции эта разница составила 71,5%, что в 4,4 раза меньше чем при поступлении, и в 1,9 раза, чем при традиционном лечении.

Общее количество осложнений в контрольной группе составило 16,1% больных, а летальность - 6,4% (2 больных). Применение индивидуализированной этапной хирургической тактики с предварительной декомпрессии использованием ЭБЛ существенно повысило эффективность лечения и способствовало благоприятному течению заболевания. Летальных исходов в основной группе не было.

Выводы. Разработанная индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика с использованием метода ЭБЛ и минилапаротомного доступа при МЖ неопухолевого генеза является патогенетически обоснованным, так как она приводит к более раннему купированию клинико-лабораторных проявлений холангита и эндогенной интоксикации, ускоряет купирование ПОН, способствует уменьшению послеоперационных осложнений на 8%, сокращению сроков пребывания больных в стационаре на 4,3 суток и снижению летальности на 6,4%.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ КАТАТРАВМЕ

Хаджибаев А.М., Султанов П.К.

Республиканский Научный Центр экстренной медицинской помощи

Операционная активность при сочетанной и изолированной травме живота достигает 88%. Кроме диагностических ошибок, в исходах сочетанной и изолированной травм живота большое значение имеют тактические и технические ошибки при выполнении хирургических вмешательств, особенно при наличии кровотечений. В связи с этим общая летальность пострадавших с повреждением живота при сочетанной травме достигает 60%.

Цель исследования: изучение диагностики и тактики лечения больных с повреждениями печени при сочетанных кататравмах.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в 2010-2013 гг. находились 111 пострадавших с высотной травмой живота: с сочетанными травмами – 98, изолированными – 13. Тяжесть сочетанных повреждений рассчитывали по шкале Injure Severity Scale (ISS), тяжесть повреждения паренхиматозных органов определяли по шкале Abbreviated Injure Score (AIS). Диагностику осуществляли УЗИ-мониторингом.

Результаты. Клинико-инструментальные исследования показали наличие кровотечений у 66 (59,5%)

пострадавших. При этом у 17 (15,3%) больных был установлен только разрыв селезенки, у остальных он сочетался с разрывами почек, печени, повреждением желчного пузыря, поджелудочной железы, мочевого пузыря, брыжейки тонкой или толстой кишки, яичников. У 28 (25,2%) пострадавших абдоминальные кровотечения были обусловлены разрывами печени, у 4 (3,6%) из них они сочетались с повреждениями желудка, поджелудочной железы, гастродуоденальной связки, яичников и тонкого кишечника. У 19 (17,1%) пациентов были выявлены забрюшинные гематомы.

По шкале ISS до 13 баллов было у 28 пациентов, от 14 до 21 балла – у 20, от 22 до 32 баллов – у 30, от 33 до 46 – у 21 и выше 46 баллов – у 12 пострадавших. 94 (84,7%) больным произведены операции брюшной полости. У 28 (29,8%) из них для ликвидации источника кровотечения сразу была проведена лапаротомия. Остальным 66 (70,2%) пострадавшим выполнена диагностическая лапароскопия, причем в 41 случаях имело место страховочной лапароскопии в ходе оперативных вмешательств на других анатомических областях. В результате лапароскопии у 31 (33%) были выявлены повреждения органов брюшной полости с продолжающимся кровотечением. У 4 (4,3%) из этих больных осуществлена лапароскопическая коагуляция надрывов печени и селезенки, у 27 (28,7%) – конверсионная лапаротомия с завершением операции лапаротомным способом. У остальных 35 (37,2%) пострадавших при страховочной лапароскопии повреждения органов брюшной полости были исключены. Степени повреждения печени оценивались интраоперационно. При повреждениях I степени оперативные вмешательства на печени не проводили. При повреждении печени II степени предпочтение отдавали аргонноплазменной коагуляции или электрокоагуляции (34,8%). При II и III степени повреждений печени производились ушивания разрывов печени в сочетании с коагуляцией. Общая летальность больных с сочетанными повреждениями живота при кататравме составила 27%, она чаще отмечалась у пострадавших с тяжестью травмы по ISS от 22 баллов и выше с тяжелым сочетанным повреждением различных органов и систем.

Выводы: Абдоминальные кровотечения различного объема при сочетанных кататравмах с повреждением живота встречаются в 60,4% случаев. Основным источником гемоперитонеума являются повреждения печени и селезенки различной степени. Особенностью травмы паренхиматозных органов живота при высотной травме является слабая взаимосвязь между механизмом травмы и степенью их повреждения. На наш взгляд, быстрое и своевременное выявление повреждений паренхиматозных органов живота при сочетанной кататравме с учетом тяжести повреждения приводит к уменьшению необоснованных лапаротомий, осложнений и летальных исходов. Поскольку при кататравме травма живота чаще сопровождается повреждением печени и селезенки с продолжающимся кровотечением в брюшную полость, одним из эффективных методов диагностики и лечения является лапароскопия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАВА-ФИЛЬТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

**Хаджибаев А.М., Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Йулдошев А.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

Изучена клиническая эффективность установки кава-фильтра в нижнюю полую вену (НПВ) с целью профилактики ТЭЛА у 102 пациентов с острыми эмболоопасными венозными тромбозами, госпитализированных в РНЦЭМП в период с 2008 по 2017 гг.

Вопреки устоявшему мнению о преобладании женщин среди больных с венозной патологией, в наших наблюдениях несколько преобладали мужчины – таковых было 54 (52,9%) против 48 (47,1%) женщин. Средний возраст пациентов составил $49,0 \pm 14,5$ лет.

Все больные были госпитализированы в клинику по экстренным показаниям с острым тромбозом системы НПВ, при этом у 32 (31,4%) из них была клиника тромбоза ветвей легочной артерии. Кроме того, у 61 (59,8%) больных выявлена тяжелая сопутствующая патология, в том числе у одной (0,98%) пациентки признаки тромбоза эмболического синдрома развились на фоне беременности сроком 29 недель.

В результате цветного дуплексного сканирования (ЦДС) и/или ангиографии флотирующие тромбы, расцениваемые нами как эмболоопасные, в общих бедренных венах были обнаружены у 12 (7,1%) больных, в подвздошных венах - у 43 (42,1%) и в НПВ - у 47 (46,0%) больных. Из числа последних пациентов поражение инфраренального сегмента НПВ констатировано в 100 (98%) наблюдениях, а супраренального сегмента - в 2 (2,0%).

Как мера хирургической профилактики ТЭЛА были использованы следующие модификации кава-фильтров: съемный кава-фильтр «ЕЛКА» у 34 (33,4%) больных, съемный кава-фильтр «ЗОНТИК» - у 14 (13,7%), съемный кава-фильтр «Optease» - у 41 (40,2%) и имплантация несъемного кава-фильтра «Optease» - у 13 (12,7%) пациентов.

Процедуру имплантации кава-фильтра все больные перенесли без особенностей. Случаев тромбоза кава-фильтра с развитием послеоперационных осложнений не отмечалось. На следующий день после эндоваскулярного вмешательства больные были активизированы. При этом клиники нарастания симптомов острого венозного тромбоза и появления клиники ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде не было.

После выписки из стационара заметного прогрессирования венозной недостаточности на стороне поражения мы не наблюдали. В отдаленном периоде умерли 9 (8,8%) больных от прогрессирования онкологического заболевания, который и был основным фактором риска развития тромбоза эмболического синдрома. Случаев рецидива ТЭЛА на фоне установленного кава-фильтра нами не отмечено. Контрольная ЦДС и антеградная каваграфия выполнены у 6 больных через 6 – 12 месяцев после вмешательства: у всех обследованных пациентов выявлено восстановление просвета НПВ, случаев миграции имплантата не обнаружено.

В госпитальный период ни у одного из 102 больных после имплантации кава-фильтра случаи ТЭЛА не отмечены. Умер 1 (0,98%) пациент от рецидива тромбоза эмболического синдрома, источником которого явился тромбоз правого ушка сердца с пристеночным тромбозом полости правого желудочка.

Таким образом, имплантация кава-фильтров является высокоэффективным средством хирургической профилактики ТЭЛА.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕМПИНГ СИНДРОМА ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО СПОСОБА НАЛОЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНО И ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

Хаджибаев А.М., Пулатов Д.Т., Тилемисов С.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность: Демпинг-синдром считается одним из самых распространенных патологических состояний оперированного желудка. Частота демпинг-синдрома после резекции желудка, по данным различных авторов, колеблется в пределах 3,5- 80% Демпинг-синдром чаще развивается после резекции желудка по Бильрот-II и реже после резекции желудка по Бильрот-I, он возникает также после гастрэктомии (А.А.Бусалов и Ю.Т.Коморовский, В.Х.Василенко с соавт., А.М.Хаджибаев с соавт и др.).

Цель: Улучшение результатов резекций желудка при язвенной болезни.

Материал и методы: Нами предложен новый метод наложения гастродуодено и гастроэнтероанастомоза при резекции желудка. Производят мобилизацию и резекцию 2/3 желудка. Перед наложением гастродуоденоанастомоза или гастроэнтероанастомоза производят отслоение серозно-мышечного от слизисто-подслизистого слоя желудка на протяжении 1,5 см. накладывают гастродуоденоанастомоза или гастроэнтероанастомоза с использованием прецизионной техники. Первым рядом ушивают слизисто-подслизистый слой полностью ранее отслоенной части желудка и через все слои двенадцатиперстной кишки или тонкой кишки аграмматической нитью полипропилен 3/0 на нозагастродуоденальном зонде. Вторым рядом ушивают серозно-мышечный слой желудка и серозно-мышечный слой двенадцатиперстной кишки или тонкой кишки. Производят дренирование области анастомоза через контрапертуру в правом подреберье, с последующим послойным ушиванием передней брюшной стенки.

Данный метод применен у 5 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. В 3 случаях наложен гастродуоденоанастомоз, в 2-х случаях наложен гастроэнтероанастомоз. Осложнения после операции не наблюдались. В отдаленном периоде у больных клинически демпинг-синдрома нет. Произведено рентгенконтрастное исследование больных, при этом отмечается порционное поступление контраста через анастомоз.

Результаты и их обсуждения: Основным преимуществом нашей методики является сохранение функции пилорического жома, при этом пища в течение определенного времени сохраняется в полости желудка, а затем порционно поступает в двенадцатиперстную кишку, что является физиологичным. Техническое выполнение операции не имеет существенных трудностей. Нашу методику операции можно выполнять при резекции желудка по методу как Бильрот 1, так и Бильрот 2. Ввиду использования прецизионной техники крайне низок процент развития недостаточности формируемого гастроэнтерального и гастродуоденального анастомоза. Учитывая сохранение функции пилорического жома наша методика предотвращает развитие рефлюкса и демпинг синдрома, а также риск развития пептических язв. При выполнении нашей методики не обязательно дополнение операции ваготомией.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Шелаев О.И., Ешмуратов А.Б., Джамалдинов И.М., Мирахмедов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Современные методы эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК) не гарантируют от рецидивов кровотечения. Интенсивное развитие реанимации, хирургии и эндоскопии позволяют постепенно решать неразрешимые ранее проблемы. К таковым проблемам относится возможность комбинированного эндоскопического гемостаза при ЯГДК.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с ЯГДК путем оптимизации эндоскопических методов гемостаза.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 6945 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), госпитализированных в РНЦЭМП за период с 2001 по 2017гг. Мужчин было 4340(62,5%), женщин – 2605(37,5%). Язвенная болезнь желудка диагностирована у 1445(20,8%) больных, двенадцатиперстной кишки – у 5500(79,2%). В течение первых 12 часов от момента возникновения клиники кровотечения доставлено 2117 (30,5%) больных, в сроки от 12 до 24 часов –2508 (36,1%), от 24 до 48 часов –1431 (20,6%) и позже 48 часов – 889 (12,8%). Для гемостаза ЯГДК использовались диатермокоагуляция (ДТК), аргоноплазменная коагуляция (АПК), обкалывание смесью растворов 0,18% адреналина с добавлением 3% гипертонического раствора 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–90(1,3%), F-IB – 250(3,6%), F-IIA – 2132 (30,7%), F-IB – 2813 (40,5%), F-IC – 1208 (17,4%), F-III – 452(6,5%). Методы эндоскопического гемостаза потребовались у 3167(45,6%) пациентов: обкалывание язвы раствором этанола и адреналина – у 1358(42,9%) больных, моноактивная ДТК – у 673 (21,2%), АПК – у 709(22,4%), ДТК+обкалывание – 63 (2%), АПК+обкалывание – 364(11,5%). Язвы желудочной локализации требовали эндоскопического укрепления гемостаза в 887 (28%), дуоденальные язвы – в 2280 (72%) случаев.

Результаты. Так при кровотечениях 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 у 23(25,3%) больных. При венозном кровотечении по F-IV гемостаз достигнуто у 238 (95%) больного. Рецидив кровотечения при состоявшихся кровотечениях после выполнения первичного эндоскопического гемостаза наблюдался у 165 (5,2%) больных, в том числе у 42 (6%) из 709 после применения АПК и значительно чаще - у 122 (9%) пациентов из 1358 после применения изолированного метода обкальвания.

Заключение. Гастроинтестинальная эндоскопия с применением современных средств эндоскопического гемостаза является ведущим звеном ведения больных с ЯГДК. Наиболее частым сочетанием при первичном эндоскопическом вмешательстве является комбинированное использование методов гемостаза с последовательным применением инъекционного метода и термических методов. Дополняя друг друга, они проявляют свои положительные стороны, одновременно нивелируя недостатки, присущие каждому из методов. В целом это дает возможность осуществить более результативный, надежный и стойкий гемостаз.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПИЩЕВОДА

Хайитова О., Рашидова Ш.У., Рахимова К., Абдурахмонов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ежегодно в мире регистрируется восемь миллионов новых случаев злокачественных опухолей и более пяти миллионов человек, умерших от них. Рак пищевода (РП) относится к наиболее злокачественным новообразованиям и входит в пятерку самых частых причин смерти среди онкологических пациентов.

Цель исследования. обучить методикам клинического обследования больных раком пищевода, интерпретации данных клинических и инструментальных методов исследования.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе Клинике АГМИ, в отделении функциональной диагностики. Всем пациентам проводилось рентгенологическое, эндоскопическое обследование и для уточнения характера процесса и определения дальнейшей тактики лечения по показаниям проводили компьютерную томографию. Для сравнительного анализа возможностей лучевых методов в диагностике рака пищевода была обследована группа больных в количестве 62 человек с предварительным диагнозом эзофагеальный рак. Среди обследованных лиц, злокачественные заболевания значительно чаще наблюдалось у мужчин, чем у женщин: 44 (71,0 %) и 18 (29,0 %) соответственно. Наибольшую группу составили пациенты старшего возраста (32,1 %), вторая по численности группа — 50 -59 лет (23,7 %).

Результаты исследования. Среди лучевых методов обследования больных раком пищевода, по частоте применения, на первом месте стоит рентгенологический метод. При рентгенологическом исследовании мы оценивали уровень поражения, распространение патологического процесса по протяжению, определяли состояние контуров и просвета пищевода, его пропульсивную способность и эластичность стенок.

Эндоскопический метод исследования проведен у 50 больных. Исследование проводилось натошак, по стандартной методике, аппаратом Pentax ЕРК — I 5000. При осмотре обращали внимание на цвет, структуру слизистой оболочки, ее смещаемость или ригидность, наличие патологических образований. При обнаружении опухоли в пищеводе, оценивали ее размеры (ориентиром служило расстояние между зубцами биопсийных щипцов, измеренных заранее), степень внедрения в просвет пищевода, протяженность. Завершалось исследование биопсией из патологически измененных участков пищевода. У всех больных раком пищевода диагноз был установлен до компьютерной томографии при предварительном обследовании. Основной целью использования компьютерной томографии было уточнение степени распространенности рака пищевода. Кроме того, с помощью этого метода мы получили точные данные о размерах и локализации опухоли, а также главной задачей предоперационной КТ являлось выявление местного и отдаленного распространения злокачественного процесса.

Вывод. Таким образом, наше исследование показало, что каждый из методов лучевой диагностики, в равной степени и имеют свои преимущества и недостатки: компьютерная томография является самым информативным методом в оценке распространенности рака пищевода на окружающие структуры. Однако, рентгенография имеет преимущества в определении протяженности поражения по длиннику и свищей, а эзофагоскопия определяет характер роста, локализацию, протяженность опухоли, а также в выполнении биопсии. Поэтому только комплексное применение методов лучевой и эндоскопической визуализации способно решить проблемы первичной диагностики рака пищевода и степень его распространения.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПИЩЕВОДА

Хайитова О.Ш., Рашидова Ш.У., Абдурахмонов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Злокачественный процесс, протекающий в пищеводном канале, очень опасен и коварен, так как на первых этапах развития, когда от него можно полностью избавиться, устанавливается очень сложно. Для того, чтобы поставить диагноз рак пищевода, проводится несколько специфических диагностических исследований, основной задачей которых является не только непосредственное выявление карциномы, но и оценка распространённости патологического процесса.

Цель исследования. Мы решили оценить эффективность использованных методов диагностики в получении объективной информации путем проведения диагностико-морфологических параллелей у оперированных больных раком пищевода.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящей работы послужили данные о 226 больных раком пищевода, проходивших лечение в клинике АГМИ отделение функциональной диагностики. Больные были в возрасте от 35 до 80 лет, в основном (41,2%) 50—59 лет. Средний возраст — 56 лет. Соотношение лиц мужского пола и женского составило 4:1.

Результаты исследования. По стадиям заболевания больных разделили следующим образом: I стадия — 5, II стадия — 73, III стадия — 125 и IV стадия — 23 пациента. Таким образом, у 148 (65,5%) больных были установлены I и IV клинические стадии процесса.

У всех больных диагноз рака пищевода был морфологически верифицирован до начала лечения.

В 92% случаев был установлен плоскоклеточный рак, диморфный (железисто-плоскоклеточный) — у 2,2%, недифференцированный — у 0,9% и аденокарцинома у 4,9% больных.

У обследованных больных опухоль чаще локализовалась в среднегрудном (60%) и нижнегрудном (18,6%) отделах пищевода.

Протяженность поражения варьировала от 1 до 16 см. У 100 (44,3%) больных протяженность опухоли в пищеводе была от 5 до 8 см, у 11 (4,9%) — менее 3 см, и у 81 (35,8) — более 8 см.

По анатомической форме роста опухоли чаще наблюдалась экзофитная форма, которая была обнаружена у 111 (49,1 %) больных.

Поражение пищевода носило циркулярный характер у 205 (90,7%) из 226 больных. У 26 (11,5%) больных с локализацией первичной опухоли в дистальных отделах пищевода был установлен переход процесса на желудок.

Вывод. Таким образом, можно заключить, что в настоящее время для проведения полноценного обследования больных раком пищевода с целью получения достаточно полной диагностической информации для выработки адекватного индивидуального плана лечения необходимо использовать следующие методы, составляющие единый последовательный диагностический комплекс: рентгенологическое исследование органов грудной клетки и пищевода, эзофагоскопия, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Эти исследования проводятся всем больным при подозрении на рак пищевода.

КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА

Хайитова О.Ш., Рашидова Ш.У., Абдурахмонов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Своевременное обнаружение рака пищевода осложнено. Это объясняется бессимптомностью протекания процесса и небольшим количеством эффективных методик для диагностики доклинических стадий. Поэтому важно людям с высоким фактором риска проходить регулярные осмотры и обследования с целью своевременного обнаружения опухоли и ее дифференциации от других патологий.

Если ранее поставлен диагноз «пищевод Барретта», когда нормальный плоский эпителий стенок замещается цилиндрическим, больной должен раз в несколько лет проходить эндоскопию для забора биоптата с подозрительных участков слизистой органа, так как состояние относится к предраковым.

Раз в год нужно проходить обследование, если обнаружена дисплазия клеток (неправильное развитие тканей слизистой). Если состояние является выраженным, показано частичное удаление пищевода, что позволяет сократить риски малигнизации (трансформации в рак).

Цель исследования. Это обусловлено целым рядом факторов и в первую очередь низкой эффективностью лечения пациентов раком пищевода по сравнению с дистальными формами онкологических заболеваний, что объясняется более поздней диагностикой заболевания и особенностями прогрессии рака пищевода.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящей работы послужили данные о 226 больных раком пищевода, проходивших лечение в клинике АГМИ отделение функциональной диагностики. Больные были в возрасте от 35 до 80 лет, в основном (41,2%) 50—59 лет. Средний возраст — 56 лет. Соотношение лиц мужского пола и женского составило 4:1.

Результаты исследования. Ведущим диагностическим методом при развитии доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода в настоящее время является рентгено-эндоскопический. Проведение во время обследования гибкой эндоскопии позволяет дополнительно с прицельной биопсией оперативно установить правильный диагноз даже при первичном осмотре, что чрезвычайно важно для своевременного начала патогенетически обусловленной специальной терапии. Точность диагностики в данном случае составляет:

- 1) при рубцовых стриктурах - 58% случаев,
- 2) при стриктурах анастомозов - 63 % случаев
- 3) при пищеводе Барретта - 75 % случаев
- 4) при стенозирующем пептическом эзофагите - 76% случаев.

Вывод. Для диагностического определения характера поражений пищевода проводится тщательная оценка минимальных морфологических изменений слизистой оболочки пищевода и получение биопсийного материала, даже в случае отрицательного заключения специалиста о наличии воспалительного процесса в пищеводе и желудке. Если в ходе диагностического исследования обнаружена зубчатая линия находится выше пищеводно-желудочного перехода производится забор биоптатов ткани из любых 4 точек по окружности пищевода через каждые 2 см, а также из участков слизистой, характеризующихся выраженными нарушениями рельефа, изменением окраски или ограничением подвижности.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Хакимов А. А., Пўлатов Н.Х., Абобакиров Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из актуальных проблем в стоматологии является острая одонтогенная инфекция. Лечение гнойно-септического заболевания является исключительно важной проблемой современной медицины. Фактором, осложняющей течение разлитых флегмон челюстно-лицевой области, считается нарушение гомеостаза и

микроциркуляции, в результате которых происходит развитие эндогенной интоксикации с нарушением комплекса обменных процессов, нарушение нормального функционирования и взаимодействия различных звеньев иммунной системы.

Цель: повысить клиническую эффективность комплексного лечения больных одонтогенными разлитыми флегмонами челюстно-лицевой области, при применении ультрафиолетового облучения аутокрови.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ "11ГКБ". Нами было обследовано 37 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет с разлитыми флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа была клиническая, куда вошли 20 пациентов, которые наряду с местной и интенсивной противовоспалительной терапией получали 3 сеанса ультрафиолетового облучения крови. Во вторую вошли остальные пациенты, получившие стандартную терапию. Всем пациентам было проведено клинико-лабораторные иммунологические исследования до и после окончания курса лечения на базах "11ГКБ" и "9ГКБ".

Результаты. Использование ультрафиолетового облучение крови клинической группе пациентов привело к более выраженным лечебным эффектам в сравнении с контрольной группой. Отмечена достоверная нормализация гемодинамических показателей крови и иммунологического статуса.

Выводы:

1. Ультрафиолетовое облучение крови благоприятно влияет на клиническое течение воспалительных процессов.
2. Наблюдается сокращение 1-ой фазы раневого процесса и максимально ускоряется 2-ая фаза
3. Этот метод доступен, прост в применении, не требует дополнительного времени на подготовку и не имеет противопоказаний.

УТКИР ЙИРИНГЛИ ПЕРИОСТИТ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПРИКУС ПАТОЛОГИЯЛАРИ Хакимов А.А., Абобакиров Д.М., Хакимова З.Қ. Анджон давлат тиббиёт институти

Олиб борилган тадқиқотларга кура ЮЖС яллигланиш касалликлари барча хирургик касалликларнинг 21% ини, стоматологик касалликларнинг 52% ини ташкил килади.

Кичик ешдаги болаларда уткир йирингли периостит (УЙП) жуда тез ривожланади. Пульпанг уткир яллигланиш босқичи периодонтитга бир неча соат ичида утиши ва яккол намое булвчи яллигланиш белгилари билан кечиши мумкин. УЙПни даволаш пайтида сабабчи ва бошка бир катор тишлар олиб ташланади. Бу эса уз навбатда тиш-жаг тизими (ГЖТ) колатига уз таъсирини утказади, мушак-бугим дисбаланси ривожланиши натижасида жаглар деформациясига олиб келади.

Мақсад. Жагларнинг УЙП билан зарарланган болаларда ГЖТ аномалия ва деформацияларининг ешга боглик колда таркалганлиги ва учраш частотасини, келиб чиқишидаги хавф омилларини, ГЖТ колатини урганиш.

Материал ва услублар. Жагларнинг УЙП билан зарарланган ва даволаниш мақсадида булимга мурожаат килган 3-13 ешдаги 60 та бола бизнинг кузатувларимиз остида булди.

Натижалари. Утказилган текширишлар натижаларига кура, жагларнинг УЙП билан касалланган 3-14 ешдаги 60 та текширилган болаларда тишлар жойлашуви ва тиш каторлари аномалиялари 13 та колатда, прикус аномалиялари 20 та колатда аникланиб, тиш-жаг аномалия ва деформациялари частотаси 37,14% ни ташкил килди. 3-5 ешли болалар орасида эса бу курсаткич 60,07% ни, 6-9 ешли болаларда 20,18% ни ва 10-13 ешли болалар орасида 19,75% ни ташкил килди.

Хулоса. Жагларнинг УЙП билан зарарланган болалар текширилганда, уларнинг купчилигида прикус патологияси билан бирга алохида тишлар, тиш хаторлари ва тишлар жойлашуви аномалиялари, бундан ташхари бир неча хил прикус аномалияларининг бир вахта хушилиб келиши кузатилади. Тиш-жаг аномалия ва деформацияларининг таркалганлиги жагларнинг УЙП билан зарарланган болаларда жуда юхори ва ешга боглик холда вариацияланиши билан характерланади.

ЛЕЧЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Хакимов А.А., Абобакиров Д.М.
Анджанский государственный медицинский институт**

Цель. Изучить влияние озонотерапии на динамику сроков заживления раны у больных пожилого возраста с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 15 пациентов пожилого возраста с одонтогенными флегмонами подчелюстной области. Больные с учетом применяемой терапии рандомизированы на две группы: основную - 8 больных, в комплексное лечение которых включена озонотерапия (внутривенные инфузии 200 мл озонированного с помощью медицинского озонатора фирмы "Медозон" 0,9% раствора хлорида натрия в концентрации озонкислородной газовой смеси из расчета 20 мкг на 1 кг веса больного), местная обработка гнойной раны озонированной дистиллированной водой (в I фазу раневого процесса концентрация озона в озон-кислородно-газовой смеси составила 4000 мкг/л, во II фазу 1000 мкг/л), и группу сравнения - 7 пациентов, в комплексном лечении которых медицинский озон не применялся.

Результаты. После проведения 1-2 сеансов озонотерапии у всех больных отмечено улучшение общего состояния, уменьшение болевых ощущений, нормализация пульса и температуры. Основная динамика локальных изменений в группе сравнения зафиксирована к 8-9-ым суткам, в основной - к 5-6-ым суткам, что соответствовало проведению 2-3 процедур. Применение озонотерапии способствовало раннему, по сравнению с традиционным лечением, купированию коллатерального отека, исчезновению болезненности и гиперемии околораневой зоны,

уменьшению количества гнойного отделяемого. Первые признаки появления грануляционной ткани зафиксированы на 6-е сутки от оперативного лечения у 77% больных основной группы, а разгар грануляций - у 97% больных на 8-е сутки.

Выводы. Комплексное лечение с включением озонотерапии способствовало положительной динамике клинических проявлений, нормализации показателей течения заживления раны, смене типов цитогамм от дегенеративно-воспалительного до регенераторного в сроки, определяемые биологическими закономерностями течения раневого процесса, что привело к сокращению сроков купирования гнойно-воспалительного процесса на $3,4 \pm 0,45$ дня в сравнении с традиционными методами лечения.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

**Хакимов А.А., Хакимова З.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Минимизация повреждения лицевого нерва является одной из важнейших задач хирургии околоушной области и делает необходимым постоянное совершенствование старых и развитие новых методик вмешательств на околоушной слюнной железе.

Околоушная слюнная железа характеризуется сложным анатомо-топографическим взаимоотношением с лицевым нервом.

Во время оперативного вмешательства на околоушно-жевательной области при необходимости выделения лицевого нерва традиционно используется две основные методики: антеградное и ретроградное выделение нерва.

Антеградная методика подразумевает выделение ствола лицевого нерва в месте его выхода из шиловидного отверстия и постепенное препарирование в направлении к периферии. При ретроградной методике первоначально выделяются периферические ветви, а при необходимости, продолжают выделение до выхода на ствол нерва.

В клинике кафедры челюстно-лицевой хирургии на базе профильного отделения 11 ГКБ г. Минска используется органосохраняющая микрохирургическая методика операций при доброкачественных образованиях околоушной железы. Образование удаляется под контролем операционного микроскопа единым блоком с прилежащей железистой тканью в объеме субтотальной или частичной резекции доли железы. Препарирование и выделение ветвей лицевого нерва осуществляется в большинстве случаев ретроградно и выделяются только те ветви, которые прилежат к зоне резекции [8, 112-114]. В зависимости от локализации образования в начале операции проводится нанесение на кожу ориентиров возможного прохождения интересующих ветвей лицевого нерва. Анализ 87 проведенных операций за 2011-2012 г. показал, что 60 (69%) с плеоморфными аденомами, 16 (18%) с аденолимфомами, 11 (13%) с другими доброкачественными опухолями. Установлена преимущественная локализация образований в зоне щечной и краевой ветвей лицевого нерва в 46 (53%) случаев. В большинстве операций выделение ветвей проводилось ретроградно, и было ориентировано на первоначальное нахождение основного выводного протока (щечная ветвь) или зачелюстной вены (краевая ветвь). Показатели послеоперационной нейропатии 1-2 по шкале HBS (House-Brackman Scale). Ретроспективный анализ послеоперационного лечения через 6-12 месяцев показал, что в 96 % случаев произошло полное восстановление функции ветвей лицевого нерва.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

**Хакимов А.Д.
РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз.**

Переломы шейки бедренной кости составляют до 70% от всех повреждений проксимального отдела бедра. Часто пострадавший может производить движения в тазобедренном суставе и даже ходить, несмотря на повреждение кости. Укорочение конечности может не развиваться в течение нескольких дней или даже недель. Единственным клиническим симптомом бывает наружная ротация конечности, и на основании только этого должен ставиться предварительный диагноз перелома шейки бедра.

Цель исследования: изучить функциональные возможности тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости

Материалы и методы исследования: в основу настоящего исследования положен анализ результатов хирургического лечения 116 больных с переломами шейки бедренной кости, находившихся на лечении и отделениях травматологии и ортопедии РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз с 2015 по 2016 года. Возрастная градация пациентов составила от 22 до 90 лет, средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 0,8$ лет. Среди всех обследованных женщины составили 53,4% (62 пациента), а мужчины – 46,6% (54 пациентов)

Оценку функции тазобедренного сустава проводили по шкале W.H. Harris. Данная система является достаточно информативной и, в то же время, простой и понятной для заполнения. Данная система включает определение следующих показателей, выражающихся в баллах: «Боль» - 44, для категорий «Функция», «Амплитуда движений» и «Деформация» - соответственно 47, 5, 4.

Результаты исследования: При функциональном исследовании пациентов до операции по шкале Harris W.H., мы получили следующие данные. Основное количество больных (101 – 87,1%) имело сильную и умеренную боль в тазобедренном суставе, что являлось основным показанием для оперативного вмешательства. Средний балл по болевому синдрому до операции составил $11,1 \pm 0,2$ балла.

В зависимости от стадии поражения тазобедренного сустава у всех больных имелась хромота различной степени выраженности. У 97,4% (113) больных наблюдалась умеренная и сильная хромота. Средний балл по хромоте составил $1,2 \pm 0,04$.

При оценке функционального состояния средний балл до операции составил $35,2 \pm 2,00$ (от 8,9 до 50,8), следовательно, функциональное состояние до операции во всех случаях можно оценить как «плохое».

На дальнейшем этапе нами был проведен анализ функционального состояния тазобедренного сустава в зависимости от показателей денсометрических исследований. Наличие остеопороза и остеопении усугубляет функцию тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости.

Заключение: при выработке показаний к эндопротезированию следует руководствоваться комплексной оценкой совокупности этих составляющих, в связи, с чем важны количественные системы оценки состояния тазобедренного сустава. Наиболее полное представление о функциональном состоянии тазобедренного сустава, по нашему мнению, позволяет получить система оценки по Харрису. По данным этой методики при количестве баллов меньше 70 показана замена тазобедренного сустава эндопротезом. Необходимо отметить, что данная методика позволяет не только оценивать функцию тазобедренного сустава до операции, но и результаты эндопротезирования в раннем и позднем послеоперационном периоде, а также динамику восстановления и стабилизации опорно-двигательной функции тазобедренного сустава.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Холматов Ш.Т., Саттаров О.Т.
Ташкентская Медицинская Академия**

Целью нашего исследования явилось определить роль и место эндовидеохирургии в диагностике и лечении ущемленных паховых грыж.

Материал и полученные результаты. За период с 2012 по 2018 год в отделении экстренной хирургии 2 клиники ТМА диагностическая лапароскопия при ущемленных грыжах была использована у 76 больных. В 4 случаях из-за гангрены тонкой кишки нами была произведена конверсия. Целью диагностической лапароскопии явилось определение возможности технического выполнения лапароскопической герниопластики. Показаниями к проведению диагностической лапароскопии были: небольшой срок с момента ущемления (до 2-3 часов); случаи сохранения болевого синдрома и сомнительные признаки «спокойного» живота при самопроизвольном разущемлении грыжи. Противопоказаниями к выполнению диагностической лапароскопии при ущемленных грыжах были: время от начала ущемления более 3-х часов; наличие сопутствующих заболеваний, являющихся противопоказанием для общего обезболивания; ранее перенесенные открытые операции на нижнем этаже брюшной полости; клиническая картина острой кишечной непроходимости; гигантские невправимые пахово-мошоночные грыжи; общие противопоказания к диагностической лапароскопии. Лапароскопическая герниопластика была выполнена 72 пациентам. Возраст больных колебался от 18 до 62 лет, мужчин было 53, женщин 19. Видеолапароскопия осуществлялась через традиционный доступ в окологупочной области. После введения троакара в брюшную полость инсуффлировали углекислый газ и проводили ревизию брюшной полости. В 9 случаях проводилась лапароскопическая оценка жизнеспособности ущемленного органа после его самопроизвольного вправления. Во всех наблюдениях ущемленный орган признан жизнеспособным, пациентам выполнена стандартная трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР). В 30 наблюдениях на фоне общего обезболивания с миорелаксацией после наложения пневмоперитонеума к моменту введения троакара с видеокамерой отмечено самостоятельное вправление ущемленного органа в брюшную полость. В 31 случаях произведено вправление содержимого грыжевого мешка путем тракции ущемленного органа мягким зажимом по направлению из пахового канала в сторону брюшной полости и одномоментного легкого надавливания на грыжевое выпячивание снаружи. В 2 наблюдениях при ущемлении пряжи большого сальника произведено резекция ущемленной части. В 18 случаях ущемленным органом была петля тонкого кишечника, в – 52 часть большого сальника, в 2 – петля кишечника вместе с пряжей сальника. Всем пациентам произведена ТАРР. В 4 наблюдениях при ревизии отмечено наличие широкого внутреннего пахового кольца с контралатеральной стороны. Этим пациентам произведена ТАРР с обеих сторон. Среднее время лапароскопической операции при ущемленной паховой грыже составило $58,2 \pm 4,5$ мин., при двусторонней эндоскопической герниопластике – $83,3 \pm 4,7$ мин. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде в 2 случаях отмечено развитие гематомы паховой области. На фоне консервативной терапии и лечебных пункций гематомы рассосались. Больные были выписаны из стационара на 2-5-е сутки после операции. Рецидивов паховых грыж за 2-х летний период не отмечено.

Обсуждение результатов. Лапароскопическая хирургия открывает новые перспективы в лечении ущемленных паховых грыж и позволяет избежать многих недостатков открытых оперативных вмешательств, таких как раневые осложнения, болевой синдром в результате повреждения пахово-подвздошного нерва, развитие патологически измененных тканей с формированием грубых рубцов, относительная высокая частота рецидива грыж, в результате которых снижается качество жизни пациентов в послеоперационном периоде. В наших клинических наблюдениях, за период предшествующий данному исследованию, частота послеоперационных осложнений составила 8,6%, рецидив грыжи – 2,0%. Преимущества эндовидеохирургии в лечении ущемленных паховых грыж бесспорно. Лапароскопия позволяет непосредственно под визуальным контролем со стороны внутреннего пахового кольца произвести разущемление органа, оценить его жизнеспособность, не выполняя мобилизацию элементов семенного канатика и осуществить герниопластику. Немаловажным является факт возможности диагностировать наличие паховой грыжи даже на начальных этапах с контралатеральной стороны и провести вмешательства одномоментно с двух сторон. Наши исследования показали все преимущества лапароскопических операций при ущемленных грыжах. В 4 случаях нами одномоментно выполнено лапароскопическая герниопластика с обеих

сторон. Частота послеоперационных осложнений составила 2,8%, рецидивов в сроки наблюдения до 2-х лет не отмечено.

Длительность операции при паховой грыже зависит от характера грыжи, объема вмешательства, и течения самой операции. Многие авторы отмечают, что на этапе освоения методики лапароскопической герниопластики, продолжительность операции достигает до нескольких часов. Однако с накоплением практического опыта продолжительность лапароскопического вмешательства не превышает традиционной операции. В наших клинических случаях лапароскопическая герниопластика выполнялась в среднем $58,2 \pm 4,5$ мин., при двусторонней герниопластике – $83,3 \pm 4,7$ мин. Продолжительность традиционной герниопластики особо не отличалась от эндоскопической операции.

Таким образом, видеолапароскопия обладает всеми преимуществами малоинвазивной хирургии, технически выполнима и оправдана при диагностике и лечении ущемленных паховых грыж. Высокая клиническая эффективность методики открывает широкие перспективы лапароскопической герниопластики в хирургии ущемленных паховых грыж.

ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ РАЗНООБРАЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПО СТАДИЯМ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Жумагелдиев Ш.Ш., Юлдашева М.

Самаркандский Государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. По данным различных авторов, частота возникновения полиорганной недостаточности (ПОН) у пострадавших с обширными ожогами составляет от 28,1% до 48,2%, а летальность среди обожженных с ПОН колеблется от 76,9% до 98% (Б.А. Парамонов с соавт., 2000).

Цель работы: Изучить разнообразные осложнения («Айсберг») по стадиям ожоговой болезни.

Материалы и методы: В настоящей работе нами проанализированы результаты клинических наблюдений 255 больных с тяжелыми термическими поражениями в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2013-2016 гг. Возраст пострадавших от 15 до 80 лет. Из них мужчин было 168 (65,9%), женщин – 87 (34,1%). Площадь глубокого ожога составляла от 25% до 45% поверхности тела. У всех пострадавших диагностирован ожоговый шок тяжелой степени.

Результаты: Симптомокомплекс ожоговой болезни если сравнивать с «Айсбергом», то подводная часть (разнообразные осложнения) его намного превышает размеры надводной части (верхушка «айсберга»). Структура органной и системной недостаточности («Айсберг») у больных с тяжелым ожоговым шоком были: респираторная (ОДН, пневмония, трахеобронхиты) у 90% больных, сердечно-сосудистая (гипотония, ИБС, ОССН и др.) – у 85%, ЦНС (делирий, энцефалопатия) – у 75%, почки (олигурия, анурия и полиурия) – у 75%, печень (гипергликемия, гипопротейнемия, гипербилирубинемия, аминокислотный дисбаланс и др.) – у 45%, ЖКТ (стрессовые язвы, кровотечения, перфорации) – у 35% и нарушение гемостаза (гемоконцентрация, тромбоэмболия легочной артерии, ДВС-синдром и др.) – у 45% пострадавших. Структура органной и системной недостаточности («Айсберг») у больных в стадии острой ожоговой токсемии были следующие: респираторная недостаточность у 56% больных, сердечно-сосудистая – у 50,8%, дисфункция ЦНС – у 47,8%, мочеполовой системы – у 39,2%, ЖКТ – у 43,3%, нарушение гемостаза – у 40% и печеночная недостаточность – 15,4% пострадавших. При стадии ожоговой септикотоксемии мы наблюдали: респираторная недостаточность у 33,3% больных, сердечно-сосудистая – у 27,4%, дисфункция ЦНС – 21,3%, мочеполовой системы – у 20,5%, ЖКТ – у 30,5%, нарушение гемостаза – у 15,7% и печеночная недостаточность – у 15,4% пострадавших.

Выводы: По нашим данным, особенно в стадии ожогового шока на одного тяжелого пострадавшего в среднем приходится 3-5 и более осложнений. Если в ранние сроки не принимать комплексных мер терапии ожогового шока, практически невозможно прогнозировать исход заболевания.

ИЛДИЗ ПЕРФОРАЦИЯСИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Хакимова З.Қ., Хакимов А.А.

Андижон давлат тиббиёт институти ш. Андижон

Тиш илдиз перфорацияси юзага келганда уч хил йул билан даволанади: консерватив, хирургик, консерватив-хирургик. Перфорацион ёрик каналнинг тож хисмида жойлашса консерватив, каналнинг урта хисмида жойлашса консерватив хирургик, апикал хисмида булса фахат хирургик даволаш зарур. Илдизнинг бошлангич кисмида перфорация юзага келганда у икки усулда даволанади: аввал асосий канал пломбалади, сунг перфорацион ёрик. Агар перфорацион ёрик каналнинг урта кисмида жойлашса, унда канал вактинчалик кальций сакловчи пломба ашёси билан пломбалади.

Хозирда канал перфорациясини пломбалашда ProRoot минерал триоксидагрегати ёки МТА тизимидан фойдаланилади. МТА периодонт туқимаси билан биологик киришмадир. У суяк туқимасика биоинертдир МТА кадокланган кукун пакети ва кориш учун капсулада дистилланган сув каби куринишда ишлаб чикарилади. Кукун калций оксиднинг майда гидрофилли заррачаларидан, диоксид кремнийдан иборат. Махсус аралаштиргич коғозга кукун ва дистилланган сув томизилиб, аралашма кориштирилади ва гладилка ёрдамида перфорацион тешикка киритилади. Масса штопфер ёрдамида зичлаштирилади, ортикча кисм экскаватор ёрдамида олиб ташланади. ProRoot котгач каналларни пломбалаш тугатилади.

Агарда каналлар цементланган штифтлар билан перфорацияланган булса, бундай тишлар яна сунъий копламалар билан копланган булса, периодонтда деструктив жараёнлар кечаётган булса, юкоридаги усулдан фойдаланиб булмади. Бунда перфорация хирургик йул билан бартараф этилади. Каналдаги перфорацион ёрик хирургик йул билан шишасономер цемент ёрдамида пломбалади, патологик учоклар хирургик йул билан олиб

ташланади, суюк тукумасидаги нуксон гидроксипатит асосидаги Остим-100, линкомицин ёки метранидазол билан беркитилади.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ФЕНОМЕНА КАРОЛИНИ СРЕДИ СПОРТСМЕНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПРОЯВЛЯЕМЫХ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ УСИЛИЙ, СВЯЗАННЫХ СО СПЕЦИФИКОЙ ВИДА СПОРТА

Хакимова З.Қ, Хакимов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бруксизм (феномен Каролини, одонтеризм) - заболевание полиэтиологического характера, бессознательное "привычное" скрежетание зубами и их сжатие вне акта жевания, часто усиливающееся при стрессовых ситуациях и напряженной работе. Считается, что около половины населения явно выражена и является привычкой. Обычно скрежетание происходит во время сна, но у некоторых людей оно проявляется и во время бодрствования. Причины его разнообразны, от неправильного прикуса и недостаточного здоровья зубов, до глубоких психологических проблем.

Цель: изучить влияние повышенной физической активности, на проявление признаков бруксизма у студентов-спортсменов, а также определить распространенность бруксизма среди студентов-спортсменов в зависимости от характера проявляемых нервно-мышечных усилий, связанных со спецификой вида спорта.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе образовательного учреждения образования "Андижанский государственный медицинский институт г.Андижан физической культуры" в группах спортивно-педагогического совершенствования и сборных командах университета в период с 2013 по 2015 год. Нами проведено анкетирование 120 студентов-спортсменов, занимающихся различными видами спорта. Результаты анкетного опроса выявили наличие признаков бруксизма у 8 человек, после чего, был проведен осмотр полости рта и состояния височно-нижнечелюстного сустава.

Результаты. Из 16 человек, занимающихся плаванием бруксизм был отмечен у 3 спортсменов; у 2 спортсменов из 10, у 1 из 7 спортсменов спортивной специализации армрестлинг; у 4 из 33 спортсменов легкоатлетов; у 2 из 10 спортсменов борцов, у 3 из 25 спортсменов гребцов и у 5 из 15 спортсменов тяжелоатлетов.

Заключение. Таким образом, у студентов-спортсменов, занимающихся видами спорта, специфика которых предполагает проявление максимальных нервно-мышечных усилий, а именно армрестлинг - 37,5%, пауэрлифтинг - 33,3%, тяжелая атлетика - 25%, спортивная борьба - 10,8%, распространенность бруксизма выше, чем у спортсменов циклических видов спорта: гребля - 8,3%, лыжные гонки - 6,7%, легкая атлетика - 6,2% и плавание - 5,3%.

СОСТОЯНИЕ ГАЙМОРОВЫ ПАЗУХИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И СИНУС-ЛИФТИНГА

Хакимова З.Қ., Хакимов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Развитие острого и хронического синусита может быть следствием повреждения слизистой оболочки при дентальной имплантации при дефиците костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти. Имеется достаточно много данных о наличии осложнений со стороны верхнечелюстной пазухи после проведения операций синус-лифтинга (Doud Galli SK1, Lebowitz RA, Giacchi RJ, Glickman R, Jacobs JB. 2001; Alkan A, Celebi N, Vas B. 2008).

Цель: изучение изменений в состоянии верхнечелюстных пазух в различные послеоперационные периоды дентальной имплантации и синус-лифтинга.

Материал и методы. В исследование включались пациенты через 4-7 месяцев после проведенных операций дентальной имплантации и синус-лифтинга, не имеющие жалоб и видимых клинических проявлений заболеваний верхнечелюстных пазух. Возраст пациентов колебался от 42 до 60 лет (средний возраст 51 год). Мужчины/Женщины (14/23). Было проведено исследование 7 конусно-лучевых компьютерных томограмм (КЛКТ) и 31 панорамных рентгенограмм, выполненных с помощью компьютерного 3D томографа Gendex CB-500 и цифрового ортопантомографа "Strato 2000 Digital".

Результаты. По данным рентгенологических методов исследования: конуснолучевая компьютерная томография - наличие утолщений слизистой оболочки (размер от 3 и до 35 мм) верхнечелюстных пазух наблюдаются у 5 пациентов (71,4%). Рентгенологически расценивалось как пристеночное утолщение в области базальных отделов. ОПТГ - снижение пневматизации верхнечелюстных пазух у 8 пациентов (25,8%).

Выводы:

1. Необходимо применение дополнительных методов исследования, таких как КЛКТ или эндоскопическая риноскопия, для точного морфологического анализа изменений (отек, гипертрофия или гиперплазия), гистологическое исследование.
2. Для того чтобы достоверно определить характер влияния данных операций на состояние верхнечелюстных пазух, необходимо проведение исследований в динамике до и после операций.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЖКТ У ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Халиков В.К. Гиясов У.М., Мамадиев А.М.

АФ РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт.

Термическая травма отрицательно влияет на работу всех систем и органов. Они проявляются в виде различных осложнений со стороны этих органов. На данном материале мы рассмотрим осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта у детей, госпитализированных в отделение комбустиологии Андиганского филиала РНЦЭМП. Клинически эти осложнения проявляются в виде болей в области эпигастрии, тошноты, рвоты, диспепсии, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Патоморфологической основой этих осложнений являются эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки ЖКТ. По поводу их этиопатогенеза существуют несколько теорий, но не одна из них не является доминирующей.

В отделение всем больным с обширными термическими поражениями кожных покровов назначали, согласно лечебно-диагностическим протоколам, противоязвенную терапию с целью профилактики эрозивно-язвенных осложнений со стороны ЖКТ. К ним относятся Н-2 гистаминоблокаторы - Ултран, Рабелок, ингибиторы протонной помпы-Омепразол, обволакивающие средства- Алмагель А. По показаниям и по необходимости проводили ФЭГДС.

В отделении комбустиологии с 2010г. по 2012г. было госпитализировано 601 ребёнок. Из них у 65 (10,8%) были жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, диспепсические явления. По данным различных авторов такие осложнения наблюдаются от 3% до 45% больных. У 23 (35,3%) больных наблюдались рвота «кофейной гущей», черный стул. У 3 (4,6%) больных было произведено ФЭГДС: из них у двоих (66,6%) больных было выявлено эрозивное кровотечение, у одного (33,3%) больного - кровотечение из язвы желудка. В результате проводимой противоязвенной и гемостатической терапии кровотечения были остановлены консервативными методами лечения. Необходимость в оперативном лечении ни у одного больного не возникло.

Анализ детей, лечившихся в районах и не получавших противоязвенное лечение показывает, что эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта встречается в 1,6 раз, а кровотечения из верхних отделов ЖКТ наблюдается в 1,8 раз чаще.

Поэтому мы считаем, что назначение противоязвенной терапии у больных с обширными термическими поражениями кожных покровов, является обязательным и клинически обоснованным

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Халиков В.К., Гиясов У.М., Мамадиев А.М.

АФ РНЦЭМП

Андиганский государственный медицинский институт.

В лечении ожоговых больных, особенно у детей, роль антибиотиков и антисептиков остается существенной. Так как все ожоговые раны более или менее бывают инфицированными, и гнойно-септические осложнения у данной категории больных остается высокой. Поэтому рациональное использование антибиотиков у детей остается актуальным.

Антибиотикотерапия у ожоговых больных проводится согласно результатам бактериологического исследования ран. В отделении комбустиологии у 173 детей были исследованы кровь на стерильность и раневое отделяемое на чувствительность к антибиотикам. Результаты посева из раны:

1. *S. epidermidis* 90 (52%)
2. *Ps. aeruginosa* 43 (25%)
3. *S. aureus* 28 (16%)
4. Остальная микрофлора 12 (7%)

Кровь на стерильность только в трех случаях дала положительный результат, в остальных случаях роста не наблюдалось.

Анализ этих данных показывает, что эпидермальный стафилококк высевается в 52%, а синегнойная палочка и золотистый стафилококк в 25% и 16% соответственно. Грозными возбудителями внутрибольничных инфекций остается синегнойная палочка и золотистый стафилококк.

Результаты чувствительности к антибиотикам:

7. Гатифлоксацин-19%.
8. Левофлоксацин-17%.
9. Цефтазидим- 15%.
10. Цефотаксим- 11%.
11. Цефазолин натрий-9%.
12. Остальные антибиотики- 5%

Анализ чувствительности к антибиотикам показывает, что микробы чувствительны к фторхинолонам 3- и 4- поколения, цефалоспорином 2- и 3- поколения. Они являются устойчивыми к аминогликозидам, группе пенициллина, макролидам, тетрациклинам. Это наблюдается тогда, когда местно применяется такие антисептики, как бетадин, декасан, крем сульфадиазина серебра 1%, хлоргексидин, фурацилин, риванол.

В результате назначения антибиотиков, согласно данным обследования в бактериологической лаборатории, инфекционно- септические осложнения в 93% случаях были купированы. Температура тела нормализовалась, улучшался аппетит, снижался лейкоцитоз и СОЭ, положительная динамика наблюдалась и со стороны ожоговой раны- уменьшалось гнойное отделяемое, раны становились чище, а грануляции сочными, и укорачивались сроки подготовки ран к операции аутодермопластики.

Применение антибиотиков под контролем бактериологического анализа позволило при малых дозах антибиотиков увеличить эффективность терапии, снизить их токсичность.

Несмотря на успехи фармакологии в области антибиотиков, вопрос о рациональной антибиотикотерапии - что и когда, как использовать, остается открытым. Поэтому мы считаем, что каждое отделение, сталкивающееся с

инфекциями, должно иметь свою продуманную стратегию, основанную на результатах бактериологических исследований, во избежании возникновения антибиотикорезистентных штаммов микробов.

СЛОЖНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хамидов Ф.Ш., Алимджанов Н.А.

Республиканский научно-практический Специализированный медицинский центр Эндокринологии

Цель. Изучить чувствительность, точность и специфичность до- и после операции в диагностике узлового зоба, а также причины ложноположительных и ложноотрицательных результатов исследование ультразвукового исследования.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 191 пациентов с различными узловыми образованиями щитовидной железы (ЩЖ) за 15-летний период (2000-2015 гг.). Данные исследования УЗИ были сопоставлены с результатами гистологического исследования операционного материала.

Результаты. Дооперационное исследование УЗИ оказалось информативным в 174 случаях из 191 или в 91,1%. Использование дооперационного комплекса, а также послеоперационного гистологического исследования дало возможность в 94,6% наблюдений правильно установить характер поражения щитовидной железы, его морфологическую форму и на основании этих данных выбрать адекватный объем операции. Ложноположительные результаты исследование УЗИ дал заключений аденомы щитовидной железы имели место у 8 (4,1%) пациентов, ложноотрицательные результаты - у 14 (7,3%) пациентов. У 11 (5,7%) больных определена рак щитовидной железы, у 127 (66,5%) – узловой-коллоидный зоб, у 53 (27,7%) – аутоиммунный тиреоидит. Совпадение данных до- и послеоперационным гистологическим исследованием составили при раке щитовидной железы – 9 (81,8%) больных, при узлом коллоидном зобе – 122 (96,0%), при аутоиммунном тиреоидите – 41 (77,3%).

Заключение. Проведенное исследование подтвердило, что до настоящего времени существуют трудности в дооперационной верификации узловых образований щитовидной железы. Специальных методик, позволяющих абсолютно достоверно исключить злокачественный рост в узле до операции, не существует.

Комплексное применение дооперационной тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии с последующим обязательным интраоперационным цитологическим исследованием способствовали улучшению качества диагностики узлового зоба и позволили выбрать оптимальный вид и объем операции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ДТЗ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ТИРЕОИДЕКТОМИИ.

Хамидов Ф.Ш., Алимджанов Н.А.

Республиканский научно-практический Специализированный медицинский центр Эндокринологии

Цель: целью настоящего исследования было изучение функционирования криоконсервированного трансплантата щитовидной железы после 6-12 месяца трансплантации, снижение послеоперационных осложнений ДТЗ – гипотиреоза и рецидива токсического зоба.

Пациенты и методы исследования: у больных с послеоперационным гипотиреозом (п/о) (n=7) функции аутоотрансплантационной криоконсервированной ткани ЩЖ были изучены с помощью исследования в крови уровней гормонов (Т3, Т4) в левой локтевой (контроль) и правой локтевой венах (трансплантат) у больных. Образцы тканей полученных от больных с ДТЗ были криоконсервированы двух этапным способом и хранились в жидком азоте в течении 1-3 лет. После оттаивания образцы тканей щитовидной железы подверглись различным методам исследования – исследование содержания количества йода, биосинтез тиреоглобулина, содержания полирибосом тиреоглобулина, экспрессия гена-тиреоглобулина в криоконсервированных клетках щитовидной железы. 150 больных с ДТЗ были подвергнуты субтотальной тиреоидэктомии. 75 больным была произведена аутоотрансплантация ткани щитовидной железы весом 5-6 грамм, которые предварительно были разрезаны на мелкие кусочки. Местом для трансплантации было выбрано место – верхняя треть правого предплечья. Другие 75 больных служили контрольной группой – субтотальная тиреоидэктомия без трансплантации. Больных наблюдали в течении 5 лет. Клинические и биохимические данные (Т3, Т4, ТТГ) были оценены в динамике.

Результаты: через 6-12 месяцев после трансплантации у больных были обнаружены достоверное увеличение концентрации гормонов Т3 и Т4 в исследуемой конечности. Введение 10 ЕД тиреотропина в область трансплантата у больных способствовало увеличению Т4 через 75 мин., и Т3 - 30-40 мин. После введения. Захват йода трансплантатом составило 2-6 %. После оттаивания белок синтезирующая активность образцов хранившиеся в жидком азоте 6-12 месяцев составило 84,5%, через 3 года 60% от нормы нормальной активности, содержание тиреоглобулина был 2,3 раза ниже чем в норме. В контрольной группе процент гипотиреоза и рецидива токсического зоба составили 30,7% и 17,4%, тогда как в исследуемой группе они составили 10,7% и 5,4% соответственно.

50 больным с субтотальной тиреоидэктомией и аутоотрансплантацией щитовидной железы выполнено скенирование в области культы щитовидной железы и предплечья, куда произведена пересадка ткани щитовидной железы. Через 1 год после операции, у 12 больных в области трансплантата нет поглощения I^{131} , у 9 больных выявлена функциональная активность. Через 5 лет, у 6 больных в области трансплантата нет поглощения РФП, у 4 больных – функциональная активность сохранена, у 1 больного развился трансплантатзависимый тиреотоксикоз. Через 10 лет, у 8 больных нет поглощения I^{131} в области трансплантата, у 1 больного развился трансплантатзависимый тиреотоксикоз. Через 15 и 20 лет, у 10 больных функциональная активность трансплантата отсутствует. Применение метода интраоперационной аутоотрансплантации ткани нативной щитовидной железы (ИОАТНЩЖ) после СТ с массой ткани оставленной культы ЩЖ до 11,0 г. не влияло на развитие рецидив ДТЗ, в отличие от метода СТ.

При проведении ретроспективного исследования было выяснено следующее, что некоторые больные с рецидивом ДТЗ перенесли повторные операции. С рецидивом ДТЗ 21 больным сделана – СТ, 40 больным – СТ с ИОАТНЦЖ. Из них 12 больным сделана повторная СТ, 9 больным – СТ с ИОАТНЦЖ. 10 больным после 2 повторных операций сделана третья – тотальная тиреоидэктомия, 2 больным – тотальная тиреоидэктомия с интраоперационной аутоотрансплантацией нативной ЩЖ. 2 больным было сделана третья операция – СТ, 3 больным – СТ с ИОАТНЦЖ. Из них у 14 больным развился ПОГ, у 3 больным – эутиреоз.

Выводы.

1. Трансплантация криоконсервированной ткани щитовидной железы сохраняет функциональную способность в течении 6-12 месяцев.
2. Криоконсервация ткани щитовидной железы в жидком азоте в течении 3 лет сохраняет основные свойства ткани ЩЖ и может быть использована в целях трансплантации.
3. Интраоперационная немедленная аутоотрансплантация удаленной ткани щитовидной железы у больных с ДТЗ после субтотальной тиреоидэктомии снижает количество больных с гипотиреозом и рецидивом токсического зоба.
4. При субтотальной тиреоидэктомии (с массой культи до 3,0 г.), интраоперационная аутоотрансплантация нативной ЩЖ не оказывала существенного влияния на развитие рецидивов ДТЗ. При оставлении культи ЩЖ до 3,0 г., ПОГ выявлен – у 32,5% больных и эти показатели были достоверны ниже, чем у больных без аутоотрансплантации ($p < 0,01$).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА.

Хамидов Ф.Ш., Хакимов О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. При наличии диффузного зоба с выраженной клинической картиной тиреотоксикоза и при неэффективности консервативной терапии в течение нескольких месяцев, ставится вопрос об оперативном лечении. Необходимыми условиями оперативного лечения диффузного токсического зоба являются снижение рецидива гипертиреоза, отсутствие тяжелого гипотиреоза и послеоперационных осложнений.

Однако, хирурги могут контролировать только массу тиреоидного остатка. Активность тиреостимулирующих антител и функциональная производительность щитовидной железы (ЩЖ) в ответ на эти стимуляторы являются неконтролируемыми и не предсказуемыми факторами. Масса тиреоидного остатка не должна быть столь большой, чтобы привести к гипертиреозу, даже под воздействием тиреостимулирующих антител и увеличенной тиреотропной стимуляции, но не должна быть и столь малой, чтобы привести к тяжелому гипотиреозу после операции.

Задачами настоящего исследования явились при которой не возникает гипертиреоза при сильной тиреоидной стимуляции и не развивается тяжелый послеоперационный гипотиреоз, даже если левотироксин принимается нерегулярно, а также выяснение причин хирургических осложнений и улучшение хирургического метода операции.

Материал и методы исследования. Максимальная масса тиреоидного остатка, которая надежно предотвращает развитие рецидива после операции, была изучена следующими методами: 1) проанализированы 11 наблюдений рецидива заболевания среди больных, посещавших наше III хирургическое отделение Клиники АГМИ после операции; 2) проведены статистические исследования 433 случаев оперативного лечения пациентов с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) в клинике.

Среди 433 пациентов были сформированы 2 статистические группы: 1-я – 205 больных контрольных группах, оперированных в 1990-2000 гг.; 2-я – 228 пациента исследуемых группах оперированных с 2001-2015 гг.

Результаты: Проведен клинический анализ 11 наблюдений рецидива тиреотоксикоза после хирургического лечения в клинике в течение последних 25 лет. Установлено, что более чем в половине случаев (9 из 11, или 82%) гипертиреоз развился раньше, чем через 10 лет после операции. Причем среди больных, которым операция была произведена старше 20 лет, этот период был короче, чем у пациентов старше 35 лет. Кроме того, было установлено, что перенесшие операцию в возрасте старше 20 лет обладали более высоким риском развития рецидива, чем оперированные в возрасте старше 35 лет. Больше массы тиреоидного остатка была определена у 9 из 11 больных, оперированных по поводу рецидива ДТЗ. Ни одного случая рецидива не было выявлено среди пациентов, масса оставленной тиреоидной ткани у которых превышала 1 г.

Средняя масса ЩЖ не различалась значительно среди двух исследованных групп, а средняя масса тиреоидного остатка со временем последовательно уменьшалась во второй группе 4,0 до 1,0 г. Частота рецидивов в течение первых 5 лет после операции составила 4,4% в 1-й группе (9 случаев явного гипертиреоза среди 205 больных); 1,3% - во 2-й (2 случая скрытого гипертиреоза из 228 наблюдений). У 10% пациентов из 228 наблюдений имел скрытый гипотиреоз. Частота рецидивов через 20 лет после операции в обеих группах не наблюдался.

У двух пациентов наблюдалась гипокальциемия. Как было указано выше, перенесших субтотальную резекцию ЩЖ в оставленной до 1 г развился скрытый гипотиреоз, но ни у одного из них не было симптомов среднее тяжелого гипотиреоза, даже если левотироксин принимался нерегулярно.

После статистической обработки хирургического лечения 433 пациентов было определено, что масса оставляемой ткани ЩЖ не должна превышать 1,0-1,5 г. Около 1,0-1,5 г ткани может быть достаточно для профилактики рецидива тиреотоксикоза и предотвращения тяжелого гипотиреоза после операции.

Выводы: Мы руководствуемся необходимостью обеспечить больному как можно более длительный период эутиреоидного состояния и максимально избежать интраоперационных осложнений. При возникновении рецидива операция проводится только с одной стороны. Частота рецидивов в течение первых 5 лет после операции составила 4,4% в 1-й группе; 1,3% - во 2-й. Но у некоторых 10% пациентов из 228 имел скрытый гипотиреоз. Частота рецидивов через 20 лет после операции в обеих группах не наблюдалась.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРАВИЛА ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Хамидов Ф.Ш., Курбанов Ш.П.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Строго контролировать преимущества и правила дренирования брюшной полости.

Материал, методы и результаты исследования: На базе кафедры Хирургии были прооперированы 64 больных с разлитым перитонитом.

Дренирование брюшной полости при распространенном перитоните выполняли четырьмя и более однопросветными или двухпросветными трубчатыми силиконовыми дренажами с внутренним диаметром не менее 0,8-1,0 см. При дренировании брюшной полости строго выполнялись следующие правила: -дренажи устанавливались в самых низких точках, учитывая положение больного послеоперации; - дренажи устанавливали таким образом, чтобы отток экссудата и удаление некротизированных тканей из патологического очага происходили по прямому каналу, без поступления в свободную брюшную полость. Дренировали наружу через прямые каналы полихлорвиниловыми широкими трубками от систем для одноразового переливания крови. Применение перитонеального лаважа ограничено его серьезными недостатками, такими как значительные потери белка и электролитов, кроме того, растворы, вводимые через дренажные трубки, не омывают всей брюшной полости. Дренаж служит для борьбы с инфекцией, поскольку условия для развития инфекции в дренированной полости неблагоприятны. Дренаж позволяет осуществлять промывание полости и вводить лекарства. Следующая функция дренажа - превентивная. С его помощью рано диагностируются осложнения: кровотечения и несостоятельность анастомоза. С целью создания благоприятных условий для успешного заживления операционной раны рекомендуется выведение дренажей через отдельные проколы в стороне от операционной раны. Осуществляя дренирование, принято проводить через отдельный прокол одну трубку, через внутренний просвет которой происходит отток патологического экссудата лишь от ограниченного участка брюшной полости, куда подведен проксимальный конец её с дополнительными отверстиями, что вынуждает при разлитых перитонитах производить от 4 до 6 проколов брюшной стенки. Дело в том, что одна трубка, проходя через многослойную толщу передней брюшной стенки плотно окутывается окружающими тканями, что создаёт препятствие для оттока выпота мимо дренажа в повязку.

Выводы: Оптимизированная хирургическая тактика при разлитом (общем) перитоните позволяет улучшить результаты хирургического лечения (частота послеоперационных осложнений уменьшилось на 10,5% (с 21,6 до 11,1%), а летальность – на 8,1% (с 10,8 до 2,7%).

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА

Хамидов Ф.Ш., Курбанов Ш.П.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Улучшение результатов микробиологического исследования и лечение больных с разлитым гнойным перитонитом.

Материал, методы и результаты исследования: На базе кафедры Хирургии были прооперированы 64 больных с разлитым перитонитом.

Результаты микробиологического исследования перитонеальной жидкости показали, что из 19 исследованных нами больных в 1 (5,2%) случае из-за наличия щелочной среды посев не дал результатов. У 15 (78,9%) больных высеялась монокультура, а у 3 (15,8%) больных имелись микробные ассоциации. Подавляющее большинство выделенных штаммов стафилококка (84%) обладали гемолитическими и плазмокоагулирующими свойствами. Золотистый стафилококк в монокультуре высеян нами у 68,4% из 78,9% больных. Итак, наши данные подтверждают, что наиболее часто микрофлорой при гнойных осложнениях является золотистый стафилококк. Кишечная палочка, гемолитический стафилококк и протей в сумме составляют лишь четвертую часть от всех больных с монокультурой. Во всех микробных ассоциациях присутствовал золотистый стафилококк. После установления вида микроба мы изучали его чувствительность к наиболее часто применяемым в клинике антибиотикам: пенициллину, стрептомицину, канамицину, гентамицину и клафорану. Что наибольшей резистентностью высеянные микробы обладали к пенициллину и стрептомицину. К гентамицину резистентность микробов отмечена в 10 случаях. При этом, лишь в 2 случаях микробы обладали резистентностью к клафорану и в 7 - канамицину. Мы произвели повторное исследование на 5 - 7 день комплексного лечения раны с использованием лазеров. При этом, установлено, что у 4 (22,2%) больных посев раневого экссудата на питательные среды роста не дал. Резистентность высеянной микрофлоры к пенициллину выявлена в 7 случаях, стрептомицину 6, гентамицину - в 2, к канамицину - лишь в 1. При этом к клафорану резистентность микробов не установлена. Таким образом, комплексное лечение разлитого гнойного перитонита повышает чувствительность к антибиотикам стафилококка, как основного возбудителя гнойной инфекции. Проведенным исследованием мы заключили, что изучение структуры микрофлоры перитонеальной жидкости показало, что преобладающей флорой является золотистый стафилококк (68,4%), обладающий резистентностью к большинству из применяемых в клинике антибиотиков.

Выводы: Микробиологические исследования перитонеального экссудата для определения микробной обсеменённости и чувствительности их к антибиотикам, наряду с превентивной антибиотикотерапией являются мерами профилактики развития послеоперационных гнойно-септических осложнений.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛОВЫХ И НЕОПУХОЛОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Хамидов Ф.Ш., Отакузиев А.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения больных при опухолевых и неопухолевых заболеваниях правой половине ободочной кишки, путем сравнительной оценки и изучения преимуществ и недостатков различных межкишечных анастомозов.

Материал и методы исследования: Были оперированы 146 больных в период 2003 – 2005 и 2010 по 2012 годам по поводу с эхинококкозом печени на базе кафедры хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института. В контрольной группе первичным эхинококкозом печени оперировано 72 (49,3%) больных, в исследуемой группе – 74 (50,7%). Повторных операций к группе рецидивного эхинококкоза отнесены – 32 (69,6%) больных, резидуального - 6 (13,0%), диссеминированного эхинококкоза брюшной полости - 9 (17,4%).

Результаты: В различные варианты закрытой эхинококкэктомии использованы у 30 (40,4%) оперированных: гемигепатэктомия у 7 (9,5%) больных и идеальная эхинококкэктомия у 23 (31,1%). Открытые методики эхинококкэктомии печени выполнены у 44 (59,5%) больных, из них с удалением части фиброзной капсулы у 23 (31,1%) и без её удаления – у 21 (28,4%) больных. При открытой эхинококкэктомии остаточные полости ликвидированы у 6 (8,1%) больных методом капитонажа, у 10 (13,5%) – капитонаж с наружным дренированием. Капитонаж с резекцией части фиброзной капсулы применены у 13 (17,6%) больных, наружное дренирование с резекцией части фиброзной капсулы у 15 (20,3%). Инвагинация и оментопластика у 11 (14,9%) и 7 (9,5%) больных, соответственно. У 12 (16,2%) больных при ликвидации остаточной полости была использована методика тампонирования круглой связкой печени. Антипаразитарное воздействие ряда фармакологических препаратов на продолжительность жизни протосколексов оказались 3-5%-и формалин, 96% спирт, 3-5%-я настойка йода. Позже выяснилась антипаразитарная активность и относительная безвредность гипертонического раствора (10-20%) хлорида натрия, 3%-й перекиси водорода, глицерина и горячего фурацилина нагретого до 70°. В отличие от исследуемой группы в контрольной же группе, при обработке остаточной полости использовали тот или иной вид препарата в отдельных случаях только формалин или же фурациллин.

Выводы: Основанные на принципах апаразитарности и антипаразитарности эхинококкэктомии, повышают радикальность операций и резко снижают вероятность рецидивов заболевания. После операций у больных по поводу эхинококкоза печени послеоперационные осложнения наблюдались у 5 (6,7%) оперированного, умерли 1 (1,3%) больных, рецидив у 2 (2,7) больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИТОНИТА

Хамидов Ф.Ш., Мадвалиев Б.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с разлитым гнойным перитонитом на основе оптимизации хирургической тактики.

Материал и методы исследования: За период с 2009 по 2010 годы в Клинике АГМИ, третьем хирургическом отделении у 281 больных подлежащих экстренным операциям, были диагностированы различные формы перитонита. Из них с разлитым перитонитом – 37 (13,7%) больных (контрольная группа). За период с 2011 по 2012 годы по поводу различных форм перитонита были обследованы 181 пациента. Из них с разлитым (общим) перитонитом – 27 (14,9%) больных (исследуемая группа). Из 64 с разлитым перитонитом мужчины составили 35 (54,7%), женщины 29 (45,3%). В возрастном составе преобладали лица в наиболее трудоспособном возрасте – 40 (62,5%).

Причиной разлитого (общего) перитонита в 13 (20,3%) случаев бывает прободная язва двенадцатиперстной кишки, в 9 (14,2%) – деструктивные формы холецистита. В 10 (15,6%) случаев причиной разлитого перитонита явились заболевания кишечника, в частности острая кишечная непроходимость. В подавляющем большинстве случаев, причиной разлитого (общего) перитонита в 28 (43,7%) случаев явились деструктивные формы аппендицита и в 4 (6,2%) – гинекологическая патология.

Результаты: У всех больных контрольной группы, при ретроспективном анализе установлены ряд упущений. В частности, позднее обращение, потеря излишнего времени в процессе диагностики, а также тактические ошибки во время операции (недостаточная санация, использование двухрядного шва, отсутствие перанального дренажа и не использование дренирования «по типу проточной системы») в послеоперационном ведении больных (неполноценная дезинтоксикационная терапия, а также недостаточное восполнение белкового, углеводного и жирового обменов) на фоне разлитого перитонита и выраженного эндотоксикоза явились основными причинами осложнений летальных исходов. Хотя на распространённость перитонита важное значение имеет фактор времени, тем не менее определенное значение имеет характер патологии, исходное состояние организма, возраст, характер экссудата и его микробная обсеменённость.

Выводы: Учитывая, что при разлитом (общем) перитоните основными этиологическими факторами явились деструктивный аппендицит – 43,7%, прободная дуоденальная язва - 20,3%, а также острый кишечный непроходимость – 15,6% и деструктивный холецистит – 14,2%, характерные операционные доступы следует дополнять средне- и нижнесрединными.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.А., Юлдашев Х.Ж., Турсунов Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Причиной гидронефротической трансформации почки, в большинстве случаев, является обструкция в верхних мочевых путях (ВМП). Её прогрессирование неизбежно приводит к необратимому снижению функции почки. Близкое анатомическое расположение тазового отдела мочеточника к органам малого таза объясняет частое вовлечение ВМП в патологический процесс при опухолях матки, предстательной железы, мочевого пузыря и кишечника ещё до наступления клинической манифестации опухоли. Иногда единственной возможностью,

позволяющей продлить жизнь больному, являются различные методы дренирования ВМП. В настоящее время основным и наиболее эффективным – чрезкожная пункционная нефростомия.

Цель исследования. Определить показания к лечебно-диагностической чрезкожной пункционной нефростомии при обструктивных процессах в ВМП.

Материал и методы. Проведен клинический анализ 76 больных с уретерогидронефрозом (УГН), обусловленным: новообразованиями матки – 51, мочевого пузыря – 9, предстательной железы – 8, прямой и сигмовидной кишки – 5, а также ятрогенной травмой мочеточника – 3 больных. Возраст пациентов от 21 до 78 лет (средний 47±4,6 лет). Односторонний УГН – 42, двусторонний – 14 больных. Хроническая почечная недостаточность выявлена у 19 больных. Из них у 12 пациентов дренирование ВМП выполнено по жизненным показаниям. Функциональную способность почки после нефростомии изучали по клиренсу эндогенного креатинина. Мониторинг наблюдения больных после ЧПНС составил от 2-х недель до 15 мес (в среднем 6,8 месяца).

Результаты. Осложнения ЧПНС: профузное кровотечение из нефростомического дренажа – 4 (7,1%), паранефральная гематома – 2 (3,5%), лихорадка – 6 (10,7%) случаев. Замена нефростомического дренажа по причине его неудовлетворительной проходимости выполнена у 4-х больных, в 2-х случаях произведена ренефростомия. Функциональные показатели паренхимы почки (клубочковая фильтрация (КФ), суточный диурез и т.д.) напрямую зависели от толщины паренхимы, а не от линейных размеров почки до дренирования. Средние показатели КФ при толщине паренхимы менее 5мм = 9,4±0,63 мл/мин, при 5 -10 мм = 19,8±2,87, а более 10мм = 34,5±4,25. Из 19 больных с ХПН у 13 показатели креатинемии через 2 недели нормализовались. У 8-ми пациентов в последующем выполнены оперативные вмешательства, которые позволили восстановить пассаж мочи, сохранить функцию почки и избавиться от нефростомы.

Выводы: 1. Толщина паренхимы является одним из основных сонографических критериев оценки функциональной способности почки.

2. При толщине паренхимы менее 5±0,15мм дренирование почки нецелесообразно, кроме случаев двусторонней патологии.

3. Обструктивный УГН, осложнённый острым пиелонефритом является абсолютным показанием к выполнению дренирования ВМП.

ИЗУЧЕНИЕ АПОПТОЗА В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ.

Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы — злокачественная опухоль железистой ткани молочной железы. В мире это наиболее частая форма рака среди женщин, поражающая в течение жизни от 1/13 до 1/9 женщин в возрасте от 13 до 90 лет. Это также второе по частоте после рака лёгких онкологическое заболевание в популяции в целом (считая и мужское население; поскольку молочная железа состоит из одинаковых тканей у мужчин и женщин, рак молочной железы (РМЖ) иногда встречается и у мужчин, но случаи этого вида рака у мужчин составляют менее 1 % от общего количества больных данным заболеванием).

По оценкам экспертов ВОЗ, в мире ежегодно регистрируют от 800 тыс. до 1 млн новых случаев заболевания раком молочной железы. По числу смертей от рака у женщин эта разновидность рака занимает второе место. Наиболее высока заболеваемость в США и Западной Европе; в России в 2005 году было выявлено 49 548 новых случаев заболевания (19,8 % всех видов опухолей у женщин), а число умерших составило 22 830^[2]. В 2010 году рак молочной железы занимал 1-е место как в структуре заболеваемости женского населения России злокачественными новообразованиями (20,5 %), так и в структуре смертности от таких заболеваний (17,2 %); при этом число впервые выявленных случаев рака молочной железы выросло до 57 241

Цель исследования: изучение уровня пролиферации и апоптоза в опухолевых клетках молочной железы до и после воздействия полихимиотерапии, для выявления группы пациентов с МЛУ.

Материалы и методы: лечение получали 75 больных с морфологически верифицированным диагнозом рака молочной железы. До и после ПХТ из опухолевой ткани пациентов путем трепан биопсии взят материал для гистологического исследования. Всем больным проведено 2 неoadьювантных курса полихимиотерапии по схеме CAF. До и после проведенных курсов ПХТ изучали уровни апоптоза и пролиферации для определения группы пациентов с фенотипом МЛУ, которым с целью преодоления МЛУ была изменена схема химиотерапии с CAF на АТ.

Результаты: Пролиферацию и апоптоз изучали по морфологическим признакам, определяли митотический (МИ) и апоптотический (АИ) индексы. В 66,6% образцов опухолевой ткани после проведенных 2 курсов ПХТ пролиферативная активность клеток (МИ-14,3%) превышала апоптоз (АИ-4,8%). Цитотоксическое действие также было невысоким, лечебный патоморфоз соответствовал II степени (по классификации Miller et Payne - 1999, 2001 г) У остальных больных (33,3%) пролиферация была низкой (МИ -4,3%), тогда как индекс апоптоза повысился (АИ-10,2%), а лечебный патоморфоз соответствовал IV степени.

Вывод: у 60 больных РМЖ мы обнаружили МЛУ, что послужило изменению схемы химиотерапии, для преодоления МЛУ. Изменение предоперационной схемы ПХТ у больных с фенотипом МЛУ вызывает более высокую индукцию апоптоза, выраженности лечебного патоморфоза, что в свою очередь ведет к регрессии опухоли, а следовательно улучшению непосредственного и отдаленного результатов лечения.

УРОВЕНЬ МЕСТНОЙ АНАСТЕЗИИ ПРИ УДАЛЕНИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА

Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы – злокачественное новообразование молочной железы. Локальные проявления: изменение формы молочной железы, втягивание соска, морщинистость кожи, выделения из соска (часто кровянистые), прощупывание уплотнений, узелков, увеличение надключичных или подмышечных лимфоузлов. Наиболее эффективно хирургическое лечение в сочетании с лучевой или химиотерапией на ранних стадиях. На поздних стадиях отмечается метастазирование опухоли в различные органы. Прогноз лечения во многом зависит от распространенности процесса и гистологической структуры опухоли.

Цель исследования. Изучить уровень местной анестезии при удалении сигнального лимфатического узла.

Методы. Мы используем в нашей клинике единую стандартную процедуру при всех удалениях сигнальных лимфатических узлов. После радиоактивного маркирования и кожной демаркации визуальным методом с помощью гамма-камеры в отделении ядерной медицины, в операционном отделении завершается запатентованное окрашивание синим цветом.

Результаты. Основным преимуществом использования локальной анестезии является возможность общаться с пациентом во время проведения операции. Тогда пациент может обеспечить активный функциональный контроль, например, в процедурах, проводимых вблизи нервных окончаний. Более того, минимизируются послеоперационные риски, поскольку пациент находится в сознании, дышит произвольно, остаётся подвижным. Мы считаем, что обычно используемая опухолевая локальная анестезия является более дорогой, не давая преимуществ, и без неё можно обойтись. Наш опыт показывает, что болевая чувствительность в подкожном слое минимальна. За исключением случаев экстенсивного вздутия живота, контакта с нервами, повреждений больших иннервированных полостей или проведения манипуляций в непосредственной близости от лимфоузла, пациенты не испытывали боли. Невозможность для пациента поддерживать особое положение во время процедур в подмышечной зоне, которые являются более длительными, может представлять большую проблему, чем локализованная боль. Локальные анестезирующие процедуры непригодны только тогда, когда пациенты испытывают страх или являются неконтактными.

Вывод. Основываясь на нашем опыте, можно провести удаление лимфатического узла в подмышечной и паховой зонах с использованием малых доз инфильтрата, с анестезией без осложнений и с большей безопасностью для пациента.

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ГАММА-ДЕТЕКТОРОВ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы - наиболее распространенный вид опухолей среди женского населения Европы, Америки и некоторых стран Азии. Ежегодно в мире регистрируется более одного миллиона случаев этого заболевания, а при средней продолжительности жизни 80 лет риск заболеть раком молочной железы составляет 12,5%. В течение последних 20 лет в мире, а также в мире наметилась устойчивая тенденция к росту заболеваемости этим видом рака, особенно в городах и мегаполисах. С 1985 года он занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин, составляя 31,2%. Хорошо известно, что ежегодный профилактический осмотр способствует раннему выявлению опухолей. Однако часто пациентки обращаются к врачу уже с явными признаками опухоли, а это затрудняет последующее лечение. Одна из причин - непонимание важности ранней диагностики заболевания.

Цель исследования: Целью настоящего исследования является сравнение имеющихся гамма-детектоов и их ранжирование по способности локализации лимфоузлов.

Результаты. Распознавание СУ во время операции основано не только на визуальном осмотре лимфатического коллектора для обнаружения узлов с синькой, но и для оценки радиоактивного коллоида в СУ при использовании гамма-пробы. Проба с гамма-детектором стала стандартной при осуществлении лимфатического картирования. Такая процедура в настоящее время применяется при раке молочной железы и меланоме. Несколько групп исследователей оценивали эту технику также при раке щитовидной железы и гинекологических и нейроэндокринных опухолях. Это стало ценным инструментарием ядерной медицины и хирургии с идентификацией любого лимфоузла, получающего непосредственный лимфатический дренаж со стороны очага повреждения.

В соответствии с этим хирург и дозиметрист должны вместе работать над выбором операционной гамма-пробы, и необходимые для операции требования должны согласовываться с показателями имеющихся в продаже проб. Большинство испытанных проб удовлетворительно работали при лабораторных испытаниях. В рамках нашего исследования, в соответствии с оценкой врачей, Europrobe показала наилучшие эргономические качества. При анализе чувствительности лучший результат показала GRP2. Чувствительность является важным фактором при распознавании лимфатических узлов с низким накоплением или при глубоком размещении и для снижения активности вводимых радионуклидов, уменьшения дозы радиации, поглощаемой пациентами и персоналом, участвующими на всех стадиях в процедурах СУ-технологии. Безопасность является ключевым фактором в процессе выбора оборудования. При дальнейшем рассмотрении и принятии решения в гинекологии о выборе ручных детекторов для обнаружения СУ важным параметром может стать ценовая эффективность. Можно с лёгкостью показать, что выбор GRP2 является интересным решением при анализе её хороших показателей в сочетании с низкой стоимостью.

Вывод. После проведения лабораторного исследования мы можем заключить, что успешное обнаружение СУ в хирургии может зависеть от качества работы ручного гамма-детекторы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальность проблемы заболеваний молочных желез обусловлена прежде всего неуклонным ростом этой патологии во всем мире. Так, в популяции нераковые заболевания молочных желез встречаются у 30–70% женщин, а при одновременно имеющих место гинекологических заболеваниях их частота возрастает до 76–97,8%. В мире ежегодно выявляется более 34 000 новых случаев рака молочных желез, при этом отмечается значительное снижение возраста заболевших. У 25% женщин до 30 лет и у 60% после 40 лет диагностируются дисгормональные заболевания молочных желез (мастопатии). Несмотря на то, что мастопатии не являются облигатным предраком, рак молочной железы встречается в 3–5 раз чаще на фоне диффузных дисгормональных доброкачественных заболеваний молочных желез и в 30–40 раз чаще при узловых формах мастопатии с явлениями пролиферации эпителия молочных желез.

Цель исследования: изучить возможность выполнения пластических операций при раке молочной железы (РМЖ) после радикальной резекции.

Материалы и методы: радикальная резекция молочной железы -классическая органосохраняющая операция, при которой удаляют от % до 1/3 ткани молочной железы с опухолевыми узлом и регионарными лимфатическими узлами. Для реконструкции объема молочной железы используют аутоотрансплантаты (большая грудная мышца и широчайшая мышца спины) и собственные ткани молочной железы.

Результаты: в АООД в период с 2008 по 2011 г 502 больным РМЖ выполнены радикальные резекции с первичной реконструкцией. Средний возраст больных 49,6 лет. Начальные стадии РМЖ составили 77,7%, местно-распространенные 22,3%. В 90% проведено комбинированное лечение, только в 10% хирургическое лечение.

В 49,6% выполнили только радикальную резекцию, в 21,3% восстановление молочной железы - большой грудной мышцей, в 22,2% -фрагментом широчайшей мышцы спины, в 6,9% - онкопластические операции, которые подразумевают перемещение собственных тканей молочной железы для устранения косметического дефекта. Онкопластические операции выполняют в зависимости от локализации опухолевого узла и достаточного размера молочной железы по разным методикам.

Время до проведения лучевой терапии и лекарственного лечения пластические операции не удлиняют. Косметические результаты после органосохраняющих операций с пластикой в 50,1% отличные, в 41,3%, удовлетворительные в 8,6%. Сохранение молочной железы является методом реабилитации пациенток, улучшает социальную адаптацию, уменьшает процент инвалидности. Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 4,1%, поздние у 6,3% пациенток.

Выводы: радикальная резекция молочной железы при раке с одномоментной реконструкцией является радикальной операцией и улучшает качество жизни больных. С помощью разных методов реконструкции в 91,4% случаев достигают отличных и хороших косметических результатов.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ БИОПСИИ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время биопсия сигнальных лимфоузлов (СЛУ) относится к числу базовых методов диагностики поражения регионарных лимфоузлов (ЛУ) и рекомендуется экспертами Международного Противоракового Союза в качестве стандартного метода при определении степени распространенности процесса у больных раком молочной железы (РМЖ). Вместе с тем, обращает на себя внимание разнообразие подходов к методологии биопсии СЛУ В частности, до настоящего времени не существует четких рекомендаций в отношении оптимального размера радиокolloидов, используемых для маркировки СЛУ.

Цель исследования. Основные целью представленного исследования заключались в изучении особенностей лимфооттока от опухолей молочной железы при использовании нано- и милликolloидов, а также в уточнении роли радионуклидной визуализации в планировании и проведении биопсии СЛУ у больных РМЖ.

Материал и методика. Проведен ретроспективный анализ результатов радионуклидной визуализации лимфоузлов (РЕШУ), выполненной после внутриопухолевого введения кolloидных радиофрампрепаратов (РФП) у 122 первичных больных раком молочной железы (РМЖ), обследованных в АООД с 2012 по 2017 год.

Результаты. После введения нанокolloидных РФП с диаметром частиц до 80-100 нм скintиграфическое изображение СЛУ получено у 83 из 89 обследованных женщин. В 6 случаях СЛУ не визуализировались, причем, у 5 из 6 этих больных при гистологическом исследовании операционного материала обнаружено массивное поражение подмышечных ЛУ, которое, вероятно, препятствовало эффективному транспорту радиокolloидов из места введения в регионарные ЛУ. В одном наблюдении отсутствие накопления нанокolloидных РФП в СЛУ осталось без объяснения. В целом, эффективность использования нанокolloидов с диаметром частиц менее 100 нм для визуализации СЛУ у пациентов без массивного поражения подмышечных лимфоколлекторов составило 98,9%.

Возможности визуализации СЛУ после введения кolloидных частиц более крупного размера (порядка 200-1000 нм и более) оказались существенно скромнее. Скintиграфическое изображение СЛУ в этой группе больных получено у 27 из 33 пациенток, т.е. в 81,8% случаев.

Вывод. Полученные нами результаты подтверждают справедливость европейских рекомендаций, так как показывают, что после введения нанокolloидных препаратов с диаметром частиц до 100 нм проведение лимфоскintиграфии позволяет получить информацию, имеющую важное значение для планирования биопсии СЛУ:

почти у половины обследованных—отделить истинно СЛУ от ЛУ второго и более порядка, а у трети больных—обнаружить СЛУ за границами подмышечной области.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН И ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ВОСХОДЯЩИМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Хасанов Х.Х., Азизов Г.А., Суюнов Д.М., Умматалиев Д.А., Курбанов Х.А.

Андижанского государственного медицинского института

Острые тромбозы глубоких вен нижних конечностей и их осложнения в первую очередь тромбоэмболии легочной артерии является одной из наиболее серьезных проблем современного здравоохранения. Возникновение тромбоза магистральных вен и формирование в последующем посттромбофлебитической болезни требует длительного иногда пожизненного лечения.

В тактике лечения больных с острым восходящим тромбофлебитом подкожных вен, до настоящего времени существует два подхода в хирургическом лечении: один из них радикальный, одномоментное удаление патологически измененных вен и второй двухэтапное комбинированное лечение. Показания к выполнению операции у больных с восходящим варикотромбофлебитом в настоящее время сформированы и выработаны четкие показания. Нами с 2007 по 2017 годы в клинике Андижанского государственного медицинского института

проведено обследование а также оперативное и консервативное лечение у 72 больных с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены.

Произведен анализ результатов хирургического лечения 42 больных с восходящим острым тромбофлебитом подкожных вен. Возраст больных колебался от 17 до 72 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 до 3 суток. При поступлении больные жаловались на боли в области бедра и голени по ходу локализации патологического процесса. При осмотре обычно имелось гиперемия по ходу большой подкожной вены распространяющиеся на верхнюю треть бедра. Более чем у 50% больных имелось увеличение паховых лимфатических узлов. У 30% больных в нижней трети голени отмечался умеренный отек. С целью диагностики и оценки лечения исследована гемокоагуляция, транскутанное напряжение кислорода, ультразвуковое ангиосканирование. С целью улучшения результатов оперативного лечения у 42 больных с острым подкожным тромбофлебитом в комплексном лечении до и послеоперационном периоде была применена лимфотропная терапия. Из 42 оперированных у 40 (95%) получены хорошие результаты. У них полностью были ликвидированы воспалительные явления, а послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Дооперационный период в данной группе больных составил 2 ± 1 койка дня послеоперационный период 5 ± 1 дня. Неудовлетворительные результаты лечения выявлены у 2 (5%) больных у которых отмечались нагноение с вторичным заживлением раны У 30 больных контрольной группы острым восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены которые воздержались от оперативного лечения им проводилась консервативная терапия. На 7-8 сутки уменьшалась боль и к 9 суткам купировались острые воспалительные явления. На 12 – 13 сутки уменьшались уплотнения по ходу пораженных вен. В более длительные сроки в сравнении с основной группой увеличивалось активность движений в пораженной конечности. У 3 (10 %) больных имелись осложнения у них отмечалось тромбозы глубоких вен. Среднее пребывание больных основной группы на больничной койке составило 7 ± 1 день в контрольной группы - 12 ± 1 день.

Таким образом, активная хирургическая тактика у больных с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены ликвидирует опасности тромбоза глубоких вен и легочной артерии ,позволяет сократить сроки нетрудоспособности.

АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА В ХИРУРГИИ КРОВОТОЧАЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Материал и методы исследования. С 2013 года в хирургическом отделении. Андижанского филиала РНЦЭМП МЗРУз консервативному лечению подлежали 374 больных, оперативному -133. При этом иссечение кровоточащей язвы с дуоденопластикой выполнено 78 больным, прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы- 6, резекция желудка по Бильроту- 1, СВ+АР – 24, резекция желудка по Хачиеву – 8, по Гофмейстеру –Финстереру – 12, по Бальфуру – 3, и реконструктивная резекция -1 больному.

Придерживаясь хирургической тактики, основанной на прогнозировании кровотечения, мы выделили три категории больных:

Первая – кровотечение состоялось, остановилось и возобновление его не предвидится в данный госпитальный период. Больные подлежали консервативному лечению. Показания к операции определялись, как и при хронической язвенной болезни, с переводом в хирургическое отделение клиник АГМИ.

Вторая – кровотечение продолжается и не поддается остановке эндоскопически. Больные подлежат экстренным операциям вне зависимости от того, поступил ли больной с продолжающимся кровотечением или возник рецидив кровотечения в стационаре.

Третья – кровотечение остановилось или было остановлено специальными мероприятиями, но в соответствии с оценочными критериями прогнозируется его рецидив. Больные подлежат оперативному лечению в срочном порядке после короткой предоперационной подготовки в течение первых 24 часов. Такой временной интервал выбран с тем, чтобы исключить операции «по дежурству» во-первых, иметь время для адекватной короткой подготовки, во вторых, и выполнить вмешательство до развития рецидива, в -третьих.

Заключение. Таким образом, если угроза рецидива кровотечения велика, то такой больной должен быть оперирован в срочном порядке, а временная остановка кровотечения создает условия для подготовки к срочному оперативному вмешательству. Поэтому правильный диагноз рецидива геморрагии может привести к экстренной операции на высоте рецидива кровотечения.

АЛГОРИТМ АБСОЛЮТНЫХ И ОТНОСИТЕЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ УГРОЗЫ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА.

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт.

Материал и методы исследования. За период с 2013 по 2017 гг в хирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП МЗРУз поступили 182 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза. Кровотечения из язв желудка диагностированы у 37 больных, из язвы двенадцатиперстной кишки - у 145. Различного характера оперативные вмешательства выполнены 102 больным.

По мере накопления опыта мы придерживались абсолютных и относительных критериев угрозы рецидива кровотечения. К абсолютным критериям относили большие или гигантские кровоточащие язвы диаметром более 3 см в желудке или более 2 см двенадцатиперстной кишки и каллезными краями с уровнем гемоглобина ниже 50 г/л.

Если абсолютные критерии угрозы рецидива отсутствуют, то оценка риска развития повторного кровотечения из язвы проводилась на основании относительных критериев угрозы рецидива. К ним относили наличие коллапса в анамнезе, диаметр язвы желудка более 1,3 см, диаметр язвы ДПК более 0,8 см, продолжающиеся на момент эндоскопического исследования кровотечения, которые в дальнейшем остановлены эндоскопически, наличие на дне язвы тромбированных сосудов или сгустков при остановившемся кровотечении; большая интенсивность кровотечения. Оценка относительных критериев проводится суммарно по балльной системе.

Максимальная балльная оценка каждого из трёх интегральных показателей – 1 балл. Если сумма интегральных показателей достигает 2 или 3 баллов, это даёт основание прогнозировать развитие рецидива кровотечения.

Заключение. Предложенная хирургическая тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения, позволяет провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при традиционной активно-выжидательной тактике.

ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт.

Лечебная тактика при острых массивных пищеводно-желудочных кровотечениях является одним из наиболее дискуссионных вопросов хирургии портальной гипертензии.

В настоящем сообщении анализируются результаты лечения 57 больных с кровотечениями из варикознорасширенных вен пищевода (ВРВП) и кардии желудка.

Лечились консервативно 45 (80,7%), оперативно – 11 (19,3%) больных.

Предпочтение отдавали консервативным мероприятиям: всем больным после поступления проводили заместительную и комплексную гемостатическую терапию.

Назначение гемостатической терапии зависело от состояния свертывающей и антисвертывающей систем крови.

Для снижения портального давления и уменьшения интенсивности кровотечения применяли папаверин, эуфиллин, питуитрин, сандостатин, адреноанглиолиптики.

Одновременно проводили восстановление ОЦК, коррекцию гиповолемии и анемии, КЩС. Внутреннюю инфузию вазопрессора сочетали с введением пищеводного зонда-обтуратора.

Из 46 больных, лечившихся консервативно, временная или постоянная остановка кровотечения достигнута у 29(63,4%). Рецидив геморрагии отмечен в 5 наблюдениях. Неблагоприятный исход в указанной группе составил 44,3%, что было обусловлено выраженными явлениями печеночно-почечной недостаточности, присоединившимися асцитом и желтухой. Попытки остановить кровотечение эндоскопическими методами, применением склеротерапии и диатермокоагуляции дали положительный эффект лишь у 3-х из 8 больных.

Оперативное лечение при кровотечении из ВРВП определялось на основании данных эндоскопического исследования: продолжающееся кровотечение, рецидив или же высокая вероятность рецидива кровотечения на фоне тяжелой кровопотери.

Операцией выбора считаем минимальное по объему вмешательство – гастротомия с прошиванием ВРВ кардиального отдела желудка и дистального отдела пищевода. На высоте кровотечения оперативному лечению подвергнуты 11 больных.

Трансгастральная перевязка варикозных узлов пищевода и желудка выполнено – больным, которая дополнялась у 5 больных перевязкой левой желудочной артерии; прошивание ВРВ в сочетании со спленэктомией – 3; операция Таннера – у 2. Послеоперационная летальность составила 45,4%.

Таким образом, операцией выбора у больных с кровотечениями на почве портальной гипертензии является минимальная по травматичности гастротомия с прошиванием варикозных узлов, а при наличии противопоказаний к ней необходима гемостатическая терапия с баллонной тампонадой.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время для лечения и профилактики кровотечений из (ВРВ) пищевода и желудка при ПГ используют медикаментозные, эндоскопические, эндоваскулярные и хирургические методы гемостаза. Разнообразие методов лечения подтверждает неудовлетворенность их результатами. Основной целью является поиск малоинвазивных методов, позволяющих лечить и проводить профилактику портальных кровотечений. На сегодняшний день накоплен большой опыт применения малоинвазивных эндоскопических вмешательств при кровотечении из ВРВ пищевода, но тем не менее до конца не изучены опасность и возможные осложнения методов, их влияние на появление вторичного варикоза.

Цель исследования – сравнительный анализ результатов лечения больных с варикозным пищеводно-желудочным кровотечением в условиях РЦНИАФ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 195 пациентов с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка и портальной гипертензией, находившихся на лечении в РЦНИАФ.

Основную группу составили 50 пациентов, в лечении которых по экстренным показаниям использовали эндоскопические технологии – лигирование и склеротерапию. У 8 больных проводили сеансы эндоскопической склеротерапии. При этом у данных больных отмечалось ВРВ пищевода I степени. В качестве склерозанта использовали 1 % раствор этоксисклерола. Техника склеротерапии включала пара- и интравазальное введение склерозанта. У 42 пациентов проводили сочетанное эндоскопическое лечение: первые сеансы были представлены эндоскопическим склерозированием, а последующие, начиная с 2-го и с 3-го – эндоскопическим лигированием. Группу сравнения составили 145 пациентов, которым проводили традиционное лечение, основанное на установке зонда-обтуратора, консервативной терапии и хирургических вмешательствах.

При оценке результатов консервативного лечения в группе сравнения без использования эндоскопических технологий выявлена высокая частота развития рецидива кровотечения – 79 (54,5 %) против 9 (18,0 %) в основной группе и случаев летальности – 48 (33,1 %) против 4 (8,0 %) основной группы.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование с использованием эндоскопических вмешательств позволило подтвердить данные литературных источников, утверждающих что:

ведущим неблагоприятным прогностическим фактором у больных с варикозным кровотечением является рецидив 75,0 % в основной группе и 40,0 % в группе сравнения.

Эндоскопические методы (ЭЛ и ЭС), выполняемые в экстренном порядке, уменьшают вероятность рецидива кровотечения с 79 (54,5 %) до 9 (18,0 %) и госпитальную летальность с 48 (33,1 %) до 4 (8,0 %).

ЭС и ЭЛ – методы лечения «первой линии» ввиду их малоинвазивности, высоких показателей остановки кровотечения, низкого уровня осложнений и летальности.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. К настоящему времени накоплен существенный опыт ведения и лечения пациентов с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода — завершающее звено в последовательности осложнений цирроза печени, вызванных прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком току крови через ее ткань, развитием синдрома портальной гипертензии, за которым следует сброс крови по путям коллатерального кровообращения, в том числе прогрессирующее расширение вен пищевода с последующим их разрывом. Сегодня усилия врачей направлены на предотвращение развития последовательных стадий портальной гипертензии и на поиск терапевтических и хирургических методов, позволяющих радикально уменьшить давление в системе воротной вены, и таким образом, предупредить риск развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Другой подход, это использование местной эндоскопической терапии варикозно-расширенных вен с целью профилактики их разрыва.

Цель исследования. Усовершенствовать тактику ведения больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода.

Материалы и методы исследования: проведен анализ лечения 44 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в отделении хирургии РЦНИАФ.

Результаты исследования. Как показали наши наблюдения, принципиально важным является следующее обстоятельство. Если при пищеводно-желудочном кровотечении диагностировано ВРВ пищевода и желудка, то в 95-97% наблюдений источник кровотечения располагается в пределах дистального отдела пищевода или в кардиальном отделе желудка, представляя собой одну или несколько эрозий слизистой оболочки, перфорировавших стенку расширенной вены. Остальные 3 5% приходятся на эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки или, совсем редко, на изолированное ВРВ проксимального отдела желудка, выявляемое только при сегментарной ВПГ. Поэтому, несмотря на трудности эндоскопического исследования, следует обязательно осмотреть желудок и двенадцатиперстную кишку, хотя диагностическая ценность полученных в таких условиях результатов не всегда бывает достаточной. При обнаружении ВРВ пищевода или желудка исследующий должен дать им оценку согласно приведенным признакам. Обнаружив в желудке небольшое или умеренное количество темных сгустков, без признаков свежей крови, необходимо сделать заключение об остановившемся кровотечении и направить больного в палату хирургического отделения для проведения инфузионной терапии. При ВРВ пищевода или желудка 2-3-й степеней за больным ведут пристальное наблюдение. Обязательным условием является введение

пищеводного зонда-обтуратора без раздувания манжеток для контроля содержимого желудка. Если кровотечение не рецидивирует, зонд извлекают через час и больного подвергают обследованию в плановом порядке для определения дальнейшей лечебной тактики. Если в течение ближайших часов или суток наступает рецидив кровотечения, то зонд-обтуратор вводят вновь. При этом для обеспечения гемостаза в желудочный баллон необходимо ввести до 150 мл воздуха. Затем зонд подтягивают до упругого сопротивления и плотно фиксируют полосками лейкопластыря к верхней губе и обеим щекам.

Вывод. В заключение следует подчеркнуть, что своевременная диагностика ВРВ пищевода и желудка, их эндоскопическая оценка, с учетом функции печени, определяет способ остановки кровотечения: в одной клинической ситуации предпочтительнее использовать только эндоскопические методы остановки кровотечения, в другой только оперативные способы гемостаза.

ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является наиболее грозным осложнением портальной гипертензии. Частота первого эпизода кровотечения в течение года после постановки диагноза встречается в среднем у 12 % больных ЦП (5 % для малого варикоза и 15 % для большого).

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась разработка и внедрение в клинику способа проксимальной резекции желудка для улучшения результатов профилактики и лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены материалы наблюдений за 21 больным варикозным расширением вен пищевода и желудка. У 12 (57,14 %) пациентов отмечен синдром внутривенной ПГ с имевшимися в анамнезе пищеводно-желудочными кровотечениями или ранее выполненными операциями азигопортального разобщения.

Результаты исследования. У остальных 7 (33,33 %) пациентов варикозное расширение вен желудка было связано с внепеченочной ПГ и обусловлено тромбозом или аномалиями развития воротной вены. У 2 (9,52 %) диагностирована смешанная форма ПГ. Возраст пациентов составлял от 29 до 64 лет (в среднем $48,3 \pm 7,6$ года). Мужчин было 8 (38,10 %), женщин — 13 (61,90 %). В анамнезе у всех пациентов имелись от двух до пяти эпизодов кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка. У 2 (9,5 %) пациентов операция выполнена в экстренном порядке в связи с продолжающимся кровотечением из расширенных вен пищевода и желудка и отсутствием эффекта от консервативной гемостатической терапии. Еще 2 (9,5 %) пациента были оперированы в срочном порядке в связи с высоким риском рецидива кровотечения. У 17 (81,0 %) пациентов операции выполнены после остановки кровотечения, плановой подготовки в условиях гастроэнтерологического отделения. Двенадцать (57,1 %) пациентов были ранее оперированы по поводу пищеводно-желудочного кровотечения из варикозно-расширенных вен: трем была выполнена спленэктомия, двум — операция Таннера и семи — операция Пациора.

В соответствии с критериями Child-Pugh функциональное состояние печени у 10 (47,6 %) пациентов с внутривенной ПГ было компенсированным (группа А), у 4 (19,0 %) — субкомпенсированным (группа В). Печеночная энцефалопатия в субклинической стадии определена у 5 (23,8 %) пациентов.

Разработка и внедрение в клинику проксимальной резекции желудка с пластикой кардии была обусловлена необходимостью радикального устранения источника кровотечения и достижения при этом хороших функциональных результатов, исключения осложнений и неблагоприятных последствий хирургического вмешательства, а также исключения из патогенеза геморрагии значимых факторов в виде недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагита.

Выводы. Таким образом, моделирование искусственной кардии, индивидуальный выбор объема резекции желудка и функциональная состоятельность гастродуоденального комплекса обусловили отсутствие пострезекционных осложнений, тяжелой агастральной астении и выраженной хронической анемии, а у 7 пациентов масса тела увеличилась на 3—12 кг. Мы считаем, что это связано с удалением лишь проксимальной части желудка и сохранением антрального отдела и привратника. У пациентов отсутствовали рецидивы пищеводно-желудочного кровотечения, повысилось качество жизни.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода завершающее звено в последовательности осложнений цирроза печени, вызванных прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком току крови через ее ткань, развитием синдрома портальной гипертензии, за которым следует сброс крови по путям коллатерального кровообращения, в том числе прогрессирующее расширение вен пищевода с последующим их разрывом.

Сегодня усилия врачей направлены на предотвращение развития последовательных стадий портальной гипертензии и на поиск терапевтических и хирургических методов, позволяющих радикально уменьшить давление в системе воротной вены и таким образом, предупредить риск развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Цель исследования. Усовершенствовать тактику ведения больных с кровотечением из варикозно-

расширенных вен пищевода.

Материалы и методы исследования: проведен анализ лечения 44 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в отделении хирургии проведен анализ лечения 44 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в отделении хирургии РЦНИАФ.

Результаты исследования. Все больные, поступившие с клиникой кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка были госпитализированы в ОРИТ, с целью проведения противошоковой терапии, коррекции гемодинамических нарушений. В комплекс которых включены гемостатические препараты (5 %-эпсилон аминокaproновая кислота, тремин, этамзилат, викасол, хлористый кальций и тд.), препараты снижающие портальное давление (аналоги соматостатина, октреотид, бета-блокаторы, нитраты), гепато- и гастропротекция. По данным литературы, применение нитратов и вазоконстрикторов (октреотид, сандостатин) в целом уменьшает портальное давление до 30–40 %

В нашем исследовании, в 13 случаях, несмотря на проводимую терапию, отмечалось продолжение кровотечения, подтвержденное клиническими и лабораторными данными. Больные взяты в экстренном порядке на операцию. В таких случаях выполняется разобщение гастроэзофагеально-портального пути, наиболее распространенном видом которого — является прошивание подслизистых вен пищевода и желудка (операция Пацциоры). За исследуемый период операция Пацциоры выполнена 2-м больным. Эти пациенты ранее перенесли ПСШ (ДСРА) и при гастроскопии выявлены варикозные узлы в субкардии желудка с функционирующим анастомозом. Предыдущая операция дополнена прошиванием варикозных узлов желудка и больные в удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное наблюдение. С 1998 были разработаны и внедрены в практику оригинальные (аппаратный и лигатурный) способы тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК, операция Назырова) с наложением гастро-гастрального анастомоза. С 2007г внедрен усовершенствованный способ ТРГЭК: с применением каркасного протеза, при этом необходимости гастро-гастрального анастомоза (предотвращается все осложнения связанные с анастомозом включительно недостаточности швов), сохраняется кардиальный жом, уменьшается время операции.

Вывод. Основной задачей, стоящий перед хирургом при пищеводном кровотечении распознать, когда консервативное лечение окажется безрезультатным и в какие сроки операции может быть эффективной у еще жизнеспособного пациента. Декомпенсированная стадия заболевания легко может трансформироваться в терминальную стадию, в связи с этим лечебный подход должен быть минимально травматичным и максимально эффективным. В этом плане эндоскопические вмешательства (в основном применяли эндоскопическую склеротерапию-ЭС и эндоскопическое лигирование- ЭЛ) являются методом выбора.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Проведен анализ результатов лечения 182 больных острым панкреатитом. Всем больным с момента поступления в клинику проводилась консервативная терапия, направленная на устранение болевого синдрома, угнетение панкреатической и желудочной секреции, восполнение энергетических затрат, подавление микрофлоры, дезинтоксикация, коррекция волевических и микроциркуляторных нарушений под контролем лабораторных показателей и УЗИ. Среди 100 (87,7%) неоперированных больных летальных исходов не было. 82 (12,3%) больных с деструктивными формами панкреатита с признаками перитонита были оперированы в связи с безуспешностью консервативной терапии. У 37 больных после лапаротомии с учетом операционной находки выполнены некр-секвестрэктомия (30), оментопанкреатопексия (1), абдоминализация поджелудочной железы (1), оментопанкреатобурсостомия, дополненная дренированием через лямботомную контрапертуру (2). У всех пациентов выполнены дренирующие операции двухпросветными дренажами, с сохранением анатомической целостности сальниковой сумки. У всех 45 больных операции дополнялись холецистэктомией и дренированием холедоха по Пиковскому (40) и Керу (7).

Из 45 оперированных больных умерли 8 (16,2%). Причиной летальных исходов являлись прогрессирование полиорганной недостаточности, забрюшинная флегмона, сепсис, аррозивное кровотечение.

По поводу поздних осложнений деструктивного панкреатита оперированы 11 больных (абсцесс сальниковой сумки – 3, нагноение кисты – 3), которым под контролем УЗИ выполнены транскутанное пункционное дренирование 2-мя двухпросветными дренажами. У 5 больных с псевдокистами поджелудочной железы наложен цистоеюноанастомоз по Henle. Все больные выздоровели.

Заключение. Своевременно начатая комплексная патогенетически обоснованная терапия является эффективным методом профилактики и лечения гнойно-некротических осложнений острого панкреатита. Оперативные вмешательства, выполненные по показаниям с устранением некротических очагов, рациональным дренированием желчевыводящих путей, сальниковой сумки и брюшной полости позволило значительно уменьшить количество осложнений и снизить летальность.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Гастродуоденальное кровотечение – наиболее частое, рецидивирующее осложнение язвенной болезни, летальность от которого, несмотря на прогресс в диагностике и лечении, в среднем составляет 10%. Важную роль в патогенезе желудочно-кишечных кровотечений играют нарушение в системе гемостаза (снижение адгезивно-

агрегационных свойств тромбоцитов и эритроцитов, усиление фибринолитической активности крови, изменение сосудистого компонента тромбоцитарного и фибринолитического звеньев гемостаза), а также усиление агрессивных свойств желудочного сока (повышение базальной и стимулированной секреции кислоты и пепсина, снижение бикарбоната выделительной функции желудка). К факторам риска развития и рецидивирования геморрагических осложнений язвенной болезни относятся также активация язвенной болезни в возрасте старше 30 лет, наличие 1(0) группы крови, отягощенный по язвенной болезни семейный анамнез.

В отделении разработана и апробирована методика прерывисто-курсового профилактического лечения гастродуоденальных кровотечений, основанная на курсовом приеме эpsilon-аминокапроновой кислоты (суточная доза 0,1-0,2 г/кг массы в течение 5 дней ежемесячно), антацидов и диетическом режиме.

Установлено, что ЭААК не только угнетает фибринолитическую активность крови, но и стимулирует агрегационную способность тромбоцитов, снижает выработку кислоты и увеличивает объем щелочного компонента в желудочном соке.

У 100 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки лечение оказалось действенным. В течение 1-3 лет наблюдения ни у одного из 85 пролеченных больных кровотечение не повторилось, тогда как в контрольной группе рецидив кровотечения наблюдался в 7-10 % случаев.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ

Холматов Ш.Т., Халиков С.П., Файзуллаев Е.Р.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Сегодня проблема травмы грудной клетки остается одной из самых актуальных в современной хирургии и травматологии. Интенсивность современной жизни, насыщенность ее техникой и высокими скоростями, урбанизация обуславливают особенности травматизма в наши дни.

Цель. Улучшить результатов лечения больных со свернувшимся гемотораксом.

Во 2 клинике Ташкентской медицинской академии 2005-2016 гг. находилось на стационарном лечении 505 больных с различными травмами грудной клетки.

Материалы и методы. Всем больным проводилась полипозиционная рентгеноскопия. При этом у 57 (66,3%) больных определялся горизонтальный уровень жидкости. У 29 (33,7%) больных четкого уровня жидкости в плевральной полости обнаружить не удалось, однако отмечалось неомогенное затемнение.

Всем больным проводилось УЗИ плевральных полостей для уточнения характера и количества скопления жидкости. На основании УЗИ у 80 (93%) пациентов было выявлено наличие свободной жидкости в плевральной полости, количество которой варьировало от 100 до 700 мл.

У 6 (6,9%) больных в плевральной полости было выявлено наличие неомогенной эконеоднородной массы без признаков свободной жидкости. Данным больным проводилась МСКТ, больные готовились к экстренно-отсроченному оперативным вмешательствам.

80 (93%) больным проводилась пункция плевральной полости с дренированием дренажной трубкой 10 F с введением ферментов (трипсин 15-20 мл) и подключением к системе активной аспирации. Эти мероприятия оказались успешными у 48 (55,8%).

38 (44,2%) больных подверглись оперативному вмешательству. Во всех случаях операция начиналась видеоторакоскопически. Ликвидация свернувшегося гемоторакса производится с помощью вакуум-аспиратора большого диаметра (10 мм) путем фрагментации сгустков крови и последующей санации плевральной полости.

Объем операции ограничился аспирацией гемоторакса и санацией плевральной полости в 26 (68,4%) случаях.

В 3 (7,9%) случаях после аспирации свернувшегося гемоторакса выявлено кровотечение из межреберных артерий, которое остановлено путем электрокоагуляции.

В 2 (5,3%) случаях выявлены ранения диафрагмы, которые были ушиты видеоассистированно.

В 3 (7,9%) случаях были выявлены ранения легкого отломками ребра, которые в 2 (5,3%) случаях были ушиты видеоторакоскопически, а в 1 (2,7%) – видеоассистированно в связи с глубиной разрыва 4 см.

В 4 (10,5%) случаях возникла необходимость произвести торакотомию, плеврэктомию и декорткацию легкого в связи с выраженным спаечным процессом в плевральной полости и выявлением ограниченной эмпиемы плевры. Стоит отметить, что давность получения травмы у этих больных была свыше 10 дней.

В послеоперационном периоде нами наблюдались следующие осложнения: послеоперационная пневмония – 13 (34%) случаев, нагноение послеоперационной раны – 2 (5,3%) случая, эмпиема плевры – 1 (2,6%) случай. В случае развития эмпиемы плевры был установлен лаваж плевральной полости, выздоровление достигнуто без повторного оперативного вмешательства. Общее число осложнений составило 41,9%.

Летальных исходов не наблюдалось. Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила $13,1 \pm 1,3$ койко-дня.

Вывод. Таким образом, использование видеоторакоскопии позволяет провести полноценную ревизию органов грудной полости, остановить кровотечение, произвести установку дренажей под визуальным контролем и явиться в большинстве случаев при свернувшимся гемотораксе окончательным методом лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ОБШИРНЫХ И ЗИЯЮЩИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ

Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Каюмходжаев А.А.,

Пахомов Г.Л., Хаялиев Р.Я, Абдусаломов С.А.

Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение: При восстановлении проходимости дыхательного у пациентов с критическими и декомпенсированными стенозами гортани и трахеи у части больных используется трахеостомия с введением канюли в просвет трахеи ниже уровня стеноза. В некоторых случаях при хирургической коррекции стеноза выполняется широкая ларинготрахеостомия с иссечением тканей вокруг стенозированной стенозы с последующим введением в просвет дыхательного пути трубчатых дилаторов на определенный длительный срок. В последующем после формирования стойких ларинготрахеостом возникает вопрос о закрытии дефектов без нарушения проходимости и без рестенозирования трахеи. Нередко посттравматические стенозы, осложненные нагноением в области ранения шеи, сочетаются с дефектами трахеальной стенки. Предложено большое количество возможных тканей и материалов, а также вариантов операций направленных на ликвидацию дефектов данной области. Таким образом, проблема закрытия обширных ларинготрахеальных дефектов является актуальной и продолжает оставаться предметом исследований и дискуссий микрохирургов, отоларингологов и торакальных хирургов.

Материалы и методы: В отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им. акад. В.Вахидова в период с 2008 по 2018 г на стационарном лечении находилось 102 пациента со стойкими дефектами трахеи, среди них 27 пациентов с обширными зияющими дефектами передней стенки верхней трети трахеи, подсвязочного отдела гортани и мягких тканей шеи после ларинготрахеостомии или трахеостомии.

22 больным с посттрахеостомическими дефектами передней стенки трахеи и мягких тканей с размерами дефектов от 0,4 см до 2,0 см в ширину и от 1,2 см до 4,0 см в высоту, при глубине дефекта, т.е. передне-заднего размера просвета трахеи и стойком сформированном просвете дыхательного пути в зоне пластики сужения без наличия протектора (Т-образного стента или трахеостомической канюли) произведена местная двух- и трехслойная кожно-мышечная пластика – модификация операции Бокштейна.

Пяти больным, произведены реконструктивные операции с применением микрохирургической техники. В 1 случае больному, в связи с наличием обширного дефекта передней стенки трахеи и мягких тканей передней поверхности шеи произведена микрохирургическая пластика префабрикованным дельтопекторальным аутореберным лоскутом с аутодермопластикой, в 6 случаях произведена пластика обширного дефекта префабрикованными аутореберными хрящами. Во всех случаях получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Основными требованиями к ним сформированы четко: они должны иметь достаточные размеры, обеспечивать каркасную функцию и возможность эвакуации секрета, а также быть устойчивыми к инфекции. Предпочтение следует отдавать собственным тканям.

Выводы. Выбор способа пластики или реконструкции дефекта трахеи определяется в каждом конкретном случае индивидуально. Могут быть использованы местные кожно-мышечные лоскуты, а также сложные кожно-костно-мышечные трансплантаты из прилегающей области шеи и различных отделов грудной клетки. Показанием к данной операции является наличие стойкого дефекта и сформированного просвета трахеи на данном уровне, без признаков рестенозирования дыхательного пути, отсутствие воспаления и инфицирования тканей вокруг стомы.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТРАХЕОГОРТАННЫХ, ПРОТЯЖЕННЫХ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ

**Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Пахомов Г.Л., Хаялиев Р.Я., Тухтаев Д.Т., Мирзаев Х.А., Мирсидиков М.Т., Эгамов Ф.И.
РСЦХ им. академика В.Вахидова**

Актуальность. Актуальными вопросами лечения больных с рубцовыми стенозами трахеи (РСТ) являются повышение эффективности и безопасности, а также определение показаний и противопоказаний к циркулярной резекции и реконструктивно-пластическим вмешательствам на трахее у пациентов с протяженным поражением дыхательного пути, со стенозами с вовлечением подскладочного отдела гортани, а также при мультифокальных сужениях трахеи, позволяющим улучшить результаты лечения и качество жизни больных, привести к восстановлению трудоспособности и снижению инвалидности и летальности.

Материалы и методы: Проведено комплексное хирургическое лечение 107 больных с РСТ в возрасте от 11 до 62 лет. Локализация стенозов: в верхней трети трахеи в 51 (50%) случаях, 14 (15,2%) больных - сужение грудного отдела трахеи, трахеогортанная локализация с поражением подсвязочного отдела гортани и в/3 трахеи - 30 (28,3%) больных, сочетанное поражение гортани и грудного отдела трахеи - 6 (6,5%), в 7 случаях - рубцово сужены шейный и грудной отделы трахеи (7,6%). Среди них у 6 (6,5%) больных имелась полная рубцовая облитерация просвета трахеи над трахеостомической канюлей. 5 пациентов (5,4%) поступили из других медицинских центров с послеоперационными стенозами анастомозов трахеи после циркулярной резекции. Протяженность стенозированной участка у больных варьировала от 0,3 до 7 см. Наиболее часто (64,2%), встречались РСТ протяженностью более 2 см.

Результаты и обсуждение. При критических и декомпенсированных стенозах диаметром до 5 мм с угрозой асфиксии первым этапом проводилась эндоскопическая лазерная или диатермодеструкция сужения с последующим бужированием зоны сужения. При необходимости в длительной реабилитации и отсутствии условий к выполнению циркулярной резекции трахеи устанавливались эндотрахеальные стенты типа Дюмон (12 больных). Циркулярная резекция трахеи проведена у 27 больных. При наличии противопоказаний со стороны сопутствующих заболеваний 38 больным выполнены реконструктивно-пластические операции с рассечением зоны стеноза, иссечением рубцовых тканей и формированием просвета трахеи на Т-образном стенте. После удаления Т-образных эндопротезов проводилась пластика дефектов передней стенки трахеи мягких тканей шеи местными тканями, а также при помощи лоскутов с применением микрохирургической техники.

Заключение: 1) У больных с РСТ должен осуществляться мультимодальный подход в зависимости от степени, локализации, протяженности и уровней поражения, с учетом тяжести сопутствующей патологии с комбинированным применением комплекса эндохирургических, резекционных и реконструктивно-пластических методов лечения. 2) При протяженном РСТ с вовлечением в процесс более 30-50% трахеи, до 5-6 см, возможно

проведение циркулярной резекции трахеи при условиях достаточной мобилизации на необходимых уровнях. 3) При мультифокальных РСТ (двух-, трехуровневые стенозы), в сочетании со стенозами подсвязочного отдела гортани целесообразно формирование просвета на Т-образном эндопротезе.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ.
Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.
РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова

Актуальность проблемы: Развитие и достижения современной анестезиологии и реаниматологии делают возможным спасение пациентов, считавшихся ранее инкурабельными и безнадежными. Периоперативное и послеоперационное ведение таких пациентов часто требует проведения длительной искусственной вентиляции легких. В свою очередь, реанимационная респираторная поддержка посредством длительной искусственной вентиляции легких через интубационную или трахеостомическую трубку является основной причиной повреждений трахеальной стенки с формированием стенозов трахеи. При этом число пациентов с данной патологией за последние годы неуклонно возрастает. Ежегодный прирост стенозов гортани и трахеи составляет 5%.

Грозные осложнения, возможные после резекции трахеи, такие как несостоятельность линии швов анастомоза, кровотечение, медиастинит, рестеноз, парез гортани, продолжают иметь место. Так, по сообщениям различных авторов частота их достигает 25%. Летальность, при этом остается высокой - до 10%. Трудной и до конца не решенной проблемой остается лечение протяженных и мультифокальных стенозов дыхательного пути, когда в процесс вовлекаются разные отделы трахеи, а также сочетанное поражение трахеи и гортани. Особую группу составляют рубцовые стенозы с переходом на подскладочный отдел гортани. Эта локализация является наиболее сложной для радикального лечения в торакальной хирургии. Применение реконструктивных операций не всегда позволяет ликвидировать сужение, а выполнение резекционных методов рискованно или невозможно.

Стеноз верхних дыхательных путей является одной из главных причин длительной утраты трудоспособности и инвалидизации больных, приводя к социальной и профессиональной дезадаптации. В связи с этим, проблема сужений трахеи из медицинской перерастает в социально-экономическую, так как основным контингентом этой категории больных являются люди молодого и трудоспособного возраста.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных со стенозами и стойкими обширными дефектами передней стенки трахеи.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ результатов 132 больных со стенозом трахеи и гортани, получавших лечение в отделении хирургии легких и средостения с 2008 по 2018г. У 102 больных выполнены реконструктивные операции в объеме пластики трахеи с рассечением зоны стеноза, иссечением рубцовых тканей и формированием просвета на Т-образном эндопротезе. Срок дилатации на Т-образном эндопротезе варьирует от 7 до 14 месяцев, в зависимости от индивидуальных показателей в формировании широкого стойкого просвета трахеи с эпителизированной поверхностью без признаков рецидива стеноза.

У 6 (5,8%) больных после удаления Т-образного эндопротеза в период контрольного наблюдения через 7-10 суток отмечен рецидив стеноза в проекции ниже трахеостомического отверстия. В таких случаях больным произведена повторная операция с формированием просвета на Т-образном эндопротезе с хорошим отдаленным результатом.

У 7 (6,8%) больных после деканюляции (удаления Т-образного эндопротеза) в сроки 7-14 дней отмечено сужение просвета трахеи за счет отсутствия каркасности (по причине трахеомалиции) и роста грануляций, им произведена одномоментная циркулярная резекция трахеи с анастомозом в конце и ликвидацией дефекта передней стенки трахеи и мягких тканей шеи. В 30 случаях произведена первичная циркулярная резекция трахеи.

Результаты исследования: Больным (n=92) с посттрахеостомическими дефектами передней стенки трахеи и мягких тканей с размерами дефектов от 1,0 см до 2,0 см в ширину и от 2,0 см до 4,0 см в высоту, при глубине дефекта более 8 мм, т.е. передне-заднего размера просвета трахеи и стойком сформированном просвете дыхательного пути в зоне пластики сужения без наличия протектора произведена местная трехслойная или четырехслойная кожно-мышечная пластика дефекта. Десяти больным, с обширными дефектами передне-боковых стенок трахеи и дистального отдела гортани, произведены реконструктивные операции с применением микрохирургической техники. Следует отметить, что данным пациентам с обширными дефектами передней стенки трахеи ранее были проведены другие этапы лечения: 4 больным пластика просвета трахеи с установкой Т-образного стента; 3 больным пластика по Бокштейну и в 3 случаях имплантация аутореберных хрящей. Таким образом, во всех 10 случаях пациентам для замещения дефекта недостаточно было местных тканей вследствие больших размеров последнего. Это потребовало применения микрохирургической техники для перемещения аутореберных имплантов, надключичного кожно-фасциального лоскута и при необходимости расщепленной кожи бедра.

Выполнение циркулярной резекции трахеи (n=37) позволяет радикально излечить пациента в один этап с хорошими ближайшими и отдаленными результатами, при отсутствии противопоказаний со стороны сопутствующих заболеваний ее можно выполнить на первом этапе лечения. В случае противопоказаний к ее проведению, необходимости в реабилитации больного, возможно выполнение резекции трахеи на следующем этапе после проведенного эндоскопического и/или этапного эндохирургического лечения в случае рестенозирования просвета. Протяженность резецированных участков трахеи составила от 1,8 до 6 см. В 1 случае у больного поступившего с рубцовым стенозом анастомоза трахеи из другого лечебного учреждения выполнена ререзекция трахеи с анастомозом в конце.

ЦРТ осложнилась несостоятельностью анастомоза в раннем послеоперационном периоде у 2 больных (6,3%). Из них в одном случае удалось спасти больного выполнив экстренную операцию, подтянув в шейную рану оторванные и сократившиеся дистальный и проксимальный концы анастомоза и сформировав просвет трахеи на Т-образном стенте. Во втором случае несостоятельность швов в результате чрезмерного натяжения анастомоза после протяженной резекции привела к отрыву анастомоза, осложнилась аррозивным кровотечением и летальным

исходом. Ни в одном случае после циркулярной резекции трахеи мы не наблюдали стенозов анастомоза и пареза возвратных гортанных нервов.

Контрольные эндоскопические осмотры проводились пациентам на 5-е сутки после операции. Затем через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и год после операции. Во всех случаях пластики получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Отдаленные результаты лечения оценены и изучены, в сроках от 6 месяцев до 7 лет у 122 (87,5%) больных. У 10 больных продолжается один из этапов комплексного лечения, больные находятся под динамическим эндоскопическим контролем.

Выводы: Реконструкция на Т-образном эндопротезе у больных с трахеогортанными и протяженными РСТ позволяет реабилитировать больных по тяжелой сопутствующей патологии, ликвидировать признаки нарушения экспекторации бронхов, сохранить возможность дыхания через естественные дыхательные пути и восстановить фонацию, исключает риск миграции и обтурации эндопротеза и позволяет сформировать стойкий и достаточный просвет трахеи с последующим выполнением пластической операции по закрытию дефекта. При мультифокальных сужениях, в сочетании со стенозами подвязочного отдела гортани, а также при рубцовой облитерации просвета над трахеостомой пластика просвета на Т-образном эндопротезе является методом выбора, позволяя интраоперационно сформировать просвет на всех уровнях с возможностью длительной дилатации.

При протяженном рубцовом стенозе трахеи с вовлечением в процесс более 30% трахеи, до 5-6 см, возможно проведение обширной циркулярной резекции трахеи при условиях достаточной мобилизации на необходимых уровнях с целью исключения натяжения в области созданного анастомоза. При отсутствии противопоказаний со стороны сопутствующих заболеваний циркулярную резекцию трахеи можно выполнить на первом этапе лечения. В случае противопоказаний к ее проведению, необходимости в реабилитации больного, возможно выполнение резекции трахеи на следующем этапе лечения.

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ И ОРГАНАХ СРЕДОСТЕНИЯ

**Худайберганов Ш.Н., Ирисов О.Т., Эшонходжаев О.Д., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М.
Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Хирургии имени академика В.Вахидова**

Актуальность: Развитие современной торакальной хирургии, как и хирургии в целом, напрямую зависит от стремления минимизировать или ликвидировать периоперационные осложнения независимо от тяжести клинического статуса и сложности оперативного вмешательства. Важной задачей является анализ структуры и патогенеза ранних внутриплевральных послеоперационных осложнений для разработки методов их профилактики, алгоритма диагностики и тактики хирургического лечения.

На сегодняшний день наиболее актуальными остаются вопросы применения малоинвазивных методов диагностики и лечения послеоперационных осложнений, что обуславливает дальнейшее изучение их преимуществ и недостатков, а также требует сравнительного анализа результатов видеоторакоскопических и традиционных вмешательств при ранних внутриплевральных осложнениях.

Цель: изучить частоту и структуру внутриплевральных осложнений после различных оперативных вмешательств на органах грудной клетки.

Материал и методы: рассмотрены следующие факторы: общее количество операций, частота внутриплевральных осложнений в зависимости от вида операции, распределение доли внутриплевральных осложнений в структуре всех операций, частота внутриплевральных осложнений в структуре всех послеоперационных осложнений.

В структуре всех оперативных вмешательств (n=4573), лечебно-диагностические торакоскопические вмешательства составили 21,3%, пневмонэктомии – 341 (7,5%), 34,3% всех операций приходилось на долю резекционных вмешательств, 14,8% – на операции при паразитарных поражениях легких, 6,1% – на операции на органах средостения и 16,0% – на другие операции.

Результаты исследования: анализ частоты возникновения внутриплевральных осложнений в зависимости от выполненного оперативного вмешательства показал, что максимальное количество этих осложнений приходится на долю пневмонэктомий – 11,7%, после резекционных вмешательств – 5,8%, 5,7% – после операций на средостении, 7,1% – после операций по поводу эхинококкоза лёгких и 4,3% – после декортикаций. В целом, общая частота развития послеоперационных внутриплевральных осложнений составила 4,9% (225 из 4573 операций).

Частота всех осложнений после операций на легких и средостении в раннем послеоперационном периоде составила 7,7%, что по данным наших исследований составляет 352 больных, у 225 из которых (63,9% от общего количества послеоперационных осложнений) имели место внутриплевральные осложнения, с общей частотой развития 4,9%.

Технические сложности, объём кровопотери, и длительность операции, объединенные в группу «интраоперационных особенностей», являются немаловажным фактором в возникновении послеоперационных интраплевральных осложнений. Проведенный анализ позволил определить значение факторов риска в развитии внутриплевральных послеоперационных осложнений.

Изучена картина структурного влияния рассмотренных факторов на частоту осложнений. Так, любой из рассмотренных факторов в той или иной степени провоцирует повышение риска развития осложнений. Возрастные аспекты являются актуальными для пациентов старше 60 лет (4,1% против 9,0%), гнойно-деструктивный процесс обуславливает 2,5 кратное увеличение риска развития осложнений (4,1% против 10,1%), сопутствующая патология увеличивает риск с 3,1% до 7,5% при ХОБЛ и с 3,9% до 5,7% при сердечнососудистых заболеваниях, поражение главного бронха также увеличивает риск осложнений почти в 2,5 раза, расширение объема оперативного вмешательства повышает риск с 3,4% до 6,9%, а технические сложности во время операции увеличивают риск

развития осложнений с 3,5% до 7,1%. В целом «интраоперационные особенности» увеличивают риск развития послеоперационных внутриплевральных осложнений с 3,4% до 6,9%.

Выводы: таким образом, среди различных факторов риска статистически доказано достоверное влияние на увеличение частоты послеоперационных внутриплевральных осложнений факторов «тяжести состояния больного» и «интраоперационных особенностей».

ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ЗАКРЫТИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ.

**Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.
РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова**

Актуальность проблемы: Реабилитация и обеспечение адекватного качества жизни больных хроническими стенозами гортани и трахеи различного генеза представляют собой актуальную и во многом нерешенную проблему современной реконструктивно-пластической хирургии. Существующие способы пластики трахеостом с применением биологических и искусственных материалов не всегда отвечают необходимым требованиям. Ослабление фиксации имплантата, его резорбция, чувствительность к инфекции, антигенная активность и сложности интраоперационной механической обработки создают ряд трудностей, существенно удлиняющих сроки лечения и нередко требующих выполнения повторных хирургических вмешательств. Когда невозможно радикально устранить патологический субстрат в стенке трахеи, ее просвет должен длительно формироваться на силиконовом Т-образном стенге-протекторе. Они малотравматичны, легко переносятся больными, упрощают, в отличие от эндопротезирования, контроль за эндотрахеальными процессами и позволяют сегодня реабилитировать 85-90% больных, которым невозможно из-за высокого риска развития осложнений выполнить радикальную операцию.

В настоящее время разработано большое количество оперативных методик, позволяющих корригировать дефекты передней стенки трахеи, но, несмотря на существующие успехи в хирургии трахеи, высок уровень осложнений и, как следствие, качество лечения этих больных ниже желаемого. Таким образом, на сегодняшний день имеется множество способов закрытия дефектов трахеи, различные варианты аллотрансплантатов, однако нет конкретных рекомендаций по лечению стойких обширных дефектов передней стенки трахеи, не до конца решены проблемы топической диагностики, четко не обозначены сроки выполнения бронхоскопических и пластических вмешательств, что обуславливает актуальность выбранной темы и дает почву для размышления и разработки усовершенствованного алгоритма диагностики и этапного хирургического лечения этой тяжелой патологии.

Цель исследования - систематизировать данные по диагностике и лечению, разработать новые методы лечения больных с обширными дефектами трахеи, усовершенствовать лечебно-диагностический алгоритм помощи таким пациентам.

Материалы и методы исследования: Изучены результаты хирургического лечения 102 больных с дефектами передней стенки верхней трети трахеи, подвязочного отдела гортани и мягких тканей шеи после ларинготрахеостомии или трахеостомии, пролеченных и оперированных в отделении хирургии легких и средостения с 2008 по 2018 гг.

Среди них 32 пациентов были направлены из других лечебных учреждений республики, 70 пациентов были госпитализированы на завершающий этап комбинированного этапного лечения рубцовых посттрахеостомических и постинтубационных стенозов трахеи. Ранее им в нашем отделении были проведены этапы эндоскопической коагуляции, бужирования стеноза трахеи с последующей пластикой трахеи с формированием просвета на Т-образном стенге. После планового обследования, включающего проведение эндоскопического исследования, МСКТ грудной клетки с захватом шейной области и общеклинических методов диагностики больным проводилось оперативное лечение.

Все больные с дефектами трахеи до поступления в центр имели стеноз трахеи в той или иной степени. Соответственно стенозам трахеи этим больным было произведено открытие передней стенки с расширением стенотического участка, удалением грануляций и установкой Т-образного стента, соразмерно с локализацией и протяженностью пораженного участка. Часть больных поступили в отделение хирургии легких и средостения после ранее проведенных вмешательств на трахее и гортани в других лечебно-профилактических учреждениях страны, 24 (23,5%) больных имели трахеостомы; модифицированные интубационные трубки, проведенные через дефект передней стенки трахеи, так называемые «расщепленки»; и Т-образные стенты, преимущественно установленные ЛОР-врачами. Поэтому при поступлении больных на ликвидацию дефекта передней стенки трахеи, они были разного размера и глубины.

При этом у больных со стойкими обширными дефектами передней стенки трахеи и мягких тканей шеи, при размерах дефекта не превышающих 2 см в ширину и до 4 см в высоту проводилась кожно-мышечная пластика с одномоментной ликвидацией дефекта местными тканями. У 10 пациентов имелись обширные дефекты передне-боковых стенок шейного отдела трахеи и подвязочного отдела гортани, а также имелся дефицит мягких тканей шеи вокруг стомы, им понадобилось микрохирургическое пособие. Следует отметить, что ввиду того, что большая часть больных поступала в стационар 2, 3 и более раз общее количество обращений превысило 200. Из 102 больных мужчин было – 78 (76,47%), женщин – 24 (23,53%).

Результаты исследования: Больным (n=92) с посттрахеостомическими дефектами передней стенки трахеи и мягких тканей с размерами дефектов от 1,0 см до 2,0 см в ширину и от 2,0 см до 4,0 см в высоту, при глубине дефекта более 8 мм, т.е. передне-заднего размера просвета трахеи и стойком сформированном просвете дыхательного пути в зоне пластики сужения без наличия протектора (Т-образного стента или трахеостомической канюли) произведена местная трехслойная или четырехслойная кожно-мышечная пластика дефекта. Суть методики заключается в выполнении разреза окаймляющего дефект с рубцово-измененной кожей отступая от краев на 0,6-0,8 см и на глубину в среднем до 0,8-1,0 см, в зависимости от размера устраняемого дефекта. При этом, с одной стороны

высвобождение кожных лоскутов, т.е. мобилизация их должна быть настолько достаточной, насколько это необходимо с целью профилактики натяжения создаваемого первого слоя. С другой стороны излишняя мобилизация выкроенных лоскутов может привести к флотации сшиваемых краев, что чревато отсутствием каркасности дыхательного пути в данной зоне после пластики при дыхании, фонации и кашле.

Десяти больным, с обширными дефектами передне-боковых стенок трахеи и дистального отдела гортани, произведены реконструктивные операции с применением микрохирургической техники. Следует отметить, что данным пациентам с обширными дефектами передней стенки трахеи ранее были проведены другие этапы лечения: 4 больным пластика просвета трахеи с установкой Т-образного стента; 3 больным пластика по Бокштейну и в 3 случаях имплантация аутореберных хрящей. Таким образом, во всех 10 случаях пациентам для замещения дефекта недостаточно было местных тканей вследствие больших размеров последнего. Это потребовало применения микрохирургической техники для перемещения аутореберных имплантов, надключичного кожно-фасциального лоскута и при необходимости расщепленной кожи бедра.

Выводы: Таким образом, выбор способа пластики или реконструкции дефекта трахеи определяется в каждом конкретном случае индивидуально. Могут быть использованы местные кожно-мышечные лоскуты, а также сложные кожно-костно-мышечные трансплантаты из прилегающей области шеи и различных отделов грудной клетки. Показанием к данной операции является наличие стойкого дефекта и сформированного просвета трахеи на данном уровне, без признаков рестенозирования дыхательного пути, отсутствие воспаления и инфицирования тканей вокруг стомы.

При размерах дефекта трахеи до 3x4 см, достаточной глубине просвета трахеи, соответствующей просвету ниже и выше стомы, единой оси трахеи и дистального отдела гортани без смещения и деформации просвета операцией выбора является кожно-мышечная пластика дефекта с замещением местными тканями.

РОЛЬ ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ.

Худойбердиев К.Т., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Ташланов Ф.Н., Мамадалиев А.Б., Мамаджанов К.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. По данным отечественной и зарубежной литературы, проблема хирургического лечения острых позвоночно-спинальных травм до настоящего времени остается одной из ключевых проблем современной нейрохирургии. Несмотря на то, что позвоночно-спинальная травма составляет от 1 до 4 % в структуре других травм, большое количество пострадавших остаются инвалидами или погибают в ближайшем и отдаленном периодах травмы.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП с 2012 по 2017 год находились 37 больных с осложненными травмами грудного и поясничного отделов позвоночника. При распределении по полу: мужчин – 24, женщин – 13 больных. Возраст больных от 17 до 54 лет. Механизм травмы: падение с высоты в быту – 22 больных, производственная травма – 3 больных, травма полученная при ДТП – 9 больных, ранение спинного мозга острым предметом (нож) – 2 больных.

Обследование больных проводилось путем рентгенографии, КТ и МРТ. Уровень повреждения позвоночника чаще локализовался в переходном отделе (Тн 11-Тн12 – L1) – 27 больных, Тн5-Тн6 – 2 больных и Тн8-Тн10 позвонков – 8 больных, L3-L4 – 2 больных. Нестабильные переломы отмечены у 18 больных (компрессионно-оскольчатый переломо-вывих). При клиническом обследовании у всех больных были отмечены чувствительные и двигательные нарушения ниже уровня повреждения и нарушения функции тазовых органов.

После проведенных обследований больные подвергнуты оперативному лечению. Оперативные вмешательства проводились в ранние сроки после травмы – в течении первых 6-12 часов. В зависимости от вида повреждения позвоночника декомпрессивная ламинэктомия в указанных 18 случаях дополнена стабилизацией позвоночного столба различными видами металлоконструкций.

Результаты и их обсуждение: после проведенных оперативных вмешательств появилась возможность ранней активизации больных, что позволило проведению мероприятий по профилактике развития пролежней и застойной пневмонии. Из оперированных 37 больных у 9 начиная с раннего послеоперационного периода отмечен регресс неврологической симптоматики (восстановление чувствительности, появление активных самостоятельных движений в нижних конечностях). Переход картины в паралигию наблюдали у 4 больных. У 24 больных в раннем послеоперационном периоде особых изменений не наблюдались.

Таким образом, проведение ранних декомпрессивно-стабилизирующих оперативных вмешательств с ревизией спинного мозга позволяет начиная с раннего послеоперационного периода наблюдать регресс неврологических изменений. Ранняя активизация больных в послеоперационном периоде способствует профилактике осложнений в виде пролежней и застойной пневмонии.

ЗНАЧЕНИЕ РАДИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ПОЧЕК

Хужамбердиев У., Наджимитдинов Я.С., Рустамов У.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Изолированное поражение эхинококкозом почки выявляют в 2-3% случаев, нередко заболевание распознается при наличии различных осложнений эхинококкоза, частота которых колеблется от 15% до 52% случаев, что значительно ухудшает течение заболевания и результаты хирургического вмешательства. При обследовании больных с эхинококкозом почек достоверность ультрасонографии (УС) при проведении

дифференциальной диагностики низка, поэтому применяют мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ). Однако не проведен сравнительный анализ результатов применения различных визуализационных методов при обследовании больных с эхинококкозом почек.

Цель исследования: Изучение результатов комплексного обследования, с использованием современных радиологических исследований больных с эхинококкозом почек.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное изучение результатов обследования и оперативного лечения больных с эхинококкозом почек за период с января 2010 по декабрь 2016 года. Всем больным выполнены рутинные клинико-биохимические исследования крови, анализ мочи и иммуноферментный анализ с целью определения антителных единиц (АЕ) для выявления эхинококкоза. Также произведены УС, обзорная и внутривенная экскреторная урография, МСКТ и МРТ органов мочевого тракта и забрюшинного пространства.

Результаты. Из 53 больных 41 (77,3%) были мужчины и 12 (22,6%) - женщины. Средний возраст пациентов составил 48,2±2,8 лет. В трех (5,6%) случаях кисты локализовались в обеих почках, в одном случае была возможность пальпировать объемное образование в подреберье со стороны поражения. Проведен сравнительный анализ результатов применения радиологических методов у больных, подвергнутых операции. Для характеристики изменений в кисте, использовали классификацию, предложенную Н.А.Gharbi и соавт. (Radiology,1981). «Положительным результатом» считали, когда выявляли изменения в кисте, относящиеся к типам II-V, которые являются наиболее характерными для патологии паразитарного характера, тогда как при выявлении кисты с характеристиками I типа наличие эхинококкоза было сомнительным.

Оказалось, что с помощью УС достоверно установлен диагноз, выявив характерные для эхинококкоза изменения, удалось только в 15 (28,3%) случаях. Тогда как по данным МРТ при наличии признаков/симптомов относящихся к типам II-III в 38 (71,6%) случаях, обнаруженных перед операцией, выявлено паразитарного характера поражение почки. Несмотря на то, что «положительные» результаты при применении МСКТ составили 33,9% (18 пациентов), тем не менее, преимуществом данного метода явилась возможность обнаружения кальцифицированной капсулы эхинококковой кисты. При использовании МРТ выявлены другие, не менее патогномичные и обладающие высокой достоверностью симптомы, характерные для эхинококкоза, как отслоение хитиновой оболочки (в 20,7% случаев), наличие дочерних кист и перегородок в ее просвете (в 20,3% случаев). Показанием к оперативному вмешательству у больных с сомнительными данными радиологических исследований было наличие положительного результата иммуноферментного анализа.

Заключение: Кисту, расположенную в почке, удастся легко выявить с помощью УС, однако уточнить ее природу нередко не представляется возможным, и в подобных случаях комплексное обследование пациента с использованием МСКТ и МРТ позволяет уточнить диагноз.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СИСТЕМ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Хусаинова Л.Т.

Андижанский Государственный медицинский институт

Головная боль - самый частый симптом ЧМТ во все периоды заболевания. В отличие от острых хронические посттравматические головные боли (ПТГБ) приобретают самостоятельный характер, не зависящий от тяжести травмы и дефектов неврологического статуса. Выделяют следующие формы хронической ПТГБ: головная боль напряжения, мигреноподобные боли, кластерная головная боль, цервикогенные боли. Многие вопросы патогенеза и лечения изучаются по сей день. Как, например, анализ состояния неспецифических систем мозга (НСМ) при хронической ПТГБ напряжения в аспекте полового диморфизма. **Материал и методы исследования.** Нами обследованы 40 женщин и 20 мужчин с хронической ПТГБ напряжения в возрасте 16-50 лет. Отбор проводили с учётом критериев международной классификации головных болей. Контрольную группу составили практически здоровые - 15 женщин и 10 мужчин аналогичного возраста. Состояние НСМ анализировали сразу по нескольким параметрам: электроэнцефаграммы (ЭЭГ), ЭКГ в I – стандартном отведении и кожно-гальванического рефлекса КГР (спонтанная электродермограмма с кистей рук). Исследования проводились в покое, напряженном бодрствовании (умственная нагрузка) и на фоне воздействия неспецифических звуковых стимулов.

Результаты и обсуждение. У больных с хронической ПТГБ напряжения имеется избыточность восходящей неспецифической активации мозга, которая наиболее выражена у лиц мужского пола. При анализе фонового альфа ритма, реактивности альфа индекса при умственной нагрузке и индифферентной звуковой стимуляции константированы однородные изменения у больных мужчин и женщин. Общая тенденция заключается в наличии признаков избыточности восходящей неспецифической активации мозга у больных по сравнению таковыми у здоровых. Особенно чётко это выявляется у мужчин, что является свидетельством дисфункции более высокого уровня неспецифической мозговой активации, чем у лиц контрольной группы.

ПРОФИЛАКТИКА ОЖОГОВОГО ТРАВМАТИЗМА.

Шарапов П.К., Мамадиев А.М.

АФ РНЦЭМП отделение комбустиологии

Ожоговый травматизм в современных условиях остается одной из актуальных и социально значимых проблем медицины. В период с 2008 года по 2017 год в отделении комбустиологии АФ РНЦЭМП было госпитализировано 5789 больных, из них дети 3424 (59,1%). Среди них преобладали сельские жители - 3565 (61,5%).

Для профилактики ожогового травматизма в быту необходимо придерживаться простых правил:

- не пользоваться горячей водой с температурой выше 50 С;

- обязательно проверять температуру воды перед купанием детей и инвалидов;
- не оставлять электрические шнуры, электроприборы без присмотра;
- не оставлять ёмкости с горячей жидкостью на полу, на краю плиты или стола;
- не использовать в быту неисправные, нестандартные отопительные электроприборы;
- установить защитные устройства на электророзетки;
- установка пламя- и дымовой сигнализаторов;
- иметь план эвакуации из комнат дома, а в общественных местах: школа, детский сад, больница - дополнительно стрелки с указанием на выход из помещений и т.д.
- если чувствуется запах газа, открыть окно или дверь, проветрить помещение, при необходимости вызвать службу 104;
- ежегодно проверять и прочищать дымоходы;
- хранить горючие химические вещества, бензин вне дома;
- люди с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом должны быть внимательными при использовании электрогрелок, матрасов с подогревом;
- хранить спички, зажигалки в недоступных для детей местах.

Также мы предлагаем специальные образовательные программы, включающие курсы обучения простым правилам профилактики ожоговой травмы. Использовать СМИ, областное теле- и радиовещание (средства телекоммуникаций).

Проблема профилактики термической травмы имеет важное значение для общества и требует постоянного внимания к ней со стороны различных государственных и общественных организаций.

ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖОГОВЫХ РАН ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ВРЕМЕННЫМИ РАНЕВЫМИ ПОКРЫТИЯМИ.

**Шарапов П.К., Халиков В.К., Махмудов А.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП, отделение комбустиологии**

История лечения ран и ожогов уходит своими корнями в глубину веков. С этой целью использовали бесчисленное количество самых разнообразных комбинаций веществ. В настоящее время имеются сведения более чем о 300 раневых покрытиях, находящихся на разных стадиях разработки, вместе с тем, до сих пор не существует универсального препарата, подходящего для использования во всех фазах раневого процесса при ожогах.

Применение всевозможных препаратов и способов лечения ожогов сводится, в конечном итоге, к созданию условий для скорейшего заживления ожоговых ран. Все действия в этом направлении составляют систему общего и местного медикаментозного лечения ожогов, которая сегодня становится стандартом, основанном на объективном изучении эффективности различных методов и средств консервативного лечения ожоговых ран.

Учитывая вышесказанное, в отделении комбустиологии АфРНЦЭМП у больных с ожоговыми ранами I-II-III А степени площадью до 10% от поверхности тела мы применяли временные раневые покрытия (Бранолинд, Грассолинд, Паратран) на фоне проводимой региональной лимфатической терапии, разработанной Республиканским центром клинической лимфологии МЗ РУз.

Введение региональной лимфатической терапии в процесс лечения ожоговых ран преследует несколько основных целей. Это борьба с отёком в зоне паранекроза, предотвращение развития инфекций, стимуляция саногенетических и пролиферативных процессов в ране, улучшение психоэмоционального состояния пациента в связи с возможностью ранней реабилитации.

Региональная лимфатическая терапия подразумевает локальное введение вокруг ожоговой раны лимфогонных средств (фуросемид, новокаин, гепарин, трипсина и др., в небольших дозах и невысоких концентрациях), антибиотиков широкого спектра действия (синтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины II-III поколения). Этот метод мы использовали у 75 больных с термическими поражениями головы и шеи. Контрольную группу составили 65 больных с аналогичными термическими поражениями. При этом мы добились следующих результатов:

- ранняя ликвидация интерстициального отека;
- полноценное и устойчивое восстановление микроциркуляции;
- изоляция от дополнительного инфицирования ран, профилактика гнойных осложнений;
- облегчение процесса обработки ран как для больного, так и для мед. персонала;
- активация процессов регенерации;
- предупреждение вторичного углубления раны;
- уменьшение сроков стационарного лечения (на 3,5 суток меньше, чем в контрольной группе) .

Таким образом, региональная лимфатическая терапия в терапии ожоговых ран позволяет обеспечить раннюю ликвидацию отеков головы, возможность открытие глаз уже на вторые, третьи сутки, улучшает психоэмоциональный статус, особенно у женщин и детей. Применение искусственных раневых покрытий делают перевязки безболезненными и атравматичными, сокращает сроки заживления, уменьшает вторичные осложнения.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Хайдаров Г.А., Хужамов О.Б., Рузибоев Ш.Ж.

**Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский Государственный медицинский институт**

Актуальность. Проблема острой спаечной кишечной непроходимости обусловлена постоянно возрастающей её частотой, сохраняющимся высоким процентом диагностических ошибок от 12 до 18%, требующих постоянного совершенствования лечебно-диагностической тактики (Ш.И. Каримов с соавт., 2015; А.М. Хаджибаев с соавт., 2017).

Цель работы: показать эффективность лапароскопического устранения острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Нами выполнено 68 операций лапароскопического адгезиолиза, что составило 21,4% из 318 операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2007-2017гг. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Доступ осуществляется после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца посреднеключичной линии ниже реберной дуги на 4 см во избежание повреждения кишечника. Затем в той же точке вводится смотровой троакар в удобных для манипуляций местах. Осмотр кишечника начинается со спаившихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинство больных причиной непроходимости были единичные шнуrowидные спайки. Рассечение спаек проводится при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2 см) шнуrowидные изолированные спайки, содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными лигатурами или клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомически точно разделяем ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступая не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV степень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаечных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника – переходим к лапаротомии.

Результаты. Летальных исходов послелапароскопического адгезиолиза не было. Послеоперационный период составил от 2 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы: При лапароскопическом адгезиолизе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках и антибиотиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Эргашев Б.Б., Абдуганиев А.А., Мухтаров Ж.У., Эшкабилов Ш.Д.

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Пилоростеноз-это врожденное заболевание, в основе которого лежит нарушение проходимости пилорического отдела желудка, обусловленное пороком развития пилорического жома в виде нарушения морфологических его структур. Классической операцией для лечения пилоростеноза является пилоромиотомия по Фреде – Рамштедту. В последнее время в лечении пилоростеноза стали внедряться малоинвазивные методики, в частности лапароскопия.

Цель: изучить в сравнительном аспекте результаты хирургического лечения пилоростеноза традиционным и лапароскопическим методом.

Материалы и методы: с 2014 по август 2017 г.г. в республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при РПЦнаходились 78 ребенка, из них у 43 (55%) операция проводилась традиционным и у 35 (45,0%) лапароскопическим способом. Среди наших больных мальчиков было 66 (84,6%) и 12 (15,4%) девочек в возрасте от 2 недель до 2 месяцев. Для диагностики пилоростеноза в основном использовали УЗИ пилорического отдела и редко рентгеноконтрастное исследование.

Результаты: У 43 детей оперированных традиционным способомпослеоперационное койко дней составило в среднем 8-10 дней, обезболивание продолжалось в течение 3 дней.Кормление начато через 6 часов после операции.Вторичное заживление послеоперационной раны отмечено у 4 детей, рецидива пилоростеноза не было. В одном случае отмечена перфорация слизистой желудка во время пилоромиотомии. Продолжительность операции составило 35-50 минут. Выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии все дети этой группы.

В группе детей с пилоростенозом оперированных лапароскопическим способом послеоперационное койко дней составило в среднем 4-5 дней, обезболивание продолжалось в течение первых суток. Кормление начато через 6 часов после операции. Вторичное заживление послеоперационной раны не отмечено. Рецидива пилоростеноза отмечена в 1 случае, которое была успешно ликвидирована повторно лапароскопическимпутем. В одном случае былосуществлен переход на конверсию из-за повреждения слизистогожелудка. Продолжительность операции составило 20-30 минут. Из стационара в удовлетворительном состоянии выписаны также все дети этой группы.

Таким образом, лапароскопическая пилоромиотомия обладает значительными преимуществами перед традиционным способом, которое выражаются в сокращение послеоперационной пребывания больных, отсутствием болевого синдрома и отличными косметическими результатами.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашев Б.Б., Исмадияров Б.У., Фазлидинова С.Ф.

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Улучшение диагностики и результатов хирургического лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных.

Материалы и методы исследования: Изучены результаты диагностики и лечения 32 новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей, находившиеся в Республиканском учебно-лечебно-методологическом центре неонатальной хирургии при РПЦ. Из них, у 9 (28,2%) детей отмечено множественные пороки развития (МВР). Методы исследования включали общеклинические, антенатальное УЗИ плода и новорожденного, обзорное и контрастное рентгенологическое исследования, нейросонография, ЭхоКГ.

Результаты: Из 32 детей 17 (53,2%) были - мальчиками, 15 (46,8%) - девочками. Доношенных детей было 27 (84,3%), недоношенных 5 (15,7%). Антенатальная УЗИ диагностика осуществлена у всех беременных. В 12 (37,5%) случаев был установлен ДГ у плода. 30 (93,8%) новорожденных поступили из родильных домов. Из 32 детей 20 (62,5%) поступили на 1 сутки жизни, 12 (37,5%) – менее 48 часов, 2 (6,25%) более 48 часов жизни. По локализации: грыжи собственного купола диафрагмы отмечены – у 30 (93,8%), из них левого купола диафрагмы – у 24 (80%), правого купола диафрагмы – 6 (20%), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – у 2 (6,25%). У 2-х (6,25%) детей было обнаружено релаксация купола диафрагмы. 26 больным было произведено оперативное вмешательство. Операционные доступы: было произведена лапаротомия у 12 (46,2%), торакотомия у 8 (30,8%) больных и торакоскопическим путем были оперированы 4 (15,4%) больные с **диафрагмальной грыжей**. В одном случае применена аллопластика, в остальных закрытие дефекта П-образными швами, при этом использовали нерассасывающиеся нити Ethibond 2/0 или 3/0. Послеоперационная летальность отмечена у 5 (19,2%) новорожденных. До операции умерло 4 (12,5%). Причиной летальности были наличие тяжелых сопутствующих патологий на фоне гипоплазии легкого.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИИ ТОНКОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б., Абдуганиев А.А., Ихтиёров Т.В.
Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Анализ результатов диагностики и хирургического лечения новорожденных с врожденной атрезией тонкой кишки.

Материалы и методы: В данной работе приведены результаты лечения 53 новорожденных с врожденной атрезией тонкой кишки за период 2014-2017 годы по данным республиканского учебно-лечебно-методического центра неонатальной хирургии при РПЦ. Из них мальчиков было 23 (44%), девочек 30 (56%). Доношенных 37 (70%), недоношенных 16 (30%).

При поступлении всем детям проводились следующие методы исследования: Обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, УЗИ, НСГ, ЭхоКГ. В сомнительных случаях для дополнительного исследования проводили пассаж ЖКТ и ирригография.

Результаты и обсуждения: При распределении больных мы использовали классификацией, предложенной J.L. Grosfeld. и соавт. (1979) Среди наших больных дети с I типом атрезии тонкой кишки было – 8 (15%), II типом – 19 (36%), III а типом – 14 (26%), IIIb типом - 2 (4%) и IV типом – 10 (19%). У 23 (43%) новорожденных отмечались осложненные формы атрезии тонкой кишки, из них у 18 (78%) новорожденных отмечались с перфорацией тонкой кишки и у 5 (22%) новорожденных отмечались с картиной сепсиса. Неосложненные формы атрезии тонкой кишки выявлены у 29 (55%) новорожденного. В 2 (4%) случаях отмечено несостоятельность швов анастомоза. Множественные аномалии развития, сопутствующие основному пороку, выявлены у 20 (38%) новорожденных, а у 33 (62%) больных атрезии тонкой кишки был единственным пороком развития. В структуре сопутствующих пороков наиболее часто выявлены пороки сердечно-сосудистой системы, которые диагностированы у 8 (40%) больных, пороки желудочно-кишечного тракта у 2 (10%) новорожденных, и у 4 (20%) детей пороки развития других органов и систем. У 6 (30%) новорожденных при нейросонографии выявлено кровоизлияние в головной мозг различной степени тяжести. Большинство детей с атрезии тонкой кишки поступили в тяжелом состоянии. Так, у 18 (34%) больных при поступлении из-за отсутствия желудочного зонда отмечена аспирация и дыхательная недостаточность, 12 (23%) детей поступили в переохлажденном состоянии (температура тела ниже 36°C), 12 (23%) больных поступили без сопровождения медицинского персонала. Все это усугубляло течение заболевания, оказывало негативное влияние на течение послеоперационного периода и требовало более длительную предоперационную подготовку.

Предоперационная подготовка заключалась в коррекции нарушений гомеостаза с использованием коллоидных плазмозаменяющих растворов, физиологического раствора и препаратов калия. В целом, длительность предоперационной подготовки после поступления ребенка в стационар составила 6-24 часа. Однако, в 10 (19%) случаях новорожденные поступили в очень тяжелом состоянии, поэтому длительность предоперационной подготовки была увеличена до 2-х суток. Мы считаем, что продлевать предоперационную подготовку более 24 часа не следует в связи с высоким риском развития осложнений (перфорация кишечника и перитонит). Критерием адекватности предоперационной подготовки явилось восстановление диуреза и улучшение показателей гемодинамики.

Оперативное вмешательство выполнено – 53 (100%) больным. 17 (32%) новорожденным наложено илео-илеоанастомоз, при высоких и начальных отделах формы атрезии тощей кишки с интубированием зоны анастомоза. Из них I тип атрезии тонкой кишки – 8 (47%), II тип – 3 (18%) и IV тип – 2 (12%).

Всего умерло - 13 (24,5%) детей. Из них 5 (38,5%) детей в ближайшем послеоперационном периоде. Следует подчеркнуть, что все умершие дети имели тяжелый соматический фон. Так, во всех случаях с летальным исходом имела место аспирационная бронхопневмония, 8 (%) новорожденных были недоношенными, в 3-х (%) случаях осложнилось склеремой в послеоперационном периоде. Установлено, что выживаемость пациентов с неосложненной атрезией тонкой кишки близка к 100%. Смертность обусловлена осложнениями и неблагоприятным

преморбидным фоном (недоношенность, задержка внутриутробного развития, перфорация или заворот кишечника). Наиболее тяжелыми являются пациенты с III и IV типами атрезии, уровень смертности среди них возрастает до 50% в связи с развитием синдрома выраженной мальабсорбции (синдром «короткой кишки»).

Выводы. Пренатальная диагностика атрезии тонкой кишки позволяет заблаговременно построить алгоритм ведения родов и выбрать наиболее оптимальную лечебную тактику в первые часы после рождения. Предоперационная подготовка детей с атрезией тонкой кишки должна начинаться непосредственно в родильном зале и проводиться до госпитализации новорожденного в специализированный стационар. Методом выбора при хирургической коррекции не осложненных форм атрезии тонкой кишки I, II и III A типа является илео-илеоанастомоз с интубацией зоны анастомоза.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННЫХ.

**Эшматов М.М., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Расулов Ж.
Андижанский государственный медицинский институт**

В решении проблемы лечения врожденного вывиха бедра важно понимать, что полное его излечение возможно только при условии правильной центрации головки бедренной кости в вертлужной впадине. Достигнуть этого можно в начале лечения в первые часы и дни жизни ребенка, когда вторичные изменения сочленяющихся поверхностей выражены незначительно. Поэтому диагностика и начало лечения этой патологии у новорожденных в условиях родильного дома приобретает исключительную важность. Для этого врачи микропедиатрии родильных домов и врачи общего профиля должны овладеть практическими навыками в выявлении симптома соскальзывания. Степень выраженности этого симптома бывает разной и случается так, что при обычном осмотре новорожденных с отведением бедер смещаемая головка скользит так легко, что бывает трудно уловить это и сустав оценивается как нормальный. Определить такой симптом соскальзывания можно, применив методику выявления по принципу рычага при фиксированных в пространстве коленных суставах. Поддерживая бедра, в среднем отведении ($40-50^{\circ}$) попеременным давлением пальцев расположенных по наружной поверхности бедра спереди и наоборот, давлением большого пальца сзади, головка бедра приводится в состояние смещаемости, которая ощущается руками обследующего. Применив эту методику, мы выявили симптом соскальзывания у одной трети детей, у которых при обычной методике осмотра он не определялся.

Чтобы не пропустить симптом соскальзывания, необходимы ежедневные осмотры новорожденных. Однократные осмотры недостаточны; ребенок при первом осмотре может напрячь мышцы и невозможно будет выявить этот симптом. Поэтому окончательное решение о наличии или отсутствии у ребенка симптома соскальзывания можно вынести после двух - или трехкратного осмотра детей в родильном доме.

Иногда за симптом соскальзывания принимают крепитацию, щелканье в суставе. Симптом ограничения отведения бедра, характерный для врожденного вывиха и подвывиха бедра, у новорожденных в первые часы и дни жизни при наличии предвывиха он практически не наблюдается.

В положении сгибания и отведения ножек, которое дети занимают самостоятельно в первую неделю жизни при наличии симптома соскальзывания (предвывиха) головка бедра нормально центрирована во впадине. Попытки свивания ног, особенно постоянное пребывание ребенка в люльке "бешик" приводит к прогрессированию патологии.

Симптом соскальзывания, выявленный у ребенка в родильном доме, является показанием к началу лечения, которое проводим максимально щадящим способом. В родильном доме мы применяем широкое пеленание, которое в течение первой недели вполне достаточно.

Начиная со второй недели мы используем отводящую прокладку с носочками-лямками (типа стремян Павлика), что обеспечивает сгибание бедер под углом 90° и отведение на $70-80^{\circ}$. Этим достигается постоянная правильная центрация головки бедра во впадине, что способствует сокращению растянутой капсулы сустава и исчезновению симптома соскальзывания. При нарушении этого принципа наблюдающееся при этом постоянное скольжение головки по впадине приводит к развитию сформированного вывиха или подвывиха. Отсюда очевидно что первые 5-10 дней жизни ребенка имеют решающее значение в исходе предвывиха.

В процессе лечения врожденного вывиха бедра у новорожденных мы особое внимание уделяем профилактике болевых контрактур. Лечение должно проходить на фоне спокойного поведения ребенка. В случае возникновения малейшего беспокойства со стороны ребенка родителям указываем на необходимость немедленного обращения к лечащему врачу. Непоправимую ошибку допускают те врачи, которые принимают плач и беспокойство ребенка за адекватную реакцию на лечение и необоснованно успокаивают родителей. Приняв своевременно соответствующие меры (уменьшение отведения ножек, тепловые процедуры в паховые области), нам удалось избежать развития у этого ребенка дистрофических процессов в головках бедренной кости.

Диапазон движения, сохраняющийся между углом 90° и углом при максимальном сгибании бедер в тазобедренных суставах, является условием для активного движения ног, которое способствует сохранению нормального мышечного тонуса. В заключение следует отметить, что при ранней диагностике и лечении врожденного вывиха бедра у новорожденных соблюдение врачами ряда особенностей, приведенных в работе позволят достигнуть хороших результатов уже к 3-4 месяцам их жизни. Широкое пеленание и отводящая прокладка с носочками - лямками является щадящим и эффективным способом лечения врожденного вывиха бедра у новорожденных.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ.

**Эшматов М.М., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Расулов Ж.
Андижанский государственный медицинский институт**

Остеохондропатия головки бедренной кости (асептический некроз головки бедренной кости, болезнь Легг-Кальве-Пертеса).

Заболевание относится к числу распространенных и встречается от 0,17 до 1,9 % среди ортопедических больных, среди заболеваний тазобедренного сустава до 25,3%. Часто болеют дети в возрасте от 4 до 12 лет, чаще мальчики. Оба тазобедренных сустава поражаются одинаково часто. Заболевание может быть одно- и двусторонним и возникает вследствие сосудистых расстройств в субхондрально расположенном губчатом веществе головки бедренной кости при повторных микротравмах, нарушении нормального процесса окостенения эпифиза головки бедренной кости или после закрытого вправления врожденного вывиха бедра.

Для остеоохондропатии тазобедренного сустава характерно длительное течение с благоприятным исходом, но с сохранившимися условиями раннего развития деформирующего артроза.

В патогенезе болезни Пертеса выделяют четыре патогенетических звена: 1) первично - сосудистые нарушения; 2) изменения в капсуле (синовит); 3) высокое внутрикостное давление; 4) некроз костей, образующих тазобедренных суставов, и содержимого костномозговых пространств.

С 2010-2015 год в ортопедическом отделении Андижанского областного отделения ортопедо-травматологической больницы под нашим наблюдением находились 73 ребенка с болезнью Пертеса в возрасте от 3 до 15 лет из них мальчиков было 54 девочек-19; по возрасту дети распределились следующим образом: с 3 до 6 лет было 14, с 7 до 10 -лет 31, с 11 до 15 лет -28 больных. Большинство детей были школьного возраста.

По стадии заболевания мы распределили больных детей на следующие группы: I ст. (10) - некроз губчатой кости эпифиза и костного мозга. II ст. (17) импрессионный перелом; III- фрагментация эпифиза; IV ст. (12) – репарация; V ст. (10) - окончательное восстановление структуры кости.

Распределение больных на соответствующие стадии связаны в основном с клинико - рентгенологическими проявлениями.

Лечение при болезни Пертеса консервативное и оперативное. При начальных стадиях заболевания мероприятия направлены на остеопоротическую и дистрофическую перестройки головки бедра путём разгрузки тазобедренного сустава, медикаментозного лечения и физиотерапевтических процедур. Консервативное лечение получили 65 больных с болезнью Пертеса в начальной стадии. В лечении применяли Алоэ, Фибс, витамины группы В, АТФ, антибиотикотерапию.

Выраженное воздействие на формирование костной структуры оказал препарат Остеогенон. Хирургическое лечение применяли 19 больным. Проводилась туннелизация шейки бедра для ускорения репаративных процессов. А также образовали канал в шейке бедра, куда вводили мышцу на питающей ножке для улучшения кровообращения.

Вывод: профилактика и лечение остеоохондропатии головки бедренной кости заключается в раннем выявлении данного заболевания, устранении причин, приводящих к развитию дистрактивных процессов, а также способствовать восстановлению взаимоотношений элементов тазобедренного сустава.

ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Эшматов М.М., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Расулов Ж.
Андижанский государственный медицинский институт

Переломы шейки бедренной кости свойственны людям пожилого и старческого возраста. Хотя вертельные переломы при консервативном лечении могут заживать в обычные сроки, сложность их лечения состоит в том, что эти переломы у людей пожилого и старческого возраста невозможно удержать в правильном положении, а длительное вытяжение или иммобилизация гипсовой повязки для них неприемлемы. Если перелом оставлен без фиксации и консервативное лечение не проведено полноценно, то отломки костей срастаются в неправильном положении и за больным до конца жизни требуется постоянный уход. Следовательно, единственным рациональным выходом является операция, которая дает возможность рано поднять больного, избежать гипостатических осложнений и позволяет ему самостоятельно ходить.

В то же время оперативное лечение этой группы больных связано с большим риском, причем степень риска прямо пропорциональна травматичности операции. По этому операция должна быть малотравматично, позволяющей рано активизировать больного с нагрузкой на поврежденную ногу.

В настоящее время самым распространенным методом операционного лечения переломов является остеосинтез трех пластов гвоздем с накладкой различных конструкций, что неприемлемо для осложненных больных в пожилом и старческом возрасте.

В нашей клинике АООТБ с 2008 по 2013 годы под наблюдением находился 56 больных с вертельными переломами в возрасте от 50 – 60 лет – 28, от 60 – 70 лет – 21, от 70 и выше 7 больных. Из них женщин 25, мужчин 31.

Больные разделены на 3 группы соответственно методу лечения. В 1 группе больных отсутствовали сопутствующие заболевания – 28 больных. Во 2 группе имелись возрастные функциональные изменения внутренних органов с частичным нарушением их функции – 22 больных. В 3 группе имелись грубые нарушения функции печени, сердечно – сосудистой системы и органов дыхания в субкомпенсаторном и компенсаторном состоянии – 6 больных.

Больным первой группы применено оперативное лечение: 19 больным остеосинтез трехлопастным гвоздем и погруженными стержнями с металлоконструкциями. 12 больным второй группы использовали чрескостный остеосинтез пучком спиц с фиксацией концом спиц с накладкой на полукольце аппарата Илизарова. В третьей группе оперировано 5 больных остеосинтезом пучком спиц, без накладки. 20 больным была применена дератационная гипсовая сапожка, повязка. Среднее прибывание больных составляло от 8 до 10 койкодней. Изучение отдельных

результатов у 38 больных показывает, что применение данной тактики лечения с учетом возраста и сопутствующих заболеваний приводит к хорошим и удовлетворительным исходам, которые получены у 41 больных.

У 9 больных получены неудовлетворительные результаты. Из них у 5 больных наблюдалось нагноение мягких тканей вокруг спиц, удаление спиц привело к варусной деформации шейки. У 6 больных перелом сросся в неправильном положении изза ранней нагрузки.

Анализ отдельных результатов лечения показывает необходимость индивидуального подхода к выбору лечения пострадавших пожилого и старческого возраста, преимущество ранней активизации, современность коррекции сопутствующих заболеваний.

КЛЕТКИ ПАНЕТА И ГОМЕОСТАЗ В ТОНКОЙ КИШКЕ
Юлдашев А.Ю., Нишанова А.А., Кенжаева Х.Х., Кахаров З.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Клетки Панета (КП), или экзокриноциты с ацидофильными гранулами, наряду с энтероцитами, бокаловидными клетками и энтероэндокриноцитами, представляют собой один из 4 типов высокодифференцированных эпителиальных клеток, которые локализуются на дне крипт тонкой кишки человека и различных животных (Быков В.Л., 2014; Bevins C.L., Salzman N.H., 2011). Исследования последних лет существенно расширили имеющиеся представления о роли этих клеток в поддержании гомеостаза в тонкой кишке, а также об их участии в ряде важных заболеваний человека (Ayabe T. et al., 2002; Bevins C.L., Salzman N.H., 2011; Ephick D.A., Mahida Y.P., 2005; Qulette A.J., 2004).

Цель исследования. Изучить ультраструктурные особенности клеток Панета в криптах тонкой кишки безмикробных и с нормальной кишечной микрофлорой.

Материал и методы исследования. Кусочки тощей кишки белых крыс 3-4 мес. возраста безмикробных линии Фишер и беспородных с нормальной кишечной микрофлорой фиксированы в 1% забуференном растворе OsO₄ и после стандартной проводки залиты в аралдит. Ультратонкие контрастированные срезы просмотрены в электронном микроскопе JEM-100S.

Результаты и их обсуждение.

У крыс с нормальной микрофлорой КП располагаются на дне каждой крипты тонкой кишки в количестве от 2 до 6.

Клетки Панета имеют форму усеченной пирамиды: широкое основание контактирует с базальной мембраной эпителия кишечной крипты, узкая апикальная поверхность - с содержимым просвета крипты. Ядро сферическое, с преобладанием эухроматина и крупным ядрышком, нижняя половина клетки окрашивается слабо, выглядит просветленно. Верхняя половина, где располагаются секреторные гранулы, окрашивается кислыми красителями в розовый цвет (ацидофильная зернистость). Электронномикроскопически апикальная поверхность клеток Панета имеет короткие микроворсинки, выступающие в просвет крипты. Многочисленные расширенные цистерны ШЭР занимают значительную околоядерную базальную часть цитоплазмы. Комплекс Гольджи хорошо развит, располагается над верхним полюсом ядра, содержит единичные цистерны, вакуоли и многочисленные везикулы. Для клеток Панета характерно также умеренное число митохондрий и хорошо развитый лизосомальный аппарат.

Секреторные гранулы клеток Панета являются их важнейшей отличительной чертой. Округлые, с диаметром 1-3 мкм они занимают всю надядерную цитоплазму. Число, размеры, плотность сильно варьируют у различных видов млекопитающих, эндоэкологии, экстренности взятия материала и используемого гистологического фиксатора.

На ультраструктурном уровне секреторные гранулы клеток Панета человека и крыс характеризуются однородностью, низкой электронной плотностью. Лишь в зоне комплекса Гольджи, над транс-поверхностью они могут быть плотными в центре секреторных гранул. У безмикробных крыс содержимое отдельных секреторных гранул кристаллизуется и становится гетерогенно плотным. Кроме того, из-за отсутствия микрофлоры в просвете кишки секреторные гранулы в надядерной цитоплазме немногочисленны, полиморфны: электронноплотная часть либо отсутствует, либо занимает различный объем и положение.

В секреторных гранулах клеток Панета у человека и грызунов содержится широкий спектр антимикробных веществ, синтезируемых и секретируемых в просвет крипт, далее – в просвет кишки. Лизоцим является ферментом, разрушающим пептидогликаны микробных стенок и вызывающим лизис бактерий, преимущественно грамположительных. Его дефицит может способствовать большей уязвимости слизистой оболочки и транслокации бактерий через эпителий с последующим развитием сепсиса.

КП синтезируют и вырабатывают дефензины, обладающие высокой бактерицидностью. Благодаря этому в криптах создается стерильное микроокружение, необходимое для защиты стволовых и камбиальных клеток крипт в динамике пролиферации и дифференцировки эпителия, а также снижают бактериальную колонизацию слизистой оболочки кишки.

Дефензины клетками Панета выделяются при взаимодействии с бактериями или бактериальными продуктами. Они играют важную (даже критическую) роль в кишечном гомеостазе, регулируя состав эндогенной микрофлоры, колонизирующей просвет кишки, НЭСС.

Секреторная фосфолипаза A2 типа II, RegIIIγ полииммуноглобулиновый рецептор (белок и его и-РНК) являются антимикробными молекулами. Секреторные продукты клеток Панета у человека вызывают хемотаксис и миграцию дендритных антиген-презентирующих клеток, индуцирующих иммунные реакции путем активации наивных Т-клеток. Они значительно активнее, чем дефензины, индуцируют выработку хемокина IL-8 эпителиальными клетками кишки. IL-8 привлекает в собственную пластинку слизистой оболочки кишки нейтрофилы, макрофаги, тучные клетки. Секрет клеток Панета, очевидно, содержит помимо дефензинов,

противомикробных факторов, другие компоненты, которые опосредуют связь между реакциями врожденного и приобретенного иммунитета в кишке.

Клетки Панета у человека являются единственными эпителиальными клетками пищеварительного тракта, активно выделяющими растворимый FAS- лиганд (FAS-L), который обычно экспрессируется активированными Т-лимфоцитами и вызывает апоптоз различных клеток мишеней, обладающих соответствующим рецептором. Предполагается, что клетки Панета, благодаря экспрессии FAS-L способны уничтожать потенциально активированные аутореактивные Т- и В-лимфоциты, а также аномальные энтероциты. У человека и крысы в клетках Панета обнаруживается ЭФР-пептид, стимулирующий пролиферацию и дифференцировку клеток и обладающий цитопротективным и регенераторным свойством в пищеварительном тракте. Выведение секрета из клеток Панета осуществляется мерокриновым способом. В механизмах секреции клеток Панета большую роль играют концентрации Ca^{2+} в их цитозоле (Ca^{2+i}). Они регулируют состояние потенциал-зависимых Ca^{2+} активируемых K^+ каналов (mikCai), открывающихся в ответ на изменения концентрации ионов кальция в цитозоле (Ca^{2+i}). Изменение концентрации цитозоле Ca^{2+i} активирует K^+ -каналы и открывает их. На мембране клеток Панета установлены 2 вида патоген-распознающих рецепторов, входящих в систему врожденного иммунитета и способных идентифицировать микробные молекулы. Это цитоплазматические NOD- подобные белки и Toll-подобные рецепторы, которые обычно связаны с плазмолеммой. Секреторные гранулы клеток Панета оказывают решающее влияние на число бактерий, находящихся в пространстве, ограниченной кишечной слизью в надэпителиальном слое. Таким образом, клетки Панета играют важную роль в поддержании гомеостаза, участвуют в регуляции, с одной стороны, физиологической регенерации кишечного эпителия, с другой-микробиоценоза, предотвращая развитие кишечных инфекций, оптимизируя симбионтное, пристеночное пищеварение.

ИСТОЧНИКИ МОРФОГЕНЕЗА КРОВЕТВОРНЫХ И СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫХ КЛЕТОК

Юлдашев А.Ю., Юлдашева М.А., Махмуров А.М., Ахмедова К.Р., Юлдашева С.З.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Республиканский научно-практический центр экстренной медицинской помощи

Введение. На протяжении многих десятилетий исследователи активно ведут поиск стволовых клеток (СК) различных тканей организма. Интерес к ним ученых объясняется возможностями терапии многих заболеваний, развития клеточных технологий получения тканей с полипотентными свойствами (Репин В.С., Сабурова И.Н., 2006; Морозова В.Т., 2008, 2017).

Цель исследования. Определить источники стволовых клеток крови и соединительной ткани на основании изучения эмбрионального развития человека.

Материал и методы исследования. Эмбрионы ранних стадий развития

Результаты и их обсуждение. В течение 6-7 дней после оплодотворения зиготы превращается в бластоцисту, которая состоит из 2 групп клеток: наружные, образующие трофобласт, и внутренние, получившие название эмбриобласта. Клетки трофобласта в дальнейшем активно взаимодействуют со слизистой оболочкой матки и участвуют в образовании синцитиотрофобласта и цитотрофобласта, выстилающего поверхность гладкого и ворсинчатого хориона. Клетки эмбриобласта при митотическом делении на 7 сутки эмбрионального развития подвергаются деляминации, 14 сутки – иммиграции. В результате возникает эпибласт, прилежащий к трофобласту, и гипобласт, обращенный к в полость зародыша. Из клеток эпибласта отделяются клетки, формирующие зародышевую и внезародышевую эктодерму (эпителий амниона и пуповины). Клетки гипобласта образуют зародышевую и внезародышевую (эпителий желточного мешка и аллантаоиса) энтодерму. Таким образом, к концу второй недели зародыш представлен 2 крупными внезародышевыми пузырьками, на границе которых формируются клеточные массы, формирующие а) эктодерму, образующую наружный покров зародыша; б) энтодерму, образующую эпителиальную выстилку полости первичной кишки. Из эктодермы и энтодермы выселяющиеся клетки принимают участие в образовании как зародышевой, так и внезародышевой мезодермы. До определенного времени, видимо, в них будут осуществляться под влиянием одних и тех же регуляторных факторов, абсорбируемых из разрушаемой и преобразующейся децидуальной ткани эндометрия. К концу второй и началу третьей недели гестации в энтодерму стенки желточного мешка мигрируют из стволовые клетки крови. Следовательно, на ранней стадии развития эмбриона происходит пространственно-временное разобщение стволовых клеток крови и соединительной ткани. Первые очаги крови и образования кровеносных капилляров, высланных эндотелием наблюдается вне эмбриона, в стенке желточного мешка. На 5-6 неделе гестации капилляры, высланные уплощенным эндотелием и островки кроветворения определяются в зародышевой мезодерме, врастающей в эпителий формирующейся печени. Через 1-2 недели фрагменты капилляров и островки гемопоэза выявляются в мезенхиме многих внутренних органов.

На основании представленных данных логично предположить, что клетки внезародышевой и зародышевой мезодермы превращаются в мезенхимные, которые в процессе дифференцировки могут дифференцироваться в различные типы соединительнотканых клеток. Детерминация стволовой клетки гемопоэза из клеток гипобласта в отдельный самостоятельный пул происходит вне зародыша, во время образования внезародышевой мезодермы при миграции под эпителий желточного мешка. Эволюционная генетическая и топографическая связь родоначальных стволовых клеток гемопоэза и соединительнотканной ткани, усложняется в течение пре- и постнатального развития, приводит к формированию высокоинтегрированной функциональной системы внутренней среда.

Таким образом, изучая морфогенез стволовой кроветворной и соединительной тканей, следует отметить, что в гемопоэзе гипобласт и внезародышевая мезодерма желточного мешка занимают особое положение. Особенность морфогенеза внезародышевой и зародышевой мезенхимы заключается в образовании мезенхимы с дифференцировкой многочисленных соединительнотканых клеток. В эволюции и индивидуальном пре- и

постнатальном развитии она интегрируется с клетками гемопоэза в сложную функциональную систему внутренняя среда, которая обеспечивает адаптацию и гомеостаз.

МОРФОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЮЛДАШЕВ А.Ю

Ташкентский государственный стоматологический институт

В результате клинических, морфологических, биохимических, микробиологических и других современных методов исследования нами установлено:

1. У детей органы и системы, организм в целом при рождении не сформированы. Развитие и становление их структуры и функции, всех функциональных систем организма происходит под воздействием внешних (экология, регион, естественное или искусственное питание и др.) и внутренних (микробиоценоз кишечника, метаболизм и др.) факторов. Это направлено на совершенную адаптацию и регуляцию гомеостаза организма в динамике возраста.
2. Гармоничное развитие и становление функциональных систем организма новорожденного, ребенка до 2 лет жизни происходит только под влиянием биологически активных регуляторных факторов и нутриентов грудного молока, в условиях нормального микробиоценоза кишечника. В эволюции, на протяжении миллионов лет сформировалась уникальная функциональная система мать-грудное молоко-новорожденный ребенок. В период самого интенсивного роста и высокой потребности в белках, углеводах и жирах пищеварение осуществляется только в тонкой кишке, исключительно благодаря ферментам грудного молока (аутолитическое пищеварение) и микроорганизмов (бифидобактерии и лактобактерии; симбионтное пищеварение), которые были получены от матери при рождении. При естественном вскармливании и нормальном микробиоценозе обеспечивается как оптимальное генетически детерминированное развитие и формирование органов и систем, так и иммунной (в первую очередь), так и эндокринной и нервной систем организма. Нутриенты всасываются в кровь и лимфу ребенка только в расщепленном до мономеров виде; иммуноглобулины, гормоны, факторы роста (сосудов, нервов и т.д..) и другие биологически активные вещества не расщепляются и абсорбируются специальным – рецептор-опосредованным эндоцитозом - в необходимом количестве в кровь и лимфу.
3. Оптимальное пищеварение и всасывание в желудочно-кишечном тракте в ранний постнатальный период жизни осуществляется при формировании нормальной кишечной микрофлоры. Нормальная кишечная микрофлора, которая колонизирует кишечник (при условии естественного рождения), устанавливает с макроорганизмом динамическую связь, способствует регуляции селективного всасывания регуляторных биологически активных веществ, гармоничному развитию и интеграции не только функциональных систем организма, физического развития, но и интеллекта.
4. Нарушение сложившихся в течение миллионов лет эволюционных взаимоотношений в системе мать-ребенок следует рассматривать как экологическую катастрофу для организма, причину высокой частоты atopических, инфекционных и соматических заболеваний во все периоды жизни, существенного снижения качества жизни, психологически нездорового состояния семьи.
5. Дисбактериоз и, как следствие, нарушение процесса пищеварения и всасывания в раннем дошкольном возрасте становится причиной проникновения в кровь антиген-значимых веществ, развития у каждого третьего ребенка аллергодерматозов, анемии, поражения почек и других внутренних органов.
6. Профилактическое введение детям первого года жизни и в дошкольных учреждениях отечественных пробиотиков оказало эффективное влияние на физическое и интеллектуальное развитие, существенно снизило заболеваемость.
7. Учитывая огромное значение формирования здоровья детей раннего и дошкольного возраста, рекомендуется ввести в Программу ВУЗов, обучения курсантов во время прохождения усовершенствования современные представления о нормальном микробиоценозе кишечника, его роли и значении при формировании иммунной и других систем организма, симбионтном пищеварении и новых механизмах всасывания, пищеварительно-всасывательном конвейере и регуляции гомеостаза.

КОНЦЕПЦИЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ПИТАНИЯ, ОПТИМИЗАЦИИ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ВСАСЫВАНИЯ

Юлдашев А.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Оптимальное формирование органов и систем, всех функциональных систем организма новорожденного, гармоничное физическое и интеллектуальное развитие ребенка в онтогенезе осуществляется при организации в течение 1-2 лет эволюционно сложившегося естественного вскармливания, создании нормального микробиоценоза в кишечнике, симбиотического и аутолитического пищеварения, рецептор-опосредованного всасывания в нем биологически активных и других ингредиентов грудного молока. Период новорожденности и первого года жизни ребенка характеризуется наибольшей сложностью взаимоотношений между детским организмом и условиями внешней среды, наибольшей зависимостью от этих условий. Первый год жизни, ранний дошкольный период ребенка являются периодами критически высокой чувствительности к нарушению питания. Это объясняется структурно-функциональной незрелостью органов пищеварения, отсутствием синтеза собственных

иммунноглобулинов и иммунной системы слизистых оболочек, в частности тонкой кишки, мембранного и примембранного пищеварения, нервной и эндокринной регуляций гомеостаза.

Нарушение питания вследствие изменения типа вскармливания или дисбактериоз в тонкой кишке резко нарушают процесс пищеварения и всасывания, гомеостаз внутренней среды. Это неизбежно сказывается на формировании регуляторных (иммунной, эндокринной и нервной) и других жизненно важных систем организма, вызывает азотемию, ацидоз, гиперосмию, задержку физического и психического развития.

Рекомендации по оптимальному питанию новорожденных и детей первых лет жизни, с учетом последних достижений клинической и экспериментальной медицины, установления уникальности типа пищеварения (аутолитическое и симбионтное) и всасывания (рецептор-опосредованный эндоцитоз) должны строиться на принципиально иной основе, чем раньше. В первые часы, дни, месяцы и годы фактор питания сопряженный с перевариванием в желудочно-кишечном тракте и всасыванием, нормофлорой в кишечнике является наиболее важным условием реализации генетически детерминированной программы роста и развития, гармоничного формирования всех без исключения функциональных систем, организма в целом. В этом периоде жизни происходит положительная установка адаптации и регуляции гомеостаза, здоровья на весь последующий жизненный цикл человека. Оптимизация и рационализация питания новорожденных и детей первых годов жизни научно обоснована нами клинико-экспериментальными исследованиями.

Следует отметить, что здоровье формируется индивидуально как результат эволюции, зависит от многих эндогенных и экзогенных факторов. За последние годы интенсивные исследования на стыке нескольких наук (иммунология и микробиология, цитология и молекулярная биология и др.) позволили рассмотреть питание, пищеварение и всасывание после рождения как самый значительный фактор воздействия внешней среды на внутреннюю среду макроорганизма. Адаптация формирующихся органов и систем организма, гомеостаз при этом носят системообразующий характер. Однако данная проблема еще далека от познания всех механизмов интеграции органов в динамике постнатального развития и становления функциональных систем организма, степени совершенности структурно-функциональных преобразований, метаболических и гомеостатических процессов.

Развитие фундаментальных и клинических исследований, направленных на сохранение здоровья, профилактики заболеваний, коррекцию критических состояний, в период беременности и др. является задачей первостепенной важности. Необходимо установить корреляцию между характером питания, пищеварения, всасывания и метаболизмом в норме, соматических и инфекционных заболеваниях, физических и других воздействиях, способы и методы пре- и пробиотической, энзиматической, антиоксидантной коррекции отдельных заболеваний, дисбиозов, ферментопатий и др.

Исследования, проведенные на безмикробных животных, контаминированных лактобактериями, бифидобактериями, холерными вибрионами, возбудителями салмонеллеза и дизентерии, свидетельствуют о том, что микроорганизмы, поступающие в организм человека при каждом приеме пищи, оказывают самое существенное влияние на состояние динамического взаимодействия внешней и внутренней среды в тонкой кишке, пищеварение и всасывание, состояние иммунитета, иммунной системы слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, иммуномодуляцию. Исходя из этого, а также целого ряда исследований о роли и значении нормальной кишечной микрофлоры, симбиотических взаимоотношении в кишечнике макро- и микроорганизмов в основных жизненно важных процессах, адаптации и гомеостазе, приходим к заключению о возможности сохранения здоровья, профилактики многочисленных заболеваний через нормализацию микробиоценоза кишечника. Оптимальное пищеварение и всасывание образовавшихся мономеров в тонкой кишке с участием органов желудочно-кишечного тракта и нормальных микроорганизмов является определяющим фактором в обеспечении гармоничного развития и становления органов и систем у новорожденных и детей раннего возраста, нормального формирования всех функциональных систем организма, совершенной адаптации и гомеостаза во все периоды жизни. Универсальный механизм адаптации и гомеостаза - прием микроорганизмов вместе с пищей должен коррелироваться пре- и пробиотиками, при необходимости ферментами и другими субстратами для обеспечения совершенного пищеварения и всасывания. Современные представления о питании не должны ограничиваться установлением количества белка, углеводов и жира, микроэлементов и витаминов. Какого бы уникального, адаптированного к возрасту, типу вскармливания не были они состава, состоянии микробиоценоза, симбионтного пищеварения будет определять качественные и количественные особенности абсорбируемых из кишечника в кровь и лимфу нутриентов. От качества и количества абсорбируемых ингредиентов пищи, продуктов жизнедеятельности микроорганизмов (нормальные, транзиторные и патогенные) в кишечнике будет зависеть состояние внутренней среды организма, гомеостаз, структура и функция внутренних органов, регуляторных систем организма (нервной, эндокринной и иммунной). Чрезвычайно сложный, но по существу единый процесс – полостное, примембранное и мембранное пищеварение, всасывание, динамичное и вариативное постоянство внутренней среды организма, депонирование – позволяет поддерживать нормальную структуру и функцию органов и систем, организма в целом, т.е. здоровье. Все взаимосвязанные этапы изменяются взаимосвязанно, в зависимости от нагрузок, воздействующих факторов.

Эволюционная совершенность сопряженности нормального микробиоценоза и оптимального осуществления пищеварения и всасывания составляет основу гармоничного развития и становления органов и систем новорожденного, ребенка во все периоды его жизни. Адаптация к внешней среде и гомеостаз становятся основополагающим системообразующим фактором онтогенеза и эволюции в целом. И, наоборот, нарушение указанных процессов, функциональной системы мать-ребенок, дисбактериоз вызывают непредсказуемые заболевания, системные нарушения структуры и функции органов и систем, организма в целом.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ В ДИНАМИКЕ ВОЗРАСТА

**Юлдашев А.Ю., Рахматова М.Х., Нишанова, А.А. Кенжаева Х.Х.
Ташкентский государственный стоматологический институт**

Введение. С позиций современной науки изучение различных аспектов функционирования единой нейроиммунноэндокринной системы – одна из актуальных задач фундаментальной и клинической медицины. Накоплено значительное число фактов, рассматривающих иммунную систему совместно с нервной и эндокринной системами как многокомпонентную морфофункциональную общерегуляторную систему, обеспечивающую нормальное функционирование организма, адаптацию и регуляцию гомеостаза (Акмаев И.Г., 2003; Бабичев 2013; Hudberger 2015)

Слизистая оболочка тонкой кишки, находясь на границе взаимодействия внешней и внутренней сред организма, развивает и формирует нейроиммунноэндокринную систему, которая обеспечивает интегрирование всех органов пищеварительной системы как между собой, так и с другими внутренними органами, оптимальную работу пищеварительно-транспортного конвейера как вдоль, так и к поверхности слизистой оболочки, адаптацию и гомеостазирование внутренней среды организма. Однако при рождении млекопитающих из органов пищеварения развита тонкая кишка, при наличии единичных эндокринных клеток и нервных элементов, иммунная система как слизистой оболочки практически не сформирована, иммуноглобулины не вырабатываются. Между тем, стерильный при рождении кишечник заселяется микроорганизмами, качественный и количественный состав которых оказывает существенное влияние на формирование иммунной системы слизистой оболочки (ИССО), процесса пищеварения и всасывания (А.И.Хавкин, 2006; А.Ю.Юлдашев с соавт., 2008; и др.). Однако до настоящего времени недостаточно изученным являются вопросы взаимосвязанного развития и становления афферентное и эфферентное звеньев ИССО тонкой кишки в динамике возраста, рециркуляции субпопуляций лимфоцитов.

Цель исследования: изучить развитие и становление ИССО тонкой кишки в динамике возраста при естественном вскармливании и особенности кинетики лимфоцитов в половозрелом возрасте.

Материал и методы исследования. Белые беспородные крысы в возрасте 1,3,7, 14, 21 и 120 дней после рождения (n=44). До 21 дня после рождения они находились на естественном грудном вскармливании, после переведены на дефинитивное питание. Рециркуляция лимфоцитов изучалась в различных структурно-функциональных зонах пейеровой бляшки 120-дневных крыс после введения H^3 -тимидина. Развитие и становление ИССО тонкой кишки изучено общепринятыми морфологическими методами световой и электронной микроскопии.

Результаты исследования и их обсуждение. У половозрелых 120-суточных крыс с нормальной кишечной микрофлорой ИССО тонкой кишки состоит из 2 звеньев: афферентной (5-6 в среднем лимфатических узелков пейеровой бляшки) и эфферентной (собственная пластинка слизистой оболочки, межэпителиальные лимфоциты и мезентериальные лимфатические узлы). Структурно-функционально каждый лимфатический узелок пейеровой бляшки имеет зародышевый (герминативный) центр (В-лимфобласты), фолликулярную (В-лимфобласты), парафолликулярную (Т-лимфобласты) зоны и купол (В-лимфобласты и Т-лимфобласты, макрофаги). Поверхность сгруппированных лимфатических узелков, куполообразно выступающих в просвет органа, выстлана эпителием, в котором различают каемчатые энтероциты, М-клетки, нейроэндокринные клетки, единичные бокаловидные клетки, интенсивно инфильтрированных многочисленными Т-лимфоцитами. Согласно данным литературы, М-клетки рецептор-опосредованным эндоцитозом из просвета кишки в зону купола пейеровой бляшки транспортируют микробные (в основном) и пищевые антигены для стимуляции макрофагов, Т- и В-бластов (Р.М.Хайтов, 2005; В.Т.Ивашкин, 2008 и др.). Характерной особенностью рассматриваемых макрофагов является способность синтезировать провоспалительные кинины, фагоцитировать апоптотные клетки и антигены, регулировать стимуляцию Т- и В-бластов.

Если проанализировать кинетику лимфобластов по индексу меченых ядер (ИМЯ) после одно-, двух- и трехкратной инъекций H^3 -тимидина, то следует отметить следующее: Т- и В-бласты мигрируют в различные структурно-функциональные зоны лимфатических узелков пейеровой бляшки из кровеносного русла постоянно, с различной интенсивностью; убыль из них в зону купола и в лимфо- и кровоток после стимуляции также происходит неравномерно. Гетерогенное изменение ИМЯ в Т- и В-зависимых и смешанной (купол) структурно-функциональных зонах лимфатических узелков пейеровой бляшки следует рассматривать как меру оптимальной адаптации ИССО тонкой кишки при взаимодействии афферентного и эфферентного ее звеньев, периферической и центральной частей иммунной системы организма при регуляции иммунного гомеостаза во внутренней среде организма. Как афферентное звено ИССО лимфатические узелки пейеровой бляшки не только обеспечивают оптимальное взаимодействие антиген-транспортирующих, антигенсвязывающих и антиген-презентирующих клеток с В-бластами, но и с Т-субпопуляциями, регулирующими их стимуляцию, дифференцировку и миграцию в лимфо- и кровоток. Гетерогенность динамики ИМЯ в структурно-функциональных зонах лимфатических узелков отражает как сложность функционирования ИССО тонкой кишки, так и адаптационные ее резервы при регуляции иммунного гомеостаза внутренней среды организма.

Формирование структурно-функциональных зон лимфатических узелков пейеровой бляшки осуществляется постепенно, в соответствии с постепенным изменением характера питания, по мере перехода от грудного вскармливания к смешанному и дефинитивному питанию. В эфферентном звене ИССО дифференцировка бластных иммуноцитов, их интеграция с клетками рыхлой соединительной ткани в строме ворсинок и крипт происходит в строгом соответствии со становлением зон лимфатических узелков. Дифференцированные плазматические клетки, макрофаги тесно взаимодействуют с тканевыми базофилами, эозинофилами, дифференцирующимися Т- и В-бластами, нервными окончаниями, сетью кровеносных и лимфатических капилляров. В основном этот процесс заканчивается между 21 и 120 днями после рождения крыс.

На основании исследования динамики формирования ИССО тонкой кишки и функциональной системы пищеварения и всасывания можно прийти к выводу, что в динамике возраста они интегрируются в одну функциональную систему ко времени перехода на окончательное питание. Благодаря этому обеспечивается адаптация органа к качественно и количественно меняющейся пище и микробиоценозу.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ

Юлдашев Ш.С., Махмудов С.Ф., Мустафакулов И.Б.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) головного мозга представляет собой объемное скопление крови в результате получения травмы, которое локализуется между паутинной и твердой мозговой оболочкой и провоцирует местное и общее сдавливание головного мозга. ХСГ встречаются чаще у лиц старше 55-60 лет. Формирование ХСГ происходит при относительно нетяжелой травме, по локализации бывает одно - или двусторонняя.

Цель исследования. Изучить эффективность хирургического лечения ХСГ

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 больных с (ХСГ). 29 больных (72,5%) получили амбулаторное лечение по месту жительства. Остальные больные не обратились за медицинской помощью. Возраст больных составлял в среднем 54 лет. Женщин была - 18, мужчин – 22 больных. Всем больным при поступлении проведена МСКТ или МРТ головного мозга. Объем ХСГ составил в среднем 90-120 мл и она выявлена у 26 больных в левой височно-теменной и у 14 больных в правой височно-теменной области. Состояние сознания оценивалась по шкале комы Глазго. При поступлении у 32 (80%) больных состояние сознания оценивалось, как оглушение и у 8 (26%) больных - ясное сознание. Практически у всех больных отмечались «светлый промежуток», общемозговые симптомы (головные боли) и гемисиндром.

Результаты. Всем больным была произведена миниинвазивное удаление подострой субдуральной гематомы (СГ). 25 больным (62,5%) сделана одномоментное удаление СГ. Под общим обезболиванием наложена фрезевое отверстие в височно-теменной области головы. Твердая мозговая оболочка рассечена крестообразно. Далее мягкий микрооригатор устанавливали на наконечник электрического отсоса, удалили СГ одномоментно. Субдуральное пространство несколько раз промывали теплым физиологическим раствором и оставили резиновой дренаж на 24 часа. Остальным 15 больным также наложено фрезевое отверстие в области височно-теменной области и установлена дренажная трубка на субдуральное пространство для медленного выведения СГ. Всем больным на 3 и 6 сутки после операции произведена контрольная МСКТ головного мозга.

Выводы. Полученные данные показали, что у больных, которым была произведена малоинвазивное одномоментное удаление СГ при контрольной МСКТ головного мозга остатки гематомы не отмечались. А у больных, у которых была установлена дренажная трубка для постепенного выведения ХСГ на контрольной МСКТ отмечались остатки гематомы у почти половине больных.

ДАВО ВА ДИАГНОСТИК ЛАПРАСКОПИЯНИНГ ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ПАНКРЕАТИТНИНГ

ДАВОЛАШДАГИ АФЗАЛЛИКЛАРИ.

Юнусов. Р.С, Темиров Р.И Жаббаров Б. Р.,Султонов Ш.И

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали

Кириш қисми: Ўткир панкреатит – ошқозон ости безининг ферментатив зарарланиши. Панкреатит билан касалланган беморлар шошилич хирургик касалликларни 5-10% ни ташкил қилади. Барча панкреатитларни 15-50% деструктив характерга эга бўлади. Ўткир панкреатитдан ўлган беморларни 80% панкреатитни инфекция асоратлари оқибатида келиб чиқади. (А.К.Ерамишанцев., Ю.Т.Кадошук, 1995)

Материал ва усуллар: РШТЎИМ Наманган филиали 3- шошилич хирургия бўлимида 2012-16 –йил давомида жами 122 та бемор ўткир панкреатит диагнози билан даволанган. Булардан эркаклар 47(38.5%)та аёллар 65(61.5%) тани ташкил қилади. Беморларни 8 таси (6.5%) 6 соатгача, 18 таси (14.7%) 6-12 соат ичида 43 таси (35.2%) 12-24 соат ичида 53 таси (43.6%) касаллик бошлангандан 24 соатдан мурожаат қилган.

Беморларнинг ёшига қараб тақсимлаб чиққанимизда 97(79.5%) таси 18 ёшдан 49 ёшгача 18(14.7%) таси 50 ёшдан 69 ёшгача 7 (5.8%) таси 70 ёшдан юқори ёшда бўлган

Беморларнинг барчаси стандарт бўйича УТТ, корин бўшлиғи ва кўкрак қафаси обзор рентгенокопияси, ФЭГДС текшурларидан ўтказилган. 28(22.9%) тасида инструментал текшириш усуллари беморнинг клиник ҳолатига мос келмаганлиги сабабли контраст МСКТ текшуривидан ўтказилган.

УТТ ўтказилган беморларнинг барчаси меда ости беги структураси бузилганлиги ва чарви сумкасида озод суюқлик борлиги аниқланган. Кўкрак қафаси ретгенокопиясида 23(18.8%) тасида плевра бўшлиғида синуслар суюқлик қавати аниқланган. 43(35.2%)та беморда корин бушлиғи обзор рентгенокопиясида ичак тугилиши хос эхоқўриниш аниқланган.

Натижалар: Юқоридаги беморларнинг 5(4.09%) тасида диагностика лапароскопия вақтида ўткир деструктив панкреатит аниқланган.

Беморларни 24 (19.6%) тасида лапароскопия қорин бушлиғи санацияси ва дренажлаш операцияси ўтказилган. Лапароскопик операция ўтказилган беморларни 3(12.5%) тасида 72 соатдан сўнг режалаштирилган лапароскопия ўтказиш вақтида инфекцияланган панкреатит аниқланганлиги сабабли конверсия қилиниб операция меда ости беги некротизацияси, чарви бўшлиғи санацияси тампонлаш ва дренажлаш оментобурсостома шакллантириш билан якунланган.

6 (25%) та бемор динамик лапароскопия қилинган вақтда стерил панкреатит аниқланганлиги сабабли операция қорин бўшлиғи қайта санацияси ва дренажлаш билан якунланган.

15 (62.5%) та бемор касалликнинг маҳаллий қўринишида ўткир панкреатит белгиларида ижобий ўзгаришлар кузатирилганлиги сабабли, УТТ текширувида қорин бўшлиғида ва кичик чарви бўшлиғида суюқликлар динамикада йўқолиб борганлиги сабабли қайта режалаштирилган лапароскопия ўтказилмади.

Беморларнинг 9(7.3%) ўлим ҳолати кузатилган. Ўлимнинг асосий сабаби ҳамроҳ касалликлари ҳисобига ҳаёт учун муҳим аъзолар етишмовчилиги сабабли ўлим ҳолати юзага келди.

Хулоса: 1.Ўткир панкреатит даволаш жараёнида консерватив муолижалардан ижобий ўзгаришлар наф бўлмасдан оператив даволанишга қарор қилинганда кам инфазив усул яни лапароскопик оператив даволашдан бошлаш мақсадга мувофиқ.

2. Лапароскопик операциядан бошлаш беморда давом этаётган стерил панкреатит инфекцияланган панкреатитга ўтишини олдини олади.

3. Лапароскопик корин бўшлиғи санация ва дренажлаш беморни стационардаги ўрин кунини қисқаришини таъминлаб беради.

4. Лапароскопик усул косметик аҳамиятга эга бўлиб, бундан ташқари операциядан кейинги чурралар бўлишини олдини олади.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВРВ ПИЩЕВОДА

Юнусов Р.С., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганский филиал

В настоящее время заболеваемость, инвалидизация и смертность от цирроза печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно- расширенных вен пищевода и желудка остается актуальной среди острой хирургической патологии в экстренной хирургии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно- расширенных вен пищевода и желудка.

За период с 2000 по 2017 гг. под нашим наблюдением находились 1387 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензией осложненных кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВ). С повторными кровотечениями из ВРВ поступили в стационар 276 (19,9%) больных. Из общего числа больных вирусный гепатит однократно перенесли 693 (49,9%), 122 (8,8%) больных, несколько раз перенесли вирусный гепатит, у 97 (7,0%) больных установлен алкогольный цирроз печени. Возрастной размах составил больные до 19 лет - 92 (6,5%), 20-44 - 582 (42,0%), 45-59 - 405 (29,2%), 60-74 - 249 (17,9%) старше 75 лет - 59 (4,3%) пациентов, из них мужчин – 849 (61,3%) , женщин – 538 (38,7%).

Всем больным диагноз установлен на основании клинико-лабораторных данных, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопии. У 262 (18,9%) больных диагноз цирроз печени установлен впервые, 195 (14,1%) больных поступили в состоянии печеночной комы в отделение реанимации, 128 (9,3%) пациентов поступили с сильными болями в животе, по ходу обследования установлен «асцитический перитонит», которым проведена лапароскопическая санация брюшной полости.

При эзофагогастродуоденоскопии варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка по Шерцингеру 1 ст. были выявлены у 145 (10,4%) больных, 2 ст. у 416 (29,9%), 3 ст. у 557 (40,1%) и 4 ст. – 228 (16,4%). У 41 (2,9%) больных варикозное расширение вен в пищеводе и в кардиальном отделе желудка не отмечено.

Функциональное состояние печени по Чайлду - Пью класс - А установлен у 228 (16,5%), класс – В – у 674 (48,6%), класс - С у 485 (34,9%) больных. При УЗИ исследовании ЦП + асцит установлены у 738 (53,2%) больных, спленомегалия у 536 (38,6%), тромбоз воротной вены у 30 (2,2%), признаки сдавления воротной вены у 15 (1,1%) пациентов.

Тяжесть состояния больных и степень кровопотери оценивали на основании данных физикальных методов обследования, лабораторных исследований и гемодинамических показателей. Всем больным с кровотечением проводили интенсивное комплексное лечение; применение зонда-обтуратора Блекмора, эндоскопическое лигирование, гемостатическую терапию, снижение портального давления, гемоплазматрансфузии для восполнения кровопотери и симптоматическое лечение.

От прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности и от профузных пищеводных кровотечений умерли 243 (17,5%) больных.

Применением вышеотмеченных мероприятий получили положительные результаты у 888 (64,0%), у остальных 142 (10,2%) на высоте кровотечения производились следующие виды операции; Пациора 98 (69,0%), операция Пациора-Таннера со спленэктомией (СЭ) 14 (9,8%), шунтирующие операции сосудов у 31 (21,8%) больных.

У 21 больных, оперированных на высоте кровотечения, была достигнута полная остановка, лишь у 3 больных с терминальной стадией ЦП после операции Пациора не удалось добиться полного гемостаза, продолжение которого привело к летальному исходу.

В комплексе интенсивной терапии - разобщающие операции у больных циррозом печени с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка дали положительный результат в большинстве случаев. Исходя из этого, тотальное разобщение варикозных вен гастроэзофагального коллектора является наиболее эффективным методом лечения у больных с синдромом портальной гипертензии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Юнусов Р.С., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Абуллаев Ж.С., Исхаков Н.Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования – улучшить результатов лечения больных с осложненными эхинококкозами печени и брюшной полости.

Работа основана на опыте хирургического лечения 944 больных с осложненным эхинококкозом печени и органов брюшной полости в возрасте от 11 до 70 лет. Мужчин было 497 (52,6%), женщин – 447 (47,3%). Нагноения эхинококковой кисты печени, селезенки и брюшной полости встречались у 573 (60,7%) больных. Прорыв эхинококкоза печени в брюшную полость диагностирован у 86 (9,4%) пациентов, в билиарные протоки с образованием цистобилиарного свища у 207 (21,4%), механическая желтуха с холангитом у 47 (5,1%), цистобронхоплевральный свищ – у 31 (3,4%).

С аллергическими реакциями поступило 40 (4,2%) больных. Анафилактический шок у больных с прорывом эхинококковой кисты печени в свободную брюшную полость наблюдался - у 32 (3,4%).

Одиночные кисты печени, селезенки и брюшной полости выявили у 643 (68,1%) больных, множественные – у 301 (31,9%).

У 605 больных кисты располагались в правой доле печени и у 201 в левой. Эхинококкоз селезенки встречался у 29 больных, большого сальника у 29, брыжейки тонкой кишки у 16, забрюшинного пространства у 9 и малого таза – 55. Сочетания эхинококкоза печени, селезенки, легких, брыжейки тонкой кишки, органов малого таза и встречались у 263 больных.

Рецидивный эхинококкоз печени был отмечен у 114 (12,0%) пациентов и резидуальный – у 15 (1,6%).

Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование печени, рентгеноскопия грудной клетки и по показанием МСКТ органов брюшной полости.

Традиционный способ (лапаротомия) применен у 926 больных. Идеальная эхинококкэктомия выполнена у 192 больных, из них у 42 с краевой резекцией печени. Эхинококкэктомия печени с капитаном остаточной полости была выполнена у 300 больных и у 159, операция завершена с дренированием остаточной полости. Эхинококкэктомия печени в сочетании с холецистэктомией была выполнена у 86 (9,1%) пациентов, ушивание цистобилиарного свища – у 212 (22,4%), наружное дренирование желчного протока – 29 (3,1%).

При традиционном методе лечения отмечались осложнения у 114 больных, из них: послеоперационный перитонит у 17 (1,8%) внутрибрюшное кровотечение у 11 (1,2%), абсцесс остаточной полости у 56 (5,9%), наружный желчный свищ у 26 (2,7%), тромбоз легочной артерии у 2 (0,2%), тромбоз мезентеральных сосудов - у 4 (0,4%).

У 11 больных с послеоперационным перитонитом была выполнена видеолaparоскопическая санация с оставлением дренажей в брюшной полости. Причиной релапаротомии у 11 (1,2%) больных явилось кровотечение в брюшную полость, перитонит.

У 8 больных с прорывом эхинококковой кисты в билиарный тракт первым этапом лечения выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с удалением хитиновых оболочек паразита, которая позволила восстановить отток желчи в двенадцатиперстную кишку.

Лапароскопическая эхинококкэктомия печени была предпринята 18 (1,9%) больным, из-за ограничения возможности ликвидации остаточной полости и риска генерализации дочерних пузырей паразита переход на лапаротомию (конверсия) осуществлена в 4 случаях. Остаточная полость была ликвидирована путем наложения эндошва, частичной перичистэктомией со сближением краев полости и наружным дренированием.

Чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) абсцесса остаточной полости эхинококковой кисты печени под контролем УЗИ выполнено 57 больным. Повторное ЧПД абсцесса остаточной полости эхинококковой кисты печени выполнено 10 пациентам. При нагноившихся эхинококкозе селезенки у 5 больных сопутствующими патологиями первым этапом операции являлся ЧПД. Послеоперационный перитонит у 2 больных после ЧПД абсцесса селезенки явился показанием к спленэктомии традиционным способом.

Рациональная хирургическая тактика с учетом характера и степени поражений желчных путей и мероприятия по профилактике развития послеоперационных осложнений позволили получить в целом благоприятные результаты. Применение малоинвазивной технологии в лечении осложненных эхинококковых кист печени снижает процент послеоперационных осложнений и сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Юнусов Р.С., Рузматов А.Э., Ходжаев Х, Исхаков Н.Б

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Наманганский филиал**

В настоящее время доступными методами диагностики острого панкреатита (ОП) являются ультразвуковое исследование (УЗД), ЭГДС и МСКТ. Эти исследования позволяют определить изменений в самой поджелудочной железе и окружающих тканей.

Цель улучшить эффективность методов диагностики деструктивных форм острого панкреатита.

Со времени открытия Наманганского филиала РНЦЭМП на лечении с деструктивными формами острого панкреатита находились 3357 больных.

Для постановки диагноза у всех больных при поступлении оценивали клиническую картину, выполняли общеклинические и развернутые биохимические анализы крови, применяли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и при необходимости компьютерную томографию (МСКТ). УЗИ проводили на аппаратах ENVISOR фирмы "Philips" и XUCAN YES фирмы "Xucan", цветового и энергетического доплеровского картирования. КТ выполняли на мультиспиральном томографе Siemens somatom emotion-6 (80034) фирмы "Siemens". Использование диагностического алгоритма позволило оптимизировать лечебную тактику.

У 295 (82,6%) больных выявлены ряд сопутствующих патологий, влияющие на дальнейшее течение болезни, создавая дополнительные проблемы в процессе лечения больных.

На УЗИ признаки отека панкреатита были выявлены у 192 (53,9%) больных, панкреонекроза – у 104 (29,2%). Билиарная гипертензия при УЗИ обнаружена у 33 из 57 больных с обструкцией общего желчного протока.

Деструктивный холецистит выявлен у 31 (8,7 %) больных. Динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ скрининг) позволило оптимально оценить изменений в ПЖЖ и окружающих её органов. У 98 (27,7%) пациентов поджелудочная железа и внепеченочные желчные протоки не были доступны осмотру из-за выраженного пневматоза кишечника. У 103 больных выявлена свободная жидкость в брюшной полости, у 41 больных жидкость в сальниковой сумке. У 146 больных при УЗИ были обнаружены признаки панкреонекроза: увеличение размеров ПЖЖ установлено у 79 больных, неровные контуры железы - у 67.

При выраженных инфильтрациях в эпигастральной области у 60 (16,9%) пациентов контуры ПЖЖ на УЗИ оказались неотчетливой. Ограниченные нечеткие, жидкостные участки в толще паренхимы железы выявлены у 56 (15,7%) больных. При забрюшинных инфильтрациях и гнойных осложнениях выявлено увеличение экзогенности паранефральных областей с ограничением подвижности почек, а также скопление жидкости вокруг почек и в парааортальной зоне.

ЭГДС первые 24 ч после поступления больных выполнены в 96 % наблюдениях. При этом обратили внимание на наличие стекловидной отечности в области большого дуоденального сосочка (БДС) и на наличие желчи в просвете ДПК. У 22 больных выявлены ущемленные камни у БДС.

У 83 больных проведено МСКТ. По результатам исследования у 22 больных (26,5%) выявлено было поражение более 50% паренхимы ПЖЖ, у 19 (22,9%) - от 30 до 50% паренхимы, у 42 (50,6%) - менее 30%. У 36 (43,8%) больных на фоне изменений структуры поджелудочной железы выявлена свободная жидкость в брюшной полости.

Степень тяжести острого панкреатита определяли с использованием томографического индекса (CT Severity Index - CTSI), который разработала группа Balthazar. Для расчета CTSI к баллам степени воспалительных изменений в поджелудочной железе прибавляют баллы.

Отсутствие некроза (0 балл) в нашем наблюдении не отмечалось, некроз одной трети поджелудочной железы – (2 бала) выявлено у 50,7% больных, некроз половины поджелудочной железы (4 балл) - у 23,3% больных, некроз более половины ПЖ (6 балл) у 26,0% больных. (Балльная система Balthazar 1985 г)

Оценка тяжести состояния больного по балльной системе Balthazar, УЗИ не только имеет высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к оперативному вмешательству и дифференцированного подхода при выборе методов комплексного лечения. Применение методов оценки состояния у больных с ОП позволяет выбрать правильную тактику лечебно-диагностических мероприятий и сроков оперативного вмешательства. Применение ультразвуковой диагностики, МСКТ и динамический скрининг позволяет выбрать правильную лечебную тактику.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Юнусов Р.С., Рузматов А.Э., Жабборов Б., Ходжаев Х., Исхаков Н.Б.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Наманганский филиал**

В настоящее время заболеваемость, инвалидизация и смертность от острого панкреатита и его осложнения занимает одно из ведущих мест среди острой хирургической патологии брюшной полости. Заболеваемость острым панкреатитом в мире колеблется от 4,8 до 75 случаев на 100 000 населения (Ситкин С.И. 2016). По литературным данным у 20% больных развивается тяжелый панкреатит. Летальность при острым панкреатите около 10%, а при тяжелых формах достигает от 30 до 80 %.

Цель улучшить результатов лечения больных с осложненными формами острого панкреатита.

В Наманганском филиале РНЦЭМП в период с 2000 по 2017гг. находились на лечении с деструктивными формами оперированы 357 больных. Мужчин было 161, женщин 196. Основной контингент больных (40,2%) составляли пациенты в возрасте до 65 лет.

Этиологическими факторами панкреатита по нашим данным у 265 (74,2%) больных является ЖКБ, алкогольное поражение ПЖЖ - у 45 (12,6%), травматическое повреждение поджелудочной железы – у 42 (12,0%). У 5 (1,5%) пациентов острый панкреатит сочетался сахарным диабетом. 52,6 % больных поступили спустя 24 часов от начало болевого приступа.

Основной контингент больных этой группы первоначально госпитализированы в отделение реанимации.

При поступлении больных в начальных стадиях болезни для определения тяжести состояния наряду с сложными системами мы применяем более простые методы прогноза, учитывающие общедоступные признаки болезни. (Багненко С.Ф. и соавторы 2004г.)

Из-за выраженного болевого синдрома у 25% больных болевой приступ купировали применением наркотических анальгетиков. У 30% больных появились цианотические изменения в виде фиолетовых пятен на лице и конечностях, а также выраженная гиперемия кожных покровов – «красное каллекреиновое лицо». Эти изменения свидетельствуют о наличии глубоких гемодинамических и микроциркуляторных расстройств в организме больных (начальное проявление полиорганной недостаточности). Гемодинамические нарушения наблюдали у 35% больных. Респираторный синдром в виде учащенного дыхания и рентгенологические признаки пневмонии и плеврита выявлены у 28% больных. Динамическая кишечная непроходимость выявлены – у 70%.

За последнее время увеличивается удельный вес лапароскопических операций при деструктивных формах панкреатита. Показанием к проведению лечебно-диагностический лапароскопии являлись наличие симптомов ферментативного перитонита, некупированные приступы болезни в течении 72 часов. У 61 (17%) больных оперативные вмешательства начинали с видеолaparоскопии. Из них: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки 6,6%, лапароскопическая санация + наложение холецистостомы + дренирование сальниковой сумки и брюшной полости 3,3%, Лапароскопическая санация + ЛХЭ + дренирование

сальниковой сумки, брюшной полости у 2,4%, Лапароскопическая санация + ЛХЭ + дренирование общего желчного протока через культю пузырного протока 1,8%

Хирургическое вмешательство лапаротомным доступом операции выполнены у 296 (82,9%) больных. Рациональным доступом в полость сальниковой сумки является широкое рассечение между зажимами желудочно-ободочной связки вплоть до уровня нижнего полюса селезенки по большой кривизне желудка. По результатам оценки состояния ПЖЖ можно планировать дальнейшие тактические действия. У 109 (30,4%) больных обнаружен некроз ПЖЖ в области тела, у 145 (40,6%) - тела и хвоста, а у 103 (28,9%) – тотальное поражение паренхимы ПЖЖ. Мелкоочаговый субтотальный жировой панкреонекроз диагностирован у 103 (28,9%) больных, субтотально-тотальный геморрагический панкреонекроз – у 144 (40,4%), тотальный гнойный панкреонекроз – у 110 (30,7%).

Центральная забрюшинная флегмона обнаружена у 34 (9,6%), распространение гнойно-некротических процессов в парапанкреальное пространство – у 22 (6,3%), в области брыжейки поперечно - ободочной кишки – у 18 (5,0%), паранефральной – у 16 (4,4%), тазовой клетчатки – у 10 (2,8%) больных. С целью адекватного дренирования гнойно-некротических очагов установление сквозных дренажных трубок осуществляется справа через «Винслово» отверстие, слева через люмботомный разрез забрюшинной области, который проходит забрюшинное пространство слева до хвостовой части ПЖЖ.

У 77 (21,7%) больных проведено широкое вскрытие забрюшинных скоплений дополнительными люмботомными разрезами. Повторные операции с широкой мобилизацией правой и левой половины ободочной кишки выполнены у 19 (5,4%) больных. Обязательным по возможности во время первого оперативного вмешательства является установление назоинтестинального зонда, который в послеоперационном периоде используется для проведения энтерального питания.

Протокол в реанимационных мероприятиях включили инфузионно-трансфузионную терапию, перидуральное обезболивание, внутриаортальное введение лекарственных препаратов. Лечение острого панкреатита основывается на последних международных рекомендациях, разработанных Международной ассоциацией панкреатологов (IAP) и Американской панкреатической ассоциацией (APA).

Послеоперационная летальность составила 17,6 % (63 больных), основной причиной смерти больных являлась полиорганная недостаточность, которая наблюдалась у 106 (29,8%)

Применение лапароскопических операций (санации и дренирование) позволили избежать травматичных хирургических вмешательств. Открытые методы хирургических вмешательств и этапная санация сальниковой сумки у тяжелобольных позволили улучшить результатов лечения.

МЕТОДЫ ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ

Юсупов Ж.Б., Абдурахмонов А.Х., Рашидова Ш.У.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема пневмонии сегодня не менее актуальна, чем много лет назад. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в ряде стран в конце 80-х и начале 90-х годов, свидетельствуют о тревожных тенденциях в отношении распространенности пневмоний. В США ежегодно диагностируется 3 000 000 - 4 000 000 случаев внебольничной пневмонии, из которых более 900 000 госпитализируется. Из числа последних непосредственно от внебольничной пневмонии ежегодно умирают более 60000 человек.

Цель исследования: улучшение рентгенологической диагностики пневмонии на основе использования метода малодозовой цифровой рентгенографии.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленных задач нами проведен анализ результатов динамического клинико-рентгенологического исследования 204 больных с легочными заболеваниями, поступивших в клинику АГМИ в период 2015 – 2017гг с направительным диагнозом пневмония.

Результаты исследования у наблюдаемых нами больных имели место преимущественно односторонняя локализация (80,4%). Преобладал полисегментарный (46,1%) и долевого (37,7%) объем поражения. Инфильтративные изменения в основном локализовались в верхней (39,2%) и нижней доле справа (38,2%). Литературные источники свидетельствуют о более частой локализации пневмонии в правом легком. По нашим данным преимущественно правосторонняя локализация пневмония встречалась у 117 (57,3%) больных, левосторонняя - у 87 (42,6%).

При микробиологическом исследовании мокроты наиболее часто, как монокультура выделялся *Streptococcus pneumoniae* (17,6%). У наблюдаемых нами больных выявилась высокая частота смешанной микрофлоры в виде ассоциаций аэробных грам (+) и грам (-) бактерий (17,1%), причем среди аэробных грам (-) бактерий преобладала *P.aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Echerichia coli*; среди грам (+) - *S. aureus*. Такое распределение объясняется длительностью пребывания больных в стационаре, предшествующим применением антибиотиков, тяжелой сопутствующей патологией.

В структуре легочных осложнений наибольшее место занимало абсцедирование (36,2%) и множественная деструкция (18,6%). В 13,7 % случаев наблюдалась эмпиема плевры. У 54 (26,5%) больных наблюдались сочетания осложнений: множественная деструкция деструкция - плеврит 12 (5,8%), абсцесс - плеврит 18 (8,8%), абсцесс - эмпиема плевры 24 (11,7%).

В основной структуре наблюдаемых нами пневмоний в 54,9% случаев преобладало затяжное течение более 3-4 недель. 6 (2,9%) больных было прооперировано. Показанием к операции послужило формирование ригидного легкого, хронических полостей в легком, бронхо-плевральные свищи.

Вывод. Исследование исходов пневмонии показало, что полное разрешение инфильтративных изменений наблюдалось только в 18,6% случаев. Наиболее частым исходом осложненного течения пневмонии в наших наблюдениях оказались: ограниченный фиброз (27,4%), фиброз с остаточными полостями (16,6%), плевральные шварты (13,7%).

ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ

Юсупов Ж.Б., Абдурахмонов А.Х., Рашидова Ш.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из причин несвоевременной диагностики пневмонии является недостаточная чувствительность традиционного рентгенологического метода в диагностике и дифференциальной диагностике осложненной пневмонии и других заболеваний легких. Появление и совершенствование нового направления в лучевой диагностике - цифровой рентгенографии - позволяет улучшить диагностику пневмоний. Особенно следует отметить отечественные цифровые рентгенографические системы сканирующего типа, получившие широкое распространение в нашей стране. Аппараты данного класса имеют ряд существенных преимуществ. Высокая контрастная чувствительность позволяет обнаруживать малоинтенсивные очаговые тени и участки инфильтрации в легких при очень малых дозах облучения.

Цель исследования. Улучшение диагностики осложненной пневмонии методом малодозовой цифровой рентгенографии.

Материалы и методы исследования: В 2016-2018 гг. были обследованы 240 пациентов, находившиеся на лечении в клинике АГМИ с осложненным течением пневмонии, в возрасте от 17 до 80 лет, наибольшее число больных (43,1%) составили пациенты в возрасте 31-50 лет.

Результаты исследования. Из общей совокупности больных было сгруппированы четыре нозологических группы с заболеваниями: пневмония с неосложненным течением, пневмония с осложненным течением (абсцесс, эмпиема, плеврит), туберкулез, рак. Для изучения возможностей цифровой рентгенографии в дифференциальной диагностике осложненной пневмонии был проведен сравнительный анализ сочетаний двух рентгенологических и одного клинического признака с определением чувствительности для осложненной пневмонии и специфичности по отношению к туберкулезу и раку. Было сформировано 50 групп сочетаний признаков, из которых мы выделили 4 группы, обладающие наиболее высокой чувствительностью (не менее 85%) и специфичностью (не менее 85%). Результаты наших исследований показали, что для осложненной пневмонии максимальной чувствительностью 100% обладает сочетание односторонней локализации, плевральной реакции, острого начала с исходом в пневмофиброз, при этом специфичность комплекса по отношению к туберкулезу была 95,24%, к раку - 100%. Результаты показали, что такие критерии, как зависимость течения заболевания от локализации изменений в определенных долях или сегментах, наличие фоновых заболеваний характеризуются низкой специфичностью (менее 50%), а следовательно имеют малую практическую значимость для дифференциальной диагностики. Также не обладали достаточной чувствительностью для дифференциальной диагностики сочетание признаков характера рентгенологических изменений и типа возбудителя (менее 85%). По данным наших исследований, наибольшее значение для дифференциальной диагностики (чувствительность и специфичность не менее 85%) осложненной пневмонии, рака и туберкулеза имеют следующие сочетания признаков: острое начало заболевания, односторонняя локализация, плевральная реакция, доленое поражение, динамика в течение 21 дня с исходом в пневмофиброз.

Выводы. Цифровое изображение рентгенологических симптомов осложненной пневмонии имеет особенности: 1) неоднородная структуры затемнения более выражена по сравнению с пленочными снимками и обусловлена отображением инфильтрации, элементов усиления легочного рисунка и сохранившимися воздушность дольками; 2) четкость контуров инфильтратов и очагов не зависит от их оптической плотности, т.к. с цифровым изображением в большей степени связана дискретность; 3) большой динамический диапазон позволяет выявить на фоне инфильтрации полости распада, оценить паренхиму легкого за плевральными изменениями.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

Якубов Д., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Черепно-мозговые травмы занимают ведущее место среди других видов механических повреждений. Повреждения черепа и головного мозга преобладают среди лиц в возрасте 20-49 лет, т. е. у наиболее активной категории населения (Бурцев Е.М., 1978, Шмидт В.К., Панкова М.В., 1985, Алиев М.Н., 1985, Шевчук В.А., 1985.).

В большинстве случаев травма головы сочетается с повреждениями других частей тела, отличается тяжелым клиническим течением и высокой смертностью, особенно в первые часы и в первые сутки после травмы (Мурашев Е.В., 1971, Лихтерман Л.Б., Хитрин Л.Х., 1973, Дементьева Н.М., Постыльчанский Л.С., 1979, Иргер И.М., 1982, Киселев В.П., Самойлович Э.Ф., 1985). Большая частота и высокая смертность при повреждениях головы в сочетании с поражением активной категории населения подчеркивает социально-медицинскую значимость черепно-мозговых травм.

Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2011 по 2016 гг. находились 80 больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами. Больные в возрасте от 1 года до 60 лет. Наибольшее количество больных в возрасте от 20 до 45 лет – 51 больной (63,7 %). При распределении по полу мужчин – 60 (75,0 %) больных, женщин – 20 (25,0 %) больных.

При распределении по механизму травмы – автодорожная травма – 38 (47,5 %) больных, падение с высоты - 26 (32,5 %) больных, травма в результате побоев – 16 (20,0 %) больных.

Сочетание черепно-мозговой травмы с повреждениями других органов и систем было отмечено у 9 (11,2 %) больных – повреждения грудной клетки и органов грудной полости (легких) – 1 (1,2 %) больной, повреждения органов брюшной полости – 3 (3,7 %) больных, переломы костей нижних конечностей – 5 (6,2 %) больных.

Неврологическое состояние больных оценивалось по шкале Глазго – от 9 до 3 баллов. У части больных с момента поступления отмечалась анизокория – 34 (42,5 %) больных. Положительными были симптомы Бабинского, Кернига, Россолимо.

При рентгенологическом исследовании из 80 больных у 51 (63,7 %) больных были отмечены повреждения черепа – у 47 (58,7 %) больных на рентгенограммах были выявлены линейные переломы и у 4 (5,0 %) больных вдавленные переломы костей свода черепа. У 17 (21,2 %) больных черепно-мозговая травма носила открытый характер – с истечением ликвора из наружного слухового прохода (отолликворея), из носовых ходов (риноликворея).

Учитывая возможность транспортабельности больных в 21 (26,2 %) случае, проведено МРТ исследование; у 16 (20,0%) больных были выявлены посттравматические объемные образования; у 11 больных эпи- и субдуральные гематомы и у 5 больных- гидромы. В остальных 5 случаях на МРТ были отмечены явления ушиба головного мозга.

Лечение больных проводилось под наблюдением нейрохирургов в отделении нейрореанимации.

При подозрении на сдавление головного мозга у 27 больных проведено оперативное лечение – экстренная декомпрессивная трепанация черепа с ревизией эпи- и субдурального пространства головного мозга. В 25 случаях были обнаружены гематомы (у 4 больных была обнаружена внутримозговая гематома) и гидромы полушарий головного мозга, которые были удалены. И в 2 случаях отмечены явления тяжелого ушиба вещества головного мозга. Остальным 53 больным проводилась консервативная медикаментозная терапия.

В результате проведенного комплексного медикаментозного лечения 63 больных были выведены из тяжелого состояния и для продолжения дальнейшего лечения переведены в неврологические стационары планового типа. Летальность в наших наблюдениях составила 21,5 % - 17 случаев, из них в первые сутки после травмы умерло 11 больных, и в последующие 3-7 суток -6 больных.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ (СЧМТ) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

**Якубов Д., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Шок при СЧМТ развивается на фоне кровопотери, что резко отягощает его течение и осложняет лечение. При низком (ниже 60— 40 мм рт. ст.) АД нарушается саморегуляция мозгового кровообращения и создаются условия для ишемии мозга. Они возникают особенно часто при СЧМТ с травмой грудной клетки (множественные переломы ребер, пневмоторакс, пневмогемоторакс).

При СЧМТ шок может развиваться на фоне бессознательного состояния (комы). Кома не является барьером для прохождения болевого импульса, не препятствует развитию шока.

При травматическом сдавлении мозга (внутричерепная гематома, ушиб-размозжение мозга, отек мозга) шок может сопровождаться -брадикардией. Эректильная фаза шока у таких больных может быть продолжительной. При этом систолическое АД может быть нормальным, но пульсовое давление уменьшается (реже увеличивается); пульс слабого наполнения.

При СЧМТ шок может развиваться на фоне первичного или вторичного поражения ствола головного мозга. При этом развиваются тяжелые стволые нарушения сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, которые наслаиваются на нарушения, обусловленные шоком и кровопотерей. Возникает замкнутый порочный круг, когда стволые нарушения жизненно важных функций поддерживают подобные нарушения, обусловленные шоком, и наоборот.

Выделяют 3 фазы геморрагического шока у лиц с множественной травмой .

1-я фаза — от момента травмы до операции.

2-я фаза — ранний послеоперационный период.

3-я фаза — мобилизационная и диуретическая.

Наличие шока у больного с ЧМТ, у которого при первичном осмотре не было выявлено серьезных повреждений, является безусловным показанием к повторному и очень тщательному осмотру. В этих случаях шок является косвенным указателем на наличие серьезных повреждений (переломы таза, травмы внутренних органов, переломы трубчатых костей и др.).

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ.

**Якубов Д., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Во всех странах мира отмечается постоянный рост травматизма. Сочетанные травмы как наиболее тяжелый вид повреждения характеризуется высокой и не имеющей тенденции к снижению летальности, составляющей от 23.3-85%, и длительной утратой трудоспособности и высоким уровнем инвалидности (от 25 до 80%), превышающей в 10 раз таковой при изолированных повреждениях.

Снижение объема циркулирующей крови (ОЦК) (вследствие внутреннего и наружного кровотечения), несоблюдение правил транспортировки и иммобилизации, неправильный выбор обезболивания и должного метода лечения в различных периодах травмы создаёт своеобразную повышенную готовность к травматическому шоку, возникающему на фоне нормальных показателей артериального давления, что позволяет в данных случаях подозревать о «скрытом шоке», который при тяжёлых черепно-мозговых травмах (ЧМТ) может развиваться в течение 2-х недель и более. Как свидетельствуют данные литературы, операции на конечностях должны быть осуществлены на 2-3 сутки постшокового периода, так как при этом количество возможных осложнений будет меньше, чем при операциях, выполненных в состоянии травматического шока.

Наши исследования основаны на анализе 315 больных за период с 2016-по 2017 г., прошедших комплексное обследование и лечение в Андижанском филиале РНЦЭМП.

В исследуемых группах у всех 315 (100%) больных черепно-мозговая травма, из них травмы позвоночника и спинного мозга встречались в 88 (27,9%), травмы конечностей – 123 (39%), травмы костей таза – 37 (11,7%), травмы грудной клетки наблюдались в 67 (21,2%) случаев.

Ведение больных с ЧМТ при повреждениях опорно двигательного аппарата (ОДА). В условиях работы РНЦЭМП позволило выработать нам следующую тактику ведения пострадавших: на догоспитальном этапе объем медицинской помощи включал раннее выполнение лечебных мероприятий, направленных на остановку наружного кровотечения с наложения асептических повязок, иммобилизации предполагаемых поврежденных конечностей, обезболивание и своевременная правильная транспортировка больного, включая попутный транспорт; госпитальный этап включал медицинскую помощь начинающуюся с проведения противошоковых мероприятий, направленных на возмещение ОЦК с дальнейшей коррекцией и восстановлением витальных функций организма, нормализации иммунной системы и обмена веществ. По ходу проведения лечебных мероприятий выполнялись необходимые диагностические мероприятия с применением клинических, лабораторных, рентгенологических, электрофизиологических и других инструментальных методов исследования.

При выявлении критических состояний возникающих вследствие травмы (асфиксия, кровотечение, повреждение внутренних органов), выполнялись оперативные вмешательства последовательность которых определялась по жизненным показаниям. На поврежденных конечностях ОДА выполнены малоинвазивные вмешательства.

При определении объема дальнейшего лечения и выбора оперативного пособия мы ориентировались на следующие показатели: АД выше 100 мл.рт.ст; ЦВД-100 мм.вод.ст; пульс менее 100 в мин, диурез выше 50 мл в час.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.

Якубов Д., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Одним из частых осложнений, которые угрожают жизни больного при сочетанных черепно-мозговых травмах, является внутричерепная гипертензия (ВЧГ). В отделения нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2012 по 2017 гг. госпитализированы 615 больных с черепно-мозговой травмой. Среди этих больных синдром ВЧГ развился у 178 (29% больных). Для предупреждения таких состояний как снижение перфузии мозга с формированием ишемического поражения, а также дислокационных нарушений, приводящих к ущемлению ствола мозга, нередко приходилось проводить хирургические вмешательства. Так, при удалении внутримозговых гематом, особенно локализованных в двигательной зоне (у 145 (23%) пострадавших), нередко вводили катетер в ложе гематомы для промывания полости с целью более полного и нетравматического удаления сгустков крови. Для этого использовали эластичные поливинилхлоридные двух просветные Y-образные катетеры, соединенные с проточно-отточной системой. Такие же катетеры устанавливали в полость бокового желудочка для мониторинга внутричерепного давления и дозированного выведения ликвора при внутричерепной гипертензии (у 119 (19%) пострадавших).

Дренирование цереброспинальной жидкости моментально снижало внутричерепное давление (ВЧД) посредством уменьшения внутричерепного объема. Следует отметить, что дренирование даже небольшого количества ликвора может значительно снижать ВЧД, особенно если податливость мозга уменьшена на фоне травмы. В наших исследованиях во время вмешательств на задней черепной ямке с интраоперационным мониторингом ВЧД предварительная вентрикулостома с выведением 5–10 мл ликвора способствовала быстрому и значительному снижению ВЧД с патологических значений (35–40 мм рт. ст.) до нормальных величин (в 55% случаев).

IV-РАЗНОЕ

МИКРОАНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАКЦИИ СОСУДИСТОГО РУСЛА В НЕСВОБОДНОМ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОМ ПАХОВОМ ЛОСКУТЕ ПОСЛЕ ЕГО ПЕРЕСАДКИ

Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить сосудисто-тканевые реакции в несвободном паховом лоскуте при различных способах обработки сосудистой ножки.

Материалы и методы исследования: полученные новые данные об адаптивно-интегративных процессах в несвободном паховом кожно-фасциальном лоскуте после его пересадки будут иметь важное теоретическое и практическое значение в разработке новых подходов к проблеме аутотрансплантации и комплексов тканей.

Результаты исследования: 1. Сосудисто-тканевые реакции в процессе адаптации и интеграции несвободного аксиального пахового лоскута протекают по определенным закономерностям в 3 периода: I - период острых сосудистых нарушений и травматического воспаления (1-7-е сутки); II - период образования сосудистых связей и пролиферации (5 - 14-е сутки); III - период окончательной перестройки сосудистого русла и реорганизации несвободного пахового лоскута (с 14-х суток).

Выполнение пери артериальной симпатэктомии вызывает длительную вазодилатацию сосудов (90 - 180-е сут), повышает численную плотность артерий и достоверно увеличивает вероятность возникновения осложнений (длительный отек лоскута и некроз).

Перивенозная симпатэктомия является причиной длительной вазодилатации, которая сохраняется до отдаленных сроков (90-е и 180-е сут) и вызывает процесс редуцирования сосудистого русла. При этом достоверно увеличивается частота осложнений (венозный тромбоз, цианоз и длительный отек лоскута).

Комбинированная симпатэктомия сосудистой ножки лоскута приводит к длительной вазодилатации (до 30-х сут), снижению численной плотности сосудов, а также увеличению частоты осложнений на ранних сроках (венозный тромбоз, цианоз и длительный отек лоскута).

Выводы: 1. На основании полученных данных выполнение симпат-эктомии сосудистой ножки лоскута крайне нежелательно. При наличии острой необходимости ее выполнения, целесообразно ограничиться периартериальной симпатэктомией, учитывая минимальное количество осложнений, возникающих после нее.

2. В постоперационном периоде следует обращать особое внимание на продолжительность отека лоскута, поскольку его длительность может стать патогенетическим звеном неблагоприятного исхода приживления и увеличивает риск инфекционных осложнений.

МОРФО-ТОПОМЕТРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Выявить закономерности изменчивости морфо-топометрических параметров костных структур затылочно-позвоночной области и опорных комплексов позвоночного столба в норме и при деформациях для оптимизации выбора адекватных типоразмеров фиксирующих и корригирующих металлоконструкций.

Материалы и методы исследования: работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ АГМИ кафедры анатомии.

Результаты исследования: размеры и форма костных структур затылочно-позвоночной области характеризуются определенными особенностями возрастной, половой, индивидуально-типологической, билатеральной изменчивости и взаимосвязаны с базиллярным указателем. Периметр большого отверстия существенно больше придолихобазиллярном черепе, чем при мезо- и брахибазилляр-ном. Размеры затылочных мышцелков значительно увеличиваются с возрастом, чем размеры верхних суставных ямок. Площадь затылочных мышцелков преобладает над площадью верхних суставных ямок в среднем на 25 мм² (p<0,01), форма их суставных поверхностей совпадает в 15,7% у левого, в 21,4% у правого и в 15,5% случаев у обоих атланта-затылочных суставов.

В зоне максимальной сколиотической деформации на наружной стороне дуги искривления отмечается увеличение параметров: высоты тела, ножки дуги и самой дуги, ширины, угла и угла наклона ножки дуги, остисто-поперечного и ножечно-фасеточного расстояний, частоты отклонения остистого отростка, происходящее на фоне уменьшения ножечно-краевого и остисто-поперечного расстояний. В зависимости от уровня локализации сколиоза морфо-топометрическим характеристикам костных структур 1 опорных колонн позвоночного столба при грудном сколиозе свойственны минимальные различия ширины ножки дуги (1,2 мм) и высоты тела (2,7 мм); при поясничном - максимальные различия ножечно-краевого расстояния (4,9 мм), высоты тела (4,8 мм) и ширины ножки дуги (1,4 мм), \ минимальные различия высоты (1,7 мм) и углов ножки дуги (2,0-4,0°); при 5 I ч 1 грудно-поясничном сколиозе - максимальные билатеральные различия высоты ножки дуги (2,2 мм), угла и угла наклона ножек дуг (6,0°).

Угол ножки дуги позвонка обладает противоположной изменчивостью по сравнению с углом наклона ножки дуги. При установке транспедикуляр-ных фиксирующих металло конструкций необходимо учитывать закономерности изменчивости ориентации ножек дуги позвонка ко всем трем координатным плоскостям.

Адекватный выбор типоразмеров фиксирующих и корригирующих металлоконструкций на этапе

предоперационного планирования с использованием консультативных таблиц-картоидов изменчивости морфо-топометрических характеристик костных структур опорных комплексов позвоночного столба снижает уровень интраоперационных технических осложнений на 6,7-18,9% в зависимости от уровня локализации деформаций, в среднем на 13%.

Выводы: рекомендуется использовать при выборе методов хирургической коррекции деформаций позвоночного столба, созданную информационную базу в виде консультативных таблиц-картоидов изменчивости морфо-топометрических характеристик костных структур опорных комплексов позвоночного столба с учетом пола и возраста, что позволит сократить сроки предоперационного планирования технической тактики, повысить надежную стабилизацию позвоночника и раннюю социальную адаптацию пациентов после хирургического вмешательства.

САМОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить закономерности формы и строения стопы человека, ее функциональные особенности в зависимости от типа телосложения, пола, возраста в период постнатального формирования и установить изменения стопы под воздействием различных физических нагрузок.

Материалы и методы исследования: Результаты исследования будут полезны в учебном процессе на кафедрах анатомии человека и ОХТА.

Результаты исследования: В период первого детства тендерные различия стоп не выявляются; соматотипические различия обнаруживаются. Стопа детей-нормостеников (группа контроля) характеризовалась следующими анатомическими параметрами: длиной - $193 \pm 1,7$ мм, длиной переднего — $75,5 \pm 0,7$ мм, среднего - $60,2 \pm 0,6$ мм изаднего - $57,3 \pm 0,48$ мм, шириной - $66,35 \pm 0,71$ мм, отношением длина-ширина - $2,91 \pm 0,02$, площадью опоры

9 9 о суммарной - $44,4 \pm 2,3$ см², ее переднего - $19,0 \pm 0,9$ см², среднего - $10,6 \pm 0,9$ см² и заднего - $12,6 \pm 0,6$ см² отделов, коэффициент К - $0,88 \pm 0,03$, угол I пальца - $7,4 \pm 0,53^\circ$, V пальца - $8,44 \pm 0,56^\circ$, пяточный угол - $6,64 \pm 0,73^\circ$.

По сравнению с контрольными данными, полученными у детей нормостенического типа, стопа гиперстеников имеет большую длину (на 3,4 %) и ширину (на 6,2%).

Стопа девочек, нормостеников (группа контроля) характеризуется следующими параметрами: общая длина - $212,18 \pm 0,96$ мм, длина переднего — $83,24 \pm 0,72$ мм, среднего - $66,32 \pm 0,32$ мм и заднего» $63,6 \pm 0,4$ мм; отделов; ширина - $71,99 \pm 0,38$ мм; отношение длина - ширина - $2,96 \pm 0,01$, коэффициент К - $0,7 \pm 0,02$, опорная поверхность суммарная - $51,31 \pm 1,24$ см², ее переднего $22,18 \pm 0,58$ см², среднего - $16,33 \pm 0,71$ см²; и; заднего - $12,88 \pm 0,37$ см² отделов, угол* I пальца: - $8,44 \pm 0,25^\circ$, У пальца-- $8,75 \pm 0,27^\circ$, лмточный угол - $8,8 \pm 0,61$.

У девочек, гиперстеников по сравнению с контролем; стопа имеет большую длину (на 1,3%), ширину (на 5,8%), суммарную опорную , * ' . • - 1 > поверхность (на 11,1%).

У девочек-астеников стопы в большинстве случаев характеризуются меньшими показателями: длиной; на: 2,7%, - шириной! на 4,5%, суммарной: площадью стопы на 16,1%.

Стопа мальчиков-нормостеников, (группа контроля) характеризуется следующими анатомическими параметрами: длина общая - $216,4 \pm 1,07$ мм-и ее переднего - $84,04 \pm 0,45$ мм, среднего - $67,37 \pm 0,34$ мм, заднего ($64,87 \pm 0,37$ мм) отделов, ширина - $74,05 \pm 0,38$ мм, отношение длина - ширина - $2,93 \pm 0,01$, коэффициент К - $0,69 \pm 0,01$, опорная, поверхность суммарная: - $49,43 \pm 1,14$ см², ее переднего - $21,64 \pm 0,53$ см², среднего - $14,89 \pm 0,67$ см² и заднего $12,97 \pm 0,34$ см² отделов; углы I - $7,53 \pm 0,24^\circ$, V - $8,23 \pm 0,26^\circ$ пальцев! и пяточный угол - $8,6 \pm 0,24^\circ$.

У мальчиков с гиперстеническим телосложением параметры стопы: общая длина (на 2,3%), длина среднего (на 3,2%), заднего (на 2,5%) отделов, ширина (на 6;8%), опорная поверхность всей стопы (на 23,5%) и ее отделов, углы I (на:9;4%) и V (на 14,6%) пальцев, имели большие значения по сравнению с группой контроля.

У мальчиков-астеников: второго периода. детства параметры стопы меньше; контрольных значений: длина на 0,8%, - длина переднего отдела на 1,8%, длина среднего отдела на 0,5%, суммарная площадь опоры, на 8,4%, угол I пальца на 14,7%.

Вывод: тип телосложения, возраст и пол в постнатальном онтогенезе определяют форму и структуру стопы, ее морфологические характеристики, закономерности изменения линейных показателей (длины всей стопы, ее отделов и ширины), физиологические свойства и особенности реакции на физические нагрузки.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ДЕТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т., Дадаханова Р.А., Ибрагимова Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы - установить влияние бронхиальной астмы на состояние специфической и неспецифической резистентности у детей.

Были обследованы 35 больных детей в возрасте от 12 до 15 лет, находившихся на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы (БА). У 11 (32%) из них установлена атопическая БА, у 13 (36%) - инфекционно-аллергическая и у 11 (32%) - смешанная форма БА. У 9 больных БА была легкой степени тяжести, у 21 – средней и у 4 тяжелое течение БА с частыми обострениями.

Больные дети были обследованы в периоды обострения и ремиссии. Здоровый фон составлял 20 детей.

В результате наших исследований установлено, что у детей больных БА, резко нарушается иммунный статус, что проявляется в дисбалансе иммунокомпетентных клеток, резком увеличении содержания Ig A и Ig G. Эти

изменения, видимо, не зависят от возраста больных, так как аналогичные нарушения были выявлены другими исследователями при обследовании больных БА взрослых людей.

Выявлено, что тяжесть заболевания зависит от степени дисбаланса клеточного звена иммунитета и дисиммуноглобулинемии.

Кроме того, при бронхиальной астме происходит нарушение гуморальных и клеточных факторов неспецифической резистентности организма, что проявляется в снижении активности фагоцитоза, лизоцима и комплемента. Степень этих нарушений также зависела от тяжести клинического процесса.

В тоже время, в периоды ремиссии полного восстановления иммунного статуса у подавляющего числа больных не происходит, поэтому в комплекс лечения больных БА, особенно со средней степенью тяжести и тяжелыми ее формами, необходимо включать иммунокорректирующие препараты.

МИКРОФЛОРА ТОЛСТОЙ КИШКИ У МОРСКИХ СВИНОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА

Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т., Ибрагимова Л.М., Р.А.Дадаханова.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель эксперимента - изучение количественного и качественного состава резистентной микрофлоры полости проксимального, среднего и дистального отделов толстой кишки у морских свинок при трехкратном уменьшении количества углеводов в их пищевом рационе. Выделение микроорганизмов проводили на соответствующих селективных и дифференциально-диагностических питательных средах с учетом типа дыхания и идентификацией до их видовой принадлежности.

Результаты исследования показали, что в сравнении с группой животных, находившихся на сбалансированном пищевом рационе, в опытной группе значительно повышалось общее количество микробов в проксимальном отделе толстой кишки (10171666 ± 7825 против 8110600 ± 1943 в норме) и снижалось их количество в дистальном отделе (6510933 ± 4829 против 8391999 ± 7377 в норме).

Кроме того, значительно снижалось количество лактобацилл в проксимальном (56000 ± 1974 против 1941000 ± 4182 в норме), среднем (838000 ± 1196 против 2613000 ± 4660 в норме) и дистальном отделе толстой кишки (378333 ± 1311 против 835666 ± 2700 в норме) и увеличивалось количество кишечных палочек во всех отделах толстой кишки (слившиеся колонии, не поддающиеся подсчету, во всех разведениях секрета). В динамике изменений остальных представителей резистентной микрофлоры толстой кишки, каких либо закономерностей выявлено не было.

Таким образом, дефицит углеводов в пищевом рационе может способствовать существенному качественному и количественному изменению микрофлоры толстой кишки у морских свинок, особенно в её проксимальном и дистальном отделах.

ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ПРИ ГРИБКОВО-СТАФИЛОКОККОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т., Дадаханова Р.А., Ибрагимова Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт

В эксперименте изучали характер формирования иммунологических реакций на антигены гриба *Аспергиллюс флавус* при моносенсibilизации и при различных сочетаниях плеснево-стафилококковой сенсibilизации. Опыты проводились на половозрелых морских свинках. У животных, сенсibilизированных только грибом, развивалась гиперчувствительность немедленного типа (ГЧНТ) (результаты реакций непрямой агрегации базофилов-РНДБ) и гиперчувствительность замедленного типа (индекс реакций торможения миграции лейкоцитов - ИТМЛ). РНДБ в сравнении с показателями интактных животных, достоверно повышались с 5-го по 20-й дни наблюдения с пиком высоких значений на 15-й день, а ИТМЛ достоверно снижался на 3,5,10 и 15 дни с наиболее низкими показателями на 5-й день. На 30-й день показатели РНДБ нормализовались, а показатели ИТМЛ имели явную тенденцию к нормализации. При одновременной сенсibilизации животных взвесью гриба и стафилококковым аллергеном сроки формирования ГЧНТ и ГЧЗТ к грибу не изменялись, но оказывали пролангирующее влияние на их течение, что проявилось в отсутствии нормализации показателей в отдаленные сроки (на 30-й день показатели РНДБ ($9,00 \pm 0,4$ $P < 0,001$) и ИТМЛ ($0,54 \pm 0,03$ $P < 0,001$)) были достоверно отличимы не только от интактных животных, но и от группы животных с моносенсibilизацией грибом. У животных, сенсibilизированных грибом на фоне сформированной ГЧЗТ к стафилококку, обнаружили, в сравнении с группой животных, подвергшихся моносенсibilизации грибом, достоверно более низкие показатели ИТМЛ во все сроки без какой-либо тенденции к нормализации в отдаленные сроки и достоверно повышенные показатели РНДБ ($5,91 \pm 0,81$ $P < 0,01$) с 3-го дня все последующие сроки наблюдения, включая 30-й день ($8,58 \pm 0,40$ $P < 0,01$).

В результате исследования выявлены некоторые закономерности взаимодействия аллергенов, их аллергенные свойства и антигенная структура, что позволяет использовать их для специфической диагностики.

ЭНДЕМИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Акбарова В. студент 106 гр педиатрического факультета, Абдурахманов У.К

Научный руководитель, старший преподаватель кафедры биоорганической и биологической химии, к.х.н.

Эндемическое заболевание – заболевание, характерное для определённой местности. Связано с резкой недостаточностью или избыточностью содержания какого-либо биогенного элемента в среде.

Эндемическое заболевание относится к болезням, наблюдающимся у людей длительное время на данной ограниченной территории и обусловленное природными и социальными условиями. Эндемическое заболевание

может быть связано со стойкими природными очагами инфекционных болезней лаймборрелиоз, клещевой энцефалит.

Могут быть также и неинфекционными заболеваниями, эндемический зоб, флюороз, кариес зубов, анемии, связанные, как и некоторые другие болезни, с дефицитом железа, эндемическая подагра при избытке молибдена,

уровская болезнь, дефицитом кальция, калия и натрия при избытке стронция и бария, уролитиаз (мочекаменная болезнь), зависящая от жесткости воды и др.

В.И. Вернадский, развивая учение о биосфере, установил, что химический состав организмов связан с химическим составом земной коры, что обусловлено эволюцией. В процессе эволюционного развития организм вырабатывает способность к избирательному поглощению определенных химических элементов, их избирательной концентрации в определенных органах и тканях и элиминации. Такие способности организма реализуются в процессе обмена веществ с окружающей средой. Обмен осуществляется через биогеохимические пищевые цепи. В эти цепи включаются микроэлементы горных пород, почвы, воздуха и воды, поглощаемые растениями, входящие в состав животных организмов, которые с пищей растительного и животного происхождения и отчасти с питьевой водой поступают в организм человека. Особенно существенное значение для жизни организмов имеют пороговые концентрации химических элементов, т.е. концентрации, за пределами которых происходит срыв регулирующих функций организма, и в результате этого возникает эндемическая болезнь.

В.И. Вернадский и А.П. Виноградов разработали теорию *биогеохимических провинций*, территории, характеризующиеся повышенным или пониженным содержанием одного или нескольких химических элементов в почве или воде, а также в организмах животных и растений, обитающих на этой территории. На таких территориях могут наблюдаться определенные болезни, непосредственно связанные с недостатком или избытком этих элементов. Эти болезни получили название эндемических. Существуют территории, избыточно насыщенные токсическими элементами (ртутью, кадмием, таллием, ураном), и дефицитные регионы по содержанию йода, фтора, селена и других химических элементов.

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯДА ХЕДЕРАГЕНИННИНГ ҚУЁНЛАР ЖИГАРИ ГЕПАТОЦИТЛАРИ ВА ҚОНИДАГИ КИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

**Асранов С.А., Маматалиева М.А., Сахаталиева Р.Р., Вохобов Л,
Андижон давлат тиббиёт институти**

Мавзу долзарблиги: Организмга ортиқча микдорда холестерин келиб тушганида қонда, жигар морфологияси ва гепатоцитларни метаболизмида нормадан сезиларли даражада ўзгаришлар юз беради.

Тадқиқот мақсади: экспериментал гиперхолестеринемияда хедерагениннинг жигар ва аортадаги морфометрик кўрсаткичларга таъсирини ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Ушбу тадқиқот 20 наслсиз эркак жинсидаги, дастлабки оғирлиги 2,0-3,0 кг бўлган қуёнларда 15 ва 30 кун мобайнида: 1 - гуруҳда сабзавот билан биргаликда 0,3 г/кг оғирликда кристалл ҳолидаги холестерин, 2 - гуруҳда хедерагениннинг сувдаги эритмаси 2,5 мг/кг оғирликда биргаликда берилиб бажарилди. Бунда қондаги умумий холестерин (ммоль/л), триглицеридлар (ммоль/л), эстерификация бўлмаган ёғ кислоталари (ЭБЕК) (мэкв/л), пребета- ва бета-липопротеидлар (г/л) микдорининг ўзгариши текширилди. Жигар бўлаги маркази ва перифериясидаги гепатоцитларнинг ядро ва цитоплазма ҳажми (мкм³), ядро - цитоплазма нисбати, синус (капилляр) - тўқима нисбати кўрсаткичлари қайд этилди, гематоксинин - озин ва судан билан бўялгандаги ўзгаришлар текширилди. Олинган кўрсаткичларни 2 омилли дисперсион таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: Холестерин берилган гуруҳларга нисбатан холестерин ва хедерагенин берилган гуруҳда тадқиқотни муддати ортиб бориши қондаги умумий холестерин, пре-бета ва бета-ЛП, триглицеридлар, ЭБЕКлар микдорини пасайишига пропорционал бўлди, морфометрик кўрсаткичлар холестерин олган қуёнлар гуруҳида 15- суткада юқори, 30-суткада кескин пасайиши ва ёғ дистрофиясини ривожланиши кузатилди, холестерин ва хедерагенин берилган гуруҳларда кўрсаткичлар тўлқинсимон кечди, яъни тадқиқотнинг 30 суткасида ойида юқори, 15-суткасида эса нисбатан пастрок бўлди.

Хулоса: Қондаги кимёвий ўзгаришлар хедерагенинни экспериментал атеросклерозда гипополидемик таъсирдан далолат беради. Жигардаги морфологик ва морфометрик ўзгаришлар экспериментал атеросклерозда хедерагениннинг антиатеросклеротик таъсирига эга эканлигини билдиради.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ МАКРО-МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СТРУКТУР СЕРДЦА В ОНТОГЕНЕЗЕ

**Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Выявить общие закономерности, локальные особенности макро-, микроскопического строения и изменений биомеханических свойств структур сердца в онтогенезе.

Сердце с давних времен привлекает внимание исследователей. Интерес к изучению его структуры и функции в норме и при патологических состояниях на современном этапе инициируется не только бурным развитием кардиологии, но и необходимостью раскрытия механизмов формообразовательных процессов в этом сложном (как по структуре, так и по функции) органе.

Материалы и методы исследования: решение поставленных задач проводилось комплексом методов, включающих органомерический, физиологический, гистологический, морфометрический и статистический методы исследования. Определение веса, размеров, измерение внутри миокардиального давления проведено в сердцах от 60 трупов людей обоого пола поздних этапов пренатального и всех этапов постнатального

онтогенеза. Гистологический и морфометрический методы исследования проведены на материале от 25 трупов людей различного пола и возраста. Для изучения перестройки макро-микроскопического строения ушек сердца в филогенезе использованы 15 сердец различных животных и 60 сердец людей зрелого возраста. Для выяснения функциональной роли ушек сердца из историй болезней 10 пациентов взяты результаты проведения чреспищеводной эхокардиографии.

Результаты исследования: на основании комплексного исследования (проведения органометрии, изучения биомеханических свойств структур стенки сердца путем измерения внутримиекардиального давления, статистической обработки полученных результатов) предложена возрастная периодизация развития сердца, характеризующаяся тем, что в постнатальном онтогенезе орган проходит четыре фазы развития: 1) интенсивного прироста массы и всех показателей макроразмеров, повышения внутримиекардиального давления (новорожденность и грудной возраст); 2) относительной стабилизации интенсивности изменений изучаемых показателей (раннее детство, первый и второй периоды детства, подростковый возраст); 3) окончательного формирования структур сердца, «созревания» миокарда, что приводит к максимальному повышению внутримиекардиального давления (юношеский, первый и второй периоды зрелого возраста); 4) инволютивных изменений (пожилой и старческий возраста), характеризующихся увеличением массы сердца, разрастанием соединительной ткани в миокарде, что усиливает его напряжение (увеличивается внутримиекардиальное давление) и приводит к ухудшению условий гемодинамики.

Проведен сравнительный морфологический анализ макро-и микроскопических характеристик ушек сердца у различных видов животных и человека и найдены прогрессирующие признаки их перестройки.

Выводы: 1. Для поздних этапов пренатального и всех этапов постнатального онтогенеза характерны определенные стромально-мышечные и сосудистоткане-вые отношения (то есть количественные показатели) не только отдельно в каждой оболочке, но и в стенке сердца в целом.

2. Выявленные закономерности могут быть использованы в эволюционной морфологии научно-исследовательскими институтами, занимающимися проблемами онто- и филогенеза, а также в вузах медикобиологического профиля при изложении материалов по физиологии, гистологии, анатомии и биологии человека.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ НЕФРОНОГЕНЕЗА В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ПОЧКИ ЧЕЛОВЕКА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА

Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Определить закономерности нефрогенеза в процессе формирования окончательной почки человека во внутриутробном развитии с позиции реализации принципа провизорности.

Материалы и методы исследования: процесс формирования окончательной почки человека во внутриутробном развитии характеризуется установлением закономерных интегративных отношений морфометрических показателей ее структур, определяющих возрастные параметры органа.

Результаты исследования: в процессе внутриутробного развития человека выделяются периоды органогенеза окончательной почки: - от 4,5 до 8,5 недель - зачатковый период (взаимодействие дивертикула с метанефрогенной тканью, выделение коркового и мозгового вещества, начало выделения долей почки, формирование чашечно-лоханочной системы и зачатков нефронов, функциональная дифференцировка провизорной генерации нефронов); - от 9 до 12 недель — период раннего органогенеза почки (формирование почечных долей с образованием пирамид и выделением малых чашечек, формирование внутривисцеральной системы мочевыводящих путей и дифференцировка эпителиальной выстилки, анатомическая перестройка коркового и мозгового вещества с появлением почечных столбов, формирование первых конусоподобных пучков мозгового вещества и образование первых дефинитивных нефронов); - от 12 недель — дефинитивный период органогенеза почки (формирование генераций нефронов и дифференцировка коркового вещества, выделение наружной и внутренней зоны мозгового вещества и формирование элементов протоподно-множительной системы концентрационного механизма).

От 5 до 9 недель развития определяется этапность деления производных дивертикула вольфова протока и изменения объема метанефрогенной ткани, при этом этапы активного деления канальцев дивертикула с 5 до 5,5 и с 6,5 до 7,5 недель сопровождаются нарастанием доли метанефрогенной ткани, а периоды их роста с 5,5 до 6,5 и с 7,5 до 9 недель на фоне замедления процессов деления сопровождаются относительным снижением доли метанефрогенной ткани за счет преимущественного формирования зачатков нефронов.

Выводы: закладка и формирование окончательной почки происходит в результате взаимодействия дивертикула мезонефрального протока и его производных с каудальными несегментированными отделами промежуточной мезодермы. В процессе формирования первичных шарообразных зачатков и дифференцировки S-образных зачатков нефронов определяется два периода взаимодействия: - первый (индуктивный) - установление межклеточного контакта боковых стенок пузырька и собирательной трубочки; - второй (морфогенетический) - установление взаимодействия канальцевой части S-образного зачатка с конечным отделом ветвления дивертикула.

АНАТОМИЯ КАНАЛА И СТРУКТУРНО-МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИКАНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ЧЕЛОВЕКА

Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. выявить макро-микроскопические особенности позвоночных артерий и окружающего их костно-мышечно-фиброзного комплекса шейного отдела позвоночного столба человека с учетом индивидуальной и возрастной изменчивости и зависимости от пола.

Материалы и методы исследования: на макропрепаратах определить морфометрические параметры, анатомические варианты и особенности строения отверстий поперечных отростков всех шейных позвонков у мужчин и женщин, проанализировать индивидуальную и билатеральную изменчивость размеров костных сегментов канала позвоночных артерий.

С помощью мультиспиральной компьютерной томографии шейного отдела позвоночного столба и дуплексного сканирования сосудов провести прижизненные исследования состояния вертебрального комплекса и корреляционный анализ между пропускной способностью позвоночных и внутренних сонных артерий. Сопоставить анатомические данные с результатами исследований у живых лиц.

Результаты исследования: в строении отверстий поперечных отростков шейных позвонков наблюдается билатеральная асимметрия, причем у мужчин в 90% случаев размеры правых отверстий преобладают над левыми, а у женщин - левые над правыми. Наибольшие параметры отверстий характерны для атланта и шестого шейного позвонка, благодаря чему значительно расширяется резервное пространство костного сегмента в участках естественного изгиба позвоночных артерий (верхний и нижний сифоны).

В отверстиях поперечных отростков шейных позвонков позвоночная артерия, занимая центральное положение и лишь до 22-25% общей площади их, при рассыпном типе строения позвоночных вен со всех сторон окружена 5-7 венозными стволами, а при магистральном типе - сопровождается 2-3 венами-спутницами. Во всех случаях стенка артерии не соприкасается с костными элементами отверстий и не имеет жирового окружения. В костно-мышечных сегментах канала позвоночная артерия смещена кзади к спинномозговому узлу и нервам, а разнокалиберные венозные стволы и нервные ветви позвоночного сплетения прилежат к переднебоковым поверхностям артерии.

Позвоночная артерия в V2 отделе по структурным характеристикам стенки представляет собой переходную форму от артерии мышечно-эластического типа к мышечному. Диаметр позвоночных артерий по среднестатистическим данным (независимо от возраста и пола) находится в пределах 3,0 мм, однако характеризуется значительной вариабельностью (коэффициент вариации до 20% и выше), билатеральной асимметрией и своеобразной динамикой различий у мужчин и женщин в каждом возрастном периоде.

Между диаметрами внутренней сонной и позвоночной артерией существует отрицательная корреляционная связь ($r = -0,76$ при $p > 0,007$), что свидетельствует о компенсаторно-приспособительной взаимообусловленности двух магистралей кровоснабжения головного мозга.

Вывод: 1. Канал позвоночной артерии у человека следует рассматривать как комплексное сегментированное образование, в котором неподатливые костные сегменты (отверстия поперечных отростков) чередуются с более лабильными костно-мышечно-фиброзными межпоперечными отделами. Каждый из этих сегментов имеет свои особенности строения и специфику гистотопографии основных компонентов содержимого канала.

ИННОВАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕДАГОГА

Ахмедова Н.Д. Мамажанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Современный этап развития народного образования выдвигает на передний план новое направление – педагогическую инноватику. Термин «инновационная педагогика» и соответствующие исследования появились в Западной Европе и США в середине 60-х годов. Инновационная деятельность исследуется в трудах Ф.Н. Гоноболлина, С.А. Годнина, В.И. Загвязинского, В.А. Кан-Калика, Н.В. Кузьминой, В.А. Сластинина, А.И. Щербакова и др. В этих исследованиях инновационная деятельность рассматривается с точки зрения теории и практики достижений педагогической науки и распространения передового педагогического опыта.

«Инновация» (от англ. Innovation – нововведение, новация, введение новизны).

А. И. Пригожин определяет «инновацию», как целенаправленное изменение, которое вносит в определенную социальную единицу – организацию, поселение, общество, группу – новые, относительно стабильные элементы. Это деятельность инноватора.

Исследователи (А.И. Пригожин, Б.В. Сазонова, В.С. Толстой, А.Г. Кругликов, А.С. Ахизер, Н.П. Степанов и др.) выделяют два подхода к изучению структуры инновационных процессов: микроуровень – взаимодействие отдельных нововведений.

При первом подходе – рассматривается некоторая новая идея, вложенная в действительность.

Второй подход – это взаимодействие отдельных нововведений, их сочетание, конкуренция, последовательная смена.

В педагогической литературе используется схема инновационного процесса с выделением следующих его этапов:

1. Этап рождения новой идеи или возникновения концепции новшества; его называют этапом открытия;
2. Этап изобретения, т.е. создания новшества;
3. Этап практического применения полученного новшества;
4. Этап распространения новшества, его широкое внедрение;
5. Этап господства новшества в конкретной области. На этом этапе новшество теряет свою новизну.

Появляется эффективная альтернатива.

6. Этап сокращения масштабов применения новшества, связанный с заменой его новым, альтернативным.

В.А. Слостенин рассматривает нововведение как комплексный, целенаправленный процесс создания, распространения и использования новшества, целью которого является удовлетворение потребностей и интересов людей новыми средствами.

Авторы системной концепции нововведений (А.Н. Пригожин, Б.В. Сазонов, В.С. Толстой) выделяют две значимые формы инновационных процессов.

К первой форме относят простое воспроизводство нововведения. Это касается той организации, в которой его производство было впервые освоено.

Ко второй форме относят расширенное воспроизводство новшества.

Анализ творческих предпосылок свидетельствует о том, что нововведение есть динамическая система, характеризующаяся как внутренней логикой (инновационный процесс), так и закономерным развитием во времени ее взаимодействие с окружающей средой (жизненный цикл).

Эффективное осуществление инновационной деятельности учителя связано с рядом условий. К этим условиям относится готовность учителя к конструктивному общению, непредвзятое отношение к контрагентации, установка на признание рационального момента и иной позиции. В результате учитель приобретает широкий спектр мотивов, стимулируется процесс его познавательной и научной деятельности.

В деятельности учителя особое значение приобретают такие мотивы, как самоактуализация, сотворчество, самопознание и преобразование. Это дает возможность формировать креативность личности преподавателя.

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

Ахмедова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Развитие критического мышления – это не простая задача. Это не та задача, которая может быть завершена на определенном возрастном уровне и забыта. Нет окончательно заданных путей, которые ведут к критическому мышлению. Однако существует определенный набор учебных условий, который способствует становлению критических мыслей. Так, необходимо:

1. Предоставить время и возможность для приобретения опыта критического мышления.
2. Давать возможность учащимся размышлять.
3. Принимать различные идеи и мнения.
4. Способствовать активности учащихся в учебном процессе.
5. Убедить учащихся в том, что они не рискуют быть высмеянными.
6. Выражать веру в то, что каждый учащийся способен на критическое суждение.
7. Ценить проявление критического мышления.

При этом учащиеся должны:

8. Развить уверенность в себе и понимать ценность своих мнений и идей.
9. Активно участвовать в учебном процессе.
10. С уважением выслушивать различные мнения.
11. Быть готовым как формировать суждения, так и воздерживаться от иных.

Критическое мышление требует времени.

Время необходимо для того:

- чтобы выражать мысли своими собственными словами;
- чтобы делиться критическими мыслями;
- чтобы выражать свои идеи и получать конструктивные предложения;
- чтобы вербализовывать мысли в благоприятной атмосфере облека идеями и более полно и ясно сформулировать свои идеи.

Разрешение мыслить критически предусматривает, что мышление будет происходить в дружественной и продуктивной обстановке, где имеется подлинная цель для размышлений.

В процессе размышления учащихся появляется разнообразие мыслей и идей. Разнообразие мнений и идей появляется тогда, когда представление о том, что возможен только один правильный ответ будет отброшено.

Критическое мышление непрерывно связано с активностью учащихся. Активное участие учащихся в учебном процессе и их готовность принимать на себя ответственность за собственную учебу даст результат критически мыслить.

Свободомыслие может быть рискованным. Следует поощрять людей, которые смело идут на риск в своей познавательной деятельности.

Одним из факторов критического мышления является уважение к мыслительному процессу.

В ходе организации мыслительного процесса необходимо довести до сознания учащихся, что их мысли, то есть результат их собственного критического анализа имеет ценность.

Учащимся необходимо показать, что на самом деле цениться собственное мнение учащихся, их собственные идеи и представления. Они должны верить в то, что их мнение имеет ценность, должны признать, что их мысли имеют уникальное значение и представляют вклад в процесс понимания обсуждаемых понятий и вопросов.

Обмен мнениями требует от учащихся того, чтобы они слушали, воздерживались от навязывания своей собственной системы взглядов и стремления поправить других выступающих.

Авторы проекта развития критического мышления предлагают четыре типа восприятия при организации мыслительного процесса:

- глобальное восприятие – форма восприятия, которая дает нам общее понимание о теме или предмете;

- интерпретационное восприятие – аналогично уровню интерпретации Блума. Этот тип восприятия возникает, когда обучаемый может обсудить значения, раскрыть взаимосвязь идей и явлений, соединить идеи или информацию из различных, возможно поверхностно связанных областей предмета;

- личностное восприятие описывает процесс понимания, который связывает понимание нового знания с персональным опытом и структурой знаний, которые уже имеются у учащегося;

- критическое восприятие дает возможность учащемуся отойти от содержания, проанализировать его, оценить его относительную ценность, правильность, полезность и значимость в свете того, что учащийся уже знает, понимает и принимает.

Таким образом, критическое мышление рассматривается как выработка идей, которые идут дальше того, что было дано. Это видение новых измерений в теме, нахождение и решение проблем, а также нахождение различий между идеями.

Развитие критического мышления может реализовываться в практике посредством вопросов:

- Вопрос на анализ;
- Вопрос на синтез;
- Вопрос на толкование;
- Вопрос на применение;
- Вопрос на перевод;
- Вопрос на оценку;

ПРИЕМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА «МОЗГОВОГО ШТУРМА» ПЕРЕД КЛАССИЧЕСКИМ

Ахмедова Н.Д., Хомидов М.Э., Шухратов Ш.Ш., Абдурахимов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценка эффективности метода «мозгового штурма».

Материалы и методы исследования. Наблюдение проводилось у 27 студентов лечебного факультета. Контроль успеваемости темы проводили с помощью тестирования по 10-бальной шкале.

Результаты исследования. Студенты были разделены на две группы. В первой группе 13 студентов, во второй группе 14. Первой группе студентов проводили занятие по традиционному методу. Во второй группе применяли метод «мозгового штурма» во время занятиях.

В обеих группах проводили тест для определения успеваемости новой темы. В первой группы студентов накопили 6-7 баллов. А у второй группы студентов -8-10 баллов.

Выводы. Применение новых педагогических методов повышает успеваемости преподаваемого предмета.

РАЗВИТИЕ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ КАК СОВРЕМЕННОЕ ТРЕБОВАНИЕ ОБУЧЕНИЯ

Ахмедова Н.Д., Мамаджанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

В практику учебного процесса широко входят интерактивные методы обучения и интерактивные курсы, и одним из проектов в этом направлении является совместный проект по критическому мышлению Международной читательской ассоциации и университета Северной Айовы, при спонсорской поддержке Института Открытое Общество Джорджа Сороса.

Материалы проекта обучения чтению и письму в целях развития критического мышления, подготовленные Джинни Стил, Куртом Мередис, Чарльзом Темплом в 1998 году, представляют особый интерес.

Данный проект осуществляется совместно педагогами во всем мире. Целью их сотрудничества является внедрение в педагогику таких методов преподавания, которые способствуют развитию критического мышления учащихся всех возрастов независимо от изучаемого предмета.

Авторы проекта изначально рассматривают «критическое мышление».

Критически мыслить – это мыслить осознанно, аналитически. Элементарное понимание информации является отправной точкой, а не завершающим этапом обучения. Обладая критическим мышлением, человек знакомится с теми или иными идеями и рассматривает возможные последствия их реализации.

Критическое мышление – сложный мыслительный процесс, начинающийся с восприятия информации и кончающийся принятием решения.

Критическое мышление – сложный процесс творческого интегрирования идей и возможностей, переосмысления и перестройки концепций и информации. Это активный и интерактивный процесс познания, происходящий одновременно на нескольких уровнях.

Критическое мышление – сложный мыслительный процесс, возможный в любом возрасте.

Разработанный авторами курс является теоретической базой. Практические стратегии обучения основаны на теоретической основе. Исходя из этого, данный курс предлагает интерактивные и увлекательные стратегии преподавания, которые погружают слушателя в подлинно учебную деятельность. Основы данного курса представляются трехступенчатой моделью преподавания и учения. Эта модель разрабатывалась в различных формах разными авторами и исследователями, среди которых Воган и Эстес (1986), Огл (1986), Жилет и Темпл (1996), Тирни, Риденс и Дишнер (1985).

Представленная для анализа модель рассматривает мышление как познавательный процесс, в который учащиеся должны быть вовлечены до, во время и после учебных занятий.

Авторы разработки основ развития критического мышления (в дальнейшем ОСНОВЫ), исходили из того, что знания имеют ценность только тогда, когда они полезны и понятны концептуально. Для того чтобы успешно действовать в изменяющемся мире, учащиеся должны уметь просеивать информацию и принимать решение о том, что важно, а что нет.

Рассматривая мыслительные навыки учащихся (Коллинз и Манчери, 1992), утверждали, что процесс критического анализа должен быть систематическим. Этот процесс должен не только помогать правильно разобраться в получаемой информации, но и служить основой для дальнейшего самостоятельного критического мышления и рефлексирования.

Описывая основы обучения и учения, авторы в применении к обучению предлагают концептуальную базу, которая может быть последовательно реализована в классах, независимо от параллели, года обучения и содержания дисциплины. Они считают, что такой подход в обучении развивает у учащихся способности к критическому анализу, к осуществлению разумных и критических мыслительных процессов. Предлагаемая модель основана частично на модели, разработанной Воганом и Эстесом, которую видоизменили и расширили Мередис и Стил (1997).

Главная задача учителя – стать не просто проводником механической информации, а способствовать качественному, а не иллюзорному учению в содержательном контексте (Мереди́с и Стил, 1995). Учитель должен превратиться в партнера, учащийся занимает активную учебную позицию. Все это приводит к личностным изменениям, что является условием приобретения прочных знаний. Учащийся в определенной мере становится учителем, а аудитория превращается в сообщество.

Таким образом, критическое мышление предполагает способность понимать и рефлексировать по поводу того, что человек знает и думает. Но чтобы это стало возможным, необходимо вывести свое знание и понимание на уровень осознания. Очень часто учащиеся не могут активизировать свои предыдущие знания, что осложняется продумыванием новой информации в значимых терминах. Из-за того, что им не удается активизировать предыдущие знания, у них могут остаться путанные или даже противоречивые представления, которые могут помешать дальнейшему учению.

TIL O`QITISH METODIKASI TARIXIGA BIR NAZAR

Axunova M., Rahmatova Z., Qo`ziboyeva M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Ta`lim jarayonida talabalarni mustaqil fikr yuritishga, ijodkorlik faoliyatlarini rivojlantirishga, axborot olish, uni qayta ishlash, umumlashtirish, xulosa chiqarishga o`rgatib, yoshlarning dunyoqarashi, intellektual salohiyatining rivojlanishiga va kamol topishiga zamin yaratish bugungi kunning muhim vazifasiga aylangan. Aynan ana shu vazifani amalga oshirishda har bir pedagogning o`z usuli, taktikasi bo`lishi tabiiy va ularning barchasi ta`lim sifati hamda samaradorligini oshirishga yo`naltirilgan.

Metodika fani haqiqatni anglash, unga yetishishning yo`llarini o`rganuvchi fandir.

Buyuk faylasuf Arastu (384 – 322 mil. av.) ham o`z zamonasining muammolarini hal etishda turli metodlardan foydalangan va shunga oid “Organon” asarini yozgan. Uning fikricha, inson har bir savolga javob topishi uchun unga deduktiv metodi juda ham qo`l keladi. Bu metodda barcha fikrlar, mulohazalar inobatga olinadi va faqatgina isbotlangan, dalillarga ega bo`lganlari tanlanadi hamda shu bilan muammo hal etiladi. U zamonlarda faylasuflarni asosan bizni o`rab turgan olamning asosini nima tashkil etishi qiziqtirgan. Geraklit, Zenon va Platonlar ham bu masalaga oid fikrlar bildirishgan va o`zlarining metodlariga ega bo`lishgan.

O`rta asrlar, ya`ni Uyg`onish davrining vakili Fransis Bekon (1561 – 1626) ham metodika faniga oid fikrlar bildirgan. Arastuning aytganlarini rad etgan holda Fransis induktiv metoddan foydalanishni eng to`g`ri yo`l deb o`ylyadi, “Yangi Organon” asarini shu haqda yozadi. U paytda eng muhim sanalgan muammolardan biri – bu Yaratganni anglash va tushunish edi. Bekonning fikricha, faqatgina asosiy va muhim bo`lgan fikr va mulohazalar biron – bir muammoni hal etishda ko`rib chiqilishi kerak, aksincha muhim bo`lmaganlariga ahamiyat berish shart emas.

Ratsionalizm oqimining asoschisi hisoblangan Rene Dekart (1596 – 1650) ham metodika bo`yicha o`z qarashlariga ega bo`lgan va fikrlar bildirgan. Uning fikricha, har bir muammoning yechimi – bu matematika. Bundan tashqari, har bir narsani anglash uchun shubha, faraz qilishni muhim deb hisoblaydi. Chunki, aynan shubxa haqiqatning asosiga aylanishi mumkin.

Dekartning ratsionalistik metodiga qarshi Buyuk Britaniyada empirik metodi yuzaga keldi. Uning asoschisi David Yum (1711- 1776) hisoblanib, bu metodga ko`ra ilohiy hodisalar faqatgina tabiiy qonunlar asosida tushuniladi. Inson ongida kechadigan g`oyaviy jarayonlarni tahlil qilish orqali barcha fanlarning asosi, bosh g`oyasini tushunish mumkin deb o`ylyadi.

David Yumdan keyin Immanuel Kant (1724 – 1804) o`z metodini taklif etadi va unga ko`ra har qanday haqiqatni bilish uchun nafaqat inson miyasi funksiyalarini bilish, balki uning ichki dunyosi va his tuyg`ulari ham muhim sanaladi.

Gegel (1770-1831) metodi esa boshqalarnikidan farqli o`laroq ko`proq insoniyatning va butun dunyoning rivojlanishiga qaratilgan. “Vaholanki, har qanday rivojlanishning va taraqqiyotning asosida raqobat, qarama- qarshilik yotadi” deya ta`kidlaydi Gegel.

Bir necha asrlar o`tgan bo`lsa – da, hozirgacha Yevropa maktablarida va Oliy o`quv yurtlarida ta`limni tashkil etishda bir xil hamda umumiy bo`lgan qadriyatlar, odatlarni ko`rishimiz mumkin. Bu mamlakatlar bir – birlarining tajribalaridan foydalangan holda ta`lim sohasini rivojlantirishga harakat qiladilar. Ba`zi bir klassik bilim dargohlarining

nomlari hozirda ham ishlatilyapti. Masalan, nemislarning “gymnasium” i, italyanlarning “il liceo” si hamda inglizlarning “grammar school” lari fikrimizning yaqqol dalilidir.¹

Har bir mamlakatning ta’lim tizimida jamiyatdagi o’zgarishlar va yangiliklarga bo’lgan moyillik asta – sekinlik bilan ro’y beradi.

Biz bugun o’ta rivojlangan, “murakkab” jamiyatda yashamoqdamiz. Murakkab deyishimizdan maqsad bir necha asr oldin jamiyat oddiy ko’rinishda bo’lgan. Eng oddiy misol musiqani oladigan bo’lsak, XIX asr odamlari musiqani tinglash uchun teatrga yoki konservatoriyalarga borishgan. Bizning kunimizga kelib esa minglab musiqiy dasturlar, radio va televideniya vositalaridan o’z uyimizda bemalol, xohlagan musiqamizni tinglay olamiz.²

Jamiyat rivojlanib borayotgan bir paytda milliy g’urur hisoblangan o’z tilini, uning boy merosini, qadriyatini mukammal o’rganishga ehtiyoj ortmoqda, talab kuchaymoqda. Nofilologik oliy o’quv yurtlarida talabalarni o’zbek tilining o’qitishning asosiy, o’ziga xos xususiyatlari bilan tanishtirish bo’lsa, vazifalari quyidagicha:

1. Ham nazariy, ham amaliy jihatdan zamonaviy talabga javob bera oladigan ta’lim usullaridan foydalanish.
2. O’zbek tilini o’qitishda talabalarda kommunikatsiyani, to’g’ri yozish va o’qishni mustahkamlash uchun manbalar, matnlar bilan ishlashni joriy etish.
3. Talabarni ularning bilimlariga yarasha to’g’ri baholay bilish.

Fanning predmeti til o’qitish bo’yicha barcha modellar va usullarni umumlashtirgan holda ulardan maqsadli foydalana olish, ijobiy natijaga erishish, pedagogika va didaktika bilan uzviy bog’liqligini ta’minlash. Pedagogika fanining maqsadi yosh avlodga ta’lim berish va ularni yetuk kadrlar darajasiga ko’tarishdan iborat bo’lsa, didaktika esa ma’lum ma’noda metodika fanining asosi desak yanglishmaymiz. Chunki metodika didaktikaning amalda qo’llanilishi hisoblanib, uning qonun-qoidalariga ko’ra ish yuritadi.

ZAMONAVIY TA’LIM TEXNOLOGIYALARI: DARS SAMARADORLIGINI OSHIRISHDA KO’RGAZMALI QUROLLAR VA O’QUV VOSITALARIDAN FOYDALANISH TAJRIBASIDAN

**Axunova M., Qo’ziyeva M., Rahmatova Z.
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Mamlakatimizda ta’lim tizimini takomillashtirish va uni zamon talablariga moslashtirish, zamonaviy axborot texnologiyalariga asoslangan, jahon andozalari darajasidagi tizimni yaratish umumdavlat siyosatining muhim tarkibiy qismlaridan biriga aylandi.

O’zbekiston Respublikasi Prezidentining “Oliy ta’lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to’g’risida” 2017-yil 20-apreldagi PQ-2909-son qarorini ijro etish hamda mamlakatimizda kadrlar tayyorlash tizimini yanada takomillashtirish, iqtisodiy va ijtimoiy soha tarmoqlarini yuqori malakali mutaxassislar bilan ta’minlash, bakalavr va magistrnlarni tayyorlashda ish beruvchilarning joriy va kelajakdagi ehtiyojlarini inobatga olgan holda son va ta’lim yo’nalishlari uyg’unligiga erishish, oily ta’lim muassasalari bitiruvchilari mehnatidan foydalanishni yaxshilash, shuningdek, iqtisodiyotda tarkibiy o’zgarishlarni amalga oshirishning o’rtacha muddatga mo’ljallangan maqsadli dasturlarini joriy etish, tarmoqlarni modernizatsiya qilish, texnik va texnologik qayta jihozlash va diversifikatsiyalash, hududlarni kompleks ijtimoiy-iqtisodiy rivojlantirish maqsad qilindi.

Bir so’z bilan aytganda, ushbu qarorda belgilab berilgan maqsad va vazifalar yuqori malakali mutaxassislarni tayyorlashga xizmat qiladi, 2017-2021-yillarga mo’ljallangan O’zbekiston Respublikasini strategik rivojlanishining beshta ustuvor yo’nalishi doirasida olib borilayotgan islohotlarni izchil amalga oshirishga zamin yaratadi.

Ta’lim sifati mazkur tizimning samaradorligini belgilaydigan mezon hisoblanib, ta’lim jarayonida olingan natijalarning me’yoriy talablar, ijtimoiy va shaxsiy ehtiyojlarga muvofiqligi bilan belgilanadi. Ta’lim sifati nafaqat o’quv jarayoni natijalari, balki mazkur natijalarni shakllantiruvchi omillarni ham ifodalaydi. Bu omillar ta’lim maqsadi, ta’limni tashkil etish shakli, metod vositalari, o’qituvchilar tarkibi, salohiyati, pedagogik faoliyati, ta’limiy dasturlar va ta’lim texnologiyalari, resurslar va ulardan foydalanish shart-sharoitlari, ta’limning tashkiliy-huquqiy, moddiy-texnik ta’minoti, axborot va uslubiy ta’minot, shuningdek, tarbiyaviy ishlar sifatidan iborat. Ta’lim jarayoniga innovatsion texnologiyalarni tatbiq etish esa ta’lim natijalari hamda mazkur omillar sifatini oshirish imkonini beradi. Shu jihatdan innovatsion texnologiyalar asosida ta’lim sifati va samaradorligini oshirish muammosi shaxsni rivojlantirish hamda uni hayotga tayyorlashga yo’naltirilgan kompleks vazifalarni amalga oshirish bilan bog’liq bo’lib, ta’lim siyosatining bugungi kundagi muhim vazifalaridan biri hisoblanadi.

Zamonaviy ta’lim texnologiyasida darsni tashkil etishga doir qator umumpedagogik-didaktik talablar qo’yiladi.

Bular :

- har bir dars texnologik jihatdan mukammal darajada loyihalashtirilishi;
- dars maqsad va vazifalarining aniq belgilanishi;
- darsda ta’lim vazifalarining tarbiya vazifalari bilan bog’liq bo’lishi;
- darsni o’quv dasturi, o’quv rejasi talabiga muvofiq tashkil etish;
- dars uchun ajratilgan vaqtdan unumli foydalanish;
- darsning tashkiliy jihatdan puxta belgilangan bo’lishi;
- darsning jonli, samarali va ta’lim oluvchilarga emotsional ta’sirli bo’lishi uchun ta’lim beruvchining turli

xil zamonaviy va ilg’or ta’lim usullari, vositalari va ko’rgazmali qurollardan, texnika vositalaridan mohirlik bilan foydalana olishi;

¹ Francesco Pedro’ Tradizione e innovazione nelle scuole europee,” La scienza “articolo numero 295, Roma 1993.

² Balboni P.E. Le sfide di Babele, Torino:Gravinese 2010.

- ta'lim beruvchining rahbarlik roli hamda ta'lim oluvchilar faol bilish faoliyatining birga olib borilishi;
- darslarning o'zaro uzviy va dialektik xususiyatga ega bo'lishiga erishish;
- ta'lim oluvchilarning yosh va psixologik, shuningdek, mutaxassislik xususiyatlarini inobatga olish;
- darsni demokratik tamoyillar asosida tashkil etish;
- darsda ta'lim oluvchi erkinligini ta'minlashga erishish;
- darsda ta'lim oluvchilarni mustaqil fikrlash hamda o'z fikrini bayon etishiga undash va imkon yaratish;
- dars davomida ta'lim oluvchilar holatini to'g'ri tashkillashtirish, muammoli izlanuvchanlik layoqatlarini rivojlantirish;
- dars jarayonida o'qitishning jamoa, guruhli va yakka tartibdagi shakllarini mos ravishda qo'shib olib borish;

ta'lim oluvchilar o'quv faoliyatlarining atroflicha nazorat qilinishi va adolatli darajada baholanishi va h.k. Dars samaradorligini oshirishda o'quv vositalarining ahamiyati juda kattadir. Bularga darsliklar, o'quv qo'llanmalari, radio eshittirishlari, televideniya ko'rsatuvlari, gazeta va jurnallar, elektron darsliklar, kodoskop, proyeksion rangli rasmlar, slaydlar, kompyuterlar hamda o'qitishning barcha zamonaviy texnik vositalari, tajribalar o'tkazish uchun jihozlar, kundalik kuzatish daftari, o'quv-laboratoriya xonalarini kiritishimiz mumkin.

O'qituvchi fanning istiqbollari haqida umumiy tasvurgaga ega bo'lmay turib, chuqur asoslangan dars o'tkazishiga umid qilish qiyin. O'quv fanidagi g'oyalar va mavzularning izchilligi va o'zaro bog'liqligini tasavvur etgan holda o'qituvchi dars mashg'uloti jarayonida dars mazmunidan tashqari darsda foydalaniladigan qo'shimcha manbalardan unumli foydalanishi maqsadga muvofiq bo'ladi.

Darslar samaradorligi o'qitish kitoblari to'g'ri tanlanganida va ularni ko'rgazmali qurollar, o'quv vositalari bilan uyg'unlashtirilganda sezilarli darajada ortadi. O'qitishning zamonaviy texnika vositalari va axborot texnologiyalaridan mohirona foydalanish dars samaradorligini va o'quv mehnati intensivligini hamda o'quv jarayoni texnik madaniyatini oshiradi.

“Dars bu – o'qituvchining umumiy va pedagogik madaniyatining ko'zgusi, intellektual boyligining o'lchovi, uning bilim doirasining ko'rsatkichidir”.

KASBIY TA'LIMDA INNOVATSION AXBOROT VA PEDAGOGIK TEXNOLOGIYALAR

Axunova M., Qo'ziboyeva M., Rahmatova Z.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Birinchi Prezidentimiz I.Karimov “Yuksak ma'naviyat - yengilmas kuch” nomli asarlarida ta'kidlaganlaridek: “Agar O'zbekistonimizni dunyoga tarannum etmoqchi, uning qadimiy tarixi va yorug' kelajagini ulug'lamoqchi, uni avlodlar xotirasida boqiy saqlamoqchi bo'lsak, avvalambor bo'lajak buyuk yozuvchilarni, buyuk shoirlarni, buyuk ijodkorlarni tarbiyalashimiz kerak”. Iste'dodli yoshlarimizning o'z qiziqqan sohalarida yetuk mutaxassislar bo'lishlari uchun, avvalambor shu soha haqidagi tasavvurlarini boyitishi, chet tillari va axborot kommunikatsiya texnologiyalarini mukammal bilishlari zarur. Jahon maydonida yurt sha'nini munosib himoya qilish uchun yoshlarimiz o'zining xorijiy tengdoshlari bilan raqobatlasha olishi lozim.

Darhaqiqat, ta'lim sifatini, samaradorligini oshirish, talabalarni qiziqтира oladigan darslarni maqsadli tashkil etishda zamonaviy pedagogik texnologiyalar hamda axborot kommunikatsiya texnologiyalarining roli juda katta. Ularni qo'llash imkoniyatlari ko'lami kundan-kunga kengayib, texnik vositalar o'quv jarayonining ajralmas qismiga aylanib bormoqda. Shu bilan birga oliy ta'lim o'quv jarayonini tashkil qilishda innovatsion texnologiyalarining ham mavqei ortmoqda. Masofaviy texnologiyalardan foydalanish zamonaviy kasbiy ta'limning imkoniyatlarini yanada kengaytirdi. Bugungi kunda Yer kurrasining istalgan joyidan turib, zamonaviy axborot-kommunikatsiya texnologiyalari imkoniyatlaridan foydalangan holda ta'lim olish mumkin. Zero, an'anaviy ta'lim o'z mavqeini saqlab tursa ham, keyingi paytlarda masofaviy o'qitish texnologiyalari kundan-kun ommalashib bormoqda.

Bugun mamlakatimizda yangi jahon axborot-ta'lim muhitiga integrallashishga yo'naltirilgan ta'lim tizimi barpo etilmoqda. Bu ta'lim tizimini tashkil etishda zamonaviy texnik imkoniyatlarga javob beradigan sezilarli o'zgarishlar kuzatilmoqda. Zamonaviy axborot texnologiyalarining ta'lim sohasiga kirib kelishi ta'lim usullari va o'qitish jarayonlarini yangicha yondashuv asosida tashkil etish shakllarini sifatli ravishda qulaylashtirib, o'zgartirish imkonini bermoqda. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari ta'lim tizimini modernizatsiyalash jarayonining eng muhim qismidir. U birinchi navbatda, zarur dasturiy ta'minotga ega bo'lgan kompyuterlar va ma'lumotlar joylashtirilgan telekommunikatsiya vositalaridir.

1997-yil 29-avgustda qabul qilingan O'zbekiston Respublikasi “Ta'lim to'g'risida”gi qonunining 1-moddasida fuqarolarga ta'lim, tarbiya berish, kasb-hunar o'rgatishning huquqiy asoslari belgilab berilgan va uning bilim olishdek konstitutsiyaviy huquqni ta'minlashga qaratilganligi ta'kidlangan. Hozirgi davr esa ta'lim bosqichining yangi talablarga ehtiyoji yuqoriligini ko'rsatmoqda. Bunda masofaviy ta'lim texnologiyalarini ta'lim jarayonida qo'llash va uni boshqarish ham muhim o'rin tutadi. Bu borada, Respublikamizda qator dolzarb ishlar olib borilmoqda.

2012-yildan boshlab O'zbekiston Respublikasi barcha oliy ta'lim muassalari o'rtasida yagona videokonferensiya ta'lim texnologiyasi amalga oshirildi va hozirgi kunda bu borada elektron ta'limga katta e'tibor qaratilmoqda. Bunda OTMlariga yangi imkoniyatlar va istiqbollari ochib berish borasida rejali ishlar amalga oshirilmoqda. Masalan, hududlardagi kadrlar malakasini masofadan boshqarish bunga misol bo'la oladi. Elektron yoki masofaviy ta'limning yangi bosqichida nafaqat axborot texnologiyalarini qo'llash, balki elektron shakldagi ta'lim manbalari bilan ta'minlash ko'zda tutiladi.

Hozirgi kunda ta'lim jarayonida innovatsion texnologiyalar, pedagogik va axborot texnologiyalarini o'quv jarayonida qo'llashga bo'lgan qiziqish va e'tiborning ortishiga asosiy sabab, shu vaqtgacha kasbiy ta'limga talabalarni faqat tayyor bilimlarni egallashga o'rgatilgan bo'lsa, zamonaviy texnologiyalar ularni egallayotgan bilimlarini o'zlari qidirib topishlariga, mustaqil o'rganib, tahlil qilishlariga, hatto xulosalarni o'zlari keltirib chiqarishlariga o'rgatadi. O'qituvchi bu jarayonda shaxsni rivojlanishi, shakllanishi, bilim olishi va tarbiyalanishiga sharoit yaratadi va shu bilan bir qatorda boshqaruvchilik, yo'naltiruvchilik funksiyasini bajaradi. Ta'lim jarayonida talaba asosiy figuraga aylanadi. Pedagogik

texnologiya va pedagog mahoratiga oid bilim, tajriba va interaktiv metodlar talabalarni bilimli, yetuk malakaga ega bo'lishlarini ta'minlaydi.

Kasbiy ta'limda ilg'or pedagogik texnologiyalarni faol qo'llash, ta'lim samaradorligini oshirish, tahlil qilish va amaliyotga joriy etish bugungi kunning muhim vazifalaridan biridir. Darhaqiqat, Andijon davlat tibbiyot institutining "Tillar, pedagogika va psixologiya" kafedrasida talabalarning fikr doirasi, ongi, dunyoqarashlarini o'stirish, ularni erkin tinglovchidan erkin ishtirokchiga aylantirish nihoyatda muhimdir. O'qituvchi darsda boshqaruvchi o'quvchilar esa ishtirokchiga aylanmog'i lozim. Ana shu vazifani uddalashda mashg'ulotlarda qo'llanilayotgan innovatsion faoliyat ustunligi ko'p qirrali samara keltirmoqda. Pedagogik texnologiyalar asosida tashkil etilgan darslar tashkiliy usullari, o'tkazish metodlariga ko'ra talaba ehtiyojiga mos tushishi kerak. Chunki bunday darslar bola ruhiyatiga yaqinroq bo'ladi. Talabalarning o'quv materiallarini o'zlashtirishga bo'lgan qiziqish, xohish va istaklarini uyg'otish asosida maqsadga erishish motivatsiya bo'lib, bu o'qituvchi va talabalarning o'zaro ichki yaqinlashuvi demakdir.

Innovatsion texnologiyalardan dars jarayonida foydalanishning o'ziga xosligi shundaki, ular o'qituvchi va talabalarning birgalikdagi faoliyati orqali amalga oshiriladi. O'qitish jarayoni o'qituvchi hamda talabalar faoliyatini o'z ichiga oladi. O'qituvchining faoliyati o'quv materialini bayon qilish, talabalarning fanga bo'lgan qiziqishini orttirish, fikrini teranlashtirish va e'tiqodini shakllantirish, talabalarning mustaqil mashg'ulotlariga rahbarlik qilish, ularning bilim, ko'nikma va malakalarini tekshirish hamda to'g'ri baholashdan iborat.

Xulosa o'rnida shuni aytish joizki, ta'lim samaradorligini oshirish, ta'lim oluvchilarning mustahkam nazariy bilim, faoliyat, ko'nikma va malakalarini shakllantirish, ularni kasbiy mahoratga aylanishini ta'minlash maqsadida o'qitish jarayonida yangi pedagogik texnologiyadan foydalanish davr taqozosi hamda ijtimoiy zaruriyat sifatida kun tartibiga qo'yilmoqda. Yangi pedagogik texnologiya nazariyasi g'oyalardan foydalanish asosida tashkil etilgan ta'lim jarayoni barkamol shaxs va malakali mutaxassisni tarbiyalash borasidagi ijtimoiy buyurtmaning bajarilish holatining sifat ko'rsatkichiga ega bo'lishiga olib keladi.

KASBIY TA'LIMDA TARBIYANI TO'G'RI TASHKIL ETISH

Axunova M., Rahmatova Z., Qo'ziboyeva M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Milliy istiqlol tufayli taraqqiyotning barcha sohalarida jadal rivojlanib borayotgan mamlakatimizda yosh avlodning bilim darajasini jahon andozalari talablariga javob beradigan, fan-texnika yangiliklaridan xabardor, mustaqil fikrlay oladigan, hayotga dadillik bilan kirisha oladigan, tadbirkor, ma'naviy jihatdan barkamol qilib voyaga etkazish dolzarb vazifalardan hisoblanadi. Bu esa, avvalo, pedagogika fanini, ta'lim-tarbiya tizimini zamonaviy texnologiyalar asosida takomillashtirishni taqozo etadi.

O'zbekiston Respublikasining «Ta'lim to'g'risida»gi qonunida (1997y.) "ta'lim davlatimiz ijtimoiy taraqqiyoti sohasida ustivor" deb e'lon qilinishi pedagogika fani zimmasiga juda katta mas'uliyatli ulug'vor vazifalarni yukladi. Juda boy ilmiy, ma'naviy, madaniy, diniy merosimizni qayta tiklash ularni zamon ruhi talabi bilan uyg'unlashtirib faqat shaxsiy, milliy manfaat kasb etib qolmasdan umumjahon ma'naviy, ijtimoiy-iqtisodiy taraqqiyotga ulkan hissa bo'lib qo'shilmoqda.

O'sib kelayotgan yosh avlod va ularning kelajakda qanday kasb-hunar egallashlariga qarab, Respublikamiz kelajagini tasavvur qilsa bo'ladi. Yoshlar farovon hayotimiz mezonidir. Xuddi shu ma'noda yoshlarning ta'lim-tarbiyasiga jiddiy e'tibor bermog'imiz lozim. Yoshlar ta'lim-tarbiyasi har bir ota-onaning, o'qituvchi-tarbiyachining Vatan oldidagi muqaddas burchidir.

Ta'lim-tarbiya ishlari bilan shug'ullanuvchilar kasb-hunar homiylari sifatida ajralib chiqqan boshlashdi. Ularning ta'lim-tarbiya borasidagi faoliyatleri va to'plangan tajribalaridan o'rinli foydalanishlari pedagogika fanida yangi o'quv yo'nalishlarni vujudga kelishiga olib keldi.

Shunday qilib, pedagogika fani asosida ta'lim-tarbiyaning maqsad va vazifalari, ularning mazmuni, metodlari hamda tashkil etish shakllari haqida ma'lumot beruvchi kasbiy ta'lim tizimi rivojlandi. Pedagogika fani o'sib kelayotgan yosh avlodni barkamol inson qilib tarbiyalash uchun ta'lim-tarbiyaning mazmuni, umumiy qonuniyatlari va amalga oshirish yo'llarini o'rgatuvchi fandir. Shuni unutmash kerakki, pedagogika fanining yutuqlarisiz jamiyatni olg'a siljitish g'oyat mashaqqatli kechadi.

Kasbiy pedagogika fanini ham nazariy, ham amaliy jihatdan puxta o'rganish lozim. Ta'lim tarbiyadan ko'zlangan maqsadni anglash va ular tizimida yangi bilimlar berish talabalarni to'g'ri tarbiyalash shartidir. Bunda tarbiyachining beg'araz mehnati, talabalarni sevishi va ularga jon fido aylashlari tarbiya samaradorligini ta'minlaydi.

Tabiiyki, barcha xildagi tajriba shakllari ham tarbiya mazmunini tashkil etavermaydi. Chunki:

- Birinchidan, pedagogika, xususan, o'zbek xalq pedagogikasi taraqqiyotida juda murakkab bo'lgan tomonlar (hatto bu murakkablikning noma'lum qismlari) mavjudki, ularni yoshlar daf'atan o'zlashtira olmaydilar. Masalan; sharq falsafasi yoki mutafakkirlarimizning ma'naviy merosini falsafa, tabiiy va gumanitar fanlar, diniy manbalardan yaxshi xabardor bo'la olmaganligimiz sababli o'rganishimiz qiyin kechadi;

- ikkinchidan, tarbiyalanuvchilarning yosh xususiyatlariga ko'ra va ham metodik, ham moddiy asosning yetishmasligi sababli to'plangan tajribalarning hammasini olish imkoniyati yo'q va hokazo. Eng muhimi, jamiyat taraqqiyotining ijtimoiy-iqtisodiy ehtiyojlaridan kelib chiqib va kelajakda kutiladigan o'zgarishlarni hisobga olib tarbiya mazmunini shakllantirish dardor.

Kasbiy pedagogikaning vazifasi Respublikamizda yashovchi turli millat-elatlarining orzu-istaklariga monand ta'lim-tarbiyaning ham nazariy, ham amaliy muammolarini milliy qadriyatlar asosida to'g'ri hal etib berish, yoshlarning iqtidori, qiziqishi, intellektual salohiyatini inobatga olib kasb-hunarga yo'naltirishdir. Bunda islom dunyosida qalam tebratgan allomalimizdan tortib, zamondosh olimu fuzalarimizning ta'limotlaridan ta'lim tarbiyaga oid qarashlarini izlab topish, ulardan o'rinli foydalanish maqsadga muvofiq.

Tarbiya haqidagi, kasb-hunar to'g'risidagi g'oyalarning rivojlanishida Imom Buxoriy, At-Termiziy, Abu Nasr Forobiy, Ibn Sino, Abu Rayxon Beruniy, Yusuf Xos Hojib, Axmad Yassaviy, Naqshbandiy, Navoiy, Behbudiy, Abdulla Avloniy va boshqalarning xizmatlari kattadir.

Kasbga yo'naltirishda pedagogning talaba bilan suhbat olib borish va uni kerakli tomonga yo'naltira olishni bilishi, suhbatdoshining ruhiy holatiga qarab suhbat ohangini moslashtira bilishi g'oyat muhimdir. Bunda:

- 1) suhbat uchun oldindan savol tuzish;
- 2) vaqti va o'tkazish joyini belgilash;
- 3) suhbat ishtirokchilarining soni va yoshini hisobga olish;
- 4) suhbat uchun qulay sharoit va erkin gaplashish imkonini yaratish;
- 5) mahmadona va bachkana bo'lmaslik;
- 6) suhbatdoshning kimligini, xarakter xususiyatini esdan chiqarmaslik;
- 7) suhbat natijalarini zudlik bilan tahlil qilish, qiyoslash, tegishli xulosa chiqarish, lozim bo'lsa qo'shimchalar kiritish va amaliyotga tatbiq etish pedagogik jihatdan qimmatlidir.

Birinci Prezidentimiz aytganlaridek: «Fuqarolar endi ijtimoiy-iqtisodiy jarayonlarning ishtirokchisi, bajaruvchisi emas, balki bunyodkori va tashkilotchisidir». Bunday yangicha yondashishlar kasbiy pedagogika fanining ob'yekti va predmetini kengaytirdi. Kasbiy pedagogika fanining metodologiyasida, mazmunida, tarbiya nazariyasida, ta'limning tashkiliy shakllarida, komillik darajasi, sifatlarini aniqlashda katta islohiy o'zgarishlar bo'ldi. Bu o'zgarishlar yangi pedagogik texnologiyalar asosida amalga oshirildi.

Xulosa o'rnida aytish joizki, ijtimoiy hayot, agar inson o'z shaxsiy manfaatini ko'zlab o'qisa, o'rgansa, o'z ustida tinmay qunt bilan shug'ullansa, u oliy ma'lumot olishi mumkin. Lekin haqiqiy mukammal kamolot egasi bo'lishi uchun u ta'lim va ma'lumotdan tashqari, yuksak insoniy fazilatlar asosida tarbiyalangan bo'lishi shart.

МЕТОД ПРОЕКТОВ В ОБРАЗОВАНИИ

Буранова Н.Ш., Кузйбаева М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В числе перспективных инноваций в сфере образования можно смело выделить метод проектов в обучении. Метод проектов применим как для школьного, так и для вузовского образования. В настоящее время ряд прогрессивных образовательных учреждений активно используют метод проектов на занятиях со студентами.

Понятие метода проектов в образовании и виды проектов. В последние годы особую популярность получил метод проектов как инновационное течение в образовании. Однако метод проектов в образовании известен достаточно давно и берет свое начало в 20-е годы XX века в США.

Профессор Е.С. Полат под методом проектов в образовании подразумевает способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы, которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом.

В основе метода проектов в образовании лежит развитие познавательных навыков учащихся, умений самостоятельно конструировать свои знания, умение ориентироваться в информационном пространстве, развитие критического и творческого мышления.

Особое внимание необходимо уделить такому аспекту, как виды проектов в образовании. Каждый из них обладает характерными особенностями.

Наиболее существенное методическое различие состоит в том, что одни проекты рассчитаны на реализацию в течение урока, в то время как другие охватывают серию уроков и самостоятельную внеурочную деятельность учащихся; третьи относятся исключительно к сфере внеклассной деятельности.

Виды проектов в образовании и их характеристика.

Практико-ориентированный проект: данный вид проекта направлен на социальные интересы самих участников проекта. Конечный результат такого проекта заранее определен и может быть использован в жизни.

Исследовательский проект - представляет собой наиболее близкий к научному исследованию проект. Он включает обоснование актуальности избранной темы, обозначение задач исследования, обязательное выдвижение гипотезы с последующей её проверкой, обсуждение полученных результатов.

Информационный проект: данный вид проекта направлен на сбор информации о каком-то объекте, явлении с целью её анализа, обобщения и представления для широкой аудитории.

Творческий проект: характеризуется максимально свободным и нетрадиционным подходом к оформлению результатов. Это могут быть альманахи, театрализации, спортивные игры, произведения изобразительного или декоративно-прикладного искусства, видеофильмы и т.п.

Ролевой проект: это самый сложный вид проекта в образовании. Участвуя в нём, проектанты берут на себя роли литературных или исторических персонажей, выдуманных героев. Результат проекта остаётся открытым до самого окончания.

Требования к использованию метода проектов в обучении. Использование метода проектов недопустимо без соблюдения ряда норм и правил, направленных на регламентацию качества и образовательной ценности проектов. Требования к использованию метода проектов в обучении базируются на требованиях ГОС и на предметных или межпредметных требованиях в условиях вуза. Когда педагог решает использовать метод проектов, он должен сразу же проинформировать студентов о том, что подготовка и окончательная версия проекта должны быть созданы в соответствии со следующими требованиями:

наличие значимой в исследовательском, творческом плане проблемы/задачи, требующей интегрированного знания, исследовательского поиска для её решения;

практическая, теоретическая, познавательная значимость предполагаемых результатов;

самостоятельная или же индивидуальная, парная, групповая деятельность учащихся;

структурирование содержательной части проекта, с указанием поэтапных результатов.

Последовательность действий при подготовке проекта. Отдельно следует выделить тот факт, что ключевым требованием к проекту является его обоснованность на каждом этапе. По итогам своей проектной деятельности студенты представляют не только результаты и выводы, но и описывают приемы, при помощи

которых была получена информация, рассказывают о проблемах, возникших при выполнении проекта, демонстрируют приобретенные знания, умения, творческий потенциал, духовно-нравственные ориентиры. Когда студенты завершают проект, они должны быть заранее подготовлены к процедуре его защиты и оценки.

Проектная технология включает промежуточную и итоговую оценки проекта и осуществляется либо учителем, либо независимыми экспертами из числа студентов. Оценка результатов работы должна быть такой, чтобы учащиеся пережили ситуацию успеха. С этой целью организуется совместное обсуждение проекта учителем и учащимися.

НОВЫЕ МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ В ВУЗЕ

Буранова Н.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Проблеме образования, воспитания и духовного развития личности на современном этапе придается особое значение в деятельности руководства нашей страны.

XXI век – век новых знаний, новых способов познания и преподавания. Тем, кто хочет соответствовать роли мобильного, современного, нестандартно мыслящего и творческого преподавателя, предстоит учиться новым методикам преподавания и презентации своего предмета. Ведь уметь преподнести и вовлечь студентов в освоение новой темы – это целое искусство, тем более сейчас, в эпоху креатива, стремительно меняющегося мира, инновационной творческой мобильности.

Главная проблема в дидактике – это проблема способов обучения, которая остается актуальной по сегодняшний день, как в теоретическом, так и в практическом плане.

Основные формы и методы обучения, которые способствуют повышению качества обучения – это проведение занятий нетрадиционным способом обучения.

Основу эффективности современного занятия в вузе составляет, наряду с человеческими ресурсами, потенциал преподавателя, его структурно выстроенный переход от традиционных методов преподавания к нетрадиционным способам подачи теоретической и практической информации.

Наиболее эффективным процессом обучения можно считать то обучение, при котором студентам прививаются навыки нового, рефлексивного мышления, при котором задействуется мыслительная деятельность студентов.

Преподавателю следует рекомендовать студентам применение мультимедийных средств обучения для полного усвоения нового материала.

Мультимедиа (лат. Multum+Medium) – одновременное использование различных форм представления информации и ее обработки в едином объекте, в котором содержится текстовая, графическая видеoinформация, интерактивные способы взаимодействия. В данном случае, главным техническим инструментом выступают компьютеры или мультимедийные проекторы.

При этом преподаватель должен иметь достаточно высокий уровень информационной культуры и технологической подготовленности. Для нас, для преподавателей технократического времени, применение новых, нетрадиционных методик преподавания на лекционных и практических занятиях является не только средством заинтересованности студентов преподаваемой дисциплины, в данном случае русского языка в медвузе, но и способом получения эффективных знаний студентами.

Важной составляющей современного учебного процесса являются инновационные методики преподавания.

Применение новых форм и методов в преподавании, к примеру, развитие критического мышления через чтение и письмо, развивает у студентов творческое мышление, умение правильно, адекватно, грамотно излагать свои мысли, уметь находить оптимальные варианты решения в различных ситуациях.

Преподаватель должен создать такую проблемную ситуацию перед студентами, которая, несомненно, вызовет диспут и диалог. К примеру, можно использовать стратегию «Диаграмма Венна». Студенту или небольшой группе предлагается новая тема, в конце занятия можно будет провести сравнительный анализ, то есть определить различия и общее с предыдущей темой. «Диаграмма Венна» способствует развитию у студента навыка работы в малой группе, развивает логику, инициативу, творческий подход. Заполняя «Диаграмму Венна», студенты при этом активно обсуждают текст, тему занятия, каждый предлагает свой вариант ответа.

Более сложной является стратегия «ЗХУ» (Знаю, хочу узнать, узнал), состоящая из трех граф. Каждую графу необходимо заполнить самостоятельно каждому студенту. К примеру, тема «Нервная система». Первая графа «Знаю» - студент пишет то, что он уже знает по этой теме. Вторая графа «Хочу узнать» позволяет перейти на более высокий уровень самостоятельного понятийного мышления, что студент хотел бы узнать по теме занятия дополнительно. В третьей графе «Узнал» студент указывает то, что он узнал в процессе лекции, слушая преподавателя, или то, что знал ранее. Умение работать с этой стратегией позволяет студентам развивать логическое понятийное мышление, успешнее овладевать категориальным аппаратом, а нетрадиционная модель обучения обеспечивает включение студента в изучение той или иной темы, значительно активизируя при этом познавательную деятельность.

Задача преподавателя – дать возможность студентам усвоить новый материал и помочь сформулировать самостоятельное решение. Особого разбора требует стратегия «Ключевые слова». Преподаватель предлагает студентам пять слов-существительных по теме лекции или практического занятия, к примеру: элемент, кровь, медицина, заболевание, метаболизм. Необходимо связать все пять слов, и придумать связный, логически заверченный рассказ. Каждый студент с этой стратегией работает самостоятельно.

Применение инновационных и интерактивных форм и способов преподавания философских дисциплин выступает продуктом целенаправленной, комплексной и научно организованной деятельности преподавателя с использованием современных методов и форм.

В заключение хотелось бы отметить, что использование инновационных, интерактивных методов проведения занятий позволяет добиться наиболее эффективного и качественного усвоения материала преподаваемой дисциплины, притом, что у студента повышается заинтересованность в процессе, результате работы и развитии его творческого потенциала.

ДАМАС АВТОМАШИНАСИ АВТОҲАЛОКАТЛАРИДА ЖАБРЛАНУВЧИЛАР ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ СТАТИСТИКАСИ

**Воҳобов Л, Маматалиева М.А., Сахаталиева Р.Р., Асранов С.А.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Мавзунинг долзарблиги: Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти кўрсаткичлари бўйича, 40 ёшгача бўлган инсонларда автохалокатлардан ўлим ҳолатлари биринчи ўринни эгаллайди.

Тадқиқот мақсади: «Дамас» автомобили автотравмаларида ҳайдовчи ва йўловчилар танасидаги жароҳатлар хусусиятини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Андижон вилояти суд тиббиёти экспертизасида 2010-2015 йиллардаги автохалокатларда ўлган 110 та мурда ва 1500 нафар тирик шахсларни архив материаллари (суд тиббий хулосалар, фотоиловалар, суд - гистологик текширув материаллари). Тадқиқотдан олинган натижалар статистик усули бўйича таҳлил қилинди.

Тадқиқотда «Дамас» автомашинасида шикастланган ҳайдовчилар ва йўловчилар танаси тўқималаридаги жароҳатлар ўрганилди. Кузатувларда 1/4 та ҳолатларда автомобиллар ўзаро тўқнашган, 2/4 та ҳолатда автомобиллар йўл четидаги тўсиқларга урилган, 1/4 та ҳолатларда автомашиналар ағдарилган.

Жароҳатларнинг вужудга келиши, автомобилда тананинг орқадан-олдинга қараб ҳаракатланиши оқибатида юзага келиши қайд қилинди. Ҳайдовчи ва йўловчиларда шилинма ва қонталашлар бош пешона соҳасининг олд юзаси, юз соҳасида, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, қўл ва оёқларда учраши кузатилди.

Тадқиқот натижалари: автохалокатларда ҳайдовчиларда жароҳатлар пешона-тепа соҳада - 75-80% ва чап ёноқда - 15%, чап кўз қовоқлари атрофида - 35%, бурун соҳасида - 20%, кўкрак олд соҳасининг пастки юзасида - 65%, чап елка соҳасида - 20%, сон соҳаси ташқи юзасида - 45%, иккала тизза соҳалари юқори қисмида - 35%, иккала қафт бармоқларини ташқи юзасида - 25% шилинма, қонталаш, қон қуйилиш ва яралар қайд қилинди.

Олд ўриндикдаги йўловчилардаги жароҳатлар пешона соҳаси олд юза ўрта қисмида - 55%, қош соҳасида - 15%, қорин соҳасида - 40%, бел соҳасида - 35%, ўнг тирсак юқори соҳасида - 45% ва ўнг болдир юқори соҳасида - 70% га яқин шилинма, қонталаш, қон қуйилиш кузатилади. Орқа ўриндикдаги йўловчилардаги жароҳатлар пешона-тепа соҳасида ва ёноқда - 10%, юқориғи ва пастки лаб соҳасида - 8%, кўкрак қафасини олд юзасида - 7%, елка соҳасида - 8% шилинма, қонталашлар кузатилди.

Ҳайдовчиларда қонталашлар бош ва юз, кўкрак қафаси, оёқ-қўл соҳаларида бсм-гача, шилинмалар бош, юз, бўйин ва ўмров соҳаси, кўкрак қафасида ва қўл-оёқларда 10 см-гача, яралар бош, юз, бўйин, қўл-оёқ соҳаларида 5 см-гача улчамда кузатилди. Автохалокатларда автомашиналар салони ичидаги шикастланишларда ҳайдовчилардаги шилинма ва қонталашлар узунчоқ – ромбсимон, йўловчиларда шилинма ва қонталашлар узунчоқ - овалсимон шаклга эга бўлди.

Хулоса: Жароҳатларнинг вужудга келиши автомобилда тананинг орқадан-олдинга қараб ҳаракатланиши оқибатида юзага келиши қайд қилинди. Ҳайдовчи ва йўловчиларда шилинма ва қонталашлар бош пешона соҳасининг олд юзаси ва юз соҳасида, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, қўл ва оёқларда учраши кузатилди.

TIBBIYOT AMALIYOTIDA ELEKTROMAGNIT NURLANISH, INFRAQIZIL, ULTRABINAFSHA VA YORUG'LIK NURLARI BILAN DAVOLASH USULLARI

**Gulamov SH.A., Jo'rayev D.D.
Andijon davlat tabiiyot instituti**

Tibbiyot amaliyotida elektromagnit nurlanish, infraqizil, ultrabinafsha va yorug'lik nurlari bilan davolash usullari lazer nurlari bilan davolashdan ancha oldinroq boshlangan. Infraqizil nur bilan davolanganda to'qimalarda modda almashinuvni tezlashadi, shamollash markazlarining so'rilib ketishiga erishiladi va og'riq qoldiruvchi ta'sir ko'rsatiladi. Turli kasalliklar: shamollash, kuyish va so-vqotishda muskul to'qimalari jarohatlanganda uning og'riqni qoldiruvchi ta'siridan foydalaniladi. Yorug'lik nuri odam organizmiga isituvchi ta'sir ko'rsatib 1 sm chuqurlikkacha boradi. Ko'rinadigan nurning turli ranglari markaziy nerv sistemasiga ta'sir qilib bemorning rahiy holatini yaxshilashga yordam beradi. Shuningdek shamollash, radikulit va boshqa kasalliklarni davolashda qollaniladi. Ultrabinafsha nurlarining to'liq uzunliklariga ko'ra uzun to'liq uzunligi 400—315 nm, o'rtacha to'liq uzunligi 315—280 nm va qisqa to'liq uzunligi 280 nm dan kichik bo'lgan nurlarga bo'linadi. Oftobda yurgan odamning badani qorayishidan xabaringiz bor. Qorayish natijasida teri orqali ultrabinafsha nurning yutilishi 13 dan 8 foizgacha kamayar ekan. Qisqa to'liq uzunlidagi nurlarni atmosferaning azon qavati kuchli yutib erdagi o'simlik va hayvonot dunyosini uning zararli oqibatlaridan himoyalaydi. Ultrabinafsha nurlari odam organizmiga kimyoviy ta'sir ko'rsatib moddalar almashinuvida ishtirok etadi va stimullovcchi natija beradi. Bugungi kunda tibbiyotda lazer nurlaridan ham samarali foydalanilmoqda. Bunda tor to'liq uzunligi oralig'idagi infraqizil va ko'rinadigan nurlardan foydalaniladi. Lazerning kichik energiyali turlari davolashda, katta energiyali turlari xirurgik operatsiyalarda qo'llaniladi. Past energiyali lazerlar biostimulyatsiya effektini beradi ya'ni to'qima, qon aylanish sistemalaridagi qonni, hujayralar harakatini faollashtiradi. Bu nurlarning klinik ta'siri, ularni o'tkazish dozalari va boshqa davolash tadbirlari amaliy mashg'ulotlarda va «Fizioterapiya» fanlarida chuqurroq o'rganiladi.

Infraqizil va ko'rinadigan yorug'lik nuri bilan davolovchi tibbiyot texnikalariga davolash muassasalarida ishlatiladigan Ular BK — 44 va VT— 13 markalarga ega. Bu apparatlarning hammasi 220 V kuchlanishda ishlaydi.

Ultrabinafsha nur bilan davolovchi tibbiyot apparatlari uch xil bo'ladi.

1. tomoq-burunni davolovchi ON—7, OKUF—5, BOP-4;
2. tananing ma'lum bir qismini davolovchi OKN—II, ORK—21 (hozirda ular UGD seriyasi bilan chiqariladi) hamda
3. ko'pchilikni bir vaqtni o'zida davolovchi «Mayak» tipidagi OKB—30 apparatlari shular jumlasidandir. Ushbu apparatlarda DRT—230, DRT—400, DRT—1000 markali simob kvarts lampalaridan foydalanilgan. Ulardan chiqadigan nur ko'zga ta'sir qilgani sababli davolanuvchilardan qora ko'zoynak taqish talab qilinadi. Bu apparatlarning hammasi 220 V kuchlanishda ishlaydi.

Ultrabinafsha nur chiqaruvchi bakterisid lampalarning DB— 15, DB—30, DB-60, Medikor firmasining BLF-12, BLM-12 markali turlari mavjud bo'lib, ushbu lampalar asosan havoni zararsizlantirish uchun ishlatiladi. Ular asosan operatsiya va prosedura xonalarida o'rnatilgan bo'ladi. Ular oddiy kunduzgi yoritish lampalari kabi tuzilishga ega bo'lib, ularda ham kichikroq quvatli simob kvarts lampalari ishlatiladi.

Lazer nuri bilan davolanish maqsadida geliy va neon gazi asosida ishlaydigan AGN—106 «Yagoda» apparati va AMLT— 01 magnitolazer apparatlaridan foydalaniladi. «Yagoda» apparati chiqaradigan lazer nuri 0,63 mkm to'lqin uzunligiga va 12 Vt quvvatga ega. Uning shtativ qurilmasi davolash uchun nurni qulay holatga keltirish imkoniniberadi. Shuningdek uning lazer nuri tushish yuzasini 5—300 m gacha o'zgartirib davolash vaqtini 1—6 minutgacha belgilash mumkin. Og'iz bo'shlig'ikasalligini davolashda «Rascos» apparatidan foydalaniladi. Undan chiqadigan lazer nuri 0,633 mkm to'lqin uzunligi va 15 mVt chiqish quvvatiga ega. AGM—2 «Razbor» nomli universal lazer qurilmasi koagulyatsiya (kesish) va davolashda qo'llaniladi. Bu apparat yordamida lazeropunktura, ya'ni biologik aktiv nuqtalarga ta'sir etish ham mumkin. Bu apparatda davolanagan vaqtda kasallangan sath maydonchalarga bo'linib ketma-ket ta'sirlantirilishi mumkin, har bir maydonni davolashni 1—5 minut davomida amalga oshiriladi. Ayrim holda kombinatsiyalangan ya'ni ham ultrabinafsha ham infraqizil nur bilan davolovchi apparatlardan ham foydalaniladi.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНЖЕНЕРИИ

Гуламов Ш.А., Жураев З.Б., Айдаров О.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Как известно, современные специалисты в области медицины осуществляют свою профессиональную деятельность путём использования множества диагностических и лечебных оборудований, работающих на основе современной микроэлектроники. При этом возникают проблемы квалифицированного использования данных оборудований, а при незначительных поломках необходимость устранения их. Данное обстоятельство требует подготовки специалистов, которые владели бы навыками клинической инженерии.

С 2017-2018 учебного года для студентов 2-го курса медицинских вузов в учебные программы включен такой предмет как «Биомедицинская инженерия», который даёт только начальные понятия в этой области. Для дальнейшего совершенствования навыков будущих медицинских специалистов, по-видимому, необходимо вести предмет «Клиническая инженерия» как в магистратуре, так и на курсах повышения квалификации врачей.

На современном этапе развития медицинской инженерии и в клинической практике часто используемыми оборудованиями являются такие высокотехнологичные медицинские оборудования как магнитно-резонансный томограф (МРТ), компьютерный томограф (КТ), аппарат ультразвукового исследования (УЗИ) и др. В связи с этим изучение вопросов магнитно-резонансной томографии –МРТ в медицинском образовании и методы исследования являются актуальным.

В связи с поставленными задачами возникает необходимость поиска новых подходов в приобретении навыков понимания студентами медицинских вузов принципа работы магнитно-резонансного томографа. Кроме того, установки по МРТ томографии в основном, используются в различных медицинских центрах и клиниках. Из-за дороговизны МРТ -установок и большого объёма этих устройств на сегодняшний день нет возможности проведения занятия студентам в учебных лабораториях в этом направлении. Данную проблему можно решить с помощью разработок методов создания виртуальных лабораторий по МРТ, которыми легко могут воспользоваться как профессорско-преподавательский состав работающих в области медицинской техники, так и студенты бакалавриата и магистратуры и слушатели курсов повышения квалификации врачей, обучающиеся в этом направлении.

Визуализация - один из основных приемов обучения, позволяющих глубже разобраться в физическом явлении или законе используемых, в МРТ - томографии. При изучении динамичных объектов и явлений, которые сложно понять, глядя на статическую картинку, визуализация наиболее полезна. Далеко не все эксперименты можно проводить в реальных лабораторных условиях. Поэтому наряду с традиционными формами обучения, применяемыми на лекционных, семинарских занятиях и лабораторных работах, нужно вводить занятия с использованием методов интерактивного моделирования.

Методические алгоритмы и рекомендации заданий могут быть использованы преподавателями в процессе обучения студентов и также самими обучающимися при самостоятельной работе для более глубокого понимания явлений и процессов, происходящих при диагностике с помощью МРТ.

На основе проведенной работы можно сделать следующие выводы:

1. Разработана методика создания виртуальных лабораторий по магнитно-резонансной томографии с помощью интерактивного моделирования физических явлений в среде PhET (PhET Simulations).

2. В целях облегчения использования программы PhET пользователями, создающими виртуальные лаборатории, разработан алгоритм установки программы PhET.

3. На основании таких педагогических технологий как «Ассисмент» и «Диаграмма Венна» разработаны методы контроля и оценки знаний студентов медицинских вузов по направлению МРТ.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РОГОЗА

Гуламов Ш.А., Муминова Г.М., Жураев Д.Д.
Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы большое внимание уделяется изучению физических свойств волокносодержащих растений. Так например, изучению физических свойств хлопковых волокон и влияние на них различных внешних воздействий посвящена работа А.Т.Мамадалимова, П.К.Хабибуллаева, М.Шерматова (“Некоторые проблемы модификации физических свойств хлопковых волокон”, Uzbek journal of physics. Volume 1, Number 6, 1999, p. 465 – 479), где особое внимание уделяется изучению электропроводности хлопковых волокон и её связи со структурными изменениями.

Рогоз использовали для изготовления «рогозы», сплетенной из листьев для замены ткани. Листья обладают свойством гибкости, даже при полном высохшем состоянии. Рогоз обладает антисептическими и бактерицидными свойствами. Указаны факты, что листья рогоза содержат в составе большое количество аскорбиновой кислоты, протеин, небольшое количество жира. В корневищах рогоза широкополостного обнаружены дубильные вещества, сахар, крахмал, щавелевокислый кальций, белок и жир.

В данной работе изучены физические свойства природного волокна – рогозы по направлению его волокносодержания, определены механические свойства и степень прочности.

Для исследования были собран рогоза узколистный, растущий в водных местностях Бузского района Андижанской области. Для обнаружения волокон были подготовлены образцы длиной 1 см. В данных образцах в продольном направлении были сняты поверхностные слои для лучшего наблюдения волокон рогоза, затем с помощью цифрового микроскопа были наблюдаемы структуры данных образцов.

Исследования с помощью цифрового микроскопа показали, что образцы рогоза содержат особо тонкие волокна направленные как в продольном, так и поперечном направлениях и образуют структуру в виде клетки. Данный факт повидимому способствует увеличению прочности рогоза.

Далее, с помощью собранной установки, были изучены зависимости механического напряжения от деформации. Исследуемые образцы длиной 12 см подвергались линейному растяжению под воздействием нагрузок. Получен график зависимости механического напряжения от деформации и проанализированы каждые участки данной зависимости и обнаружены увеличение деформации при малых изменениях механического напряжения, что повидимому свидетельствует о появлении «текучести».

На исследуемом образце были проведены опыты при поэтапном снятии нагрузок и обнаружено, что данные образцы рогоза достаточно долгое время не восстанавливали первоначальную длину. Данный факт свидетельствует о том, что в образцах возникала остаточная деформация.

Таким образом установлено, что рогоз узколистный содержит особо тонкие волокна, которые способствуют повышению его прочности. Полученные данные помогут в понимании физических свойств рогоза и могут быть использованы в практической медицине.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОРНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Джалалова О.К., Косимова Д.С., Хамрокулов Ш.Х., Чартаков К.Ч.,
Тоджибаева Н.Л.

Андижанский государственный медицинский институт

На сегодняшний день остаются недостаточно изученными, но актуальными вопросы постоянного, регулярного и систематического психоэмоционального расстройства у людей, что неизбежно приводит к многим заболеваниям и, в том числе, онкологическим заболеваниям. В человеческом организме все взаимосвязано и гармонично. Болезнь же возникает при нарушении гармонии души и тела, изменении гомеостаза (постоянства внутренней среды). Мы часто не обращаем внимания на плохой сон, раздражительность, хроническую усталость, различные болевые ощущения, когда организм сигнализирует нам о той или иной неисправности. Известно, что хронический стресс способствует возникновению рака.

Результаты: исследования показали, что раковые пациентки перенесли какое-то горе, например, что у 3 больных выявлено потеря родных и близких, 11 больных женщин выявлено пережили развод, 14 больных смерть ребёнка, 12 больных проблемы с социальными факторами. Из 250 больных 40 выявление онкозаболевание.

Вывод: иммунная система не только осуществляет защиту организма от инфекций и собственных опухолевых клеток, но и участвует в восстановлении повреждённых клеток разных органов и систем организма. Некоторые химические канцерогены могут образовываться и внутри самого организма в ходе различных метаболических реакций, поэтому вероятность опухолевой трансформации клетки нельзя теоретически исключить даже если устранить из окружающей среды все возможные канцерогены. Поэтому наибольшее внимание среди онкологических рисков следует уделять именно состоянию иммунитета, чтобы возникающие раковые клетки уничтожались здоровой иммунной системой, не успев перерасти в глобальный опухолевый.

ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА И МЕТАБОЛИЗМА ЛИМФОЦИТОВ ОТ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Джалалова О.К., Косимова Д.С., Хамрокулов Ш.Х., Чартаков К.Ч., Тоджибаева Н.Л.
Андижанский государственный медицинский институт

Метастазы злокачественных опухолей значительно осложняют течение заболевания. При этом метастазирование развивается не только на поздних стадиях развития опухоли, но в ряде случаев уже на ранних стадиях заболевания метастазы обнаруживаются в региональных лимфоузлах. Особенно актуальны исследования иммунных механизмов при метастазировании у больных раком легкого. Связано это с тем, что в настоящее время рак легкого занимает первое место в структуре онкологических заболеваний, причем значительную часть больных выявляют уже на IV стадии заболевания, то есть в условиях метастазирования опухоли.

Цель исследования: изучить состояние иммунной системы и метаболизма лимфоцитов крови у больных раком легкого в зависимости от метастазирования опухоли.

Материалы и методы: на Андижанской районной поликлинике кабинет онкологии обследовано 4 больных мужского пола с раком легкого. Кровь на исследование забиралась на следующий день после поступления. Наличие метастазов в лимфоузлах корня легкого определяли гистологическим методом. В качестве контроля обследовано 16 здоровых мужчин. Фенотип лимфоцитов крови оценивали с помощью метода непрямой иммунофлуоресценции. Концентрацию иммуноглобулинов класса в сыворотке определяли методом иммунодиффузии.

Результаты: при исследовании состояния клеточного иммунитета у больных раком легкого в зависимости от метастазирования обнаружено значительное сходство изменений величин исследуемых показателей относительно контроля в группах больных без метастазов и с метастазами в лимфоузлах. Так, независимо от метастазирования в лимфоузлах у больных мужчин повышается концентрация лейкоцитов в периферической крови, снижается относительный уровень общих лимфоцитов. Независимо от метастазирования у больных мужчин относительно контрольных значений повышается концентрация IgA и снижается уровень IgG в сыворотке крови. Также независимо от метастазирования в лимфоузлы снижается уровень относительного синтеза IgA, IgM и IgG. Однако только у больных раком легкого с метастазированием в лимфоузлы корня легкого статистически достоверно повышается сывороточная концентрация IgM. При исследовании состояния метаболического статуса иммунокомпетентных клеток крови у больных раком легкого обнаружены более выраженные особенности в зависимости от метастазирования в лимфоузлы. Так, только у больных мужчин без метастазирования в лимфоцитах крови статистически достоверно снижается активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и повышается уровень глутатионредуктазы.

Заключение: при исследовании метаболического статуса лимфоцитов крови обнаружены изменения, характерные для больных раком легкого вообще и специфические для групп больных с отсутствием и наличием метастазов в лимфоузлах. Наиболее выраженными общими особенностями метаболизма лимфоцитов при раке легкого является ингибирование анаэробных процессов и разбалансировка ферментативных реакций цикла трикарбоновых кислот. Различия в метаболических реакциях лимфоцитов у больных при отсутствии и наличии метастазирования опухоли определяются уровнем пластических и антиоксидантных реакций.

ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ЛАЗЕРЛИ ҚУРИЛМАЛАР

Жўраев Д.

Андижон давлат тиббиёт институти

Саноат лазерлари пайдо бўлиши билан жаррохликда янги давр бошланди. Бу борада металлари лазерда қайта ишлаш соҳаси мутахассисларининг тажрибалари қўл келди. Терапияда – лазерли биорағбатлантириш. Хирург пичоғи – кесади ва пайвандлаб тикиб қўяди, баданни кесмасдан оператсия қилиш. Кўз хирургиясида, онкологиясида, тишни даволашда (бормашина). Диагностика – лазер нури куввати ва тўлқин узунлигини бошқариш орқали организмдаги тўпланиб қолган ҳамма элементлар, четланишлар, қон айланиши ритмларини аниқлаш.

Лазер нури хирургияда тўқималарни қонсиз кесишларни бажаришда ишлатилади, чунки унинг таъсирида кесилаётган тўқиманинг четлари пайвандланиб қолиши натижасида капилляр қон кетишни олди олинади. Онкологияда рак хужайраларини емиришда ишлатилади (чунки лазер нури уларда кучли ютилади).

Офтальмологияда лазер нури ўрнидан қўчган кўз тўр пардасини «пайвандлашда» ва глаукомани даволаш учун кўз ичидаги суюкликни окизиб чиқариш учун, склерада микроскопик тешиқлар ҳосил қилишда ишлатилади.

Дерматологияда газ лазерининг нурланишидан терапевтик мақсадда қўлланилади. Лазер нурланишининг биологик тўқималарга таъсирининг хусусиятларини ҳисобга олиб, у билан ишлаш жараёнида тажриба ўтказувчига нурнинг тушишини бартараф қилиш лозим, (ҳаттоки, бирор буюмдан қайтганини ҳам).

Лазер скапел автоген кескич ҳисобланади. Суяқларни пайвандлаш – алангалантириш орқали зич пайвандлашдир. Мускул тўқималарини бирлаштириш ҳам пайвандлаш воситасида амалга оширилади. Лазер нурланиши қандайдир таъсир кўрсатиши учун тўқима уни ютиши лозим. Тиббиётда энг кўп қўлланиладиган лазер карбонат ангидридли лазердир. Бошқа лазерлар монохроматикдир. Улар иситади, парчалайди ёки баъзи бир алоҳида хусусиярга эга бўлган тўқималарни пайвандлайди. Мисол учун аргон лазерининг нури шаффоф дағал жисмдан эркин тарзда ўтиб ўзининг энергиясини хужайрага беради ва қизил рангга яқин ранг билан бўйяди. Карбонат ангидридли лазер кўп ҳолларда қўл келади. Масалан, турли рангдаги тўқималарни бир-бирига пайвандлаш ёки бир-биридан ажратишда. Аммо бунда бошқа муаммо юзага келади. Қон ва лимфа билан тўла тўқималар кўп сувни ўзида тутиб туради, лазер нурланиши энергияси эса сувли шароитда ўз кучини йўқотади. Лазер энергиясини ошириш

мумкин. Лекин бу тўқималарнинг куйишига олиб келиши мумкин. Жаррохлик лазерлари яратувчилари бундай ноқулайликлардан қочишлари лозим бу эса ускуна нархини кескин ошириб юборади.

Металл пайвандлаш мутахассисларига азалдан маълумки, ингичка металл қатламларини кесишда улар бир-бирига зич туриши керак, нуктавий туташтирувчи пайвандда эса пайвандланаётган металлларнинг мустаҳкам бўлиши учун қўшимча босим зарур. Жаррохликда бу услуб профессор Скобелкин томонидан қўлланган. Скобелкин ва унинг ҳамкасблари тўқималарни пайвандлашда уларни маълум босим остида ушлаш таклифини билдирдилар. Бу қонни сиқиш имконини берарди. Янги услубни қўллаш учун анчагина янги ускуналар яратишга тўғри келди. Улардан бугунги кунда ошқозон ичак жаррохлигида, ўпка, жигар устида бажариладиган жаррохлик амалиётларида кенг фойдаланилмоқда.

ТИББИЁТДА ЭЛЕКТРОМАГНИТ НУРЛАНИШ, ИНФРАҚИЗИЛ, УЛТРАБИНАФША ВА ЁРУҒЛИК НУРЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Жўраев Д.

Андижон давлат тиббиёт институти

Тиббиёт амалиётида электромагнит нурланиш, инфрақизил, ултрабинафша ва ёруғлик нурлари билан даволаш усуллари лазер нурлари билан даволашдан анча олдинроқ бошланган. Инфрақизил нур билан даволанганда тўқималарда модда алмашинуви тезлашади, шамоллаш марказларининг сўрилиб кетишига эришилади ва оғриқ қолдирувчи таъсир кўрсатилади. Турли касалликлар: шамоллаш, куйиш ва со-вқотишда мускул тўқималари жароҳатланганда унинг оғриқни қолдирувчи таъсирини фойдаланилади. Ёруғлик нури одам организмга иситувчи таъсир кўрсатиб 1 см чуқурликкача боради. Кўринадиган нурнинг турли ранглари марказий нерв системасига таъсир қилиб беморнинг рахий ҳолатини яхшилашга ёрдам беради. Шунингдек шамоллаш, радикулит ва бошқа касалликларни даволашда қолланилади. Ултрабинафша нурларининг тўлқин узунликларига кўра узун тўлқин узунлиги 400—315 нм, ўртача тўлқин узунлиги 315—280 нм ва қисқа тўлқин узунлиги 280 нм дан кичик бўлган нурларга бўлинади. Офтобда юрган одамнинг бадани қорайишидан хабарингиз бор. Қорайиш натижасида тери орқали ултрабинафша нурнинг ютилиши 13 дан 8 фоизгача камаяр экан. Қисқа тўлқин узунлидаги нурларни атмосферанинг озон қавати кучли ютиб эрдаги ўсимлик ва ҳайвонот дунёсини унинг зарарли оқибатларидан ҳимоялайди. Ултрабинафша нурлари одам организмга кимёвий таъсир кўрсатиб моддалар алмашинувида иштирок этади ва стимулловчи натижа беради. Бугунги кунда тиббиётда лазер нурларидан ҳам самарали фойдаланилмоқда. Бунда тор тўлқин узунлиги оралигидаги инфрақизил ва кўринадиган нурлардан фойдаланилади. Лазернинг кичик энергияли турлари даволашда, катта энергияли турлари хирургик оператсияларда қўлланилади. Паст энергияли лазерлар биостимулятсия эффектини беради яъни тўқима, қон айланиш системаларидаги қонни, ҳужайралар ҳаракатини фаоллаштиради. Бу нурларнинг клиник таъсири, уларни ўтказиш дозалари ва бошқа даволаш тадбирлари амалий машғулотларда ва «Физиотерапия» фанларида чуқурроқ ўрганилади.

Инфрақизил ва кўринадиган ёруғлик нури билан даволовчи тиббиёт техникаларига даволаш муассасаларида ишлатиладиган Улар БК—44 ва ВТ—13 маркаларга эга. Бу аппаратларнинг ҳаммаси 220 В кучланишда ишлайди.

Ултрабинафша нур билан даволовчи тиббиёт аппаратлари уч хил бўлади.

1. томоқ-бурунни даволовчи ОН—7, ОКУФ—5, БОП-4;

2. тананинг маълум бир қисмини даволовчи ОКН—ИИ, ОРК—21 (ҳозирда улар УГД серияси билан чиқарилади) ҳамда

3. кўпчиликни бир вақтни ўзида даволовчи «Маяк» типидagi ОКБ—30 аппаратлари шулар жумласидандир. Ушбу аппаратларда ДРТ—230, ДРТ—400, ДРТ—1000 маркали симоб кварс лампаларидан фойдаланилган. Улардан чиқадиган нур кўзга таъсир қилгани сабабли даволанувчилардан қора кўзойнак тақиш талаб қилинади. Бу аппаратларнинг ҳаммаси 220 В кучланишда ишлайди.

Ултрабинафша нур чиқарувчи бактерицид лампаларнинг ДБ—15, ДБ—30, ДБ-60, Медикор фирмасининг БЛФ-12, БЛМ-12 маркали турлари мавжуд бўлиб, ушбу лампалар асосан ҳавони зарарсизлантириш учун ишлатилади. Улар асосан оператсия ва проседура хоналарида ўрнатилган бўлади. Улар оддий кундузги ёритиш лампалари каби тузилишга эга бўлиб, уларда ҳам кичикроқ қувватли симоб кварс лампалари ишлатилади.

Лазер нури билан даволаниш мақсадида гелий ва неон газли асосида ишлайдиган АГН—106 «Ягода» аппарати ва АМЛТ—01 магнитлазер аппаратларидан фойдаланилади. «Ягода» аппарати чиқарадиган лазер нури 0,63 мкм тўлқин узунлигига ва 12 Вт қувватга эга. Унинг штатив қурилмаси даволаш учун нурни қулай ҳолатга келтириш имконини беради. Шунингдек унинг лазер нури тузиш юзасини 5—300 м гача ўзгартириб даволаш вақтини 1—6 минутгача белгилаш мумкин. Оғиз бўшлиғикасаллигини даволашда «Рассос» аппаратидан фойдаланилади. Ундан чиқадиган лазер нури 0,633 мкм тўлқин узунлиги ва 15 мВт чиқиш қувватига эга. АГМ—2 «Разбор» номли универсал лазер қурилмаси коагулятсия (кесиш) ва даволашда қўлланилади. Бу аппарат ёрдамида лазеропунктура, яъни биологик актив нуқталарга таъсир этиш ҳам мумкин. Бу аппаратда даволанган вақтда касалланган сатҳ майдончаларга бўлиниб кетма-кет таъсирлантирилиши мумкин, ҳар бир майдонни даволашни 1—5 минут давомида амалга оширилади. Айрим ҳолда комбинатсияланган яъни ҳам ултрабинафша ҳам инфрақизил нур билан даволовчи аппаратлардан ҳам фойдаланилади.

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ВА ЭЛЕКТРОФОТОГРАММА УСУЛИ ЁРДАМИДА ДНК НИ ТОПИШ

Жўраев Д.

Андижон давлат тиббиёт институти

ДНК электрофорези учун қуйидаги асбоб ва реактивлар бизга зарур бўлади; спектрофотометр, микрофотометр (МФ-4), электрофорез асбоби, 20-50 мл ли шиша шприс, ўлчов колбалари (100; 1000 мл ли), ички диаметри 5-6 мм, узунлиги 7-8 см ли шиша найчалар, пипеткалар (0,1; 0,1 ва мл ли), pH-метр, сианогум-41 ёки

акриламид ва H_1N_1 -метилен бисакриламид, ТЕМЕД - тетраметил этилендиамин, аммоний персульфатнинг 10% ли эритмаси, сахарозанинг 40% ли эритмаси, бромфенол кўкининг 0,25% ли эритмаси, трис асетат буфери (пХ 7,8), перхлорат кислотанинг 0,5 Н эритмаси, сирка кислотанинг 1 мл эритмаси, метилен кўкининг (0,4 мл) асетат буферидаги (пХ 4,7) 0,2% ли эритмаси.

Нуклеин кислоталарни фракциялаш учун кўпинча сахароза зичлик градиентда ултрасентрифугалаш, хроматографик, электрофоретик усуллар кўп қўлланилади. Бу усуллар ичида полиакриламид гелидаги электрофорез усули диққатга сазовор. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, биринчидан, синтетик гел ғовакларининг ўлчамларини бошқариш мумкин, иккинчидан, бирданига бир вақтнинг ўзида текширилатган аралашмани кўп миқдорда фракциялаш мумкин. Таркибида 2,4% акриламид бўлган полиакриламид гелидаги электрофорез умумий ДНК ни молекуляр массасига қараб турли фракцияларга ажратишга имкон беради.

Гел тайёрлаш. Гел тайёрлаш учун 95% ли акриламид ва 5% ли H_1N_1 -метиленбисакриламид аралашмасидан иборат бўлган сианогум-41 препарати ишлатилади. Бирор объектдан ажратиб олинган умумий ДНК ни фракциялаш 2,4% ли акриламиддан тайёрланган полиакриламид гелида олиб борилади. Бунинг учун 2,5 г сианогум-41 ёки 2,4 г акриламид, 0,13 г H_1N_1 -метиленбисакриламид 33 мл трис-асетат буферида (пХ 7,8) эритилиб, унинг устига 50 мл дистилланган сув, 0,08 мл ТЕМЕД қўшилади. Тайёрланган суюқлик яхшилаб аралаштирилгач, 10% ли 0,8 мл аммоний персульфат эритмаси қўшилади ва эритманинг ҳажми 100 мл га етказилиб аралаштирилади. Тайёр бўлган аралашма электрофорез олиб бориладиган ички диаметри 5-6 мм, узунлиги 7-8 см ли шиша найчага ҳаво пуффакчалари киритилмасдан куйилади. Полимерланиш процесси кислородсиз муҳитда олиб борилиши керак. Бунинг учун полимерланувчи аралашма устига охисталик билан буфер эритма куйилади ва қатлам ҳосил қилинади. Электрофоретик камера кюветаларига буфер 1:2 нисбатда суюлтирилгандан сўнг куйилади.

Гелга фракцияланадиган умумий ДНКни томизиш - Гел полимерлангандан сўнг, унинг устига таркибида ДНК бўлган 20% ли 0,01-0,05 мл сахароза эритмаси (бунинг учун маълум миқдордаги 40% ли сахароза эритмаси тенг миқдордаги ДНК эритмаси билан аралаштирилади) ва 0,25% ли 0,01 мл бромфенол кўки томизилади. Сахароза ДНК эритмасининг зичлигини ў ошириб, унинг электрод буфери билан қисқа вақт ичида аралашиб кетишига қаршилиқ қилади. Натижада электродларга кучланиш берилганда ДНК гел устунига ўтади. Текширилатган эритмадаги ДНК концентрасияси куйидагича аниқланилади: 0,1 мл ДНК эрит-масига 5 мл 0,5 Н перхлорат кислота қўшиб, қайнаб турган сув ҳаммомида 20 минут гидролизланади. Шундан кейин гидролизатнинг оптик зичлиги спектрофото-метрда (270 ва 290 нм да) аниқланади. ДНКнинг миқдори эса куйидаги формула ёрдамида ҳисоблаб топилади:

$$C_{\text{мкг/мл}} = [(E_{270} - E_{290}) / 0.19] * 10.5$$

бу ерда: С - ДНК концентрасияси; э - таркибида 1 мкг ДНК бўлган эритманинг оптик зичлиги; 0,19 - 1 мкг/мл ДНКдаги фосфорнинг спектрофотометрик кўрсаткич коэффисиенти; 10,5 - назарий ҳисоблангандаги фосфор миқдорини ДНК га ўтказиш учун кўпайтувчи.

Электрофорез ва электрофотограммада ДНК ни топиш- электрофорезнинг ҳар бир устунига 5 мА ток кучи берилади. Тажриба 0 - 3°C да 60 минут давомида олиб борилади. Электрофорез тамом бўлгандан сўнг гел ус-тидаги шиша найчалар чиқарилиб, фиксация қилинади ва бўялади. 1М сирка кислота ёрдамида фиксациялаш учун 15 минут сарфланади; гел устунчаларини бўяш учун метилен кўкининг 0,4 М асетат буферидаги (пХ 4,7) 0,2% ли эритмасида 4 соат тутиб турилади. Ортиқча бўёк бир неча марта сув билан ювилади. Олинган электрофореграммалар миллиметрли қоғозга чизилади, расми олинади ва микрофотометр (МФ-4) ёрдамида денситометрланади. Ҳар бир фраксияга тўғри келган чўкки (пик) сатҳи куйидаги формула ёрдамида ҳисоблаб топилади:

$$A = (\lg x / 2) * a$$

Бу ерда: А - шартли бирликдаги ДНК фракциясининг миқдори; х - пик баландлигининг ўнли логарифми; а - пикнинг асоси (мм да).

Ҳамма фракциялар учун олинган А нинг қийматлари йикиндиси шартли бирликда ифодаланган ДНК нинг умумий миқдорини ташкил этади, бунга асосланиб ҳар бир фракциянинг процент нисбатларини ҳисоблаб топиш мумкин.

ЛАЗЕР НУРЛАНИШИНИ БИОТЎҚИМАЛАР БИЛАН ТАЪСИР МЕХАНИЗМЛАРИНИ ГУРУХЛАШ

Жўраев Д.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги замон тиббиётида лазерли ускуналар кенг қўлланилмоқда. Шунинг учун лазер нурланишини биотўқималар билан таъсир механизмлари ўрағниш кўп қасаликларни даволашда муҳим рўл ўйнайди.

Масалан: Хирургик лазерлар таъсирида тирик тўқиманинг жароҳатланиши ёки ўлишига олиб келади, ютилиш энергиясининг юқори зичлигида тўқималарни “Аблятия”си кузатилади. Аблятия бу --- бирор бир сиртдан моддани олиб ташлаш маносини беради. Бугунги кунда лазер нурланишини биотўқималар билан ўз аро таъсири шунингдек ундаги аблятия жараёни кам ўрганилган соҳа ҳисобланади. Асосан лазер нурланишини биотўқималар билан таъсир механизми 4 гуруҳга бўлинади.

1. Иссиқлик механизми. Бунда ,унча катта бўлмаган нурланишнинг ютилишлари асосан юмшоқ тўқималарда -- сувда содир бўлади. Ютилган энергиянинг ҳаммаси иссиқликка айланади.

2. Портлаш таъсир механизми. Бундай механизми сув билан бой бўлган юмшоқ тўқималарга Инфрақизил (ИК) лазерлар лазерлар таъсирида намоён бўлади (узлуксиз таъсирга эга CO_2 лазер) CO_2 лазер нурланишини тўқимада мавжуд сув молекулалари томонидан жадал ютилиши кузатилади. Бундай ҳолатларда сиртнинг юпка қатламида сувнинг тезлик билан қизиганлиги кузатилади. Натижада аблятия юз беради. Аблятия жараёнида аблятия кратерларини шаклланиши содир бўлади. Шунда тоқимадан қиздирилган модда билан биргаликда энергиянинг ката қисми йўқотилади. Кратер атрофидаги юпка қатламли қиздирилган соҳа пайдо бўлади.

3. Лазер нурланишларининг каттиқ тўқималарга таъсири. Мазкур механизм ИҚ лазерларни каттиқ тўқималарга (суяк, емал, тишнинг дентини ва х,к) таъсирида рўй беради. Бу механизм олдинги механизмларга ўхшаш, лекин ўзига хос хусусиятларга эга:

1) Емалнинг термик бузилиш чуқурлиги унча ката эмас. (75 мкм дан кам).

2) Абляциясион кратерларни сиртида аблирланган модданинг чўкмаси ҳосил бўлишлиги ва турли кристаллик соҳаларни пайдо бўлиши.

4. Ультрабинафша (УБ) диапазондаги лазер нурланишини биологик тўқималарга таъсири.

Бунда кўпроқ эксимер лазерлари A_rF (нурланишнинг тўлқин узунлиги) $\lambda = 193nm$ $HeCl$ ($\lambda = 308nm$) камрок CrF ($\lambda = 248nm$) лар қўлланилади. Шунингдек 211-355 нм диапазондаги тўлқин узунликларда ишловчи эксимер лазерлар ҳам қўлланилади. ИҚ лазерлардан фарқли равишда УБ нурланишли лазерлар сувда деярли ютилмайди. $HeCl$ лазерининг нурланиши юмшоқ ва каттиқ тўқималарнинг кўзга ташланмас компоненталари томонидан томонидан интенсив ютилади. A_rF лазерининг нурланиши оксиллар ва ДНК хужайралари томонидан кучли ютилади. Шунингдек бундай ютилиш кўз олмасининг шох пардаси шаффоф тўқимаси томонидан ҳам яъни бириктирувчи тўқима бўлган коллоген томонидан ҳам ютилади.

ЗАМОНАВИЙ ТИББИЁТ АМИЛИЁТИДА НАНОРОБОТЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Жўраев Д.

Андижон давлат тиббиёт институти

Шиддат билан ривожланиб бораётган бугунги кунимизни техникасиз тасаввур қила олмаймиз. Сўнги йилларда кундалик турмушимизда ҳам нанотехнология, наноелектроника, нанотиббиёт, наносенсорика атамаларига тез-тез мурожаат қилиб тураемиз. Бу бежиз эмас албатта. Бугунги кунда биз микродунё имкониятларидан кечиб, нанодунё оламига қадам қўймоқдамиз. Айниқса, нанотехнология ютуқларидан тиббиётда фойдаланиш долзарб масала ҳисобланади. Айни вақтда тиббиётда жумбоқ бўлиб турган масалаларни нанороботлар орқали бартараф этиш мумкин. Оддийгина бир мисол, агар танамизнинг бирон аъзоси оғривса, албатта оғрик қолдирувчи таблетка истеъмол қилаемиз, турган гапки, у шикастланган органдан ташқари, шикастланмаган соғлом аъзоларимизга ҳам ўз таъсирини кўрсатмай қолмайди. Нанороботларнинг афзаллик томони шундаки, улар фақат зарарланган хужайралар билан ишлайди ва уларни қайта тиклайди. Таблетка кўринишидаги нанороботлар ичилганда ёки оддий шприст ёрдамида инъекция қилинганда, улар қонга тушиб, тарқалади ва шикастланган хужайрага йўналади. Ўз ишини бажариб бўлган наноробот инсондаги биологик йўл билан танадан чиқиб кетади ёки бир қисми организмда доимий “навбатчиликда” қолиши мумкин. Нанороботларнинг назоратдан чиқиб кетиши, тўхтовсиз ўз-ўзини репликация қилиши муаммоларига келсак, роботлар организмдан ташқарида ясаиб, уларни танага киритиш ва чиқариб юбориш зарурат туфайлигина амалга оширилади. Агар қандайдир наноробот организмда қолиб кетса ҳам, унинг ўз-ўзини кўпайтириш функциясини ўчириб қўйиш қийин эмас.

1996-йил Крис Феникс форумда “Инсон қони 500 трлн. роботлар билан алмаштирилса, нима бўлади?” деган хабар қолдирди. Бу “ақлга сиғмас” масала Р.Фрайтас билан узок даврли ҳамкорликка олиб келди ва натижада “Робоблоод” (Робототехник қон) номли асар 2002-йилда нашр қилинди.

“Робоблоод” - жуда аниқликда ҳисоблаб чиқилган тиббиёт нанороботларининг мажмуасини лойиҳаси бўлиб, улар инсон танасида яшаш ва фаолият кўрсатиш имкониятига эга бўлган, қоннинг ҳар хил вазифаларини, жумладан, нафас газлар циркуляцияси, глюкозалар, гормонлар, чикиндилар, хужайралар таркибловчилари, ситоплазманинг бўлиниши каби вазифаларни бажаради.

Инсон фаолият турига қараб, 500 трлн. микроскопик нанороботлар таркибига кирган, оғирлиги 2 кг бўлган “Робокон” 30-200 Ватт энергия талаб этади. Тизим қон ташувчи томирлар тузилишига тўла мос келади ва табиий қон томирларни тўла алмаштириши мумкин. Улар алмазоиддан ёки шунга ўхшаш биомос келувчи моддадан олинади ва энергияни глюкоза ҳамда кислороддан олишади. Мана шу роботлашган қон оддий одамга қандай афзалликлар беради? Имкониятлари бисёр: бу касал тарқатувчи микроблар билан курашиш, томирларни доимий “тозалаш” ва мустақамлаш, венанинг варикоз кенгайиши ва бошқалар. Шикастланган хужайраларни автоматик усулда даволаш, ҳаттоки касал генларни янгиси билан алмаштириш кабилар.

TA'LIMDA AXBOROT TEXNOLOGIYALARI

Jo'raev D.D., Xomidov M.E., Turg'unboyev.D.D

Andijon davlat tibbiyot instituti

Yangi pedagogik va axborot texnologiyalarini o'quv jarayoniga joriy etish ko'lamini kengaytirish, bir yo'nalishda ilg'or tajribalarni tatbiq qilish, har bir fan bo'yicha bu sohada aniq rejalarni tuzish va amalga oshirish, darslik va o'quv qo'llanmalari hamda dasturlar va ma'ruza matnlarini elektron disketlarga ko'chirish, ular bilan har bir talabani ta'minlashga erishish, ilmiy va ilmiy-metodik ishlarda, shuningdek o'quv-tarbiya jarayonida zamonaviy pedagogik va axborot texnologiyalarining keng joriy etilishiga erishish, ta'lim tizimini zarur axborot vositalari bilan yetarli darajada ta'minlash, ta'lim muassasalarini kommunikatsion tarmoqlariga bog'lash kabi vazifalar muhim hisoblanadi. O'quv materiallarini tanlash, qayta ishlab o'quvchi yoki talabalarning kuchiga, o'zlashtirish xususiyatlariga moslab shakl va hajmini o'zgartirish ham ta'lim texnologiyasiga daxldor. Pedagogik texnologiya, o'z navbatida, ta'lim-tarbiyaning obyektiv qonuniyatlari va diagnostik maqsadlari asosida o'quv jarayonlari, ta'lim-tarbiyaning mazmuni, metod va vositalarini ishlab chiqish va takomillashtirish tizimidir, ya'ni fan va texnika yangiliklarini o'zida mujassamlashtiradigan o'quv jarayonidir.

Bugungi kunda ta'limni axborotlashtirishda asosiy yo'nalish turli o'quv fanlari bo'yicha pedagogik dastur vositalarini yaratishdan iborat bo'lib qoldi. Mavjud va ishlab chiqilayotgan kompyuter texnikasi bazasidagi pedagogik dastur vositalari o'qitish nuqtai nazaridan ta'lim sifatida muhim siljishlarga olib kelishi mumkin. Kompyuter texnologiyalari an'anaviy tashkil

etilgan o'qitish jarayonida joriy etila boshlanganligidir. U o'zining asosiy mazmuni va metodlari bo'yicha bu texnologiyalarga yo'naltirilmagan va ularga ehtiyoj sezmaydi. Ta'lim texnologiyalari doimo axborotli bo'lgan, chunki ular ko'p xil axborotni saqlash, uzatish, foydalanuvchilarga yetkazish bilan bog'liq edi. Kompyuter texnikasi va kommunikatsiya vositalari paydo bo'lishi bilan o'qitish texnologiyalari tubdan o'zgardi. Ta'lim jarayonida axborot texnologiyalarini amalga oshirilishi quyidagilarning mavjud bo'lishini taqozo etadi:

- ta'lim ning texnik vositalari sifatida kompyuterlar va kommunikatsiya vositalari;
- ta'lim jarayonini tashkil etish uchun unga mos tizimli va amaliy dastur ta'minoti;
- ta'lim-tarbiya jarayonida yangi o'quv-texnika vositalarini tatbiq etish bo'yicha mos metodik ishlanmalar.

Keyingi vaqtlarda «o'qitishning kompyuter texnologiyalari» tushunchasi tarqalib, bunda kompyuterlar bazasida amalga oshirilgan o'qitish texnologiyalari tushuniladi. Biroq axborot texnologiyalari tushunchasi o'qitishning kompyuter texnologiyalari tushunchasidan kengroqdir, chunki kompyuterlar axborot texnologiyalari texnik vositalarining tarkibiy qismidir.

MAHALLIY VA TURLI ETNIK GURUH AHOLI TOJ TOMIRLARIDAGI ATROSKLEROTIK O'ZGARISHLAR TAHLILLARI

**Imomov H., Mamataliyeva M.A., Mamataliyev A.R.,
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Mavzu dolzarbligi: O'zbekistonda 20-29 yashar odamlar orasida toj tomirlardagi aterosklerotik o'zgarishlar 47% hollarda uchraydi. 30-39 yashar kishilar orasida ateroskleroz 75% hollarda topiladi. Yurak toj tomirlari aterosklerozining klinik ko'rinishlari erkaklarda 35 yoshdan keyin, ayollarda 45 yoshdan keyin ko'zga tashlana boshlaydi. Odam har 10 yoshga ulg'aygan sayin aterosklerotik o'zgarishlar soni va ifodalanish darajasi ortib boradi.

Tadqiqot maqsadi: aholi o'rtasida tez koronar o'limlarning negizida toj tomirlardagi aterosklerotik o'zgarishlarning ahamiyati va uning tanatogenezdagi rolini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqotda 2012-2016-yillarda Andijon viloyati STE dan tekshiruvdan o'tgan to'satdan koronar o'lim holatida o'lgan 493 ta murda tekshirilgan. O'lganlarning 36% ni 40-50 yoshdagi erkaklar tashkil etgan.

Tadqiqot natijalari: To'satdan koronar o'limdan o'lgan insonlarning 75% ida stenozlovchi ateroskleroz, 20% miokard infarkti, 5% ida infarktdan keyingi kardioskleroz kuzatilgan. 1/4 holatda miokardda ishemiya belgilari, 1/3 holatda toj tomirlar trombozi, 1/5 holatda angionevrotik o'zgarishlar namoyon bo'lgan.

Mahalliy (M) va boshqa etnik guruh (BEG) aholilarda yosh ortib borishi bilan toj tomirlari devorini qalinligi ortib borishi o'rganilganda quyidagilar aniqlandi.

Aterosklerotik bo'lmagan o'zgarishlarning ortib borishi mahalliy aholida (20-30 yoshda 280 mkm, 50-60 yoshda 410 mkm) boshqa etnik guruhdagi aholi ko'rsatkichlariga nisbatan (20-30 yoshda 300 mkm, 50-60 yoshda 450 mkm) biroz pastroq bo'lib, u yoshga bog'liq holda 40 mkm-ga farqlandi. Intima va mediyadagi o'zgarishlar ham shunga mos ravishda ortib bordi, lekin mediyadagi o'zgarishlar nisbatan yuqoriroq bo'lishi qayd etildi.

Toj tomirlari devorining qalinligi turli etnik guruhdagi 50-60 va undan katta yoshdagi ayollar va erkaklarda eng yuqori, aterosklerotik o'zgarishlar farqlanishi esa nisbatan 30-40 yoshli insonlarda yuqoriroq bo'lishi qayd etildi.

Morfometrik ko'rsatkichlari tahlilida toj tomirlar devorini qalinligining o'zgarishi 20-29 yoshda minimal, 50-59 yoshda esa maksimal, mahalliy aholi toj tomirlarida bu o'zgarish 5,3 barobar, boshqa etnik guruh namoyondalarida esa 2,7 barobar kamroq qalinlashuvi namoyon bo'ldi.

Mahalliy aholining toj tomirlarida lipid dog'lar maydoni (20-30 yoshda 1,5% idan, 50-60 yoshda 30%) sust ifodalangan bir tekis ortishi kuzatildi. Turli etnik guruh aholisida esa yuqori ko'rsatkich 40-50 yoshga to'g'ri keldi (37%).

Fibroz pilakchalar bilan shikastlangan sohalar 40-50 yoshda mos ravishda 5,0% va 11,2%, 50-60 yoshda esa 23% va 31%ni tashkil etdi.

Tomirlarning aterosklerotik shikastlangan sohasini qalinligi va fibroz pilakchalarni maydoni o'rtasida to'g'ri bog'liqlik aniqlandi.

Hulosa: Tekshirishlar toj tomirlarni devori qalinligiga (uning intimasi va mediyasiga) yosh, jins va etnik omillar ta'sirlarini ko'rsatdi. Toj tomir devorini qalinlashuvi va aterosklerotik shikastlanish davomiyligi jarayon dinamikasiga mos yoshga bog'liq ortishi kuzatildi.

ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ШТАММОВ E.COLI К АНТИБИОТИКАМ

Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Ибрагимова Л.М., Дадаханова Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Антибиотикорезистентность-это изменяющийся признак, что требует постоянного мониторинга за ним и корректировку рекомендаций.

Целью исследования было сравнительное изучение и оценка чувствительности E.coli различного происхождения к антибиотикам in vitro. Нами были использованы антибиотики имипенем (тиенам) и цефазолин (кефзол), по которым отсутствовали данные по чувствительности возбудителей инфекций мочевых путей. В эксперименте использовали 29 штаммов E.coli мочевого происхождения (E.coli M) и 21 штамм E.coli кишечного (фекального) происхождения (E.coli K). Все штаммы получены от женщин репродуктивного возраста с инфекциями мочевых путей. Идентификацию всех штаммов проводили традиционными бактериологическими методами, а определение чувствительности диско-диффузионным методом и методом серийных разведений в плотной питательной среде по общепринятой методике.

Установлено, что E.coli к чувствительны к имипенему в 92,4%, а E.coli M в 78,6% случаях. К цефазолину чувствительность у E.coli M и E.coli K была достоверно меньше и также отличалась друг от друга - соответственно

51,7% и 42,1% ($P < 0,05$). Резистентные штаммы выявлены в среднем в пределах 6,0-9,0% к имипенему и 25,0-40,0% к цефазолину ($P < 0,05$).

На следующем этапе определяли минимальную подавляющую концентрацию имипенема и цефазолина по отношению к *E.coli* М и *E.coli* К. Величины минимальной подавляющей концентрации имипенема в отношении *E.coli* М составляли в среднем 0,3 мкг/мл, а к *E.coli* К 0,2 мкг/мл (в 1,5 раза больше). Величина минимальной подавляющей концентрации цефазолина к *E.coli* К равна в среднем 2,5 мкг/мл, а к *E.coli* М 7,5 мкг/мл. Этот показатель в 3,0 раза больше, чем у *E.coli* К ($P < 0,001$).

Таким образом, чувствительность к имипенему у *E.coli* различного происхождения было достоверно больше, чем у цефазолина, по минимальной подавляющей концентрации наблюдается такая же картина. Степень резистентности *E.coli* М гораздо выше, чем *E.coli* К, что указывает на большую патогенность *E.coli* мочевого происхождения по сравнению с *E.coli* кишечного происхождения.

ИЗМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНОЙ ПОДАВЛЯЮЩЕЙ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИБИОТИКОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Ибрагимова Л.М., Дадаханова Р.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Наша цель-изучение изменений минимальной подавляющей (ингибирующей) концентрации (МПК) антибиотиков под влиянием биологических жидкостей организма (сыворотка крови и моча) больных женщин репродуктивного возраста в эксперименте. Изучали больных острым циститом (ОЦ) и острым пиелонефритом (ОП). Больные острыми процессами были выбраны для исключения влияния предварительного применения антибиотиков. Для эксперимента выбрали цефазидим и цефуроксим. Исследовали штаммы *S.aureus*, *S.epidermidis*, *S.saprophiticus*, *E.faecalis*, *K. pneumoniae*, *Proteus sp.*, *E.coli*, *P.aeruginosa*. В эксперименте было задействовано пять групп: I группа - обработка взвеси бактерий мочой больных ОЦ; II группа - сывороткой крови больных ОЦ; III группа - мочой больных ОП; IV группа - сывороткой крови больных ОП; V группа - контроль (моча здоровых лиц).

Средняя МПК цефазидима в I группе составила 1,89 мкг/мл, во II группе 2,3 мкг/мл, в III группе 3,1 мкг/мл, в IV группе 2,0 мкг/мл, в V группе 1,8 мкг/мл. Для всех групп величина МПК к *E.faecalis* была >32 мкг/мл. МПК к энтеробактериям составила для I группы 2,2 мкг/мл, для II группы 3,1 мкг/мл, для III группы 2,6 мкг/мл, для IV группы 2,1 мкг/мл, для V группы 2,5 мкг/мл. К стафилококкам величина МПК была в пределах от $<0,02$ до 18 мкг/мл для некоторых штаммов *Staphylococcus sp.*

Установлено, что грамположительные кокки были чувствительны к цефуроксиму во всех экспериментальных группах (МПК - 0,02-4,0). Средняя МПК для I группы 0,7 мкг/мл, для II группы 0,7 мкг/мл, для III группы 0,8 мкг/мл, для IV группы 0,9 мкг/мл, для V группы 0,4 мкг/мл. Энтеробактерии показали МПК цефуроксима в пределах величины чувствительности. Средняя МПК для семейства *Enterobacteriaceae* составило для I группы 5,9 мкг/мл, для II группы 6,7 мкг/мл, для III группы 6,2 мкг/мл, для IV группы 5,5 мкг/мл, для V группы 5,3 мкг/мл.

Таким образом, при предварительной обработке штаммов возбудителей инфекций мочевых путей мочой или сывороткой крови этих больных происходит снижение МПК к антибиотику на 1-2 разведение. Снижение уровня МПК показывает на повышение чувствительности к антибиотику возбудителей инфекций мочевых путей.

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА НЕКОТОРЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ МОЧЕВИНЫ

Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Р.А.Дадаханова., Ибрагимова Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Выявление новых классов дезинфицирующих веществ является актуальной задачей современности. В задачу наших исследований входило изучение биологической активности некоторых органических соединений мочевины, синтезированных в химической лаборатории Киргизско-Узбекского университета. Антимикробную активность соединений мочевины изучали, используя суточные культуры различных групп бактерий: *S.aureus* (патогенные грамположительные кокки), *S.epidermidis* (условно патогенные грамположительные кокки), *E.coli* и *P.vulgaris* (условно патогенные грамотрицательные палочки, перитрихи), *P.aeruginosa* (условно патогенные грамотрицательные палочки, монотрихи образуют капсулоподобную слизь).

Испытания проводили в два этапа. На первом этапе опыт проводили, используя метод серийных двукратных разведений испытуемого вещества. Конечная концентрация вещества в пробирках составляла 50: 25: 12; 6; 3; 1.5; 0.7: 0.3 и 0,15 мг/мл. В качестве питательной среды использовали МПБ. Концентрация тест-культуры бактерий в каждой пробирке составляла 1000 м.т./мл. Результаты учитывали через 24 часа после посева. На втором этапе из пробирок с отсутствием роста делали пересевы на МПА (без примеси испытуемых препаратов), результат учитывали через 24 часа. При отсутствии роста бактерий на МПА действие химического препарата расценивали как бактерицидное, при наличии роста - как бактериостатическое. Всего проведено испытание 13 видов вновь синтезированных различных органических соединений мочевины.

Результаты проведенных исследований выявили высокую антибактериальную активность по отношению к грамположительным и грамотрицательным бактериям трех химических разновидностей гексаметиленбис мочевины. Высокая антибактериальная активность этих препаратов в низких дозах позволяет рекомендовать их, при отсутствии токсичности, в качестве дезинфектантов, асептиков или антисептиков для предупреждения инфекционных процессов, вызываемых указанными выше бактериями.

RESEARCH METHODS OF MICROFLORA OF THE URINARY TRACT

Isanova D.T., Azizov Y.D., Ibragimova L.M., Dadaxanova R.A.

Andijan State medical institute

Normally the urine of a healthy person is sterile. When passing through the distal urinary canal bacteria is added to it. Regularly there are micrococci and staphylococci, diphtheroids, sartsiny, gram-negative bacteria as E.coli, Proteus and others. Often Neisseria, acid-bacteria, mycoplasma, Bacteroides, fusiform bacteria Treponema and others are found.

Including such a multitude of microorganisms in the way of urine, and many of them easily multiply in a nutrient medium, the following question as to differentiate pathogens from these urinary infections additionally caught in the urine. This can be exactly carried out, combining: taking urine for bacteriological examination using quantitative methods for the determination of microorganisms, knowledge of microbial pathogens of urinary infections.

In modern methods of research, 3-5 ml of the first morning urine should be taken a sterile container, from the mid urine. Morning urine is normally retained in the bladder for several hours, which enables to increase the number of microorganisms. This cluster of them has been taken into account when determining the critical value - 10⁵ bacteria per ml of urine.

Urine should not be held more than 1 hour before examination, when stored in the refrigerator, it is suitable for the investigation within 24 hours.

Currently, quantitative microbiological methods of urine investigation acquired very widespread application.

Method of glass slide. A glass slide, on which a layer of nutrient-medium, is loaded into a sterile container with fresh urine. It is immediately taken out, decanted and placed in a closed cylinder that matches the size of glass, and should be sent for analysis.

Method using a vessel with 30 ml. In a 30 ml flask, the walls of which there is a nutrient medium (S = 12,5 cm²), 3.5 ml of urine was poured. Then one immediately pours' urine and strains off the bottle and sends for analysis.

These methods have the following advantages: for sowing it's not necessary to have medical microbiology skills, it's performed immediately after collection of urine. It can be stored in the room temperatured 24 hours before sending to the laboratory.

Method of calibrated platinum loop. Enrolled in the study urine is plated on nutrient medium, taking exactly calibrated platinum loop - with a diameter of 2 mm (method of Cattell and Yefford, 1963).

In the microbiology laboratory germinated colony is counted, knowing how many colonies corresponds to a certain number of bacteria in 1 ml of urine (Gold, 1980)

By means of gold studies (1980) it has been found out that the urine of healthy individuals contains no more than 1000 (10³), or 10000 (10⁴) 1 ml of the bacteria. The number 100000 (10⁵) and more bacteria are considered pathological.

Values of 10⁵ cfu/ml or more is designated as clinically significant bacteriuria. At high values as 10⁶, 10⁷, 10⁸, and correctly taken urine the presence of urine infection can be considered unequivocal.

Unclear borderline cases, for example with, the presence of bacteriuria in the amount of 10³ or 10⁴ ml of urine. In such cases it is necessary to repeat the study, as well as an in-depth study of microbiological for establishing highly adhesive virulent uropathogenic strains.

After applying the appropriate antibiotic repeated research reveals sterile urine or decrease the number of microorganisms that has an indicative value on the effectiveness of the antibiotic.

Microorganisms live in the organism. Quantitative research is not necessary. The detection of these microorganisms, irrespective of the number is indicative of a disease or batsillonositelstva.

The described methods are used to prove uroinfection caused by Gram-negative enteric organisms, staphylococci and enterococci, which are at the same time resident inhabitants of the body. Practically they cause about 80-90% of all uroinfections.

ДИОДНЫЙ ГАЗОАНАЛИЗАТОР В БИОАНАЛИЗЕ

Жураев Дилмурод

Андижанский государственный медицинский институт

Новое диагностическое направление использования лазеров в биомедицине связано с высокочувствительным спектральным анализом газообразных молекул-биомаркеров в процессах газообмена живых организмов с окружающей средой, в частности, при респираторном дыхании. Привлекательной стороной диагностики, основанной на анализе химического состава выдыхаемого воздуха, является возможность исследовать процессы, происходящие в живом организме без вторжения в него, т.е. неинвазивно, исключая возможность заражения гепатитом или СПИД'ом.

Газоаналитический метод является альтернативой методам диагностики, основанным на анализе крови. Он выполняется в реальном масштабе времени и в перспективе может диагностировать развитие заболеваний (диабет, рак внутренних органов, цирроз печени и др.) на более ранних стадиях. Новый метод диагностики позволяет определить уровень сахара по содержанию ацетона в воздухе, выдыхаемом пациентом. Ацетон выделяется легкими больных диабетом при повышении уровня сахара в крови и придает дыханию своеобразный «фруктовый» запах. Но, как признают разработчики, ни методику диагностики, ни, тем более, лабораторную установку по количественному определению ацетона в выдохе диабетиков, они пока не разработали. Детектирование следов молекул в выдыхаемом воздухе относится к числу наиболее сложных задач газового анализа, что связано с очень низкими концентрациями исследуемых соединений (1-100 млн) и, напротив, высоким содержанием мешающих анализу CO₂ и H₂O.

Одним из наиболее эффективных методов газового анализа является диодная лазерная спектроскопия (ЛДС). Уникальные диагностические возможности ЛДС обусловлены редким сочетанием спектральных свойств перестраиваемых диодных лазеров (ПДЛ), которые обладают узкой линией ($\Delta\lambda/\lambda < 10^{-7}$) и широкодиапазонной

перестройкой частоты генерации. Они перекрывают спектральную область 0.6-40 мкм, где расположены колебательно-вращательные (КВ) спектры поглощения большого числа молекул. КВ-спектры определяются симметрией и химическим составом молекул, что позволяет с высокой точностью относить отдельные спектральные линии к поглощающему химическому соединению

В дальнем и среднем ИК диапазоне (2-40 мкм), генерируют лазеры на основе узкозонных полупроводников (тройные и четверные соединения PbSnTe, PbSSe, PbEuSeTe). В ближнем ИК-диапазоне (0,9–3,5 мкм), перекрываемом лазерами на основе соединений AlGaAs, InGaAs, GaInAsSb, располагаются полосы, образуемые обертонами основных переходов. Вероятности таких переходов и, как следствие, интенсивности образуемых ими линий поглощения на 2–4 порядка ниже, чем для основных переходов в среднем ИК-диапазоне. Поэтому, несмотря на преимущества GaAs лазеров, обусловленных возможностью работы при комнатных температурах, для получения наибольшей чувствительности анализа предпочтительным является использование лазеров среднего ИК диапазона. Низкий уровень амплитудных и частотных шумов ПДЛ позволяет регистрировать резонансное поглощение в отдельных линиях колебательно-вращательных спектров исследуемых молекул с чувствительностью к изменению оптической плотности вплоть до 10^{-7} и спектральным разрешением $\sim 3 \cdot 10^4 \text{ см}^{-1}$.

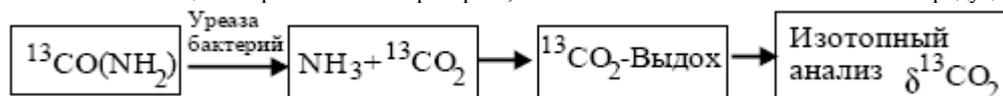
Особенностью анализа молекул-биомаркеров является то, что следовые количества таких веществ изучаются в составе сложных газовых смесей. Так, выдыхаемый воздух содержит более 300 летучих химических соединений, причем содержание в нем H_2O и CO_2 , активных в поглощении ИК излучения и мешающих анализу на несколько порядков выше концентраций исследуемых молекул. Это заставляет выбирать для анализа наиболее интенсивные линии поглощения молекул, располагающихся в «окнах прозрачности» в спектрах пропускания H_2O и CO_2 .

Для сравнения аналитических свойств линий детектируемого вещества предлагается критерий, близкий по своей сути к критерию разрешения двух спектральных линий равной интенсивности, который применяется для оценки разрешающей способности спектральных приборов (критерий Релея – две близко расположенные спектральные линии считаются разрешенными, если в центре их суммарного контура наблюдается провал).

Определение концентрации газообразных веществ с помощью спектральных методов высокого разрешения, в том числе с ПДЛ, основывается на использовании закона Бугера, который связывает концентрацию вещества c , его коэффициент поглощения на заданной оптической частоте $\kappa(\nu)$ и длину оптического пути L с интенсивностью излучения до и после прохождения аналитической кюветы, соответственно $I_0(\nu)$ и $I_L(\nu)$:

Метод вычисления концентрации газа основан на сравнении контуров линий поглощения в аналитическом и реперном каналах с учетом столкновительного и доплеровского уширения. Это позволяет достичь высокой селективности прибора по отношению к другим газам.

Спектрофотометрические методы измерения являются также альтернативными изотопной масс-спектрометрии. Так, например, в дыхательном тесте для гастроэнтерологической диагностики инфицированности желудка *Helicobacter pylori* применяют мочевины, обогащенную ^{13}C изотопом. В присутствии бактерий мочевины разлагается с выделением изотопно-обогащенного CO_2 . Величина ^{13}C -обогащения выдоха зависит от дозы и степени изотопного обогащения принимаемого препарата, а также от величины метаболического продуцирования $^{13}\text{CO}_2$.



Диагностическим критерием хеликобактериоза является оценка степени обогащения изотопом углерода ^{13}C выдыхаемого CO_2 после перорально принятой дозы мочевины, обогащенной стабильным изотопом ^{13}C углерода. Образование изотопно-меченого CO_2 является индикатором процесса разложения мочевины, а значит и присутствия *Helicobacter pylori* бактерий в организме человека.

Применительно к диагностике *Helicobacter pylori* инфекции использование лазерной спектрометрической техники повышает чувствительность и точность изотопного анализа, делая его более доступным по цене и удобным в эксплуатации.

DEZOKSIRIBONUKLEIN KISLOTALARNI POLIAKRILAMID GELIDA ELEKTROFOREZ QILISH YO'LI BILAN FRAKSIYALASH. ELEKTROFOREZ VA ELEKTROFOTOGRAFMADA DNK NI TOPISH

Jo'rayev Dilmurod, Xomidov Mavlonbek
Andijon davlat tibbiyot instituti

DNK elektroforezi uchun quyidagi asbob va reaktivlar bizga zarur bo'ladi: spektrofotometr, mikrofotometr (MF-4), elektroforez asbobi, 20-50 ml li shisha shpris, o'lchov kolbalari (100; 1000 ml li), ichki diametri 5-6 mm, uzunligi 7-8 sm li shisha naychalar, pipetkalar (0,1; 0,1 va ml li), pH-metr, sianogum-41 yoki akrilamid va N_1N_1 -metilen bisakrilamid, TEMED - tetrametil etilendiamin, ammoniy persulfatning 10% li eritmasi, saxarozaning 40% li eritmasi, bromfenol ko'king 0,25% li eritmasi, tris asetat buferi (pH 7,8), perxlorat kislotaning 0,5 N eritmasi, sirka kislotaning 1 ml eritmasi, metilen ko'king (0,4 ml) asetat buferidagi (pH 4,7) 0,2% li eritmasi.

Nuklein kislotalarni fraksiyalash uchun ko'pincha saxarozaning zichlik gradientida ultrasentrifugalash, xromatografik, elektroforetik usullar ko'p qo'llaniladi. Bu usullar ichida poliakrilamid gelidagi elektroforez usuli diqqatga sazovor. Bu usulning afzalligi shundaki, birinchidan, sintetik gel g'ovaklarining o'lchamlarini boshqarish mumkin, ikkinchidan, birdaniga bir vaqtning o'zida tekshirilayotgan aralashmani ko'p miqdorda fraksiyalash mumkin. Tarkibida 2,4% akrilamid bo'lgan poliakrilamid gelidagi elektroforez umumiy DNK ni molekulyar massasiga qarab turli fraksiyalarga ajratishga imkon beradi.

Gel tayyorlash. Gel tayyorlash uchun 95% li akrilamid va 5% li N_1N_1 -metilenbisakrilamid aralashmasidan iborat bo'lgan sianogum-41 preparati ishlatiladi. Biror ob'ektdan ajratib olingan umumiy DNK ni fraksiyalash 2,4% li akrilamid dan tayyorlangan poliakrilamid gelida olib boriladi. Buning uchun 2,5 g sianogum-41 yoki 2,4 g akrilamid, 0,13 g N_1N_1 -metilenbisakrilamid 33 ml tris-asetat buferida (pH 7,8) eritilib, uning ustiga 50 ml distillangan suv, 0,08 ml TEMED

qo'shiladi. Tayyorlangan suyuqlik yaxshilab aralashirilgach, 10% li 0,8 ml ammoniy persulfat eritmasi qo'shiladi va eritmaning hajmi 100 ml ga yetkazilib aralashiriladi. Tayyor bo'lgan aralashma elektroforez olib boriladigan ichki diametri 5-6 mm, uzunligi 7-8 sm li shisha naychaga havo pufakchalari kiritilmasdan quyiladi. Polimerlanish prosessi kislorodsiz muhitda olib borilishi kerak. Buning uchun polimerlanuvchi aralashma ustiga ohistalik bilan bufer eritma quyiladi va qatlam hosil qilinadi. Elektroforetik kamera kyuvetalariga bufer 1:2 nisbatda suyultirilgandan so'ng quyiladi.

Gelga fraksiyalanadigan umumiy DNKni tomizish - Gel polimerlangandan so'ng, uning ustiga tarkibida DNK bo'lgan 20% li 0,01-0,05 ml saxaroza eritmasi (buning uchun ma'lum miqdordagi 40% li saxaroza eritmasi teng miqdordagi DNK eritmasi bilan aralashiriladi) va 0,25% li 0,01 ml bromfenol ko'ki tomiziladi. Saxaroza DNK eritmasining zichligini oshirib, uning elektrod buferi bilan qisqa vaqt ichida aralashib ketishiga qarshilik qiladi. Natijada elektrodga kuchlanish berilganda DNK gel ustuniga o'tadi. Tekshirilayotgan eritmadagi DNK konsentratsiyasi quyidagicha aniqlaniladi: 0,1 ml DNK eritmasiga 5 ml 0,5 N perxlorat kislotasi qo'shib, qaynab turgan suv hammomida 20 minut gidrolizlanadi. Shundan keyin gidrolizatning optik zichligi spektrofotometrda (270 va 290 nm da) aniqlanadi. DNKning miqdori esa quyidagi formula yordamida hisoblab topiladi:

$$C_{\text{mkg/ml}} = [(E_{270} - E_{290}) / 0.19] * 10.5$$

bu yerda: C - DNK konsentratsiyasi; E - tarkibida 1 mkg DNK bo'lgan eritmaning optik zichligi; 0,19 - 1 mkg/ml DNKdagi fosforning spektrofotometrik ko'rsatkich koeffitsienti; 10,5 - nazariy hisoblangandagi fosfor miqdorini DNK ga o'tkazish uchun ko'paytuvchi.

Elektroforez va elektrofotogrammada DNK ni topish- Elektroforezning har bir ustuniga 5 mA tok kuchi beriladi. Tajriba 0 - 3°C da 60 minut davomida olib boriladi. Elektroforez tamom bo'lgandan so'ng gel us-tidagi shisha naychalar chiqarilib, fiksatsiya qilinadi va bo'yaladi. 1M sirka kislotasi yordamida fiksatsiyalash uchun 15 minut sarflanadi; gel ustunchalarini bo'yash uchun metilen ko'kining 0,4 M asetat buferidagi (pH 4,7) 0,2% li eritmasida 4 soat tutib turiladi. Ortiqcha bo'yoq bir necha marta suv bilan yuviladi. Olingan elektroforegrammalar millimetrli qog'ozga chiziladi, rasmi olinadi va mikrofotometr (MF-4) yordamida densitometrlanadi. Har bir fraksiyaga to'g'ri kelgan cho'qqi (pik) sathi quyidagi formula yordamida hisoblab topiladi:

$$A = (Igh/2) * a$$

Bu yerda: A - shartli birlikdagi DNK fraksiyasining miqdori; h - pik balandligining o'nli logarifmi; a - pikning asosi (mm da).

Hamma fraksiyalar uchun olingan A ning qiymatlari yiqindisi shartli birlikda ifodalangan DNK ning umumiy miqdorini tashkil etadi, bunga asosan har bir fraksiyaning prosent nisbatlarini hisoblab topish mumkin.

LAZER NURLANISHINI BIOTO'QIMALAR BILAN TA'SIR MEXANIZMLARI

Jo'rayev Dilmurod

Andijon davlat tibbiyot instituti

Hozirgi zamon tibbiyotida lazerli uskunalar keng qo'llanilmoqda. Shuning uchun lazer nurlanishini bioto'qimalar bilan ta'sir mexanizmlarini o'ragnish ko'p kasalliklarni davolashda muhim ro'l o'ynaydi. Masalan: Xirurgik lazerlar ta'sirida tirik to'qimaning jarohatlanishi yoki o'lishiga olib keladi, yutilish energiyasining yuqori zichligida to'qimalarni "Ablyatsiya"si kuzatiladi. Ablyatsiya bu --- biror bir sirtidan moddani olib tashlash manosini beradi. Bugungi kunda lazer nurlanishini bioto'qimalar bilan o'z aro ta'siri shuningdek undagi ablyatsiya jarayoni kam o'rganilgan soha hisoblanadi. Asosan lazer nurlanishini bioto'qimalar bilan ta'sir mexanizmi 4 guruhga bo'linadi.

5. Issiqlik mexanizmi. Bunda uncha katta bo'lmagan nurlanishning yutilishlari asosan yumshoq to'qimalarda --- suvda sodir bo'ladi. Yutilgan energiyaning hammasi issiqlikka aylanadi.

6. Portlash ta'sir mexanizmi. Bunday mexanizmi suv bilan boy bo'lgan yumshoq to'qimalarga Infraqizil (IQ) lazerlar ta'sirida namoyon bo'ladi (uzluksiz ta'sirga ega CO₂ lazer) CO₂ lazer nurlanishini to'qimada mavjud suv molekulari tomonidan jadal yutilishi kuzatiladi. Bunday holatlarda sirtning yupqa qatlamida suvning tezlik bilan qiziganligi kuzatiladi. Natijada ablyatsiya yuz beradi. Ablyatsiya jarayonida ablyatsiya kraterlarini shakllanishi sodir bo'ladi. Shunda toqimadan qizdirilgan modda bilan birgalikda energiyaning kata qismi yo'qotiladi. Krater atrofidagi yupqa qatlamli qizdirilgan soha paydo bo'ladi.

7. Lazer nurlanishlarining qattiq to'qimalarga ta'siri. Mazkur mexanizm IQ lazerlarni qattiq to'qimalarga (suyak, emal, tishning dentini va h,k) ta'sirida ro'y beradi. Bu mexanizm oldingi mexanizmlarga o'xshash, lekin o'ziga xos xususiyatlarga ega:

3) Emalning termik buzilish chuqurligi uncha kata emas. (75 mkm dan kam).

4) Ablyatsion kraterlarni sirtida ablirlangan moddaning cho'kmasi hosil bo'lishligi va turli kristalik sohalarni paydo bo'lishi.

8. Ultrabinafsha (UB) diapazondagi lazer nurlanishini biologik to'qimalarga ta'siri.

Bunda ko'proq eksimer lazerlari ArF (nurlanishning to'lqin uzunligi $\lambda = 193\text{nm}$) XeCl ($\lambda = 308\text{nm}$) kamroq CrF ($\lambda = 248\text{nm}$) lar qo'llaniladi. Shuningdek 211-355 nm diapazondagi to'lqin uzunliklarda ishlovchi Eksimer lazerlar ham qo'llaniladi. IQ lazerlardan farqli ravishda UB nurlanishli lazerlar suvda deyarli yutilmaydi. XeCl lazerining nurlanishi yumshoq va qattiq to'qimalarning ko'zga tashlanmas komponentalari tomonidan intensiv yutiladi. ArF lazerining nurlanishi oqsillar va DNK hujayralari tomonidan kuchli yutiladi. Shuningdek bunday yutilish ko'z olmasining shox pardasi shaffof to'qimasi tomonidan ham ya'ni biriktiruvchi to'qima bo'lgan kollogen tomonidan ham yutiladi.

QON, TOMIR KASSALIKLARIDA NANOROBODLARNING QO'LLANILISHI

Jo'rayev Dilmurod
Andijon davlat tibbiyot instituti

Shiddat bilan rivojlanib borayotgan bugungi kunimizni texnikasiz tasavvur qila olmaymiz. So'ngi yillarda kundalik turmushimizda ham nanotexnologiya, nanoelektronika, nanotibbiyot, nanosensorika atamalariga tez-tez murojaat qilib turamiz. Bu bejiz emas albatta. Bugungi kunda biz mikroduyo imkoniyatlaridan kechib, nanodunyo olamiga qadam qo'ymoqdamiz. Ayniqsa, nanotexnologiya yutuqlaridan tibbiyotda foydalanish dolzarb masala hisoblanadi. Ayni vaqtda tibbiyotda jumboq bo'lib turgan masalalarni nanorobotlar orqali bartaraf etish mumkin. Oddiygina bir misol, agar tanamizning biron a'zosi og'risa, albatta og'riq qoldiruvchi tabletka iste'mol qilamiz, turgan gapki, u shikastlangan organdan tashqari, shikastlanmagan sog'lom a'zolarimizga ham o'z ta'sirini ko'rsatmay qolmaydi. Nanorobotlarning afzallik tomoni shundaki, ular faqat zararlangan hujayralar bilan ishlaydi va ularni qayta tiklaydi. Tabletka ko'rinishidagi nanorobotlar ichilganda yoki oddiy shprist yordamida in'eksiya qilinganda, ular qonga tushib, tarqaladi va shikastlangan hujayraga yo'naladi. O'z ishini bajarib bo'lgan nanorobot insondagi biologik yo'l bilan tanadan chiqib ketadi yoki bir qismi organizmda doimiy "navbatchilikda" qolishi mumkin. Nanorobotlarning nazoratdan chiqib ketishi, to'xtovsiz o'z-o'zini replikasiya qilishi muammolariga kelsak, robotlar organizmdan tashqarida yasilib, ularni tanaga kiritish va chiqarib yuborish zarurat tufayligina amalga oshiriladi. Agar qandaydir nanorobot organizmda qolib ketsa ham, uning o'z-o'zini ko'paytirish funksiyasini o'chirib qo'yish qiyin emas.

1996-yil Kris Feniks forumda "Inson qoni 500 trln. robotlar bilan almashtirilsa, nima bo'ladi?" degan xabar qoldirdi. Bu "aqlga sig'mas" masala R.Fraytas bilan uzoq davrli hamkorlikka olib keldi va natijada "Roboblood" (Robototexnik qon) nomli asar 2002-yilda nashr qilindi.

"Roboblood" - juda aniqlikda hisoblab chiqilgan tibbiyot nanorobotlarining majmuasini loyihasi bo'lib, ular inson tanasida yashash va faoliyat ko'rsatish imkoniyatiga ega bo'lgan, qonning har xil vazifalarini, jumladan, nafas gazlar sirkulatsiyasi, glukozalar, gormonlar, chiqindilar, hujayralar tarkiblovchilari, sitoplazmaning bo'linishi kabi vazifalarni bajaradi.

Inson faoliyat turiga qarab, 500 trln. mikroskopik nanorobotlar tarkibiga kirgan, og'irligi 2 kg bo'lgan "Roboqon" 30-200 Vatt energiya talab etadi. Tizim qon tashuvchi tomirlar tuzilishiga to'la mos keladi va tabiiy qon tomirlarni to'la almashtirishi mumkin. Ular almazoidan yoki shunga o'xshash biomas keluvchi moddadan olinadi va energiyani glukoza xamda kisloroddan olishadi. Mana shu robotlashgan qon oddiy odamga qanday afzalliklar beradi? Imkoniyatlari bisyor: bu kasal tarqatuvchi mikroblar bilan kurashish, tomirlarni doimiy "tozalash" va mustahkamlash, venaning varikoz kengayishi va boshqalar. Shikastlangan hujayralarni avtomatik usulda davolash, hattoki kasal genlarni yangisi bilan almashtirish kabilar.

TIBBIY DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN LAZERLI QURILMALAR

Jo'rayev Dilmurod
Andijon davlat tibbiyot instituti

Sanoat lazerlari paydo bo'lishi bilan jarroxlikda yangi davr boshlandi. Bu borada metallarni lazerda qayta ishlash sohasi mutaxassislarining tajribalari qo'l keldi. Terapiyada – lazerli biorag'batlantirish. Xirurg pichog'i – kesadi va payvandlab tikib qo'yadi, badanni kesmasdan operatsiya qilish. Ko'z xirurgiyasida, onkologiyasida, tishni davolashda (bormashina). Diagnostika – lazer nuri quvvati va to'liq uzunligini boshqarish orqali organizmdagi to'planib qolgan hamma elementlar, chetlanishlar, qon aylanishi ritmlarini aniqlash.

Lazer nuri xirurgiyada to'qimalarni qonsiz kesishlarni bajarishda ishlatiladi, chunki uning ta'sirida kesilayotgan to'qimaning chetlari payvandlanib qolishi natijasida kapillyar qon ketishni oldi olinadi. Onkologiyada rak hujayralarini emirishda ishlatiladi (chunki lazer nuri ularda kuchli yutiladi).

Oftalmologiyada lazer nuri o'rnidan ko'chgan ko'z to'r pardasini «payvandlashda» va glaukomaning davolash uchun ko'z ichidagi suyuqlikni oqizib chiqarish uchun, sklerada mikroskopik teshiklar hosil qilishda ishlatiladi.

Dermatologiyada gaz lazerining nurlanishidan terapevtik maqsadda qo'llaniladi. Lazer nurlanishining biologik to'qimalarga ta'sirining xususiyatlarini hisobga olib, u bilan ishlash jarayonida tajriba o'tkazuvchiga nurning tushishini bartaraf qilish lozim, (hattoki, biror buyumdan qaytganini ham).

Lazer skalpel avtogen keskich hisoblanadi. Suyaklarni payvandlash – alangalantirish orqali zich payvandlashdir. Muskul to'qimalarini birlashtirish ham payvandlash vositasida amalga oshiriladi. Lazer nurlanishi qandaydir ta'sir ko'rsatishi uchun to'qima uni yutishi lozim. Tibbiyotda eng ko'p qo'llaniladigan lazer karbonat angidridli lazerdir. Boshqa lazerlar monoxromatikdir. Ular isitadi, parchalaydi yoki ba'zi bir alohida xususiyatga ega bo'lgan to'qimalarni payvandlaydi. Misol uchun argon lazerining nuri shaffof dag'al jismdan erkin tarzda o'tib o'zining energiyasini hujayraga beradi va qizil rangga yaqin rang bilan bo'yaydi. Karbonat angidridli lazer ko'p hollarda qo'l keladi. Masalan, turli rangdagi to'qimalarni bir-biriga payvandlash yoki bir-biridan ajratishda. Ammo bunda boshqa muammo yuzaga keladi. Qon va limfa bilan to'la to'qimalar ko'p suvni o'zida tutib turadi, lazer nurlanishi energiyasi esa suvli sharoitda o'z kuchini yo'qotadi. Lazer energiyasini oshirish mumkin. Lekin bu to'qimalarning kuyishiga olib kelishi mumkin. Jarroxlik lazerlari yaratuvchilari bunday noqulayliklardan qochishlari lozim bu esa uskuna narxini keskin oshirib yuboradi.

Metall payvandlash mutaxassislariga azaldan ma'lumki, ingichka metall qatlamlarini kesishda ular bir-biriga zich turishi kerak, nuqtaviy tutashtiruvchi payvandda esa payvandlanayotgan metallarning mustahkam bo'lishi uchun qo'shimcha bosim zarur. Jarroxlikda bu uslub professor Skobelkin tomonidan qo'llangan. Skobelkin va uning hamkasblari to'qimalarni payvandlashda ularni ma'lum bosim ostida ushlab taklifini bildirdilar. Bu qonni siqish imkonini berardi. Yangi uslubni

qo'llash uchun anchagina yangi uskunarlar yaratishga to'g'ri keldi. Ulardan bugungi kunda oshqozon ichak jarrohligida, o'pka, jigar ustida bajariladigan jarroxlik amaliyotlarida keng foydalanilmoqda.

TIBBIYOT AMALIYOTIDA ELEKTROMAGNIT NURLANISH, INFRAQIZIL, ULTRABINAFSHA VA YORUG'LIK NURLARI BILAN DAVOLASH USULLARI

Jo'rayev Dilmurod
Andijon davlat tibbiyot instituti

Tibbiyot amaliyotida elektromagnit nurlanish, infraqizil, ultrabinafsha va yorug'lik nurlari bilan davolash usullari lazer nurlari bilan davolashdan ancha oldinroq boshlangan. Infraqizil nur bilan davolaganda to'qimalarda modda almashinuvi tezlashadi, shamollash markazlarining so'rilib ketishiga erishiladi va og'riq qoldiruvchi ta'sir ko'rsatiladi. Turli kasalliklar: shamollash, kuyish va so-vqotishda muskul to'qimalari jarohatlanganda uning og'riqni qoldiruvchi ta'siridan foydalaniladi. Yorug'lik nuri odam organizmiga isituvchi ta'sir ko'rsatib 1sm chuqurlikkacha boradi. Ko'rinadigan nurning turli ranglari markaziy nerv sistemasiga ta'sir qilib bemorning rahiy holatini yaxshilashga yordam beradi. Shuningdek shamollash, radikulit va boshqa kasalliklarni davolashda qollaniladi. Ultrabinafsha nurlarining to'lqin uzunliklariga ko'ra uzun to'lqin uzunligi 400—315 nm, o'rtacha to'lqin uzunligi 315—280 nm va qisqa to'lqin uzunligi 280 nm dan kichik bo'lgan nurlarga bo'linadi. Oftobda yurgan odamning badani qorayishidan xabaringiz bor. Qorayish natijasida teri orqali ultrabinafsha nurning yutilishi 13 dan 8 foizgacha kamayar ekan. Qisqa to'lqin uzunlidagi nurlarni atmosferaning azon qavati kuchli yutib erdagi o'simlik va hayvonot dunyosini uning zararli oqibatlaridan himoyalaydi. Ultrabinafsha nurlari odam organizmiga kimyoviy ta'sir ko'rsatib moddalar almashinuvida ishtirok etadi va stimullovchi natija beradi. Bugungi kunda tibbiyotda lazer nurlaridan ham samarali foydalanilmoqda. Bunda tor to'lqin uzunligi oralig'idagi infraqizil va ko'rinadigan nurlardan foydalaniladi. Lazerning kichik energiyali turlari davolashda, katta energiyali turlari xirurgik operatsiyalarda qo'llaniladi. Past energiyali lazerlar biostimulyatsiya effektini beradi ya'ni to'qima, qon aylanish sistemalaridagi qonni, hujayralar harakatini faollashtiradi. Bu nurlarning klinik ta'siri, ularni o'tkazish dozalari va boshqa davolash tadbirlari amaliy mashg'ulotlarda va «Fizioterapiya» fanlarida chuqurroq o'rganiladi.

Infraqizil va ko'rinadigan yorug'lik nuri bilan davolovchi tibbiyot texnikalariga davolash muassasalarida ishlatiladigan Ular BK — 44 va VT— 13 markalarga ega. Bu apparatlarning hammasi 220 V kuchlanishda ishlaydi.

Ultrabinafsha nur bilan davolovchi tibbiyot apparatlari uch xil bo'ladi.

1. tomoq-burunni davolovchi ON—7, OKUF—5, BOP-4;

2. tananing ma'lum bir qismini davolovchi OKN—II, ORK—21 (hozirda ular UGD seriyasi bilan chiqariladi) hamda

3. ko'pchilikni bir vaqtini o'zida davolovchi «Mayak» tipidagi OKB—30 apparatlari shular jumlasidandir. Ushbu apparatlarda DRT—230, DRT—400, DRT—1000 markali simob kvars lampalaridan foydalanilgan. Ulardan chiqadigan nur ko'zga ta'sir qilgani sababli davolanuvchilardan qora ko'zoynak taqish talab qilinadi. Bu apparatlarning hammasi 220 V kuchlanishda ishlaydi.

Ultrabinafsha nur chiqaruvchi bakterisid lampalarning DB— 15, DB—30, DB-60, Medikor firmasining BLF-12, BLM-12 markali turlari mavjud bo'lib, ushbu lampalar asosan havoni zararsizlantirish uchun ishlatiladi. Ular asosan operatsiya va prosedura xonalarida o'rnatilgan bo'ladi. Ular oddiy kunduzgi yoritish lampalari kabi tuzilishga ega bo'lib, ularda ham kichikroq quvatli simob kvars lampalari ishlatiladi.

Lazer nuri bilan davolanish maqsadida geliy va neon gazi asosida ishlaydigan AGN—106 «Yagoda» apparati va AMLT— 01 magnitolazer apparatlaridan foydalaniladi. «Yagoda» apparati chiqaradigan lazer nuri 0,63 mkm to'lqin uzunligiga va 12 Vt quvvatga ega. Uning shtativ qurilmasi davolash uchun nurni qulay holatga keltirish imkoniniberadi. Shuningdek uning lazer nuri tushish yuzasini 5—300 m gacha o'zgartirib davolash vaqtini 1—6 minutgacha belgilash mumkin. Og'iz bo'shlig'ikasalligini davolashda «Rascos» apparatidan foydalaniladi. Undan chiqadigan lazer nuri 0,633 mkm to'lqin uzunligi va 15 mVt chiqish quvvatiga ega. AGM—2 «Razbor» nomli universal lazer qurilmasi koagulyatsiya (kesish) va davolashda qo'llaniladi. Bu apparat yordamida lazeropunktura, ya'ni biologik aktiv nuqtalarga ta'sir etish ham mumkin. Bu apparatda davolangan vaqtda kasallangan sath maydonchalarga bo'linib ketma-ket ta'sirlantirilishi mumkin, har bir maydonni davolashni 1—5 minut davomida amalga oshiriladi. Ayrim holda kombinatsiyalangan ya'ni ham ultrabinafsha ham infraqizil nur bilan davolovchi apparatlardan ham foydalaniladi.

ФЕРМЕНТЫ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВНЕШНЕЙ ТЕМПЕРАТУРЕ И ИНСОЛЯЦИИ

Кадиров Ш.К., Мирзарахимова М.А., Кадиров Р.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Поставщиками гидролитических ферментов в кровь из числа пищеварительных желез являются слюнные, желудочные железы, поджелудочная железа, печень и тонкая кишка.

Целью настоящей работы было, определить влияние высокой внешней температуры и инсоляции на гомеостаз гидролитических ферментов.

Полученные нами результаты по ферментам крови у крыс при комфортной температуре (20⁰ – 25⁰ С, контрольная группа) в крови активность амилазы достаточно высокая, она равняется 529,0±14,0. В крови липолитическая активность намного ниже, чем ее амилитическая активность.

Содержание общего белка в крови 67,3±4,3. В крови циркулируют не только ферментные белки, но содержатся и другие.

При высокой температуре окружающей среды активность ферментов в крови снижается. Амилитическая активность крови экспериментальных животных в 2,3 раза, а липолитическая активность в 3,1 раза меньше, чем такие показатели контроля. Значит, высокая температура подавляет не только секрецию ферментов, а также снижает их инкрецию в кровь.

Содержание общего белка при высокой температуре остается без изменений.

Несколько иные результаты получены при сочетанном влиянии высокой температуры и инсоляции. При этом активность ферментов в крови снижается, но выраженность их неодинакова.

При сочетанном их влиянии на экспериментальных животных, снижение амилалитической активности менее выражено, чем при воздействии только теплового фактора. А липолитическая активность крови наоборот более подавлена при сочетанном солнечно-тепловом воздействии, чем при действии одного тепла. Отсюда заметно, что между этими ферментами наблюдается как бы конкуренция, подавление активности одного из них усиливает синтез другого. Видимо, протеинсинтез этих ферментов осуществляется из одного общего субстрата, усиленный расход на синтез одного из них приводит к уменьшению синтеза другого.

Одновременное воздействие тепла и инсоляции снижает содержание общего белка в крови. Значит, сочетанное влияние солнечно-теплового воздействия больше подавляет протеинсинтез в организме экспериментальных животных. При этом замедляется протеинсинтез всех белков, не только ферментного белка.

ВЛИЯНИЕ АБИОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ ЗОНЫ ПРИАРАЛЯ НА ЖИВОТНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Камолдинова Р.А., Умарова З.М., Умарова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Постоянное напряжение экологической обстановки в зоне Приаралья вызывает загрязнение атмосферы, питьевой воды, продуктов питания различными минеральными элементами, солями тяжёлых металлов, хлорорганическими соединениями. Все эти явления привлекли интерес к изучению влияния этих факторов на физиологические системы организма.

Это и понятно, так как постоянное напряжение экологической обстановки в зоне Приаралья приводит к повышению заболеваемости населения и снижению репродуктивных возможностей сельскохозяйственных животных. Среди населения увеличивается число соматических заболеваний различных регуляторных систем и кровяных органов. Следует отметить, что по данным, имеющимся в литературе, в этих условиях, страдают в особенности детский контингент и другие возрастные группы населения.

Нашей целью стало изучить на экспериментальных животных разного возраста, воздействие абиотических веществ, взятых с высохшего дна Аральского моря в виде 2,5% раствора на неполовозрелых, взрослых и старых крыс. Полученные результаты показали, что в течении 20-ти дней эксперимента неполовозрелые крысы в сутки выпивали $20 \pm 0,9$ мл воды, только $6,1 \pm 0,7$ мл опытного раствора. За этот же период взрослые крысы в среднем потребляли $63,0 \pm 0,4$ мл воды и $37,0 \pm 0,7$ мл опытного раствора. Старые крысы, соответственно $105,0 \pm 4,4$ мл воды и $85,0 \pm 3,5$ мл опытного раствора. За 20 дней прирост массы неполовозрелых крыс в среднем составил 85,0%, после приёма раствора абиотических веществ он повысился лишь на 72,1%. У взрослых крыс средний прирост был соответственно 64% и 24%. У старых крыс эти показатели не изменились. Таким образом с возрастом происходило уменьшение приёма опытного раствора и снижение прироста массы животных, который оказался наиболее выраженным у группы взрослых животных. На фоне обнаруженных нарушений в конце 20 дневного эксперимента, после потребления опытного раствора, интенсивность глюконеогенеза в срезах печени резко повышалось только у старых животных. Концентрация глюкозы в крови не изменялось по сравнению с контрольными данными, а содержание гликогена в печени почти во всех случаях повышалась. Изложенные факты мы связываем с тем, что у интактных животных с возрастом потребление жидкости закономерно нарастает, а потребление раствора ксенобиотиков достоверно уменьшается. При этом, старые крысы относительно мало регулируют на раствор, содержащие абиогенные вещества. Печень этих животных становится высокореактивной, судя по интенсивности глюконеогенеза. На основании экспериментальных данных мы полагаем, что поступившие в организм абиотические вещества нарушают клеточный метаболизм у неполовозрелых и взрослых крыс, что объясняет снижение прироста их массы.

КОРРЕКЦИЯ РАЦИОНА ЛАКТИРУЮЩЕГО ЖИВОТНОГО, ПОТРЕБЛЯЮЩЕГО АБИОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА, С ДОБАВЛЕНИЕМ БЕЛКОВ И УГЛЕВОДОВ

Камолдинова Р.А., Умарова З.М., Умарова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Нарушение экологического равновесия в зоне Приаралья приведшего к истощению водных ресурсов вызвало целый ряд изменений здоровью населения.

По многочисленным данным, в этом регионе резко снизился индекс здоровья людей, увеличилось частота соматических, инфекционных и опухолевых заболеваний, нарушилось физическое и интеллектуальное развитие детей. В большинстве случаев наблюдается патологическое течение беременности. В наших экспериментах поступление хлористого натрия с молоком матери к крысёнку, нарушает функциональное состояние клеток и тканей животных, которые не используют глюкозу для энергетических процессов, а митохондрии печени их перестают полноценно функционировать. Имеются также целый ряд работ, в которых установлена прямая зависимость между развитием патологии у плода и новорожденного и степенью загрязнения окружающей среды соединениями тяжёлых металлов. Сочетанное поступление ксенобиотиков с недостаточными и с несбалансированными питательными веществами, негативно сказывается на материнском и развивающемся организме. Многие работы посвящены недостаточному питанию матери во время беременности и лактации. Поэтому, мы поставили перед собой цель, изучить влияние белков и углеводов, добавленные из расчёта 1 г на 100г массы животного (всего на 200г 35,2кДЖ) потреблявших в течении 20 дней к полноценному суточному рациону, а также 2,5% раствора ксенобиотиков, взятых веществ почвы с высохшего дна Аральского моря.

Эксперименты показали, что добавление к рациону животных, потреблявших раствор ксенобиотиков белка (казеин), сопровождалось повышением массы опытных крысят, увеличением интенсивности глюконеогенеза и содержания гликогена в печени потомств. Одновременно, нами изучались физиологические показатели после добавления в суточный рацион питания углеводов(крахмал в той же калорийной пропорции). У контрольных животных масса тела не изменилось или даже уменьшилось. Замена воды на раствор ксенобиотиков на фоне потребления крахмала не влияла на массу опытных животных. Изучение интенсивности глюконеогенеза и содержание гликогена в печени свидетельствовало об увеличении основных углеводных ресурсов животных. Полученные данные показывают, что поступление в организм лактирующей самки раствора ксенобиотиков снижает прирост массы растущих крысят. В то же время увеличение в рационе белка стимулирует прирост массы, а углеводы восстанавливают массу животных лишь до контрольного уровня. Мы считаем, что ксенобиотики независимо от добавления пищевых веществ стимулируют выброс стероидных гормонов, которые инцинируют глюконеогенез и кумуляцию глюкозы в печени, а белки улучшают клеточные обменные процессы и стимулируют прирост массы чем углеводы, поступающие в этих условиях.

ФАКТОРЫ ПАТОГЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ **Касымова И.К.**

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Несмотря на снижение ожогового травматизма, летальность от термических поражений в последние годы не уменьшается. Это связано с ростом числа тяжелых ожоговых травм и присоединением гнойно-септических осложнений.

Патогенетическим важным звеном ожоговой болезни является токсемия, которая отрицательно влияет на все органы и системы организма, в том числе и на микробиоценоз кишечника. При нарушениях доминируются условно-патогенные микробы, ассоциированные с адгезивными, цитотоксическими и энтеротоксическими свойствами бактерий.

Целью работы является изучение патогенных факторов микроорганизмов, выделенных из толстого кишечника детей с ожоговой травмой.

Методы исследования: Нами обследовано 79 больных детей с термической травмой. контрольную группу составили 21 практически здоровые дети. Сначала произвели посев фекалия больных детей на соответствующие питательные среды и выделили чистую культуру латозо-негативных кишечных палочек, патогенных стафилококков и грибов рода Кандида. Для исследования ферментов патогенности у выделенных штаммов использовали общепринятые методы: лейтитиназная активность-посев на поверхность желточно-солевого агара; фибринолитическая активность по методу, основанному на установлении растворения фибринозного сгустка после добавления 0,25 % раствора крови человека; гиалуронидазная активность по методу Маклина, которая основана на определении наличия или отсутствия сгустка муцина в субстрате, содержащем гиалуроновую кислоту.

Результаты: Проведенные исследования показали, что из 25 штаммов 10 обладали коагулазной активностью, что 4,2 раза выше, чем у здоровых детей, гиалуронидазная активность у штаммов стафилококков оказалась слабо выражена. Фибринолитическая активность штаммов стафилококков в 2,5 раза превышает нормативный показатель здоровых детей. После общепринятого лечения данные показатели не изменились.

Полученные результаты позволяют считать, что в кишечнике больных детей с ожоговой болезнью обитают штаммы микроорганизмов с более выраженными патогенными свойствами, по сравнению с видами, выделенными от здоровых детей.

Выводы: Выявленные микробиологические нарушения свидетельствуют о необходимости проведения нормализации микрофлоры кишечника путем введения биопрепаратов в адекватное лечение ожоговой болезни детей до года.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДО ГОДА

Касымова И.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: По данным ВОЗ на термические поражения приходится 6% от всех травм, при этом число пострадавших детей постоянно растет. На протяжении последних лет ожоги прочно сохраняют за собой второе место в структуре травматизма у детей, а лечение является сложным и длительным.

Дисбактериоз кишечника, возникающий в первые дни жизни, может привести к формированию в старшем возрасте заболеваний кишечника, которые могут повлиять на общее развитие ребенка.

Цель работы: Изучение качественного и количественного состава микробиоценоза толстого кишечника у больных детей до года с ожоговой болезнью.

Методы исследования. Нами обследовано 20 детей с ожогами, контрольную группу составили 21 практически здоровые дети. Около 70 % контингента больных получили ожоговую травму неагрессивными жидкостями (кипяток, суп, молоко, чай) .

Материалом исследования служили фекалии больных детей с ожогами. Все больные дети получали протившоковую терапию, антибактериальную терапию ,антисептические средства и коллоидные растворы.

Микробиологические исследования проведены согласно методическим рекомендациям, модифицированным в отделе микробиологии ЦНИЛ ТашМедАкадемии. Культивирование посевов фекалий, взятых от больных детей с ожоговой травмой для выделения аспорогенных анаэробов и лактобацилл, проведено методом

«запаянных» полиэтиленовых мешочков, заполненных магистральным природным газом. Выделенные микроорганизмы идентифицированы до видовой принадлежности.

Результаты: У детей до года с ожоговой болезнью происходили существенные сдвиги, как в количественном, так и качественном составе микробиоценоза кишечника.

Дефицит общего количества анаэробов, бифидобактерий и лактобацилл обнаружен в 100% случаев ($p < 0.01$). Так, количество бифидобактерий, лактобацилл и лактозопозитивной кишечной палочки снизилось на 2 порядка, при этом достоверно увеличивается содержание лактозо-негативных кишечных палочек, грибов Кандида и протей на 2-3 порядка. Полученные результаты свидетельствуют о повышении уровня условно-патогенных микробов на фоне угнетения эндогенной микрофлоры и развитии дисбактериоза кишечника при ожоговой болезни у детей до года.

Выводы: Традиционное лечение ожоговой болезни не приводит к нормализации микробиоценоза кишечника. Полученные данные показывают необходимость обязательного включения эубиотиков при комплексном лечении больных детей с ожоговой болезнью.

FACTORS OF PATHOGENOUS OF MICROORGANISMS ISOLATED FROM THE INTESTINES OF CHILDREN WITH BURN DISEASES

Kasimova I.K.

Andizhan state medical institute

Introduction: In spite of the decrease of burn traumas lethality from thermal impairments do not reduce during the last years. It is associated with the increase of the number of severe burn traumas and joining purulent septic complications.

Pathogenic important part of burn traumas is toxemia which negatively influences on all organs and systems of the body, as well as on the microbiocenosis of intestine. Conditional pathogenic microbes associated with adhesive cytotoxic and enterotoxic features of bacteria dominate in impairments.

Aim of Inquiry: To study the pathogenic factors of microorganisms isolated from large intestine of children with burn traumas.

Methods of Inquiry: We have observed 79 children with thermal traumas. Common methods of investigation for revealing pathogen enzymes have been used: leytinase activity – sowing on the yolk-salt agar surface; fibrinolitic activity by the methods based on determining dissolving of fibrous clots after adding 0,25 % solution of human blood; gialuronidaz activity by the method of Maklin, which was based on determining the presence or absence of mucine clots in substrate containing gialuron acid.

Results : The results of investigation showed that from 25 strains 10 had coagulaz activity which was on 4,2 times higher than in healthy children, gialuronidaz activity in strains of staphylococcus was slightly marked. Obtained results gave the possibility to consider that in the intestines of children with thermal traumas there were strains of microorganisms with clearly marked pathogenic features in comparison with those which were found in healthy children.

Conclusion: Revealed microbiologic impairments showed the necessity of providing normalization of intestine micro flora by the way inclusion of bio-preparations in adequate treatment of children up to one year with burn diseases.

PECULIARITIES OF COLON'S MICROFLORA OF CHILDREN UP TO ONE YEAR IN BURN DISEASES

Kasimova I.K.

Andizhan state medical institute

Introduction. According to data of World Health Care Association thermal impairments compose 6% of all traumas and the number of impaired children constantly increases. Recently thermal impairments take the second place among the traumas of children and treatment of them is complex and prolonged.

Disbacteriosis of intestine, which develops in the first days of life, may lead to the formation of intestinal diseases in the adult and have the influence on general development of child.

Aim of Inquiry: To study the qualitative and quantitative microbiocenosis content of large intestine in children up to one year with burn diseases.

Methods of Inquiry: We have observed 20 children with burns; control group was composed from 21 practically healthy children. About 70 % of patients had thermal traumas by nonaggressive fluids (boiling water, soup, milk, tea).

Objects of Inquiry: Feces of children with thermal traumas were the material of investigation. All children received anti-shock therapy, antibacterial therapy, antiseptic drugs and colloid solutions.

Microbiologic investigations carried out according to methodological recommendations, modified in the department of microbiology Central Scientific Investigation Laboratory of Tashkent Medical Academy. Cultivation of feces of children with thermal traumas in order to find out asporogenic anaerobs and lactobacilli has been carried out by the method of “soldered” polyethylene sacs filled with magisterial natural gas. Marked microorganisms have been identified up to clear material.

Results: Considerable improvements happened in children with burn diseases as in quantity as well in quality of intestine microbiocenosis content.

Deficit of total quantity of anaerobs, bifidobacteria and lactobacilli has been observed in 100% of cases ($p \leq 0.01$), and the content of lactozo-positive intestine bacillus, candid's fungi and protey increased to 2-3 levels. Received results showed the increase of conditional pathogenic microbes on the depression of endogen micro flora and development of intestine disbacteriosis in burn diseases of children up to one year.

Conclusion: Traditional therapy of burn diseases does not produce normalization of intestine microbiocenosis. Obtained results show the necessity of compulsory inclusion of eubiotics in complex treatment of children with burn diseases.

К МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кахаров З.А., Саттибаев И.И., Абдурахимов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Научно обоснованные данные о росте формирования детского организма позволяют правильно интерпретировать возрастные, индивидуальные и половые особенности этих процессов, создавать оптимальные условия для гармоничного развития детей подросткового, юношеского возрастов с учетом морфологических и функциональных возможностей каждого возрастного периода.

Важное значение для медицины и педагогики имеет составление стандартов физического развития и полового созревания детей и подростков различных регионов. Следует отметить, что разрабатываемые стандарты требуют периодического обновления в связи с процессом акселерации, изменения климатического и экологического условий, режима питания и развития массового спорта.

Цель и задачи исследования. Изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности антропометрических параметров частей тела у школьников начального класса в Андижанской области.

Изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности антропометрических показателей сегментов тела у детей в возрасте от 7 до 12 лет.

Выявить периоды наиболее интенсивного роста сегментов тела у детей младших школьных возрастов.

Определить возрастные и половые особенности процентного соотношения размеров сегментов тела и грудной клетки с длиной тела.

Изучить взаимосвязанность и взаимообусловленность роста антропометрических параметров частей тела у детей младшего школьного возраста.

Научно-практическая значимость. Регулярное измерение антропометрических показателей сегментов тела у школьников имеет большое практическое и теоретическое значение, так как дает возможность контролировать и рано распознавать отставание в росте и развитии, оперативно выявлять причины, устранять неблагоприятные факторы и создавать комплекс оптимальных условий для нормального развития растущего организма.

Полученные антропометрические параметры могут быть использованы в разработке новых стандартов физического развития, реконструктивной хирургии, протезировании, судебно-медицинской практике, разработке новых стандартов одежды и изучении расовых, этнических и популяционных развитий.

ОММАВИЙ ОЧИҚ ОНЛАЙН КУРСЛАР АСОСИДА АНАТОМИЯ ФАНИДАН ТАЛАБАЛАРНИНГ МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ (МООК).

Кахаров З.А., Салиева М.Ю., Тўланова Д.Я.
Андижон давлат тиббиёт институти

Олий таълим тизимида сифатни таъминлашнинг муҳим омилларидан бири бу инновацион ривожланиш йўлига ўтмоғимиздир. Мамлакатимиз таълим тизимида ривожланган мамлакатларнинг илғор тажрибаларида кенг фойдаланилмоқда. ОТМ профессор-ўқитувчиларидан дарс жараёнини ташкил этишда мутлақо янги, такомиллашган тизим жорий этиш, инновацион ёндашувни талаб этади.

Биз таклиф этаётган инновацион лойиҳада дунёнинг ривожланган мамлакатларида кенг фойдаланилаётган “Оммавий очик онлайн курсларидан фойдаланиб, мустақил таълим сифатини оширишга эришишдир.

ОООК лойиҳасининг яхши жихати шундаки, у бир вақтнинг ўзида минглаб тингловчиларни ўқитиш имкониятига эга. ОООК лардан фойдаланишда талабаларда мавжуд смаркфон, планшет ва ноутбукларни самарали йўналтириб, улар орқали интернет тармоғидан керакли ўқув курсларни топади ва кўшимча дарс сифатида фойдаланади.

Бу таклиф этилаётган кўшимча ўқитиш усули энг самарали ва иқтисодий томондан кам харж бўлиб, бир вақтнинг ўзида ахборот коммуникация технологиялардан фойдаланиш жихатини оширишга ва инглиз тилини ўрганишга чексиз имкониятлар яратади. Талабада ривожланган хорижий таълим муассасалари хақида тасаввур пайдо бўлади, шахсий қадриятни ошиши, лидерлик фазилатини, тизимли фикрлашни, бошқарув махоратини, ўзгаришларга тез мослашувини шакллантиради. Натижада талабада аниқ маълумотлар билан ишлашга, аналитик фикрлашга, маънавий-ахлоқий қобилиятларини шаклланишига кўникма хосил бўлади.

ТИББИЙ ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ

Комилова Д.Т.
Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Тиббий таълимда биофизика ўқув- лаборатория машғулотининг сифатини ошириш мақсадида, лаборатория машғулотларининг AVI форматдаги “Аудио-расми”, электрон ўқув-услубий кўлланмасини тайёрлаш.

Тадқиқотнинг объекти ва услублари. Таълим сифатини оширишнинг замонавий услубияти ахборот технологияларидан фойдаланишни тақозо этади. Ҳар бир фан педагог-мутахассисларини ахборот технологияларини мукамал ўрганишлари ва уни ўқув жараёнига татбиқ этишлари зарурати мавжуд.

Компьютер техникаси ва унинг имкониятларини, тезлигини, хотирасини ва мобиллигини доимо такомиллаштириш борасида ривожланган давлатларнинг шу соҳа мутахассислари тўхтовсиз иш олиб бориб, қўрилмаган натижаларга, ютуқларга ҳам эришмоқдалар. Жумладан, биофизика ўқув-лаборатория машғулотининг

сифатини ошириш мақсадида, лаборатория машғулотларининг AVI форматдаги “аудио-расми”, электрон ўқув-услубий қўлланмаси тайёрлаш технологиясида ҳар бир лаборатория ишининг бажарилиш мақсади, бажарилиш тартиби, тиббиётдаги аҳамияти аудио кўринишида тайёрланди. Лаборатория машғулотининг бажарилиш тартибининг овозли кўриниши ҳар бир бажарилиш тартибига мос келувчи расмлар билан уйғунлаштирилди. Мазкур лаборатория машғулоти тайёрлангандан сўнг “AVI” MPEG-4 SP 1080p форматда сақланди.

Олинган натижалар. Тиббий ва биологик физика фанидан тайёрланган электрон ўқув-услубий қўлланма талабаларга биофизика фанидан лаборатория машғулотини ўзлаштиришда “аудио-расми” кўринишини исталган ташқи хотира қурилмасига ёзиб олиш ёки уяли алоқа қўл телефонларига кўчириб олиб, исталган вақтда тақоран кўриш, таҳлил қилиш ва қисқа вақтда ўзлаштириш имкониятини беради.

Хулоса. Биологик физика фанидан лаборатория машғулотларини бажаришга тайёргарлик кўришида кам вақт ва кам меҳнат сарф қилиб, мавзуни чуқур ўзлаштиришларига имконият яратади. Лаборатория машғулотларини олиб борувчи педагоглар учун қулайликлар яратилди ва машғулотлар идентификацияси таъминланди.

ТИББИЙ ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА ЯНГИ “ONE STEP AHEAD MEDICAL EDUCATION” ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИДАН ФОЙДАЛАНИШ

Комилова Д.Т.

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракатлар стратегиясида узлуксиз таълим тизимини янада такомиллаштириш, сифатли таълим хизматлари имкониятларини ошириш бўйича вазифалар белгилаб берилди. Мазкур ҳаракатлар стратегиясини амалга ошириш учун “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 апрелдаги 2909- қарорида олий таълим тизимини келгусида янада такомиллаштириш ва комплекс ривожлантириш бўйича ўқув жараёнига халқаро таълим стандартларига асосланган илғор педагогик технологияларни кенг жорий қилиш энг муҳим вазифалардан бири этиб қайд этилди. Мазкур белгиланган вазифаларни ва сифатли таълим хизматларини амалга ошириш мақсадида

“One step ahead medical education” янги педагогик технологиясини яратиш мақсад қилиб олинди.

Тадқиқотнинг объекти ва услублари. Мазкур “One step ahead medical education”, яъни “Тиббий таълимда бир қадам олдинда” деб номланган янги педагогик технология HTML дастурида тайёрланди.

Ойнани яратиш учун HTML тегларидан фойдаланилди. Ойнада рақамлар мавжуд бўлиб, бу рақамлар остида мавзуга тегишли саволлар яширинган. Тайёрланган технологияда мавзуга оид саволлар Microsoft Word дастурида этилади ва саклашда файлнинг веб-страница типини танланади ҳамда мазкур файл билан танланган рақам ўртасида гиперссылка ўрнатилди. Ойнада мавжуд бошқа элементлар ҳам шу тарзда шакллантирилади.

Олинган натижалар ва хулосалар. Мазкур технология биофизика фанидан талабалар амалий машғулот дарсларини мукамал ўзлаштиришларига, дарс давомида талабаларнинг қобилиятларини тўлиқ намоён эта олишларига имконият яратади ва замонавий фан-техника ютуқлари ва компьютер технологиялари имкониятларидан фойдаланиб, машғулот самарадорлигини энг юқори даражага кўтаришга шароит яратиб беради. Таклиф этилаётган мазкур технология тиббиёт олийгоҳларида ўқитилаётган барча фанларда қўллаш учун тавсия этилади.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРЫ ЭНТОРИНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Косимов З.О., Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучение морфологических и морфометрических показателей коры энторинальной области мозга детей разного возраста.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты исследования показали, что у новорожденных наружный слой коры энторинальной области мозга характеризуется неравномерностью расположения клеток. Размеры клеток в пределах 17,5 – 0,5 x 14,2 и 17,6 – 0,7 x 15,3 – 0,8 мкм. Нейроны имеют овальные и полигональные формы. Средний слой представлен полиморфными и пирамидными клетками. Размеры клеток соответствуют – 16,4+0,4 x 12,5-0,8 и 17,6-1,2 x 12,6-1,2 мкм. Во внутреннем слое лежат овальные и округлые клетки размерами 17,2-0,6 x 1+ 1-0,3 и 16,2-0,5 x 10,9-0,3 мкм. У детей первого года жизни отмечается интенсивное развитие всех параметров коры и нейронов. Наружный слой приобретает хорошо выраженный сосочковый тип строения. Клетки наружного слоя интенсивно окрашены, размеры достигают 21,4+0,9 x 17,2-0,7 и 21,9-0,8 x 17,5-1,0 мкм. Средний слой представлен интенсивно окрашенными многоугольными и пирамидными клетками. Отмечается значительное расширение и разрыхление среднего слоя. Во внутреннем слое располагаются овальные и полигональные клетки. В периоде раннего детства отмечается дальнейшее расширение коры и ее отдельных слоев, а также увеличение размеров нервных клеток. Клетки наружного слоя треугольной и многоугольной формы. В среднем слое отмечается более заметное, чем в наружном слое разрежение и увеличение размеров клеток. Внутренний слой отличается диффузным расположением клеток.

Вывод. Таким образом, у детей в возрасте первого детства строение коры энторинальной области мозга мало отличается от таковых взрослых людей.

ТОНЗИЛЛЯРНАЯ ДОЛЬКА МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАК

Косимов З.О., Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я.
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить морфологические изменения нейронов тонзиллярной долики мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа состояла из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Ниссли гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты исследования показали, что в нейронах тонзиллярной долики обоих полушарий мозжечка с начальных сроков эксперимента преобладали дистрофические, деструктивные и атрофические изменения. Через 7 дней в тонзиллярной долике левого полушария, как и в других доляках мозжечка, отмечалось развитие отеочно-дистрофических явлений, но их интенсивность была менее выражена. В ганглионарном и молекулярном слоях отек проявлялся мелкокапельной вакуольной дистрофией вещества мозжечка, при этом отеочные вакуоли в близости нервных клеток были более крупными. В зернистом слое отмечалось диффузное просветление межклеточного пространства. Клетки Пуркинье были более гиперхромные, чем в других доляках. Цитоплазма за счет белковой дистрофии окрашивалась эозином более гиперхромно. В правом полушарии мозжечка обнаружены аналогичные патоморфологические изменения, лишь отеочно-деструктивные изменения в ганглионарном слое были более выраженными, которые проявлялись распадом и деструкцией клеток Пуркинье. Через 21 день после АПЗКС как в левом, так и в правом полушарии мозжечка интенсивность отеочно-дистрофических изменений сохранялась; как и в предыдущем сроке, эти изменения были более выраженными в ганглионарном слое.

Вывод. Таким образом, максимальные дистрофические проявления во всех слоях мозжечка отмечались в первые 21 и 30-е сутки после АПЗКС, в течение которых формировались все основные типы патологически измененных нейронов.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИПОВ И РАЗМЕРОВ ВОРОТ ПЕЧЕНИ

Косимов З.О., Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я., Убайдуллаев Р.Л.
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить типы и размеры ворот печени у плодов 7 месяцев до пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 173 трупа людей общего пола, начиная с плодов 7-10 месяцев и от рождения до 90 летнего возраста, погибших от случайных причин, либо от заболевания, и связанных с патологией печени и системы крови. Антропометрические измерения трупа, морфометрия (по Автандилову), вариационно-статистический метод.

Результаты исследования показали, что у плодов 7-8 месяцев в 2/3 случаев встречается закрытый ворот печени, в 1/3 случаев – промежуточный и открытый тип у плодов 9-10 месяцев более чем в половине случаев наблюдается промежуточная форма ворот, реже – закрытая, в единичных случаях – открытая форма. У новорожденных на протяжении первых 6 месяцев грудного возраста чаще встречается закрытый тип ворот, реже – промежуточный или открытый. У грудных детей с 7 до 12 месяцев жизни, а также в раннем одинаково часто встречается закрытый и открытый типы печени. В первом детстве – одинаково часто встречаются все три типа ворот печени. Начиная со второго детства до старческого возраста более частым является открытый тип ворот печени реже встречаются – закрытый и промежуточный типы.

Поперечный размер ворот печени начиная с 7 месяцев у плодов до пожилого возраста постепенно увеличивается почти в 4 раза от $1,22 \pm 0,08$ до $4,81 \pm 0,39$ см, а в старческом возрасте значительно уменьшается до $3,79 \pm 0,19$ см. при этом следует отметить, что у детей от 7 до 12 месяцев жизни, а также в раннем первом детстве поперечный размер ворот печени изменяется значительно.

Передне-задний размер ворот печени у плодов от 7 до 10 месяцев, а также у новорожденных постепенно увеличивается от $0,52 \pm 0,05$ до $0,93 \pm 0,06$ см. на протяжении первых трех месяцев жизни он незначительно уменьшается, с 4 по 9 месяцев постепенно увеличивается, на 10-12 месяцах жизни уменьшается вновь.

Вывод. Начиная с периода раннего детства передне-задний размер ворот печени постепенно увеличивается от $1,06 \pm 0,09$ до $1,5 \pm 0,07$ см, в подростковом возрасте, в юношеском и 1 периоде пожилого возраста изменяется мало, а во 2 периоде зрелого возраста передне-задний размер ворот печени увеличивается в 1,6 раза (от $1,37 \pm 0,14$ до $2,26 \pm 0,14$ см), в пожилом и старческом возрасте размер незначительно уменьшается.

ТУРЛИ ЁШДАГИ ОРГАНИЗМАРНИНГ ФИЗИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИГА КСЕНОБИОТИКЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Қурбонова Н.Қ., Мамадиев М.Р., Мўминова К.Т., Юнусова Д.Д.
Андижон давлат тиббиёт институти

Бугунги кунда Марказий Осиёнинг турли ҳудудларида экологик муаммолар инсон олдида турган асосий муаммолардан биридир, бу айниқса Оролбўйи аҳолиси орасида яққол кўзга ташланади. Орол денгизи қуриган сохилларида бугунги кунда минерал моддалар, оғир металл тузлари, гербицидлар, дефолиантлар ҳамда органик

моддаларнинг парчаланиш маҳсулотлари кўплаб тўпланган ва улар бир неча юз километрга тарқалган. Бу эса, инсон саломатлигига сезиларли даражада салбий таъсирини кўрсатмай қолмайди. Қишлоқ хўжалигида агрохимикатларнинг доимий ишлатилиши, тупроқ, сув ва озик овқат маҳсулотларида, шунингдек, органик ўғитларнинг парчаланиш маҳсулотларида минерал тузларнинг ортиши аҳоли саломатлигини, репродуктив жараёнларни ва чорвачилиқда такрор ишлаб чиқаришни сезиларли даражада ёмонлаштирмакда. Атроф-муҳитдаги абиотик моддаларнинг юқори миқдори болаларнинг ўсиши ва ривожланишига салбий таъсир кўрсатмоқда. Буни биргина Орол бўйи аҳолиси мисолида кўриб ўтадиган бўлсак, гипертония, юрак-қон томир касалликлари, онкологик касалликлар, сийдик-таносил системасининг касалликлари аҳоли орасида кўп тарқалганлиги фикримизнинг ёрқин далили бўла олади.

Экологик омилларнинг комплекс салбий таъсири натижасида алмашинув жараёнлари, шунингдек, бир қатор физиологик тизимлар фаолиятида юзага келувчи ўзгаришларни ўрганиш ўта муҳимдир. Шуларни ҳисобга олиб, Орол денгизининг қуриган тубидан олинган ксенобиотиклар комплексини турли ёшдаги ҳайвонларнинг физиологик кўрсаткичларига таъсирини ўрганишга ҳаракат қилдик. Шу мақсадда Оролнинг қуриган майдонидан олинган ксенобиотиклар эритмаси турли ёшдаги ҳайвонларга берилди. Олинган натижага кўра, текширилаётган эритмани истеъмол қилган ҳайвонлар вазни назоратга нисбатан сезиларли даражада камайишини гувоҳи бўлдик. Эритма истеъмол қилган ёш ҳайвонлар қонида глюкоза миқдори назоратга нисбатан 39.1%, вояга етган ҳайвонларда 23.6%, қари каламушларда эса 4.25% га ортганлигини аниқладик. Жигарида эса гликоген миқдори ёш ҳайвонларда 9.2%, вояга етган ҳайвонларда 35.6%, қари ҳайвонларда эса 2.2% га ортди. Шу билан бир қаторда тажрибадаги ҳайвонларнинг истеъмол қилган суюқлик миқдори ҳамда кислород истемоли ҳам назоратга нисбатан кескин камайишини кузатдик.

СОСТОЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ВЗРОСЛЫХ КРЫС, ПОТРЕБЛЯВШИХ КСЕНОБИОТИКИ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ДОННЫХ ОТЛОЖЕНИЯХ АРАЛЬСКОГО МОРЯ

**Курбанова Н.К., Муминова К.Т., Юнусова Д.Д., Жалолов К.Б.
Андижанский государственный медицинский институт**

Период половой зрелости характеризуется высокой репродуктивной способностью, выполнением разнообразных форм трудовой и творческой деятельности человека. Согласно многочисленным данным литературы, периоду половой и соматической зрелости присущи высокие потенциальные возможности всех физиологических систем, а также энергетики, работоспособности и резистентности организма. В то же время, здоровье и работоспособность человека во многом зависят от места пребывания и условий окружающей среды.

На сегодняшний день прослеживается тесная связь между санитарным состоянием окружающей среды и здоровьем населения (Сидеренко, Можяев, 1987).

Интенсивная минерализация и содержание ядохимикатов в зоне бассейна Аральского моря является одной из причин высокой смертности взрослого населения. Свыше 90% женщин страдают хронической анемией. В Республике Каракалпакстан наблюдается ошутимая поражаемость новообразованиями почек, печени и особенно пищевода. Недостаточное изучение причин патологических отклонений у людей зрелого возраста стали предметом наших исследований.

Полученные данные показывают, что у контрольных животных, содержащихся в пищевом рационе вивария, потребления воды колебалось в пределах от $45,0 \pm 1,6$ в первый день опыта до $80,0 \pm 0,8$ мл к его концу, что оказалось соответственно на 17 и 35 мл больше, чем ее потребление неполовозрелыми крысьями. Средний прирост массы этих животных составил на 20-й день по сравнению с первым днем эксперимента 64,0%.

Интенсивность глюконеогенеза в срезах печени инкубированных без субстрата и с глюконеогенными предшественниками колебалась в пределах $7,8 \pm 0,14 - 9,4 \pm 0,25$ мкмоль/г/ч. Содержание гликогена в ней составило $29,2 \pm 1,2$ мг/г, а глюкозы в крови $5,5 \pm 0,5$.

Опыты, проведенные с потреблением раствора ксенобиотиков, продолженные на половозрелых животных показывают, что потребление самого раствора в среднем на 15-35 мл меньше. Прирост массы, начиная с десятого дня эксперимента, достоверно уменьшается, а сравнительно с первым днем составлял всего 24%. Интенсивность глюконеогенеза в печени мало изменяется сравнительно с контрольной группой животных. В крови несколько нарастает концентрация глюкозы и существенно повышается содержание гликогена (на 35,6%) в печени. Эти факты свидетельствуют о том, что раствор ксенобиотиков, потребляемых половозрелыми крысами, ошутимо тормозит развитие животных, интенсивность синтеза глюкозы и стимуляции образования гликогена в печени.

ТИББИЁТ ОЛИЙ ТАЪЛИМИДА ИННОВАЦИОН ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ КЎЛЛАШ

**Кўзйбоева М., Раҳматова З., Ахунова М.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Педагогик технология - шундай билимлар соҳасики, улар воситасида учинчи минг йилликда давлатнинг таълим соҳасидаги сисёатида туб бурилиш юз беради, ўқитувчи фаолияти янгиланади, талаба ёшларда хурфикрилиқ, билимга чанқоклик, Ватанга меҳр-муҳаббат, инсонпарварлик туйғулари тизими шакллантирилади.

Маълумотлилик асосида ётувчи бош ғоя ҳам табиат ва инсон узвийлигини англаб етадиган авторитар ва сохта тафаккур юритиш усулидан воз кечган, сабр-бардошли, қаноатли, ўзгалар фикрини хурматлайдиган, миллий-маданий ва умуминсоний қадриятлар каби шахсий сифатларни шакллантиришни кўзда тутган инсонпарварлик ҳисобланади. Бу масаланинг ечими қайсидир даражада таълимни технологиялаштириш билан боғлиқдир.

"Технология" тушунчаси фанга 1872 йилда кириб келди ва юнонча икки сўздан - "технос" (techne) - санъат, маҳорат, хунар ва "логос" (logos) - фан сўзларидан ташкил топиб "хунар фани" маъносини англатади.

Педагогик технология - бу ўқитувчи (тарбиячи)нинг таълим-тарбия воситалари ёрдамида талабаларга муайян шароитда таъсир кўрсатиши ва бу фаолият махсули сифатида уларда олдиндан белгиланган шахсий сифатларни шакллантириш жараёнидир.

Педагогик технология маълумот технологиясини жорий этиш тактикасини ифодалайди ва "ўқитувчи - педагогик жараён - талаба" функционал тизим қонуниятларига тегишли билимлар асосида курилади.

Педагогик технология эса ўқитувчининг касбий фаолиятини янгиловчи ва таълимда якуний натижани кафолатлайдиган тadbирлар мажмуаси, йигиндиси.

Шу билан биргаликда, қатор йиллар давомида педагогик технология олимлар орасида ўқув жараёнини техник воситалар ёрдамида амалга ошириш сифатида қараб келинди. Фақат 70-йилларга келиб педагогик адабиётларда бу тушунчанинг моҳияти янгича талкин этила бошланди. Япон олими Т.Сакамото томонидан "ўқитиш технологияси - бу ўқитишнинг мақбуллигини таъминловчи йўл йўриқлар тизими билан боғлиқ билимлар соҳаси" эканлиги эътироф этилади (Takashi Sakamoto. - Telewizja i kształcenie praco-jacych).

Объектив борлиқни ўрганишга системали ёндошув методи фанда кенг қўламда қўлланилгач, унинг таъсири остида аста-секинлик билан педагогик технология моҳиятига ҳам аниқлик киритила борди: таниқли педагог олима

Н.Ф.Тализина технологияни "белгиланган ўқув мақсадига эришишнинг оқилона усулларини аниқлашдан иборат"³ деб тушунтиради.

И.Я.Лернернинг фикрича педагогик технология - "ўқувчилар ҳаракатларида акс этган ўқитиш натижалари орқали ишончли, англаб олинадиган ва аниқланадиган мақсадни ифодалашни тақозо этади"⁴.

Юқорида келтирилган таърифлардан кўрииб турибдики, педагогик технология белгилаб олинган бошлангич мақсад ва мазмун асосида ўқув жараёнини лойиҳалаш сифатида талкин этиляпти.

Педагогик технология тушунчасини ойдинлаштиришга қаратилган таърифларнинг хилма-хиллиги, бир томондан, ривожланган мамлакатларда бу мавзунинг у ёки бу даражада ечилаётганлигини кўрсатса, иккинчи томондан педагогик технологияни педагогик амалиётга жорий этишга бўлган уринишларнинг маълум натижасини ифодалайди.

Бугунги кунда мамлакатимизда мутахассисларнинг илмий салоҳиятини бирлаштиришга имкониятлар етарли. Назария ва амалиёт бирлигини таъминланиши педагогик технологиянинг асл моҳиятини аниқлашга йўл очади. Педагогик технология бу соҳадаги назарий ва амалий изланишларни бирлаштириш доирасидаги фаолиятни акс эттиради.

"Кадрлар тайёрлашнинг миллий дастури" таълим-тарбиянинг мақсадини янги йўналишга бурмоқда, унда: "ўтмишдан қолган мафкуравий қарашлар ва сарқитдан тўла халос этиш, ривожланган демократик давлатлар даражасида юксак маънавий ва ахлоқий талабларга жавоб берадиган юқори малакали кадрлар тайёрлаш" деб белгиланди. Демак, таълим-тарбиянинг мақсади бутунлай янгиланди, унга мос ҳолда мазмуннинг ҳам, педагогик жараённинг ҳам янгиланиши табиийдир.

Шунингдек, фан ва техниканинг ривожланиши билан инсон фаолияти чегараси ниҳоятда кенгайиб борапти, аудиторияга ўқитиш имкониятлари катта бўлган янги технологиялар (саноат, электрон, ахборот) кириб келмоқда. Рўй бераётган сифат ўзгаришлар шундан далолат берадики, эндиликда "ўрганиш"нинг бирламчи жараёнлари анъанавий методика ва ўқитиш воситалари қоллигига сиғмай, ўқитувчининг индивидуал қобилиятларига мос келмай қолди. Янги методикаларни талаб этадиган ва таълим жараёнининг ажралмас компонентига айланиб бораётган ва унга ўзининг маълум хусусиятларини жорий этадиган янги техникавий, ахборотли, полиграфик, аудиовизуал воситалар мавжудки, улар янги педагогик технологияни реал воқеликка айлантирмоқда.

Педагогик технология моҳият жиҳатдан бошқа технологиялар билан бир сафда туради, чунки улар ҳам бошқалари қатори ўз хусусий соҳасига, методлари ва воситаларига эга, маълум "материал" билан иш кўради. Бироқ педагогик технология инсон онги билан боғлиқ билимлар соҳаси сифатида мураккаб ва ҳаммага ҳам тушунарли бўлмаган педагогик жараённи ифодалаши билан ишлаб чиқариш, биологик, ҳатто ахборотли технологиялардан ажралиб туради. Унинг ўзига хос томонлари - тарбия компонентларини мужассамлаштирганлигидадир.

Педагогик технология бошқа соҳалардаги технологик тажрибалар билан узлуксиз бойиб боради ва ноанъанавий ўқув жараёнига, унинг самарасини оширишга таъсир кўрсатишнинг янги имкониятларини эгаллаб олади.

Таълимни технологиялаштириш объектив жараён эканлигини, замонавийлиги эса илмий-техник тараққиёт йўналиши билан белгиланишини эътироф этган ҳолда педагогик технологиянинг ўзига хос томонлари ва яқин келажакда у билан боғлиқ бўлган вазифалар қуйидагилардан иборатдир:

- 1) кўп босқичли таълим тизимида педагогик технологияларнинг моҳиятини асослаш ва зарурий тавсияномалар ишлаб чиқиш;
- 2) замонавий тиббиёт соҳаси технологиялари билан педагогик технологияларни мунтазам равишда янгилаб бориш ва табақалаштирилган ёндошув асосида уларни қўллаш мезонларини аниқлаш;
- 3) истиқболли ўқитиш воситаларини яратиш ва уларга таянган ҳолда илғор педагогик технологияларни лойиҳалаштириш, педагогик амалиётга жорий этиш, оммалаштириш ва самарадорлик даражасини аниқлаш;
- 5) олий таълим муассасасида фаолият кўрсатаётган профессор-ўқитувчиларни илғор педагогик ва ахборот технологиялари каби янги билимлар тизими билан қуроллантиришни мунтазам ташкил этиш;

Адабиётлар:

1. Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. М.: Педагогика. 1989. 190 с.
2. Ў.Қ.Толипов. Педагогик технология тараққийети ва таълим назарияси муаммолари. Т., 2009 й.

НОАНЪАНАВИЙ УСУЛЛАРДАН ЗАМОНАВИЙ ДАРСЛАРДА Фойдаланиш

Қўзйбоева М., Раҳматова З., Ахунова М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги замон ўқитувчисининг касбий фаолияти мураккаблиги ва кўп қирралиги иш жараёнида турли педагогик изланишларни ишлаб чиқишни тақозо этади. Талабаларни ҳар томонлама мукамал ривожланиши учун илғор педагогик технологиялардан самарали фойдаланишни ва натижасини таъминлашни давр талаб этмоқда. Бу жараён ўқитувчидан катта маҳорат ва чуқур билимни талаб этади.

Олийгоҳ талабаларининг мустақил фикрлашларини янада такомиллаштириш мақсадида олиб борилаётган ноанъанавий усуллар асосидаги машғулотлар ижобий самаралар бермоқда. Талабаларнинг мустақил фикрлашларини ривожлантириш учун мунозарали усуллардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлмоқда.

Мунозарали услубнинг **мақсади** куйидагилардан иборат:

- талабаларнинг муаммоли масалалар ечимини топишдаги фаоллигини тўғри баҳолашга эришиш;
- талабаларнинг муаммоли масалалар ечимини топишнинг ҳар қандай вазиятларида маълум услуб ва тамойилларга асосланишини тушуна олишларига муносабатини асослаш;
- талабаларнинг фавқулудда вазият ва шароитларда тезкорлик билан ечимни топиш борасидаги фикр юритиш даражасини аниқлаш.

Услубнинг моҳияти ва таркибий қисмларининг мазмунини куйидагича изоҳлаш мумкин:

Моҳияти – талабаларнинг ўз турмуш тажрибаларига назар ташлаш орқали кўйилган муаммолар ечимини излашдан иборат бўлиб, унинг ечимини топиш учун бўлган турлича нуқтаи назарлар, фикрлар, қарашлар тўқнашувини вужудга келтиришдан иборат. Бунда талабалар ўзаро фикр ва тажрибалар алмашадилар, ўзларининг, шунингдек бошқаларнинг қарашларини текшириб кўрадилар.

Таркибий қисмлари:

- талабалар ўйлайдилар, таҳлил қиладилар, мунозарада иштирок этадилар;
- улар ўз ҳаётий тажрибаларидан фойдаланадилар;
- битта ечим юзасидан баҳслашадилар;
- бошқа нуқтаи назарларни қиёслайдилар.

Мунозарада ўқитувчининг етакчилиги асосий фаолият бўлиб ҳисобланади. Ўқитувчи аввало талабаларга ўз фикрларини айтиш учун имконият бериши ва уларнинг ўз фикрлаш даражасидан келиб чиқиб айтаётган фикрларини тинглаши керак. Ана шундагина талаба гуруҳдошларининг фикр-мулоҳазаларини жиддий қабул қилаётганини ҳис қилади. Муҳокама қилишнинг таъсир кучи талабалар томонидан шахсий тажрибаларидан мисоллар келтирилганда янада ошади.

Ўқитувчи талабаларнинг мустақил фикрлашларини таъминлаш учун фаолият юритиши лозим. Бунда ҳар бир кишининг мақсади, мавзу муҳокамасига кўшган ҳиссасининг муҳимлиги асосий қоидадир. Баҳсининг мақсади фақатгина тўғри ечимни топиш эмас (шуни унутмаслик керакки, ҳар бир талабада ўз фикрининг тўғрилигига ишонч мавжуд бўлади), муҳими талабаларни муаммолар ечими бўйича ўз фикрларини айтишга йўналтира олишдир.

Мустақил фикрлаш жараёнида муаммо ечимини топиш муҳокамасини тугатишда турли фикрларни умумлаштириш жуда муҳимдир. Чунки, яқунлаш мунозара катнашчиларига баҳс жараёнида ўзига хос тузилиш ва мантйқ мавжудлигини тушунишга кўмаклашади.

Мунозаранинг самарали бўлиши уни ташкил қилишнинг қай тарзда бўлишига кўп жиҳатдан боғлиқ. Илғор педагоглар тажрибасига кўра гуруҳ бўлиб ишлаш талабаларни фаол баҳсга тортиш ва жўшқинлигини оширишнинг энг мақбул усули ҳисобланади.

Гуруҳ бўлиб ишлаш ўқитувчидан ҳам, талабалардан ҳам муайян кўникмаларни талаб қилади. Шунга кўра уни давра столи атрофида; алоҳида гуруҳчаларга бўлиниб баҳслашиш; тенгма-тенг баҳслашиш кўринишида ташкил қилиш мумкин. Гуруҳ бўлиб ишлаш гапиришга қийналадиган энг тортинчоқ ва уятчан талабаларни ҳам «очилиб» кетишига ёрдам беради.

Мунозара мотивациясининг моҳияти ва мезонларига кўра мавжуд талабаларнинг мумкин қадар барчаси катнашса, гуруҳ бўлиб ишлашда самарадорликка эришилади. Бунинг учун гуруҳнинг 4-5 кишидан иборат бўлиши мақсадга мувофиқ. Гуруҳларда мустақил ишлаш ва эркин фикр танқид ва янчиб ташлашдан иборат бўлиб қолмаслиги керак. Шу маънода ўқитувчи талабаларнинг мунозарага кўшаётган ижобий ҳиссаларини таъкидлаб, йўналтириб боришнинг аҳамияти катта. Баҳсининг муваффақияти талабаларнинг ҳаётий тажрибалари ва фикрларидан асос сифатида фойдаланиш, талабалар мустақиллигини рағбатлантиришга боғлиқ. Бундай рағбатлантириш мезони – педагогик услуб ва тамойиллар – шахсий тажриба – шахсий хулоса кетма-кетлигига асосланиши керак.

Хулоса қилиб айтганда, талабаларни мустақил фикрлашга тайёрлашда педагогик қонуниятларни таъминлаган ҳолда, уни технологик бошқаришга илмий асосда ёндашишни тақозо этади.

ОИЛА-ЖАМИЯТНИ РИВОЖЛАНТИРУВЧИ КУЧ

Қўзйбоева М., Ахунова М., Раҳматова З.

Андижон давлат тиббиёт институти

Оила жамият ҳаётини олға сурувчи, уни янада юксак босқичларга кўтариб, раванқ топтирувчи, келажак авлодларини тарбиялаб етиштирувчи, камол топтириш учун масъул бўлган ғоят муҳим ўчоқдир.

Жамиятимиз тараққийети ўзининг ривожланиш қонуниятларига асосланган ҳолда комил инсон – шахс етуқлигини таъминловчи ва тарбия самарадорлигини оширувчи омилларни вужудга келтириш талабини кўймоқда.

Оила эркаклар ва аёлларнинг тенг ҳуқуқлиги, оила манфаатларини ҳимоя қилиш масъулияти учун баб-баравар жавобгарлиги асосида курилади. Янги оилани вужудга келтириш оддий ва осон иш эмас. Бу мураккаб жараён бўлиб, унинг ўз муаммолари ҳам мавжуд. Мустаҳкам оила – унинг муҳим негизларидан биридир.

Маълумки, Ислому динининг муқаддас манбалари – «Қуръони Карим» ва «Ҳадиси Шариф»да оила, оилавий муносабатларга оид қарашлар ўз ифодасини топган. «Қуръони Каримда»: «Хотинларингиз зиротгоҳингиздир» дейилади. Бунинг маъноси оила қуришдан кўзланган асосий мақсад – фарзанд кўриш, уларнинг комил инсонлар бўлиб вояга етишларини таъминлаш эканлигидир. Шунингдек, Ислому маънавиятида оилани ҳалол, пок сақлаш, эркак ва аёлнинг бир-бирига бўлган садоқати, маиший бузуқликнинг катта гуноҳ эканлиги тақрор-тақрор уқтирилади. Чунончи, «Агар бир шаҳарда лоқал бир аёл бир марта бузуқлик кўчасига кириб, ҳаром орттурса, бу шаҳардан қирқ йил файзу баракот кўтарилиб кетади» дейилган. Шундай экан, маънавий жиҳатдан камолотга етишмай туриб, иқтисодий фаровонликни таъминлаш мумкин эмас.

XV асрнинг маърифатпарварлик ҳаётига бошчилик қилган буюк мутафаккир Алишер Навоий – инсоннинг инсонийлиги ақл ва адолат билан, ҳалоллик ва поклик билан бўлиши кераклигини таъкидлаб, оиладаги ёшларнинг камол топишида ота-онанинг масъул эканлигини қайта-қайта уқтиради. Шу билан бирга ёшларни ҳар доим ота билан онани жуда ҳурмат қилишга, уларни қадрлашга чакиради.

Оила қуриш балоғатга етган ҳар бир йигит-қиз учун ҳаётини зарурият бўлиб, уларнинг ўзаро аҳду-паймони асосидаги ижтимоий бирлик сифатида намоён бўлади. Оиланинг мустаҳкамлиги оила аъзоларининг тотувлиги, эр-хотиннинг оила юритиш қўниқма ва малакаларига эгаллик даражасига боғлиқ. Оиланинг мустаҳкамлигида аёлнинг алоҳида роли бор. Зеро, оила ташвишларининг аксарияти унинг зиммасида бўлади. Бу борада буюк мутафаккир Алишер Навоий қуйидагиларни қайд этади: «... Эр билан хотин бир-бирига мос тушса, ўртада бойлик ва саранжомлик бўлур. Уй беазаги ундан ва уйланганнинг тинчлиги ундан. Ҳусни бўлса кўнглига ёқимли бўлур, яхшилиги бўлса эр озигидир. Ақлли бўлса турмуш интизомли ва рўзгор керак ёроғи тартибли ва саранжомли бўлади.

Киши бу хилдаги жуфтга эришса, балки бундай бахт қўлга тушса, яширин ғам ва кулфатда сирдош ва ҳамдамнинг бўлур. Турмушдан ҳар жафо эрса, ҳасратдошинг ул ва айланувчи осмондан ҳар бало келса қўмақдошинг ул. Кўнглинг ғамидин ул ғам чекади, баданинг заифлиги хорғинлигидан у қийналади. ... Носоз жуфт уй учун ҳам очик ҳам яширин кўрқинчли касалликдир. Уятсиз бўлса кўнгли ундан озорланади, ярамас бўлса ундан азоб тортади. Тили ёмон бўлса куёвнинг кўнгли яраланади, ёмон ишлик бўлса эрга юз қоралик келади. Майхўр бўлса, уй ободлиги йўқолади ва бузуқи бўлса, уй ичи расвоғарчиликка айланади.

Оиланинг маданияти, маънавияти ва психологияси масалалари борасида улуғ мутафаккирларимизнинг фикрларига ҳам таянмоғимиз даркор. Абу Али ибн Сино “Тадбир ул-манозил” китобида оилада ота-она масъулиятига алоҳида тўхталади. Мутафаккирнинг таъкидлашича, отанинг табиатан юмшоқ бўлиши кўп ҳолларда бола феълини бузади. Ота оиладаги ўз ўрнини билиши, фарзандлар тарбиясида ҳар томонлама ўзи намуна ва ўрнак бўлиши, уларнинг ишонган суянчиги ва ҳимоячиси бўлиши мақсадга мувофиқдир. Шу сабабли оилада бош тарбиячи отадир, деб ҳисоблайди буюк аллома. Мазкур китобнинг “Аёлларнинг яхши сифатлари” деб номланган бўлимида эса оналарнинг донолиги, босиклиги, ҳалоллиги, камтарлиги каби ахлоқий сифатларни улуғлайди. Аёллар ҳамма ерда эркакнинг муносиб ҳамроҳи бўлиш билан бирга оила мустаҳкамлиги ҳамда болаларни тарбиялашда унинг энг яқин ёрдамчиси эканлигини таъкидлайди.

Зеро, ота-оналар қанчалик билимдон, соғлом, маънавиятли, маданиятли бўлса ўз наслини оқиллик билан тарбиялайди, унинг баркамол бўлиб етишишига муносиб ҳисса қўшади.

ОЛИЙ ТАЪЛИМДА ЗАМОНАВИЙ ДАРСЛАРГА ҚЎЙИЛАЁТГАН ТАЛАБЛАР

Қўзйбоева М., Ахунова М., Раҳматова З.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мустақил Ўзбекистон ўзининг буюк келажагини бугундан яратар экан, аввало, таълим-тарбия соҳасидаги устивор ўзгаришлар учун кенг шароитлар яратмоқда ва ёшларнинг билим салоҳиятини ошириш мақсадида ўқув юртлари олдига муҳим ва долзарб вазифаларни қўймоқда.

Олий таълим муассасаларида таълим тизимини ривожлантириш босқичида мамлакатимизнинг илғор илмий-техник, иқтисодий, ижтимоий ва маданий юксалишини таъминлаш учун ижодкор, юксак маънавий, маданий ва ахлоқий сифатларга эга, чуқур билимли рақобатбардош педагог кадрлар фаолият олиб борилиши талаб этилади. Бу эса педагогнинг касбий шаклланиши учун ундан замон талаблари асосида ўқитиш ишларини ташкил қилишни муҳим вазифа қилиб қўяди.

Бугунги кунда ҳар бир педагог ижодкор, изланувчан ва ўз устида тинмай ишлаши лозим. Шиддатли ҳозирги даврда талабанинг юрагидаги чўғни аланга олдириш, уни ҳар томонлама ривожлантириб, билимдан-билимга етаклаб олиб чиқиш учун замонавий дарслар зарурдир.

Ҳозирги пайтда таълим жараёнида замонавий дарс ибораси тез-тез тилга олинмоқда. Замонавий дарс қандай дарс?

Замонавий дарс шундай дарски, унда ўқитувчи талабанинг мавжуд имкониятларидан усталик билан фойдаланиб, унинг ақлий потенциалини ишга солиб, ривожланишини таъминлайди. Талаба эса ўз навбатида билимларини чуқур ўзлаштиради ва маънавий баркамоллик сари одимлайди.

Бугунги кунда замонавий дарсга қўйиладиган дидактик талаблар, муаммоли дарслар, дастурланган дарслар, компьютерли ўқитиш, лойиҳали ўқитиш, дарснинг структураси, турлари, дарснинг сифати ва самарадорлиги каби омиллар ҳақида фикр-мулоҳазалар баён этилган.

Ҳозирги замон жамиятининг барча соҳасида ҳар кимдан ташаббускорликни, ижодкорликни, мустақил фикрлашни талаб қилади.

Дарс – педагогик ижодкорликнинг асосий майдони. Педагогнинг асосий педагогик эҳтиёжи – ўргатиш, етказиб бериш айнан дарсда амалга ошади. Шундай экан, дарс таълим жараёнини ташкил қилишга тўғри, янгича муносабат керак.

Дарс жараёнида педагог олдида муҳим бир масала туради. Талабаларни билим олишга жалб қилиш, уларни олға ҳаракатлантиришдир. Бу эса педагог ва талабаларни ўзаро биргаликдаги меҳнатга жалб қилади. Бунинг учун ўқитишга мажбур қилмаслик керак. Педагогик ҳамкорликнинг қарашларидан бири – дарсда талабадаги қўрқувни йўқотиш, уни эркинроқ, дадилроқ қилиш, ўзининг кучига ишонтириш, унга жиддий ижод қилишга қодир шахс сифатида қараш.

Дарсда аниқ мақсад бўлиши талаб этилади. Бу – талабалар билан ҳамкорлик руҳида иш олиб бориш, уларга аниқ бир мақсад қўйиб, бу мақсаднинг мураккаблигига ва амалга ошириш олишга ишонтириш – талабаларда ўзига бўлган ишончини, аниқ, мушкул масалани ҳам еча олиш мумкинлигини шакллантиришдан иборат бўлади.

Дарснинг мақсади – бутун дарс давомида эгалланиши керак бўлган билим, тушунча, кўникма, малакалардир.

Дарснинг вазифаси – дарснинг босқичларидаги мақсадни амалга ошириш учун қўлланиладиган воситалардир.

Мақсадни амалга ошириш учун дарс самарадорлиги таъмин этувчи илмий-методик, технологик йўл танлаб олинади.

Бу ишни амалга ошириш ўқитувчидан ташкилотчилик, конструктив, коммуникатив ёндашув, инновацион касбий маҳорат, методологик маданиятни талаб этади.

Ҳар бир дарснинг мақсадини аниқлашга тизимли ёндашув – олдинги ва кейинги ўтиладиган дастурий билимлар, кўникма ва мақсадларнинг узвий боғлиқлигини таъминлайди.

Талабанинг дарс жараёнида таълим дастурини тўлақонли ўзлаштириши узвийлик ва узлуксизлик асосида қафолатланади.

Натижада дарс компонентлари ўз ўрнини топади.

Яъни: - Мақсад

- Ўқув материали мазмуни
- Метод ва вазифалари
- Дарснинг ташкилий шакллари
- Ўқитувчининг фаолияти
- Талабанинг фаолияти тулақонли шакл ва мазмунга эга бўлади.

Дарсларда белгиланаётган мақсадлар ўқув мақсадларига мос тушиши ва талабанинг шахсий мақсадига айланиши керак. Зеро, дарсда талаба ўзлаштириб олиши зарур булган компонентлар шахсан унга қаратилган, мақсадлар эса бир-бирига мос тушиши керак. Ана шу мос тушганлик дарс самарадорлигини таъминлайди. Талабанинг чуқур, пухта билим олишини, тарбия топишини қафолатлайди.

Замонавий дарс талабларидан яна бири шундан иборатки, педагог дарс ўтиш давомида шундай усуллардан фойдаланиши керакки, талабалар ўзларини шахс сифатида ҳис қилишсин. Бу – ҳар бир талаба ҳар бир дарсда ўзининг баҳосини олиши, масалаларни ўзи танлаб олишида намоён бўлади. Педагогнинг маҳорати жуда дарсда жуда муҳим саналади. Дарс шундай марказки, педагогнинг ҳар бир тафаккури ва ҳаракатлари шу марказ атрофида айланиб, яна унга қайтиб келади. Ҳар бир дарс ўқитиш жараёнига ўзининг, фақат унга хос бўлган ҳиссаси қўшади.

Замонавий дарс фақат ўқитишнинг метод ва шакллари билан чекланиб қолмай, балки таълим-тарбия, ривожлантириш мақсадларини амалга ошириш, педагог ва талаба фаолиятида биргаликдаги ўзаро боғлиқликни рўёбга чиқаришни талаб қилади. Педагог ҳар бир дарсни муаммоли, изланувчан, фаол булиши учун талабаларни кизиктира олиши, уларнинг ижодий қобилиятларини ривожлантириш учун муҳитни ярата олиши талаб қилинади.

Замонавий дарс шундай дарски, унда педагог талабанинг мавжуд имкониятларидан моҳирлик билан фойдаланиб, унинг ақлий потенциалини ишга солиб, ривожланишини таъминлай олиши керак. Талаба эса ўз навбатида билимларни чуқур ўзлаштириб, маънавий баркамоллик сари одимлаши керак бўлади.

Замонавий дарс – шундай дарски, унда ўқитувчи талабанинг мавжуд имкониятларидан уддабуронлик билан фойдаланиб, унинг ақлий лаёқатини ишга солиб, ўсиб боришини таъмин этади. Талаба эса ўз навбатида билимларини чуқур ўзлаштиради ва у борган сари маънавий баркамоллик сари одимлайди. Илмий нуқтаи назардан қарайдиган бўлсак – дарс ўқитиш, тарбиялаш, ривожлантириш каби бир бутунликни таъминлайди.

Бундай ҳолларда қуйидагилар кўзда тутилади:

- талабани чуқур ва пухта билим билан қуроллантириш, тушуниб, ўзлаштириб бориш орқали шахснинг ҳар томонлама ривожланишини таъминлаш;

- билимни олишда шахсий фаолиятларни ташкил эта олиш;
- талабанинг мустақил ўқиши, шахсий фаолиятини такомиллаштириш;
- талабанинг онгли ривожланишига самарали таъсир кўрсатиш;
- талабада ўзини тутиш, қатъийлик мотивларини шакллантириш;
- уни умумқадрият ва маданият билан уйғунлаштириш;
- маданий тарбияланганлигини камол топтириш.

Дарс жараёнида талабаларнинг ижодкор, ташаббускор бўлишини ташкил этишда педагогик маҳорат ва инновацион ғояларнинг ўрни беқиёсдир. Талабаларнинг ижодкор, ташаббускор булишларида қуйидаги омилларга суяниш яхши натижа беради.

1. Дарсда самара берувчи инновация ва технологияларни қўллаш.
2. Талабалар кўз ўнгида билимдон, ижодкор бўлиб кўрина олиш.
3. Бошқа ўқитувчилар, раҳбарлар орасида обрўга эга бўла олиш.
4. Ўқитувчилар ва талабалар билан ижодий ҳамкорликда бўлиш.

5. Талабалар билан самимий муносабатда бўла олиш.
6. Ижодий муҳитни ташкил эта олиш.
7. Ҳар бир ижобий натижани рағбатлантириш.
8. Иш фаолиятида илғор тажриба ва янгиликлардан ижодий фойдаланиш.
9. Педагог ўз малакасини узлуксиз ошириб бориш.
10. Зарур ҳолларда маънавий, моддий жиҳатдан қўллаб-қувватлаш.
11. Методик ишларни ташкил этишда фаоллик ва фидоийлик кўрсатиш.
12. Шахсий ижодкорлик ишлари, ижобий фикрларни амалга ошириб бориш.
13. Очик дарсларни тизимли ўтказишга эришиш.
14. Ижодкорликдаги ютуқларни ижодий кечалар ташкил этиш орқали тарғиб қилиш.

Замонавий дарсларда талабаларда укув предметини мустақил узлаштиришни шакллантириш педагогдан кўп маҳоратни талабқилади. Бу жараёнда ўқитувчи педагогик технологиялардан самарали фойдаланган ҳолда ўқув материалларини талабаларга етказди. Шу билан бирга ўзлаштирилган материаллар асосида талабаларга ўз-ўзини бошқарган ҳолда қуйидагиларга алоҳида эътибор қаратилади:

- Ўқув жараёнида ўз-ўзини англаш орқали тарбияланиш, ўқиб ўрганиш устуворлик қилади.
- Талабада ички мотивация ривож топади, ўқиш, ўрганишга қизиқиш ҳисси ўсиб боради.
- Талабанинг мустақил ижод қилишига шароит яратилади.
- Билим олиш онгли равишда ички интилиш ва хоҳиш асосида амалга оширилади.
- Дарс жараёни марказида талаба, унинг фикрлари, қизиқишлари, ўз-ўзини бошқариш туради.
- Ўқув жараёнида билим, малака, тушунча, кўникмаларни эгаллаш талаб этилади.

Шундан хулоса чиқариш мумкинки, талаба шахсини ривожлантиришни ўзига замин яратишдан бошлаш керак. Яъни талабада:

- Ўзи мустақил мутолаа асосида билим олишга;
- Ўз-ўзини англаб, тарбия топишга;
- Ўз кучи ва имкониятига ишонч билан қарашга;
- Масъулиятни ҳис қилишга;
- Ўз фаолиятини мустақил ташкил эта олишга;
- Ўқув меҳнатига хоҳиш уйғота олишга;
- Фаоллигини оширишга;
- Ахборот манбаларидан унумли фойдалана олишга эришиш асосий ва бош мақсадга айланиши керак.

Талаба шахсида ўз-ўзини ривожлантириш технологиясини яратиш педагогика фани олдида турган долзарб муаммолардандир.

Дарс жараёнида талаба ижодкорлигини шакллантириш ҳам бугунги кун замонавий дарснинг асосий мазмунини ташкил қилади. Ҳар бир ўқув материали талабада ижодий мотивларни уйғота оладиган, турли янги ғояларни шакллантирадиган бўлиши лозим экан. Талабанинг ижодкорлигини таъминлашда қуйидагиларга алоҳида аҳамият бериш керак бўлади:

- Талабани ўтилаётган, ўрганилаётган мавзуга қизиқтира олиш.
- Мавзунини ўзлаштиришда ролли ўйинларга асосланиб, талабанинг билим, кўникма, малакаларига

суяниш.

- Талабанинг ташаббускорлик, ижодкорлик қобилиятини шакллантириш, қўллаб-қувватлаш.
- Талабанинг қизиқиши ва хоҳишларини фаоллаштириш.
- Талабанинг интеллектуал (диққат, хотира, фикрлаш) қобилиятларини ишга солиш.
- Мулоқотга киришганда айтилаётган фикр, мулоҳазаларни жамлашга ёрдамлашиш.
- Талабанинг муваффақиятга эришишига қулай вазият яратиб бериш, айниқса, аниқ далилларга суяниб мисоллар келтиришини қўллаб-қувватлаш.

Замонавий дарсларнинг асосий мазмуни бугунги кун талабларига ва рақобатга бардош бера оладиган мутахассисларни ўқитиб, тарбиялашга қаратилган экан, дарс самарадорлигини таъминловчи омилларга эътиборни қаратиш ҳар бир педагогдан масъулиятни талаб этади. Дарс жараёнини ташкил этишдаги асосий омиллар қуйидагилар:

1. Дарснинг ўқув техникаси ва мақсадини аниқлаш.
2. Дарсдан кутилаётган пировард натижани белгилаш.
3. Дарсдан кўзда тутилган билим, кўникма, малака.
4. Кўзланаётган мазмун, мантикий кетма-кетлик баёни.
5. Мақсадга олиб боровчи баённинг матн, дарслик ва тарқатма материаллар асосида кичик гуруҳларда ишлаш орқали ёки ўқитувчи томонидан тушунтириш.
6. Талабаларнинг таълим мазмуни, мақсадларини ўзлаштирганлик даражаси.
7. Тестлар, саволлар тузишга ўргатиш.
8. Янги мазмундаги мавзу, тушунча, кўникма, малакаларни ўзлаштирганлик даражаси.
9. Дарс ўтиш услуби ва воситаларнинг танлаб олинганлиги.
10. Дарсда ўқув жараёнини амалга ошириш учун жиҳоз, техника, тарқатма материаллар.
11. Талабалар билими баҳолангандан сўнг унинг натижалари бўйича тузатишлар киритиш.

Юқоридагилардан келиб чиқиб шуни таъкидлаш лозимки, бугунги кунда янги фикрлайдиган, мустақил фаолиятига ишонадиган, турли рақобатларга бардош бера оладиган етук мутахассисларни тарбиялаш ва билимли қилиш замонавий дарсларнинг асосий негизидир.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕГИОНАХ: В ФОКУСЕ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ЦЕЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Мадаханов А.С., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы – создание научно-профилактических основ оздоровления населения природными средствами.

Материалы и методы. Производилась регистрация отдельных параметров условий и образа жизни населения Ферганского региона: а) фактически употребляемый населением фруктов и плодовоовощных культур, выращиваемых в Узбекистане и ввозимых из других стран; б) использования природных целебных региональных источников и средств в населении, расположенным поблизости к месту проживания, работы и на территории других районов и областей республики.

Первые результаты и выводы. Крайне актуальным и необходимым аспектом профилактической медицины на уровне регионов и семьи является разработка научных основ, включающих в себя демографические, социально-экономические, медико-географические, клиничко-психологические и организационные аспекты, необходимые для создания Национальной Программы оздоровления населения природными целебными средствами.

Есть большие резервы и возможности Ферганской долины Узбекистана для разработки и внедрения в практику, наиболее эффективных способов, состава (композиций) и свойств природных целебных источников и средств, служащих экономически выгодной и безопасной материальной основой при проведении первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний среди населения.

Нами уже создана серия природных средств «Живое питание». Они успешно применяются как у больных с неинфекционными заболеваниями, так и у здоровых людей (им посвящены наши отдельные сообщения в рамках настоящей конференции). Кроме того, нами организуются и проводятся специальные выездные конференции и семинары для медицинских работников по актуальным проблемам использования природных целебных источников и средств в оздоровлении населения. Составляются методические указания/рекомендации и практическое руководство для врачей.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ И ВРОЖДЁННЫХ НЕФРИТОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ И АЛГОРИТМЫ РАННЕГО ИХ ВЫЯВЛЕНИЯ

Маджидова Н.М., Ахмедова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из сложнейших проблем детской нефрологии является проблема наследственных и врожденных нефропатий. Для наследственных нефропатий свойственна латентность, торпидность течения, поэтому специальное внимание фиксируется на тех аспектах клинического состояния, которые характерны именно для генетически детерминированных заболеваний и эмбриофетопатий. В настоящее время сложной является проблема нефропатий, развивающихся при генетической предрасположенности. Наследственный нефрит, по данным нефрологического отдела педиатрии и детской хирургии Минздрава Рес. Узб., по многолетним наблюдениям составляет в разные годы 6—8% от общего числа больных с патологией почек. В Ферганской долине причинами наследственных и врожденных нефритов являются родственные браки, наследственные заболевания у родителей, а также родственных, перенесенные инфекционные заболевания матери, а также тератогенное действие различных лекарственных препаратов в период первого триместра беременности. В основном, в Ферганской долине встречаются такие виды наследственных гломерулопатий как синдром Альпорта, врожденный нефротический синдром, синдром Лоу. Актуальность данной проблемы заключается в том, что на сегодняшний день наследственные болезни почек рано приводят к развитию хронической почечной недостаточности и летальным исходам. Поэтому раннее выявление наследственных и врожденных нефропатий позволит начать терапию, возможно, направленную если не на радикальное излечение, то хотя бы на улучшение качества жизни, даст возможность отдалить неминуемый летальный исход при естественном течении наследственного нефрита, с возможным излечением и врожденного нефротического синдрома.

Клинические исследования показывают, что для ряда врожденных или наследственных заболеваний мочевыделительной системы характерны стигмы соединительнотканного дизэмбриогенеза, причем не только внешних, соматических, но также, в частности, органов мочевой системы, связанных с наследственной передачей болезней или состоянием, которое называют «от органа к органу». Многие исследования, проведенные нефрологами совместно с акушерами-гинекологами, показали высокую частоту развития патологии органов мочевой системы у детей, рожденных от матерей, страдающих заболеваниями почек. Исследователи полагают, что наследственный нефрит встречается гораздо чаще, чем диагностируется, и низкая выявляемость (15 % среди детей, 0,2 % среди взрослых) их среди нефрологических заболеваний связаны с трудностями диагностики – генеалогических методов исследования. В связи с этим в последние годы настоятельно требуется изучить генетические основы заболеваний почек, клинически выражающихся нефропатиями.

Цель исследования: Определить частоту распространенности врожденных и наследственных нефропатий среди нефрологических заболеваний и систематизировать алгоритмы для их ранней диагностики и последовательность раскрытия данной темы.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать нозологические единицы заболеваний почек среди детей Ферганской долины.
2. Определить удельный вес наследственного нефрита и врожденных нефропатий среди заболеваний почек.

3. Установить пре- и постнатальные факторы риска развития наследственного нефрита.
4. Охарактеризовать клинику генетической картины наследственных и врожденных нефропатий и составить программу алгоритмов для их ранней диагностики.
5. Определить алгоритм выявления этиологии и патогенеза болезни.

Объект исследования:

Будут проанализированы истории болезни детей, поступающих на обследование и лечение в нефрологическое отделение ОДММЦ города Андижан с гломерулопатиями в возрасте от 0 до 18 лет. Из них будет отобран контингент детей с врожденными и наследственными нефропатиями.

Методы исследования:

1. Клинико-anamnestические исследования – анализ генетических данных (родословная).
2. Клинические и лабораторные методы исследования: о/а крови, мочи, кала, биохимические анализы крови, УЗИ почек.
3. Изучение наличия стигм дизэмбриогенеза.
4. Аудиометрия.
5. Исследование состояния органов зрения.
6. Статистические методы обработки научно-исследовательского материала.

Научная новизна

Будут разработаны алгоритмы ранней диагностики наследственных и врожденных нефропатий, возможно даже их антенатальная диагностика. Применение выявленного алгоритма при работе с данной проблемой.

Практическая значимость

С учетом выявленных генеалогических факторов и клинико-лабораторных изменений в состоянии больных с врожденными и наследственными нефропатиями, определяющих тяжесть болезни и сроки наступления терминальной стадии хронической почечной недостаточности, возникнет возможность раннего выявления патологии для своевременного начала нефропротекторного лечения. Так же возможным станет своевременное определение показаний для трансплантации почек.

PREVALENCE OF HEREDITARY NEPHRITIS IN CHILDREN OF THE FERGHANA VALLEY AND ALGORITHMS FOR THEIR DETECTION

**Madjidova N.M., Matveeva I.A.
Andizhan state medical institute**

Topicality. One of the most complicated problems of pediatric nephrology is the problem of hereditary and congenital nephropathies. For hereditary nephropathies, latency and torpidity of the flow are characteristic, therefore special attention is fixed on those aspects of the clinical state that are characteristic precisely for genetically determined diseases and embryo-fetopathies. At present, the problem of nephropathies developing with genetic predisposition is complex. Hereditary nephritis according to the data of the nephrological department of pediatrics and pediatric surgery of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan for many years constitutes 6-8% of the total number of patients with kidney pathology in different years. In Fergana Valley, the causes of hereditary and congenital nephritis proved to be relative marriages, hereditary diseases in the parents and relatives, infectious diseases of the mother, as well as teratogenic effects of various drugs during the first trimester of pregnancy. Generally, such kinds of hereditary glomerulopathies as Alport syndrome, congenital nephrotic syndrome, Low syndrome have been observed in Fergana Valley. The topicality of this problem includes the fact that nowadays hereditary diseases of the kidneys lead to the early development of chronic renal failure and lethal outcomes. Therefore, early detection of hereditary and congenital nephropathies will allow the initiation of therapy, possibly directed to the improvement of life quality if radical treatment was not successful; it will be the possibility to postpone the fatal result in case of essential course of hereditary nephritis.

Clinical studies show that a number of congenital or hereditary diseases of the urinary system are characterized by stigmata of connective tissue external and somatic dysembryogenesis as well as organs of the urinary system associated with hereditary transmission of diseases or a condition called "from organ to organ". Many studies conducted by nephrologists in cooperation with obstetrician-gynecologists showed a high incidence of pathology of the urinary system in children born from mothers suffering from kidney diseases. Researchers suppose that because of some difficulties in diagnostics - genealogical research methods – many cases of hereditary nephritis left unrevealed as the statistics shows (15% among the children, 0.2% among the adults). In this regard, in recent years the genetic basis of kidney diseases clinically manifested by nephropathies is required to be studied.

Aim of the Inquiry: To define the frequency of prevalence of congenital and hereditary nephropathies among nephrologic diseases and to systematize algorithms for their early diagnostics.

Objectives of the study:

1. To characterize the nosological units of kidney disease among children of Fergana Valley.
2. To define the rate of hereditary nephritis and congenital nephropathies among kidney diseases.
3. To establish pre- and postnatal risk factors of the development of hereditary nephritis.
4. To characterize the clinical course of the genetic picture of hereditary and congenital nephropathies and make up a program of algorithms for their early diagnosis.

Object of study:

The medical history of the children with glomerulopathies aged 0 to 18 registered in the nephrologic department of Andijan RCMPMC will be analyzed. A contingent of children with congenital and hereditary nephropathies will be selected from them.

Methods of research:

1. Clinical and anamnestic studies - analysis of genetic data (family history).

2. Clinical and laboratory methods of investigation: general analysis of blood, urine, feces, biochemical blood tests, ultrasound of the kidneys.
3. Revealing the presence of stigmas of disembryogenesis.
4. Audometry.
5. Examination of ophthalmological organs.
6. Statistical methods of scientific research material's analysis.

Scientific novelty:

Algorithms for the early diagnostics of hereditary and congenital nephropathies, as well as antenatal diagnostics, will be elaborated.

Practical Value:

The possibility of early detection of pathology for the timely initiation of nephroprotective treatment will have been appeared taking into consideration the revealed genealogical factors and clinical and laboratory changes in the condition of patients with congenital and hereditary nephropathies determining the severity of the disease and the timing of the onset of the terminal stage of chronic renal failure. It will also be possible to define in time the indications for kidney transplantation.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ

**Мадумарова М.М, Собиров К.Г, Якубова Р.М, Рахмонова У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Вирусные гепатиты широко распространены, особенно в странах с жарким климатом, к которым относится и Узбекистан, а средства профилактики и лечения недостаточно эффективны. В этом плане особый интерес вызывают средства растительного происхождения в качестве гепатозащитных средств.

Целью настоящей работы являлось изучение эффективности препарата "Лесбохола" в коррекции нарушений желчевыделительной функции печени при её остром поражении.

Материалы и методы исследования. Опыты проводили на половозрелых белых крысах-самцах стадного разведения с исходной массой тела 165-190 гр. Животным леченой группы раствор "Лесбохола" вводили внутрь в дозе 25 мг/кг один раз в сутки в течение 3 и 6 дней. Крысы нелеченой группы в аналогичном объеме получали дистиллированную воду. Модель острого токсического гепатита воспроизводили путем подкожного введения 50% масляного раствора тетрахлорметана ежедневно. О холеретическом действии препарата судили по общему количеству выделенной желчи, а также по концентрации и количеству её компонентов, то есть билирубина, холестерина и общих желчных кислот.

Результаты и их обсуждение. Результаты экспериментов показали, что при остром гепатите, вызванном введением тетрахлорметана, наблюдаются значительные нарушения экскреторной функции печени. У леченых крыс "Лесбохолом" отчетливо восстанавливались показатели функционального состояния печени, нарушенные при остром токсическом гепатите. При внутрижелудочном введении "Лесбохола" в течение 3 дней в дозе 25 мг/кг наблюдалось повышение выделения желчи на 145,8% по сравнению с нелечеными крысами, а после 6-дневного лечения - на 96,6%. Наряду с повышением общего количества желчи также отмечается увеличение его компонентов: желчных кислот, холестерина и билирубина в составе выделенной желчи за 4 часа опыта статически значимо увеличилось на 77,9%, 101,5% и 71,1% - в дозе 25 мг/кг. После 6-дневного лечения показатели химического состава желчи увеличились в большей мере и составили 101,6%, 158,3% и 77,9% - в дозе 25 мг/кг. Из приведенных данных видно, что с увеличением срока лечения отмеченный положительный эффект препарата несколько возрастает. При этом наилучший эффект от препарата отмечен при применении его в течение 6 дней.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ CD4-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ВИЧ/СПИД ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Собиров К.Г.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность проблемы. Кортизол— основной глюкокортикоидный гормон, синтезируемый корой надпочечников. Его секреция стимулируется АКТГ и управляется кортикотропин-релизинг фактором, который выделяется гипоталамусом. Повышение кортизола наблюдается при стрессе, депрессии, при гипогликемии, беременности, ожирении, гипертиреозе. Исследование кортизола дает возможность оценить эндокринные стрессовые нарушения. ВИЧ/СПИД заболевание очень часто сопровождается стрессом, депрессией, а так же неврологическими нарушениями, что в немалой, степени влияет на прогрессирование патологического процесса.

Целью нашего исследования явилось определение уровня кортизола на разных стадиях ВИЧ инфекции, его связь с показателями абсолютного числа CD4 лимфоцитов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 82 ВИЧ инфицированных пациента на разных стадиях заболевания. Из них - 8(9,7%) больных было на бессимптомной стадии, 21 (25,6%) больных - на 2 стадии., 24(29,2%) - на 3 стадии, 22(26,8%) - на 4 стадии и 7(8,5%) больных - в терминальной стадии. Все больные находились на учёте в Андижанской области в Центре СПИД. Диагноз ВИЧ/СПИД заболевания был установлен методом иммуноблотинга. Больные находились на антиретровирусной терапии (АРВ) терапии. Для оценки стадии заболевания кроме клинического осмотра проводили оценку абсолютного числа CD4-лимфоцитов методом проточнойцитофлуориметрии. Содержание кортизола определяли методом ИФА, согласно инструкции производителя (ХЕМА Со. LTD., конкурентный иммуноферментный анализ). Кровь у пациентов для анализа

забирали в первой половине дня натощак в пробирку с ЭДТА и в сухую пробирку. Кровь с ЭДТА использовали для определения CD4-лимфоцитов. Сыворотку больных до проведения анализа на содержание кортизола хранили при глубокой заморозке.

Результаты. Анализ данных показал, что размах индивидуальных значений уровня кортизола находился в широких пределах: от 44 нмоль/л до 755 нмоль/л. По стадиям заболевания наиболее высокие значения установлены в бессимптомной и 2-й стадиях заболевания, что достоверно превышало показатели контроля. В 3-й клинической стадии содержание кортизола выявлялось на 19% меньше, чем в I и 2-й стадиях заболевания, но было достоверно выше контрольных значений. В 4-й стадии содержание кортизола было меньше в 1,36 раза, чем в I и 2-й стадиях заболевания ($p < 0,05$), но почти не отличалось от контрольных значений. В терминальной стадии заболевания, когда содержание CD4-лимфоцитов было менее 50 клеток/мкл. в среднем уровень кортизола не отличался от данных, полученных в других клинических стадиях. На всех стадиях ВИЧ-заболевания отмечен широкий размах индивидуальных значений кортизола, наиболее выражен ты й во 2-й клинической стадии.

Вывод. Полученные данные позволяют сделать заключение, что уровень кортизола не зависит НИЧ/СПИД заболевания и от содержания CD4-лимфоцитов, а зависит от психоэмоционального состояния каждого пациента. Корреляционный анализ, проведенный между показателями содержания CD4-лимфоцитов и уровнем кортизола, не выявил достоверной корреляции между ними.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

**Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Якубова Р.М., Кодиров Х.С.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Возбудитель бруцеллеза вызывает изменения во всех внутренних органах и тканях так как обладает высокой инвазионной способностью. Чаще всего поражаются первая, лимфангическая, сосудистая системы и соединительная ткань.

Цель работы. Оценить значимость показателей антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА) различных органов для выявления степени поражения тканей мозга, печени, почек, кишечника при остром бруцеллезе (ОБ).

Материал и методы. При поступлении в стационар были обследованы 83 больных ОБ. Все больные в зависимости от сроков госпитализации были разделены на 3 группы: 1 группу составили 14 (16,86%) больных, поступившие в стационар в период до 10 дней от начала заболевания; 2 группу составили 37 (44,58%) больных, поступившие в стационар в период от 11 до 20 дней от начала заболевания; 3 группу составили 32 (38,55%) больных, поступившие в стационар в период от 21 до 35 дней от начала заболевания. Изучали содержание в крови АСЛ к ТА мозга, печени, почек и суставной сумки. В качестве контроля изучены показатели 23 здоровых лиц.

Полученные результаты. Так, в 1 группе больных показатели АСЛ к ТА печени в 2,87 раза, во второй группе - в 3,18 раза и в третьей группе в 3,64 раза были достоверно выше уровня в контроле. Подобную динамику у больных бруцеллезом имеют показатели АСЛ к ТА почек: у больных 1, 2 и 3 групп показатели соответственно в 1,85 раза, 1,90 раза и в 2,30 раза превышают таковые у здоровых лиц. Высокую степень изменений при остром бруцеллезе претерпевают показатели АСЛ к ТА суставной сумки: у больных 1, 2 и 3 групп они соответственно имеют степень повышения в 3,19 раза, в 3,80 раза и в 4,69 раза относительно показателей в контроле. Наименьшие изменения отмечены в динамике показателей АСЛ к ТА мозга: у 1 группы они превышают показатели здоровых лиц в 1,11 раза, у 2 группы - в 1,45 раза и у 3 группы больных - в 1,51 раза.

Таким образом, у больных острым бруцеллезом наиболее высокую степень изменений проявили АСЛ к ТА суставной сумки и печени, менее выраженные изменения претерпевают показатели АСЛ к ТА почек и наименьшие изменения - показатели АСЛ к ТА мозга. При остром бруцеллезе в патологический процесс вовлекаются в большей степени ткани суставных сумок, печени и почек, в меньшей степени - ткань головного мозга, которые в определенной степени имеют связь с давностью начала заболевания.

КРИТЕРИИ АЛЛЕРГЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛИ НАЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ МОРСКИХ СВИНОК РАЗНОГО ВОЗРАСТА

**Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Профессиональные факторы, вредно действующие на организм рабочих, могут быть причиной различных клинических форм аллергических заболеваний, частота которых находится в широких пределах - от 5 до 36%. От негативных последствий профессиональных аллергических заболеваний страдают не только сами работницы, но также и их дети.

Проведенные исследования показали, что экстракт из производственной пыли хлопчатобумажного объединения обладает аллергенными свойствами. Так, из общего количества опытных половозрелых морских свинок (40) анафилактический шок со смертельным исходом наблюдали у 20 (50%), тяжелый шок у 15 (37,5%), средней тяжести - у 5 (12,5%). У контрольных животных симптомы анафилактического шока отсутствовали. У молодых морских свинок, sensibilizированных экстрактом из производственной пыли, также отмечался анафилактический шок. Однако, в сравнении половозрелыми животными частота смертельных (13,5%) и тяжелых (23,1%) случаев была реже. У молодых животных преобладали случаи шока со средней тяжестью (21,2%)

и легкой (30,7%). В целом частота смертельных исходов и тяжелых случаев клинического

течения анафилактического шока у молодых животных была реже в 2, 3 раза ($P < 0,05$). Проведенные исследования свидетельствуют, что экстракт из производственной пыли обладает четко выраженными анафилактогенными свойствами. При первичном парентеральном введении его животным развивается активная сенсibilитация организмов, а при повторном введении - общий анафилактический шок различной степени тяжести, причем у половозрелых преобладают случаи со смертельным исходом и гяжелым клиническим течением. Организм молодых и пвот . к также активно реагирует на аллергенное воздействие.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПЫЛЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ В РАЗВИТИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ ХЛОПЧАТОБУМАЖНОГО КОМБИНАТА

**Мадумарова М.М., Жуманова Л.А., Собиров К.Г. Урманов Ф.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Вопросы выяснения аллергенной активности производственных пылей, разработка эффективных диагностических препаратов-аллергенов из производственной пыли малоизучены.

С целью изучения роли производственной пыли в этиологии и патогенезе профессиональной аллергии проводили аллергические тесты *in vivo et in vitro*. В целом, к аллергену из производственной пыли положительные скарификационные тесты наблюдали в 70,7±2,8% случаев. Частота положительных результатов кожных тестов была высокой у больных с респираторными аллергиями. Так, частота положительных результатов достигла при аллергических риноконъюнктивитах - 79,5±4,3%, предастме - 73,7±5,6%, атопической бронхиальной астме - 80,0±6,3%, экзогенном аллергическом альвеолите - 63,3±8,7%. При аллергических дерматитах сенсibilитация к аллергену из производственной пыли была ниже и достигала 45,0±11,1%. При инсектной аллергии сенсibilитация к аллергену и. производственной пыли была ещё ниже - 28,6±12,0%. Тем не менее, у определенной части больных (29,3%), с явной клинической картиной болезни, кожные тесты на аллерген из производственной пыли были отрицательными. Феномен 110% -го совпадения клинических проявлений топической аллергии с результатами кожных проб не до конца изучен. При постановке тестов *in vivo* (провокационные, эндоназальные, ингаляционные) совпадение с положительными кожными тестами наблюдали в 81,8±3,9% и 86,8±3,4% случаев, а при постановке теста непрямого дегрануляции тучных клеток - 72,7±4,4%, при постановке теста повреждения нейтрофилов 28,2±4,5%.

Анализ результатов исследований показал, что среди рабочих хлопчатобумажного комбината встречаются атопические аллергические заболевания, причём частота отдельных клинических форм зависит от возраста больных, пола, стажа работы, индивидуальной реактивности. В целом частота аллергических заболеваний на 1000 рабочих достигает 72,7. Среди различных клинических форм профессиональной аллергии удельный вес респираторных аллергозов относительно велик (80,6%).

ИЗУЧЕНИЕ АНТИГЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛИ ХЛОПЧАТОБУМАЖНОГО КОМБИНАТА

**Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

С целью изучения антигенных свойств аллергена из производственной пыли проводили опыты на 15 кроликах-самцах массой тела 1,2-1,6 кг (опытных-12, контрольных-3). Процесс иммунизации кроликов состоял из нескольких курсов. Специфические преципитирующие антитела в сыворотке производственной пыли определяли методом двойной радиальной иммунодиффузии.

Проведенные исследования показали отсутствие специфических преципитирующих антител в сыворотке крови интактных кроликов. Об этом свидетельствовали отрицательные результаты реакции двойной радиальной иммунодиффузии, проведенных с 30 сыворотками 10 интактных кроликов. Иную картину наблюдали у кроликов иммунизированных аллергеном производственной пыли. Первая (слабая) линия преципитации между лункой, заполненной сывороткой крови иммунизированных кроликов из аллергеном из производственной пыли, появилась через две недели от начала первого курса иммунизации у 6 из 12 опытных кроликов (50%). Через 1 месяц от начала иммунизации по одной линии преципитации появились у остальных 6 опытных кроликов. Через 2 месяца от начала иммунизации продолжали выявляться четкие линии преципитации у всех опытных животных. Однако четкость линии указывала на увеличение титра преципитирующих антител. Наряду с этим, у 9 опытных кроликов выявлялись дополнительные (вторые) линии преципитации. Через 3 месяца от начала первого курса иммунизации (через месяц после второй курса иммунизации) появилась третья линия преципитации, которая в дальнейшем становилась более выраженной при увеличении срока иммунизации и проведении повторных курсов иммунизации. Увеличилась также их толщина. К 4-5 месяцам иммунизации появилось всего 5 линий преципитаций. У всех контрольных животных линии преципитации отсутствовали.

Иммунные реакции, вызываемый аллергеном производственной пыли являются специфичными. Аллерген состоит из пяти антигенных компонентов и имеет общие не детерминанты с аллергеном пылцы хлопчатника.

Таким образом, экстракт из произведено венном пыли хлопчатобумажного комбината обладает четкими выраженными аллергенными свойствами, что подтверждается наличием у подопытных кроликов преципитирующих антител в сыворотке крови.

РАСТИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.

**Мадумарова М.М., Урманов Ф.М., Собиров К.Г., Якубова Р.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. С давних времен используются, и имеется много сведений об использовании растительных средств в повседневной практике врача. Роль врача – лечить болезнь, восстанавливать здоровье. Здоровье – естественное состояние человека, а это, значит, восстановить целостность и равновесие в организме. В настоящее время отмечается глобальное загрязнение среды обитания, в том числе и проблемы повышенного радиоактивного фона, способствующих развитию патологических состояний, как у взрослых, так и у детей различного возраста. Полезные компоненты лекарственных растений – это продукты обмена в живом организме. Кроме того, вместе с основным веществом в растениях имеются вспомогательные вещества, которые могут благополучно влиять на организм и повысить его защитные силы.

Цель исследования: изучить лекарственные растительные средства и оценить эффективность у больных детей с бронхолегочной патологией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 18 больных детей в возрасте от 3 до 12 лет с бронхолегочной патологией. В фармакотерапию были включены наряду с лекарственными средствами (антибиотиками) «Флорица» - концентрат пихты, ели, сосны и кедра и из чаев Берендея «Отрада» - в составе которой имеются корни - алтеи и аира, травы - ромашки и донника и плоды льна посевного рекомендованы в оптимальной дозе с учетом возраста ребенка. Мы обратили внимание на показатели общего состояния, такие как: кожные покровы, температуру, кашель, отделение мокроты, улучшение аппетита и повышение двигательной активности. Продолжительность исследования составила месяц.

Результаты и обсуждение. После применения вышеуказанных растительных веществ на 2-3 сутки отмечалось улучшение дренажной функции легких, исчезновение или уменьшение кашлевого рефлекса у детей. При комплексном лечении лекарственными растениями длительность заболевания укорачивалась на 3-5 дней и удлинялась фаза ремиссии, что доказывает повышение естественных адаптивных способностей организма.

Выводы. Таким образом, совместное применение лекарственных растений при бронхолегочной патологии способствует укорочению длительности заболевания, быстрое улучшение дренажной функции легких и удлинение фазы ремиссии.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ НЕВРОЗОВ У ЖИВОТНЫХ

Мадумарова М.М., Ибрагимова Л.М., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Невроз-это нарушение функций головного мозга вследствие перенапряжения этих функций. К функциональным, т.е. не имеющим морфологических эквивалентов нарушениям относятся: 1) психозы. 2) неврозы. Эти заболевания присущи лишь человеку, поскольку общим для них является психогенная природа. Экспериментально неврозы получают путем применения чрезвычайно сильных, непереносимых нервной системы данного животного раздражителей, которые вызывают процесс возбуждения, превышающий предел работоспособности нервных клеток, что ведет к срыву высшей нервной деятельности. Это достигается применением чрезвычайных и первичных воздействий, например сильного треска (трещетка), внезапной вспышки пороха, включения прожектора с одновременным раскачиванием станка, в котором стоит собака. Если интенсивность тормозного раздражителя превышает этот предел, то произойдет перенапряжение и срыв. Очень часто столкновение процессов возбуждения и торможения ведет к развитию невроза. Это бывает при выработке очень грудных, предельных дифференцировок, при очень быстрой смене положительного и отрицательного раздражителей, при нарушении обычной последовательности, стереотипе высшей нервной деятельности. Экспериментально моделируется только один вид невроза невращения.

Были поставлены различные опыты на собаках, у которых был выработан пищевой рефлекс на светлый круг, а дифференцировкой служил эллипс. Последовательно стали показывать эллипсы, все более и более приближающиеся к кручу. Когда отношение диаметров стало 9:8, т. е., когда эллипс стал очень походить на круг, собаки оказались перед неразрешимой задачей. Они становились возбужденными и агрессивными, скулили и металась по клетке, ранее выработанные условные рефлексы исчезали. У собак произошла «ошибка», срыв нервной деятельности, невроз. Животные по-разному реагируют на вызывание экспериментального невроза в зависимости от типа нервной системы.

Проведенные эксперименты на животных показали, что неврозы развиваются в результате перенапряжения в коре головного мозга основных нервных процессов возбуждения и торможения, их силы и подвижности.

ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Дадаханова Р.А., Урманов Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время отмечается нарастание социально-психологической дезадаптации детей и подростков, которая требует особого внимания специалистов, в частности школьных врачей.

Целью работы является сравнительно - возрастное изучение степени выраженности клинических проявлений дезадаптации у детей.

Результаты. Как свидетельствуют результаты исследования, полная дезадаптация выявлена у детей 12-17 лет 29,6±3,58; P>0,05 (22,4% и 36,0%, у мальчиков и девочек) больше, чем у младших школьников 22±3,38 (16,5% и 28,1%; соответственно у девочек и умальчиков). Такое соотношение отмечается и по II степени дезадаптации (14,5% и 25,6%; 10,4% и 19,4%; P>0,05 соответственно у девочек и мальчиков) возрастные периоды 12-

17 и 7-11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7-11 лет, и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12-17 лет с дезадаптацией выявлен нарушением только один из 3-х показателей.

Вывод. Таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте ($15,7 \pm 1,18$), среди подростков школьного возраста ($29,4 \pm 1,9$; $P < 0,001$) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности оно связано с началом вегетативно-эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ У РАБОЧИХ ХЛОПЧАТОБУМАЖНОГО КОМБИНАТА

**Мадумарова М.М., Хожиматов Р.С., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Проблема профессиональной аллергии изучается в различных направлениях, но многие вопросы остаются малоизученными. Для изучения распространенности

профессиональной аллергии провели анкетный опрос 869 лиц, что составляло 25% от общего числа рабочих. Аллергические заболевания выявили у 253 (29,1%): мужчин - 109 (43,1%), женщин - 144 (56,9%). Большинство мужчин (62,4%) и женщин (50,1%) имели возраст 30-39 лет. В формировании и развитии болезни существенное значение имел стаж работы. Подавляющее большинство рабочих заболело аллергией через 4-10 лет постоянной работы на данном предприятии. Клинические формы проявления аллергии у рабочих хлопчатобумажного комбината были различными, при прочих равных условиях удельный вес аллергических ринкоконъюнктивитов (34,8%) преобладал.

Относительно часто встречались также аллергические рецидивирующие обструктивные бронхиты преастма (21,4%), атопическая бронхиальная астма (15,8%) и экзогенный аллергический альвеолит (11,9%). В целом удельный вес респираторных аллергозов существенно преобладал (86,6%). Выявленных больных с большой достоверностью можно отнести к профессиональной атопической аллергии. Все больные свое заболевание связывают с постоянной работой на данном предприятии и своей профессией. У большинства больных первые симптомы основного заболевания возникли в цехе. Вне работы (во время выходных, отпуска, командировок) чувствовали себя лучше. У большинства больных наблюдался синдром «понедельника», то есть приступы болезни обострялись при вхождении в цеха после выходных. Клиника аллергических заболеваний была типичной для атопических аллергических болезней. Анализ результатов исследований показал, что среди рабочих хлопчатобумажного комбината встречаются атопические аллергические заболевания, причем частота отдельных клинических форм зависит от возраста больных, пола, стажа работы, индивидуальной реактивности. В целом частота аллергических заболеваний на 1000 рабочих достигает 72,7.

Удельный вес респираторных аллергозов, среди различных клинических форм профессиональной аллергии, относительно велик (86,6%).

ВЛИЯНИЕ КСЕНОБИОТИКОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В РАСТВОРЕ ДОННЫХ ОТЛОЖЕНИЙ АРАЛЬСКОГО МОРЯ, НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТАРЫХ ЖИВОТНЫХ

**Мамадиев М.Р., Курбонова Н.К., Муминова К.Т., Юнусова Д.Д.
Андижанский государственный медицинский институт**

Старческий возраст характеризуется постепенным снижением деятельности многих физиологических систем, а для женщин затуханием репродуктивной функции. В основе этого периода лежит снижение окисления жирных кислот и увеличение использования углеводов. Такой сдвиг в энергетике организма приводит к накоплению в сосудистой стенке недоокисленных продуктов, способствующих её жировой инфильтрации, развитию атеросклеротического процесса. С возрастом довольно значительно снижается синтез гликогена в печени, хотя по своим основным морфологическим, биохимическим и функциональным показателям, он весьма медленно стареющий орган.

Было интересно изучить влияние антропогенных факторов Приаралья на организм старых животных, адаптивные возможности, которых, по сравнению с взрослыми животными, ограничены.

Переходя к изложению полученных результатов, прежде всего надо отметить, что на протяжении 20 дней старые крысы потребляли от $100 \pm 3,2$ до $115 \pm 3,7$ мл жидкости. За этот период масса животных в среднем составила $255,0 \pm 8,4$ - $270,0 \pm 5,6$ г. В печени, интенсивность глюконеогенеза колебалась в относительно небольших пределах и соответствовала данным обнаруженным у крыс зрелого возраста мало изменялась, концентрация глюкозы в крови, а содержание гликогена в печени достоверно повышалась до $36,2 \pm 2,0$ мг/г. Потребление кислорода колебалось в пределах $1212 \pm 18,1$ - $1261,2 \pm 18,7$ (мл/кг). Все изложенные свидетельствует о том, что у старых крыс масса потребления жидкости устанавливается на стабильно повышенном, сравнительно с более молодыми животными уровне, интенсивность синтеза глюкозы в печени заметно падает, а содержание гликогена в печени повышается. На основании этих фактов можно полагать, что у старых животных уровень обменных процессов несколько снижается, а его резервные возможности ограничиваются, видимо, поэтому пожилой человека часто гибнет от причин, которые не привели бы к фатальному исходу, будь он моложе на несколько лет.

ПРОБЛЕМЫ СПИДА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

**М.Р.Мамаджанова., Г.И. Хаитбаева
Андижанский государственный медицинский институт**

Синдром приобретенного иммунного дефицита называют заболеванием инфекционной природы, характеризующееся нарушениями функций иммунной системы и суммой различных клинических признаков. Заболевание вызывается вирусом иммунодефицита человека – ВИЧ.

Эпидемия СПИДа является угрозой стабильности развития современного общества большинства стран мира. В настоящее время эпидемия СПИДа представляет собой социо-медико-биологическое явление, отличающееся динамичностью, нарастающим негативным эффектом, и сочетает в себе признаки чрезвычайной ситуации и долговременной проблемы. Она требует как принятия мер немедленного реагирования, так и разработки системы длительной защиты и противодействия.

Возбудитель СПИДа проникает в организм чела через микротравмы кожи и слизистых прямой кишки. От момента инфицирования до появления первых симптомов инфекции проходит длительный скрытый период – от 1 мес. До 4 – 6 лет. Циркуляция и накопления вируса происходит в лимфоидной ткани. Размножаясь в лимфоцитах-хелперах, вирусы СПИДа угнетают их размножения и нарушают их структуру. Изменение структуры препятствует распознаванию инфицированных клеток и их уничтожению. Угнетение размножения приводит к снижению числа лимфоцитов в крови. Эти изменения обуславливают развитие дефицита иммунитета, который, в свою очередь приводит к пробуждению скрытой инфекции или присоединению так называемой случайной инфекции, вызванной микроорганизмами, в нормальных условиях безвредными для человека. Именно эти болезни и приводят обычно к гибели больных в ближайшие 1-2 года после появления первых клинических симптомов СПИДа.

Существуют 3 биологических жидкостей, которые попав на слизистые или во внутреннюю среду организма, могут привести к заражению:

1. Наиболее опасна для заражения вирусом - кровь. Даже одна десятитысячная миллилитр крови с вирусом, попавшая в организм, способна заразить человека.
2. Половой путь.
3. Возможность заражения ВИЧ-инфекцией во время беременности, родов или кормления грудью.

От этого заболевания умерло более 25 млн. человек, что делает её самой разрушительной эпидемией в истории человечества. Уберечь от ВИЧ-инфицирования человека, особенно молодое поколение, можно только пропагандой о соблюдении правильного образа жизни, дать достоверную информацию о том, как избежать заражения ВИЧ-инфекцией, проводить постоянную воспитательную работу с молодёжью.

Следует привести следующие правила предупреждения ВИЧ-инфицирования:

1. Быть ответственным в отношении своего здоровья и своей жизни.
2. Лучшая защита от ВИЧ- неупотребление и отказ от наркотиков.
3. Соблюдать правила безопасного полового поведения.

Таким образом, уберечь себя от этого коварного заболевания поможет разум, здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

ЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ПОВЫШЕНИИ ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ

**Мамаджанова М.Р., Ахмедова Н.Д.
Андижанский государственный медицинский институт**

Личностные качества преподавателя могут повышать или понижать воспитательное влияние на студентов в процессе обучения их русскому языку. Знание преподаваемого предмета, хорошая научная подготовка, особый преподавательский талант могут служить залогом положительного влияния на студентов. Преподаватель должен быть самостоятельным, свободным творцом, который всегда в движении в поиске в развитии. Такие личностные свойства преподавателя как объективность, внимательность, чуткость (особенно к слабым студентам), добросовестность, стойкость, выдержка, самокритичность, любовь к тому, кого обучаешь, просто необходимы настоящему преподавателю.

Преподавателю следует обратить пристальное внимание на формирование следующих педагогических способностей:

1) преподносить учебный материал или проблему ясно и понятно, вызывать интерес к своему предмету, возбуждать активную самостоятельную мысль. В случае необходимости соответствующим образом реконструировать, адаптировать учебный материал.

Профессиональное мастерство включает способность не просто доходчиво и популярно излагать материал, но и способность организовать самостоятельную работу студентов, самостоятельное получение знаний, стимулировать познавательную активность студента.

При отсутствии желаний и интереса к предмету не поможет никакая самая совершенная методика, поэтому преподавателю должны создавать мотивацию в изучении русского языка.

2) знать предмет глубоко и широко, абсолютно свободно владеть материалом, проявлять к нему большой интерес, вести исследовательскую работу.

3) обладать психологической наблюдательностью, связанной с пониманием личности обучаемого, умением проникать в его внутренний мир.

4) ясно и четко выражать свои мысли и чувства с помощью речи и мимики.

Сообщает ли преподаватель новый материал, комментирует ответ студента, выражает одобрение или порицание, речь его всегда отличается внутренней силой, убежденностью, заинтересованностью в том, что он говорит.

5) организовать студенческий коллектив, сплотив его на решение различных задач, хорошо организовать

свою работу.

Опытные преподаватели имеют своеобразное чувство времени, они умеют правильно распределять работу и укладываться в намеченные сроки.

6) оказывать эмоционально-волевое влияние на студентов, быть для них авторитетом, проявляя решительность, выдержку, настойчивость и требовательность, чувствовать ответственность за обучение и воспитание студентов.

7) быть тактичным, уметь найти подход к студентам, чтобы установить с ними правильные взаимоотношения.

8) уметь предвидеть последствия своих педагогических действий и развивать положительные качества личности студента.

9) уметь распределять внимание одновременно между несколькими видами деятельности.

Способный, опытный педагог внимательно следит за формой и содержанием изложения материала, в то же время держит в поле внимания всех студентов, чутко реагирует на признаки утомления, невнимательности, непонимания, замечает случаи нарушения дисциплины и, наконец, следит за своим собственным поведением (позой, мимикой, походкой).

Преподавание - это подлинное творчество. Это искусство, где, кроме профессионализма, огромная роль принадлежит вдохновению, умению экспромта, импровизации.

Каждый преподаватель обладает индивидуальными личностными особенностями, методической компетенцией и образом педагогического мышления. Настоящего профессионала отличает убежденность в эффективности осуществляемых им обучающих действий, способность доказать целесообразность применяемых приемов обучения.

Методика - это наука не рецептурная и даже в самых современных методических разработках не следует искать готовых, универсальных инструкций. Слепое, формальное следование чужим рекомендациям и указаниям утомляет и раздражает творчески работающего преподавателя. Для него утверждение, что какая-нибудь система является единственно правильной и эффективной, что нет необходимости экспериментировать, означало бы сделать шаг назад в своем профессиональном росте, в процессе поиска рациональных путей обучения иностранному языку в различных условиях.

Высококвалифицированный преподаватель постоянно стремится к новому, еще неизвестному. И если его заинтересовала какая-либо методическая новинка, если он увидел в ней рациональное зерно, если эта новинка соответствует основным параметрам учебного процесса - непременно надо идти на эксперимент. При экспериментировании новых приемов, методов обучения, следует, прежде всего, ориентироваться на самого себя. Воспользовавшись новой идеей, обязательно нужно приспособить ее к конкурентным условиям обучения. В этом, собственно, смысл творческой деятельности преподавателя, в этом залог успеха его индивидуального профессионального роста.

Смелые эксперименты - это родники творчества, единственный путь обновления методики и поиска рациональных путей обучения иностранному языку.

КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ - КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Мамаджанова М.Р., Ахмедова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Повышение эффективности обучения и воспитания студентов, само- совершенствование системы образования невозможны без высокого профессионального мастерства и большой ответственности преподавателя. Становление профессионально-методических умений преподавателя русского языка осуществляется через овладение им основами методики преподавания в вузе и постоянное самосовершенствование.

Преподавателем можно быть лишь до тех пор, пока сам учишься, пока принципиально анализируя свою работу, находишь резервы увеличения продуктивности своего труда.

Занятие по русскому языку представляет собой законченный отрезок учебной работы, на протяжении которой осуществляется достижение определенной учебной, а также образовательной и воспитательной целей путем выполнения студентами заранее спланированных речевых поступков индивидуального и группового характера на основе применения преподавателем соответствующих средств и приемов обучения.

Об эффективности занятия по русскому языку нужно судить по самому главному показателю - результату обучающих действий. Правильная организация и проведение занятия в значительной мере способствует повышению его результативности. Подготовка к занятиям предполагает хорошо продуманную и воплощенную в жизнь систему обучающих действий, направленных на реализацию основных задач занятия.

Преподаватель должен выработать у студентов психологическую установку на серьезную работу по овладению русскому языку. Без упорной и сознательной работы на занятиях, регулярной внеаудиторной работы, без волевых усилий коммуникативно-достаточный уровень владения русским языком недостижим. Так в спорте, так и в русском языке без тренировки с нарастанием трудностей невозможно достичь желаемых результатов. Использование приемов, якобы снимающих трудности овладения языком, порождает стремление к внешней эффективности, а не

эффективности обучения.

Чтобы достичь высоких результатов совместной деятельности преподавателя и студента, необходимо соблюдать ряд требований. Основные требования к проведению занятия по русскому языку можно сформулировать следующим образом:

- структура занятия должна быть адекватна задачам занятия;
- все содержание занятия подчинено формированию и развитию запланированных навыков и умений;
- занятие имеет ярко выраженный обучающий характер;
- задания, выполняемые в процессе занятия, поддерживают интерес к изучению русского языка;
- занятие обеспечено методически целесообразным наглядным материалом;
- занятие оснащено необходимыми техническими средствами обучения, организовано методически целесообразное их использование;
- преподаватель безупречен в языковом и методическом плане.

ЧЎКИШ ҲОЛАТЛАРИДА СУД ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗАСИНИНГ СТАТИСТИК ТАҲЛИЛЛАРИ

Мамажонов С., Маматалиева М.А., Сиддиқов К., Ҳакимов З.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Чўкишлардаги ўлим ҳолатлари жамиятда муҳим ўрин тутиб, у кўпчилик ҳолатларда ёш болалар ва балоғот ёшидаги инсонларнинг ўлимга сабаб бўлади. Чўкишлар механик асфиксияларнинг 1/3 қисмини ташкил этиб, критик ҳолатда ўпка ва юкори нафас йўллари сув, турли сунокликлар ва б. билан тўлиб қолиши кузатилади. Йилда дунё бўйича ўртача 0,5млн. кўпроқ инсонлар чўкиб ҳалок бўлишади.

Тадқиқот мақсади: чўкишлардан ўлим ҳолатлари сабабларини ўрганиш.

Тадқиқот объеклари: Андижон вилояти суд тиббиёти экспертизаси бюросида 2010-2015йиллардаги чўкишлардан ўлган 400та мурдаларнинг архив материаллари (суд тиббий хулосалар, фотоиловалар, суд - гистологик текширув материаллари). Тадқиқотдан олинган натижалар статистик усули бўйича таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари:

Ушбу ҳолатларда чўкишнинг сабаблари ўрганилганда катта ёшли инсонларда 15% ҳолатларда юрак кон томирлари касалликлари кўзиши (гипертоник кризис, бош миёга кон қуйилиши, ўткир коронар етишмовчилик), 20% ҳолатда мастлик, 15% ҳолатларда бош миёни чайқалиши, эпилептик тутканоклар, умуртқа поғонасининг шикастланиши, 15% ҳолатларда қасдан ўлдирилиш, 25% ҳолатларда хавфсизлик коидаларига амал қилмаганлиги оқибатида, 10% ҳолатларда бошқа сабаблар оқибатида юзага келиши қайд этилди. 14 ёшдан кичик ёшдаги болаларда эса 5% ҳолатларда юрак кон томирлари касалликлари кўзиши (юрак пороклари), 25% ҳолатларда бош миёни чайқалиши, эпилептик тутканоклар, умуртқа поғонасининг шикастланиши, 2% ҳолатларда қасдан ўлдирилиш, 65% ҳолатларда хавфсизлик коидаларида амал қилмаганлиги оқибатида, 3% ҳолатларда бошқа сабаблар оқибатида бўлган.

Чўкишларнинг асосий қисми ёз-куз фаслида (85%), қолгани қиш-баҳор фаслларида тўғри келди. Мурдаларнинг топилиши 80-90% ҳолатларда 1-қунида, 8% ҳолатларда 1-ҳафтасида, 2% ҳолатларда 2-4 ҳафтада қайд этилди.

Хулоса: Чўкиш кўпроқ ўғил болалар ва ўрта ёшли эркакларда кузатилди. Механик асфиксияларнинг 1/3 қисмини ташкил этди. Турли ёшдаги инсонларда у кўпроқ хавфсизлик коидаларига амал қилмаган ҳолатларда юзага келиши қайд этилди.

НОБАРҚАРОР ИҚЛИМИЙ ШАРОИТДА ПРОФИЛАКТИК МОҲИЯТЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ. 1 АХБОРОТ: УСТУВОР ҲУДУДИЙ ЕЧИМЛАР

Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Ибрагимова С.Р., Сайитжонов Л.С.

РШТЁИМ Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади – касб касалликларининг келиб чиқиши ва уларнинг профилактикасини ўрганиш ҳамда такомиллаштиришдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Нобарқарор иқлимий шароитда ишловчи фермер-аҳоли гуруҳида эпидемиологик мониторинг ташкил этилди ва амалга оширилди. Комплекс тиббий текширувда стандартизацияланган усуллар ва Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти (2000) тавсиялардан фойдаланилди. Текширув маркази ташкил қилиниб (регистратура→муолажа кабинети →ЭКГ кабинет→Шифокор кабинети→ лаборатория→ умумклиник таҳлил хонаси→комплекс кон таҳлили) махсус анкета бўйича текширилди, кон босими ўлчанди ва баҳоланди, антропометрия кўрсаткичлари ва зарарли одатлар ўрганилди. Жами 124 нафар фермер-ишчи ходимлар тадқиқотга жалб қилинди ва уларда 2 йил узлуксиз скрининг, профилактик дастурлар, ҳамда даволаш тадбирлари олиб борилди. Олинган натижалар вариацион статистиканиннг стандарт усуллари ёрдамида Excel-2000 дастурида баҳоланди.

Натижа ва хулосалар. Кишлоқ хўжалиги билан алоқадор ишлаб чиқаришда, меҳнат унумдорлигини оширишда ишловчиларнинг соғлигини сақлаш, касб касалликларининг олдини олиш, нафақагача охириги 10-йилликда уларнинг иш қобилиятини ошириш-мавжуд илмий манбалар ва бизнинг шахсий кузатувларимиз натижалари бўйича ўта долзарб масала бўлиб ҳисобланади. Шу билан бирга, маълум бўлади-ки, турли иқлимий-жўгрофий минтақаларда, ҳар хил популяция ва касбий гуруҳларда сурункали ноинфекцион касбий касалликларни нотекис тарқалиб аниқланиши эътиборни тортади ёки фаол скринингли-профилактик ёндашувларга бўлган эҳтиёжни ортттиради. Шу нуқтаи назардан, ушбу хасталикларни кишлоқда яшовчиларда айниқса ва чунончи, фермерчилик фаолияти билан алоқадор аҳоли орасида эпидемиологик мониторингини мунтазам йўлга қўйиш ва профилактик тиббиётни уларнинг керакли касбий амалиётларига олиб кириш ақтуал муаммога айланган. Ваҳоланки, Ўзбекистоннинг иқлими охириги 40 йилда салбий томонга ўзгара бошлаган-у, аммо лекин бу жараёни хамда тобора “зўриқиб” бораётган экологик “бўрон”ларни фермерлик фаолиятига боғлиқ бўлиб аксарият келиб чиқадиган ноинфекцион-касбий сурункали касалликларга боғланиб режалаштирилган инновацион тусли лойиҳа-эксперимент фермерларда ўтказилмаган. Дунё тажрибасига кўра, бундай амалиётларни фаол ўтказиш тиббий ва ижтимоий-иқтисодий талофатларни камайтиради, юқори малакали ишловчиларнинг иш қобилиятини оширади.

Фермерлик фаолияти билан боғлиқ келиб чиқадиган касбий-сурункали ноинфекцион касалликларни структураси ва уларга бевосита алоқадор хатар омиллар фермерлар ва фермер хўжалиги ишловчиларида аниқлаб берилди. Бу ишловчилар соғлигини сақлаш ва уларнинг иш шароитига тубдан “антипатоген” тус киритувчи махсус профилактик тиббий ёрдамни кучайтиради, даволаш-профилактика-реабилитация фаолиятларини мақсадлаштириб ишловчиларда иш қобилиятини оширади, иш унумдорлигини ортттиради, иш ҳақини қўпайтиришга асос солади, пенсия миқдорини оширади ва касалланиш суръатини кескин камайтиради.

Икки йиллик эпидмониторинг ўтказилган популяцияда қўккис ўлим 100%га батарафланди ва демак, узок йиллик бундай фаолиятлар улкан тиббий-иқтисодий ва миллат аҳамиятига молик натижалар бериш мумкинлиги аён бўлади.

ОСИЛИШЛАРДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР
Маматалиева М.А., Мамажонов С., Сиддиқов К., Ҳакимов З.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзу долзарблиги: Суицидларни амалга оширишни 65-85% ни осилишлар орқали юзага келади, ва у муҳим социал муаммо сифатида намоён бўлади. Ривожланган давлатларда осилиш 15-30 ёшдаги инсонларда суицидларни 50%-гача миқдорини ташкил этади.

Тадқиқот мақсади: Осилишлардан ўлим ҳолатларини суд тиббий экспертизада гистологик текширишлардаги патоморфологик ўзгаришларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 2010-2015 йилларда Андижон вилояти суд тиббиёти экспертизаси бюросида суд тиббий экспертиза текширувидан ўтган механик асфиксиялардан (осилиш) ўлган 800 нафар 10 ёшдан 65 ёшгача бўлган мурдаларни архив материаллари (суд тиббий хулосалар, фотоиловалар, суд - гистологик текширув материаллари).

Тадқиқот натижалари: Ушбу йилларда осилишлардан ўлим эркакларда 60% ни, аёлларда 35% ни, ўғил болалар 4% ни, киз болалар 1% ни ташкил этди.

Странгуляция эгат асосан (3/4 ҳолатларда) ҳиқилдоқдан юқорида бўйиннинг орқа ярмида жойлашганлиги қайд этилган. Ушбу соҳалар юшмоқ тўқималарда кон қуйилишлар, шилинишлар, йиртилишлар, ҳиқилдоқ тоғайлари, тил ости суягининг шохларини синишлари кузатилган.

Сиртмоқ атипик жойлашганда (1/4 ҳолатларда) тананинг юқори қисмида - қўз конюктиваси, юз ва бўйин териларида кўп миқдорда майда кон қуйилишлар ва цианоз кузатилди. Амюссе белгиси - 3/4 қисм текширувларда кузатилган.

Суд гистологик текширувларда юшмоқ ва пергаментланган странгуляция эгат, ички аъзолари тўлақонличилиги, шишлар, диапедез кон қуйилишлар, ўткир юрак – кон томир етишмовчилиги белгилари, катта ёшли инсонларда юракнинг сурункали ишемик касалликлари белгилари, дистрофик ўзгаришлар кузатилган. Осилганларни аниқлаш, топилиши кўпроқ дастлатки соатда – 70-80%, биринчи суткада - 20% ҳолатларда аниқланилган. Шунга мос равишда юшмоқ ва пергаментланган странгуляция эгатлар қайд этилган.

Ички аъзолари гистологик текширилганда айрим ҳолатларда параллел соматик (сурункали фаол ва персистик гепатит, жигарни портал цирроз, тож томирларни стенозловчи атеросклерози, юракнинг сурункали ишемик касалликлари ва б.), сурункали бронхитлар, сурункали холециститлар ва юкумли касалликлар (сил касаллиги, венерик касалликлар) ҳам кузатилган.

Хулоса: Осилишларда странгуляция эгатда тўқималарнинг эзилиши, шикастланиши, ички аъзоларда ўткир веноз тўлақончилиги, диапедез кон қуйилишлар, шиш белгилари билан намоён бўлиб, соматик касалликларни патоморфологиясининг сезиларли даражада ўзгаришига сабаб бўлади.

ВЛИЯНИЕ ХЕДЕРАГЕНИНА НА МОРФО- И ПЛАНИМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АОРТЫ КРОЛИКОВ
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХОЛЕСТЕРИНОВОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Маматалиева М.А., Сахаталиева Р.Р., Вохобов Л, Асранов С.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния хедерагенина на темпы развития атеросклероза интимы аорты при экспериментальном холестериневом атеросклерозе.

Материалы и методы исследования. Эксперимент, выполнена на 20 кроликах - самцах, с исходной массой 2,0-3,0 кг, они распределены по срокам эксперимента: 15, 30сутки.

1 серия кроликов получали кристаллический холестерином (ежедневно корнеплодом в дозе 0,3 г/кг массы тела). II серия кролики, получали холестерином и водный раствор хедерагенина (в дозе 2,5 мг/кг массы тела).

Забой животных проводили на 16 и 31 сутки эксперимента. Аорты вскрывались по длинику, макроскопически изучались на всем протяжении от полулунных клапанов до бифуркации. Методом прямой планиметрии определялась площадь атеросклеротических поражений в процентах по отношению к площади всей аорты (Вихерт А.М., 1964). Результаты исследования обрабатывались методом вариационной статистики с вычислением критериев Стьюдента, двухфакторным дисперсионным анализом.

Результаты исследования: В 15-ом сутке опыта в аорте во всех сериях кроликов, отмечались единичные, изолированные атеросклеротические пятна у устья сосудов, отходящих от аорты или в области дуги аорты. Во 30-ом сутке опыта участки поражения в основном локализируются в области дуги аорты и вокруг устьев сосудов, в виде мелкими липидными пятнами, в некоторых местах сливающимися между собой. В контрольной серии на 30-е сутки опыта наблюдались крупные фиброзные бляшки и липидные полосы в области дуги аорты. В отдельных случаях эти фиброзные бляшки суживают просвет сосудов или деформируют его.

Проведенный дисперсионный анализ показал, что на меньшую степень поражения аорт опытной серии, в сравнении с аортами контрольных животных, достоверное влияние оказывали факторы назначения препарата, времени, их взаимодействие (сочетание градаций) и суммарное действие всех организованных факторов (препарат+время+их взаимодействие).

Вывод: Введение хедерагенина вызывает изменения планиметрических показателей аорты кроликов, что свидетельствует об направленном защищающем влиянии хедерагенина на холестериневую нагрузку, ведущую к уменьшению поражения аорты атеросклеротическим процессом.

ЧЕКИШНИНГ ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ ТАМАКИ ЧЕКИШ ЗАРАР. НОС ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШЧИ?

Маматова Н.М.

Тошкент врачлар малакасани ошириш институти

Тамаки махсулотларини истеъмол қилиш бўйича Ўзбекистондаги вазият қандай? Тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатадики, республика аҳолисининг 21% сигарет ва нос кўринишида тамаки махсулотларини истеъмол қилади. Аҳолининг ушбу қисми умумий сонида сигарет чекувчилар 48%га, нос истеъмол қилувчилар 52%га тенг.

Қишлоқ аҳолиси орасида нос истеъмол қилиш кенг тарқалган бўлиб 26%ни ташкил этади. Вилоят ва туман марказларида бу кўрсаткич 14%га, пойтахтимизда эса 3%га тенг. Ушбу кўрсаткичлар, шаҳарликлар нос истеъмол қилишни *маданиятсизлик* деб, баҳолаши билан изоҳланади. Ўзбекистонда ҳар бир кашанда 10 йил давомида ўртача битта Chevrolet Lacetti ёки Cobalt каби “МАШИНА”га етадиган пулни сигарет сотиб олиш учун сарфлаши ҳисоблаб чиқилган.

Ўсмир ёшидан сигарет чекишни бошлаган 20 йилдан ортиқ чекиш стажига эга (70%) бўлган кашандаларнинг умри, умуман чекмайдиган одамларга нисбатан 20-25 йилга қисқаради. Тамаки чекиш ЮҚТ ва артериал гипертония каби ноинфекцион касалликларнинг ривожланишига олиб келувчи асосий хавф омилларидан ҳисобланади. Ўрта ёшдаги ҳар учта эркакдан бири айнан сигарет чекиш туфайли ҳаётдан кўз юмади

Аҳоли орасида айниқса ёшларни ўртада кенг тарқалиб бораётган чилимда никотин сигаретга нисбатан 7,5 маротаба кўп миқдорда бўлади. Ана шундай иллатлардан яна бири бу нос чекишдир. Тамаки чекишнинг зарари ҳақида аҳолининг кўпчилиги қисми ахборотга эга, бироқ чилим ва нос истеъмол қилиш хозирги кунда долзарб муаммага айланиб бормоқда.

Нос (носвой) - Марказий Осиё давлатлари, Афғонистон, шунингдек Хитой ва Ҳиндистоннинг баъзи минтақалари учун анъанавий бўлган чекилмайдиган тамаки махсулоти ҳисобланади.

Носнинг асосий таркибий қисмлари: тамаки ва ишқор (сўндирилган оҳак) куш ва туя тезаги, ўсимлик кули ва ёғидан иборат. Шунингдек махсулот таркибига таъмини яхшилаш учун зирavorлар ҳам қўшилиши мумкин.

Нос таркибидаги сўндирилган оҳак ва кул кислотали муҳитни ишқорий муҳитга айлантириб, никотинни оғиз бўшлиғи шиллик қавати томирлари орқали қонга сўрилишини тезлаштиради.

Ўзбекистон Республикасининг 2011 йил 5 октябрда қабул қилинган №302 Қонунига асосан, мамлакатимизда тамаки ва алкоголь махсулотларини сотиш жойлари ва харидорларнинг ёши бўйича чекловлар бор. Бу чекловлар носвойга тадбиқ этилмайди. Нос чекишнинг аҳоли орасида кенг тарқалиб, айниқса қишлоқ жойларда оммалашиб бораётганига сабаб: нос сигарет нархидан анча арзон ва ҳаммабоп махсулот ҳисобланади.

Афсуски, аҳолининг аксарият қисми носни сигаретга нисбатан зарарсиз, деб ўйлашади ва бу жиддий янглиш фикрдир. Чунки, носвой шарчаларидаги никотин миқдори сигаретга нисбатан анча юқори бўлгани сабабли унга руҳий боғланиш кучлироқ бўлади.

Чекишдан қандай воз кечиш мумкин? Тамаки чекишга қарши курашда шифокорлар ўз олдларига қуйидаги вазибаларни асосий мақсад қилиб қўймоқда:

1. Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи ва чекишдан воз кечишни тарғиб қилиш;

2. Чекишни олдини олишда аҳолига, айниқса болалар ва ёшларга тамаки чекишнинг соғлиқка салбий таъсири ҳақида ахборот бериш.

3. Аҳолининг барча қатламларини Никотинга қарамликни олдини олишга жалб қилиш; Нобель-фарм дори компанияси томонидан никотинга қарамликни олдини олиш бўйича НИКОТИНАБС – дори воситаси организмда никотин таъсир этувчи рецепторлар билан аниқ боғланиб, никотинга қарши таъсир кўрсатади.

НИКОТИНАБС никотинга қарамликни пасаитиради. Фармакотерапевтик гуруҳи:

(Н-холиномиметик), таъсир этувчи модда: Цитизин 1,5 мг.

ТИББИЙ МАДАНИЯТ – АСОСИЙ ТУШУНЧА ВА ТАМОЙИЛЛАРИ

Маматова Н.М.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Давлатимиз раҳбари Ш.Мирзиёев соғлиқни сақалаш соҳаси мутахассислари билан учрашганда ушбу тизимни такомиллаштириш, муаммо ва камчиликларни бартараф этиш бўйича кўрсатмалар бериб, халқимиз саломатлиги, айниқса ёш авлод келажагига дахлдор бу соҳа Президентнинг доимий эътиборида бўлишини алоҳида таъкидлаган эди.

Бирламчи тиббиёт муассасалари, айниқса қишлоқ врачлик пунктлари, оилавий поликлиникалар, патронаж хизмати, тез тиббий ёрдам тизимининг фаолиятини такомиллаштириш ҳамда шифохоналар ва аҳолини дори дармон воситалари, тиббиёт буюмлари билан таъминлаш, жумладан, ижтимоий дорихоналар ташкил этиш бўйича кўрсатмалар берилган эди. Маълумки, тиббий хизмат – инсон манфаатларини таъминлашнинг муҳим омилларидан биридир. Тиббиёт ходимлари уйма-уй юриб, касалликларни профилактика қилиши, соҳадаги ўзгаришларни одамлар сезиши керак. Бунинг учун шифокорларнинг маданиятини, маънавиятини, масъулиятини ошириш, ишга ва беморларга муносабатини ўзгартириш зарур, деб таъкидлаган давлатимиз раҳбари.

Шу ўринда маданият тушунчасига яна бир тўхталсак, маданият - бу инсоният ҳаёти жамият тарихи давомида яратилган моддий-маънавий қадриятларнинг йиғиндиси бўлиб, ушбу қадриятлар инсоннинг турмуш фаровонлигига хизмат қилади.

Тиббий маданият нисбатан янги тушунча – яъни замонавий тиббиёт фани ривожини ва даволаш-профилактика қилиш имкониятларининг кенгайтиши муносабати билан кириб келган кенг қамровли маънога эга. Ҳозирги кунда аксарият ёшларнинг саломатлиги юқори даражада дейишимиз мумкин, бироқ саломатликни юқори даражасини қариялик давригача сақлаб туриш масаласи замонавий одам олдида турган муҳим вазифалардан бири.

Бугунги замонавий тиббиёт ухил йўналишда фаолият олиб боради: даволаш; профилактик; соғломлаштириш.

Касалликларнинг олдини олишга қаратилган профилактик тиббиёт имкониятлари кенг, бироқ аҳоли тиббий ёрдам олиш тартиби ҳақида етарли ахборотларга эга эмаслиги бу соҳани ривожланишини орқага тортади. Ваҳоланки, аҳолида бундай ахборотни олиш кўникмаси шаклланмаган.

Соғлом одамнинг саломатлигини сақлаш учун куйидаги профилактик чора-тадбирларни амалга ошириш зарур:

- ҳар йили тўлиқ тиббий кўрикдан ўтиб туриши, терапевт, гинеколог (аёллар) ва профилактик флюорографиядан ўтиш керак;

- аёллар учун 40 ёшдан кейин 2 йилда бир маротаба профилактика мақсадида маммография тавсия қилинади;

- ҳар йили бир маротаба стоматолог кўригидан ўтиш; ЭКГ; пешоб, қон таҳлили (қанд, холестерин).

Валеология - соғломлаштириш тиббиётининг асосий фани ҳисобланади ва у саломатликни сақлаш, мустаҳкамлаш ва бошқариш механизмлари (валеогенез)ни ўрганади. Индивидуал даражада донозолик (доклиник) ташхис – кўйиш валео-кабинетларда амалга оширилади. Соғлом одам бир йилда бир маротаба ОП, ҚВПлардаги Валеокабинетлардан кўрувдан ўтиши лозим. Ушбу кўрикларда саломатлик карталари тўлдирилиб, саломатлик индекси аниқланади ва соғломлаштириш дастури тузиб берилади.

Жамиятда соғлом шахс сифатида ўз ўрнига эга бўлиш учун тиббий маданиятни шакллантириш долзарб масалага айланган. Одам ўзининг кўп қиррали фаолиятида саломатлигини ҳар томонлама маънавий, руҳий ва жисмоний жиҳатдан мустаҳкамлашга алоҳида эътибор қаратади ва бу табиий ҳисобланади.

Шундай қилиб, хулоса қилиш мумкинки, инсоният тараққиётида ўз саломатлигини сақлаш қадриятга айланган. Тиббий маданият бу - ҳар бир шахснинг ўз саломатлигига масъулияти, соғлом турмуш тарзи қоидаларига риоя қилиши ва соғлиқни сақлаш, касалликларни олдини олиш, ўз вақтида ташхис ва даволаш ҳақида қаерга мурожат қилиш тўғрисида ахборотларга эга бўлиши билан ифодланади.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КОРЫ СОБСТВЕННОГО ЭНТОРИНАЛЬНОГО ПОЛЯ ЕРР¹

ЭНТОРИНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ МОЗГА ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я., Косимов З.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить нейронов коры собственного энторинального поля ерр¹ энторинальной области мозга детей различного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы:

анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты исследования показали, что у новорожденных наружный слой коры собственного энторинального поля erg^1 энторинальной области мозга характеризуется островковым типом расположения клеток. Размеры клеток в пределах $14,4 \pm 0,6 \times 16,8 \pm 0,8$ и $14,6 \pm 0,9 \times 17,0 \pm 0,7$ мкм. Нейроны имеют овальные и треугольные формы. Средний слой представлен малоокрашенными полиморфными и пирамидными клетками. Размеры клеток соответствуют – $12,0 \pm 1,1 \times 14,4 \pm 0,9$ и $12,2 \pm 0,9 \times 14,7 \pm 0,7$ мкм.

Во внутреннем слое лежат овальные и округлые клетки размерами $12,0 \pm 0,9 \times 12,0 \pm 0,5$ и $12,2 \pm 0,7 \times 12,3 \pm 0,7$ мкм.

У детей первого года жизни отмечается интенсивное развитие всех параметров коры и нейронов. Размеры клеток достигают $17,8 \pm 0,7 \times 21,0 \pm 0,7$ и $18,0 \pm 0,8 \times 21,5 \pm 0,7$ мкм.

В периоде раннего детства отмечается дальнейшее расширение коры и ее отдельных слоев, а также увеличение размеров нервных клеток. Наружный слой характеризуется островковым строением. Клетки наружного слоя треугольной и многоугольной формы. В среднем слое отмечается более заметное, чем в наружном слое разрежение и увеличение размеров клеток. Клетки имеют многоугольные и пирамидные формы. Внутренний слой отличается диффузным расположением полиморфных клеток.

У детей первого детства строение коры энторинальной области мозга мало отличается от таковых взрослых людей. Размеры клеток изменяются незначительно. Наружный слой сохраняет островковый тип строения.

Вывод. Цитоархитектоническая картина энторинальной области у детей в 7-летнем возрасте обладает всеми качествами, свойственными для взрослых людей.

**ШИРИНА НЕЙРОНОВ КОРЫ ПИРАМИДНОГО СЛОЯ ПОЛЯ CA_2
ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**
Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я., Косимов З.О.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить ширину нейронов коры пирамидного слоя поля CA_2 гиппокампа мозга человека в онтогенезе.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты исследования. Результаты исследований показали, что ширина нейронов пирамидного слоя поля CA_2 гиппокампа новорожденного ребенка слева равняется $19,1 \pm 0,7$ мкм, справа – $19,4 \pm 0,9$ мкм.

В период грудного возраста ширина нейронов увеличивается по сравнению с теми же нейронами поля CA_2 гиппокампа мозга новорожденного ребенка слева до $23,3 \pm 0,6$ мкм, справа до $23,5 \pm 0,8$ мкм, т.е. ширина нейронов в тот период увеличивается в левом полушарии в 1,22, в правом полушарии – в 1,21 раза. В раннем детстве ширина нейронов пирамидного слоя поля CA_2 гиппокампа ребенка возрастает слева до $26,9 \pm 1,1$ мкм, справа до $27,0 \pm 0,7$ мкм, увеличиваясь по сравнению с аналогичными нейронами мозга новорожденного ребенка в левом полушарии – в 1,41, в правом полушарии – в 1,39 раза.

В первом детстве и во втором детстве ширина нейронов продолжает увеличиваться, достигая к первому детству слева $28,6 \pm 0,9$ мкм и справа – $28,8 \pm 1,1$ мкм.

Наши данные показали, что в последующие периоды постнатального онтогенеза показатель ширины нейронов остается в тех же пределах, слева – $28,6 \pm 1,2$ мкм и $28,7 \pm 0,5$ мкм, а справа $28,8 \pm 0,8$ мкм и $28,9 \pm 1,1$ мкм, но в поздних сроках постнатального онтогенеза отмечается некоторое уменьшение ширины нейронов пирамидного слоя поля CA_2 гиппокампа мозга человека.

Вывод. Наиболее интенсивные изменения ширины нейронов пирамидного слоя поля CA_2 гиппокампа человека происходит в течении первых семи лет жизни.

**ВЫСОТА НЕЙРОНОВ КОРЫ ПИРАМИДНОГО СЛОЯ ПОЛЯ CA_2 ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В
ОНТОГЕНЕЗЕ**

Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я., Косимов З.О.
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить высоту нейронов коры пирамидного слоя поля CA_2 гиппокампа мозга человека в онтогенезе.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты исследования. Исследования показали, что у новорожденного ребенка клетки пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа имеют овальную и пирамидную форму. Высота этих нейронов у новорожденного ребенка составляет в левом полушарии 14,4±0,7 мкм, а в правом полушарии – 14,7±0,9 мкм. В период грудного возраста высота нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа мозга ребенка резко возрастает, и в левом полушарии равна – 16,5±0,9 мкм, а в правом полушарии – 16,9±1,2 мкм. В периоде раннего детства увеличение высоты нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа ребенка интенсивно продолжается и высоты нейронов слева равняется 17,6±1,12 мкм, а справа – 17,9±0,8 мкм.

В первом детстве высота нейронов в изученной корковой формации в левом полушарии равняется 18,8±0,5 мкм, а в правом – 18,9±1,1 мкм.

В периоды подросткового возраста, юношеского и взрослых возрастов величина высоты нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа мозга человека мало меняется, так, в левом полушарии высота нейронов в подростковом возрасте равняется 18,8±0,5 мкм, в юношеском возрасте 18,9±0,9 мкм.

В поздних сроках постнатального онтогенеза, т.е. в пожилом и старческом возрастах имеет место некоторое уменьшение высоты нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа мозга.

Вывод. Таким образом, наиболее интенсивные изменения высоты нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа человека происходит в течении первых семи лет жизни.

ЗОЖ - ОСНОВА ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ **Мирзаева М.М., Салиева М.Х., Солиев И.** **Андижанский государственный медицинский институт**

Государственной программой реформирования системы здравоохранения определены: приоритет профилактического здравоохранения, широкая популяризация ЗОЖ, рационального питания, занятий физической культурой и спортом, разъяснительных мер в семье и обществе, способствующих укреплению репродуктивного здоровья, формированию физически и духовно развитого поколения.

Уровень гигиенических знаний студентов-медиков имеет большое значение в дальнейшей практической деятельности врача.

Цель исследования. Изучить уровень и повышение знаний в вопросах ЗОЖ у студенческой молодежи медицинского института.

Материал и методы исследования. Нами анкетированы студенты медицинского института.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что первичные знания, навыки и умения соблюдения правил личной гигиены и физической культуры респонденты почерпнули в основном от родителей – 72,1%, 25,4% - из СМИ и 2,5% - от взрослых, разница статистически существенна (P<0,05). Первичные знания и навыки о первой помощи при уходе за больными: родители – 79%, педагоги – 2,1%, 19%- медработники. Первичные знания о здоровье, факторах, влияющих на здоровье и причинах развития заболеваний: родители – 79%, педагоги – 2,1%, 19%- медработники.

Повышение знаний о мероприятиях ЗОЖ: педагоги школы – 18%, педагоги вуза – 40%, медработники – 10%, СМИ – 32%. Совершенствование знаний и навыков гигиены и физической культуры: знакомые – 30%, медработники – 46,0% ,СМИ – 24%.

Информацию об интимной жизни респонденты получили в 45,7% случаев от друзей, т.е. на стороне, на втором месте – из СМИ (33,2%), от школьных учителей – 10,7%, от преподавателей института – 10,4% (P<0,05).

Знания о поведении, культуре, этике респонденты получили в основном от отцов – 41,0%, 21,4% - от матерей, от обоих родителей – 16,1%, от взрослых – 10,9%, в школе – 8,8%, от друзей – 1,8%. Многие студенты (98%) отмечают, что, учась в вузе к этим знаниям добавились еще, т.е. институт оказал положительное влияние на их поведение и мораль.

На вопрос, откуда респонденты почерпнули знания о контрацепции, 47,5% ответили: у преподавателей вуза, на 2-ом месте – из СМИ (23,2%), на 3-ем месте – у друзей, 5,4% - у взрослых, одинаково часто у родителей и школьных учителей (по 3,4%). Необходимо отметить, что 17,1% этих знаний не имеет.

В воспитании ребенка ведущую роль играет мать, так считают большинство респондентов – 42,9%, на 2-ом ответ – родители (23,2%), далее – отец (10,7%), взрослые – 5,4%, воспитатели яслей-садов – 34%, школьные учителя-1,5% и все вместе взятые – 12,9%.

Выводы. Исследования показали, что студенческая молодежь обладает ещё недостаточными знания о репродуктивном здоровье. Для того, чтобы молодежь обладала лучшими жизненными навыками и возможностями сделать здоровый выбор, необходимо проводить всеобъемлющую пропаганду ЗОЖ с применением современных технологий обучения. Особенно большую работу надо проводить в детском и подростковом возрасте, которые являются стадиями жизни, имеющими наивысший потенциал для интеллектуального и физического развития, в течение которых формируются пожизненные социальные навыки, включая навыки, связанные со здоровьем. Необходимо усилить просветительскую работу в семьях, где наиболее полно может быть дана информация и о половом воспитании подрастающего поколения.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИЛЛАБУСА ПО ПРЕДМЕТУ «ОБЩАЯ ГИГИЕНА ЭКОЛОГИЕЙ» **НА МЕДИКО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ** **Мирзаева М.М., Салиева М.Х., Холмирзаева С.С.**

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Фундаментальные предметные знания в условиях увеличения потоков информации являются основой образования. При этом обучающиеся должны не просто владеть определенным объемом знаний, но и уметь самостоятельно добывать, анализировать, систематизировать и эффективно использовать полученную информацию.

Материал и методы исследования. Для достижения этих целей необходимо использовать инновационные информационные технологии. Студент медико-профилактического факультета должен обладать нужными знаниями, навыками и умениями по изучению влияния факторов окружающей среды на здоровье человека. Для этого студенту необходим документ, который давал бы информацию об основах предмета «Общая гигиена с экологией», методах гигиенических исследований и основных принципах оздоровительных мероприятий- это «Силлабус», который является электронным средством общения и связи преподавателя и студента.

Результаты и их обсуждение. Цель силлабуса по освоению предмета «Общая гигиена с экологией» – развитие, воспитание и образование средствами предмета, развитие у обучающихся способности и готовности практически использовать приобретенные ими при обучении умения и навыки в дальнейшей профессии врача-гигиениста. Силлабус содержит следующие разделы: информацию о предмете, информацию о преподавателях, материалы, требуемые для изучения предмета, описание дисциплины с указанием целей обучения, календарно-тематические планы, правила прохождения предмета, информацию о дополнительном академическом сервисе.

«Силлабус» составляет основное содержание учебной работы преподавателя, которая постоянно совершенствуется. Качество силлабуса и его исполнение должно стать основным критерием оценки работы преподавателя вуза. Использование силлабусов выступает в качестве действенной стратегии, обеспечивающей освоение студентами научных основ гигиены, методов гигиенических исследований и основных принципов оздоровительных мероприятий.

Создание и развитие информационной среды предполагает широкое применение информационно-коммуникационных технологий в образовании, что определяется рядом факторов: - внедрение ИКТ в образование существенно ускоряет передачу знаний и накопленного технологического и социального опыта человечества не только от поколения к поколению, но и от одного человека к другому;

- современные ИКТ, повышая качество обучения и образования, позволяют человеку успешнее и быстрее адаптироваться к окружающей среде и происходящим социальным изменениям. Это дает каждому человеку возможность получать необходимые знания как сегодня, так и в будущем постиндустриальном обществе;

- активное и эффективное внедрение этих технологий в образование является важным фактором создания системы образования, отвечающей требованиям информационного общества и процессу реформирования традиционной системы образования в свете требований современного индустриального общества.

Выводы. Формирование и использование информационных ресурсов – одна из ключевых проблем создания единой информационной среды в вузах.

АДАПТАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ АМИЛОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КРОВИ К КАЧЕСТВУ ПИЩИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ И ИНСОЛЯЦИИ

Мирзарахимова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью явилось изучение влияния диеты с повышенным содержанием белков на секрецию ферментов поджелудочной железы и ферментный гомеостаз при высокой температуре (37⁰-40⁰ С) и инсоляции. Экспериментальные животные подвергались острой инсоляции на солнцеплощадке. Исследовалось влияние ежедневной однократной 30 минутной (с 12 по 12³⁰ часов дня) экспозиции на солнце в летнее время (июль) с мощностью излучения 10 ват, при температуре воздуха 37⁰-40⁰ С. Перед опытом всех животных содержали на общем лабораторном рационе. Затем подопытных крыс переводили на высокобелковую диету, суточное содержание белка (казеин) в рационе экспериментальных животных состояло из расчета массы крыс 1%. На 3-, 5-, 7-, 10-, 15- и 20 дневном нахождении животных на высокобелковой диете, забивали по группе крыс (10 животных) для изучения активности ферментов ткани поджелудочной железы и крови. Полученные данные сравнивали с показателями контрольных групп находившихся на общем лабораторном рационе при оптимальной (20⁰-25⁰ С) и высокой температуре (37⁰-40⁰С) окружающей среды.

При высокой температуре окружающей среды активность амилазы ткани поджелудочной железы и крови в 1,6 и 2,3 раз ниже, чем показатели контроля при оптимальной (20⁰ - 25⁰С) температуре. После перевода животных на высокобелковый рацион на 3- и 5-дни эксперимента амилалитическая активность ткани поджелудочной железы достоверно увеличилась, чем показатели контроля при высокой температуре, но не достигла до уровня контроля при температуре 20⁰ - 25⁰С. С 7 по 20 дни эксперимента активность амилазы ткани поджелудочной железы снизилась до уровня исходных величин. У экспериментальных животных несколько иные результаты получены по активности амилазы в крови. После перевода животных на высокобелковый рацион, начиная с 5 дня по 20 день эксперимента, активность амилазы крови достоверно увеличилась, чем показатели контроля при высокой температуре. Но при этом она осталась намного меньше, чем контрольные величины при температуре 20⁰ - 25⁰С.

Значит, высокобелковый рацион в начальные 3-5 дни несколько усиливает секрецию амилазы поджелудочной железы, а последующие дни увеличивает так же инкрецию данного фермента в кровь. Одним из

медленно меняющихся факторов, но имеющим больше диагностическое значение является «ферментный потенциал» железы. Под ферментным потенциалом поджелудочной железы следует понимать суммарное количество ациноцитов железы – продуцентов ее гидролитических ферментов. Более «работоспособно» это понятие в характеристике эндосекреции панкреатических ферментов.

СЕКРЕЦИЯ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ И ИНСОЛЯЦИИ

Мирзарахимова М.А., Кадилов Ш.К., Кадилов М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Учитывая сложный механизм, как физиологического, так и патологического влияния высокой температуры и инсоляции, а также весомый вклад ферментов поджелудочной железы в гидролизе пищевых продуктов, мы определили цель настоящего исследования. Целью исследования было изучение влияния высокой внешней температуры (37° - 40° С) и инсоляции на ферментовыделительную деятельность поджелудочной железы.

Эксперименты были выполнены на белых лабораторных беспородных крысах самцах, весом 180-200г. Интактные животные (контрольная группа), не подвергшиеся никаким воздействиям, находились при оптимальной (20° - 25° С) внешней температуре. Экспериментальные животные подвергались острой инсоляции на солнцеплощадке. Исследовалось влияние однократной 30 минутной (с 12 по 12³⁰ часов дня) экспозиции на солнце в летнее время (июль) с мощностью излучения 10 ват, при температуре воздуха 37° - 40° С.

Полученные результаты показали, что высокая температура внешней среды подавляет активность всех изученных нами ферментов. Но под действием теплового фактора неодинаково изменяется продукция различных панкреатических ферментов. Так, при высокой внешней температуре ферментативная активность составляла в процентах (против контрольных данных, принятых за 100%) $14\pm 0,4$ для амилазы, $66\pm 3,7$ для липазы и $34\pm 0,4$ для протеаз.

В экспериментах с экспозицией крыс на солнце, т.е. когда воспроизводилось солнечно-тепловое воздействие, получены несколько иные результаты, чем при экспериментах с действием только одного тепла. При солнечно-тепловом воздействии липолитическая активность поджелудочной железы остается без изменений, а активность остальных ферментов снижается, но снижение амилитической и протеолитической активности менее выражены, чем при действии только одного теплового фактора.

Подытоживая полученные результаты, можно сделать следующие выводы:

1. Секрет поджелудочной железы крыс содержит ферменты, гидролизующие практически все макронутриенты - белки, липиды и углеводы. Количественное их соотношение неодинаково (амилаза>протеазы>липаза).

2. Высокая внешняя температура и инсоляция подавляет секрецию и инкрецию ферментов поджелудочной железы. Эти факторы по-разному тормозят протеинсинтез различных панкреатических ферментов.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКИНЕЗИИ НА СЕКРЕТОРНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мирзарахимова М.А., Кадилов Ш.К., Кадилов Р.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Необходимость всестороннего исследования гипокинетического состояния диктуется прогрессивным снижением мышечной активности человека, связанным с научно – техническим прогрессом, а также потребностями клинической медицины.

Целью настоящего исследования было, изучить влияние гипокинезии различной продолжительности на ферментовыделительную деятельность поджелудочной железы. Экспериментальные животные (крысы) находились в специальных пеналах, с ограничением двигательной активности различной продолжительности (1, 3, 7 часов, 1, 3, 5, 7, 10, 15, 20, 25 суток, 1, 2, 3, 4 месяцев). Контролем служили показатели крыс, находящиеся в обычной клетке.

Полученные данные показали, что при 1 и 3 часовой гипокинезии активность амилазы в ткани поджелудочной железы остается без изменений. При 7 часовой гипокинезии амилитическая активность в ткани этой железы увеличивалась. Примерно на таком же уровне находилась активность амилазы в ткани поджелудочной железы при 24 часовой 3, 10, 15, 20 и 25 суточной гипокинезии. На 5 и 7 сутки эксперимента увеличение ее активности в ткани поджелудочной железы достигли до максимальных величин. К 1 месяцу эксперимента активность амилазы в ткани поджелудочной железы снижалась до исходных величин и на этом уровне осталась она при 2, 3, 4 месячные длительности гипокинезии.

При гипокинезии длительностью до одного месяца, активность липазы в ткани поджелудочной железы остается без изменений. На 30-е сутки эксперимента активность липазы в ткани поджелудочной железы достоверно снизилась, а в крови она увеличилась.

С увеличением срока пребывания крыс в состоянии ограничения двигательной активности (2, 3, 4 месяца) изменение активности липазы становится более выраженными, т.е. в ткани поджелудочной железы ее активность намного снижалась.

При 1-, 3-, 7-, 24- часовой и 30-, 60-, 90-, 120- суточной гипокинезии содержание общего белка в ткани поджелудочной железы остается на уровне исходных величин. Начиная с 3х суточной - по 25 суточной длительности гипокинезии содержание его в ткани поджелудочной железы достоверно увеличивается.

Максимальное увеличение общего белка в крови и в ткани поджелудочной железы совпадает. При 20-суточной гипокинезии, в обоих исследуемых материалах содержание общего белка достигает до максимальных величин.

Отсюда можно заключить, что изменение активности ферментов и содержание общего белка в ткани поджелудочной железы и крови зависит от длительности нахождения крыс в состоянии гипокинезии.

ИЗМЕНЕНИЕ МАССЫ КРЫС И ИХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ, ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ И ИНСОЛЯЦИИ

**Мирзарахимова М.А., Кадиров Ш.К., Кадиров М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

При действии только одного фактора гипокинезии, изменение массы крыс, зависел от ее длительности. При продолжительности гипокинезии от 1-го часа до 7 суток не наблюдалась разница массы крыс контрольных и экспериментальных групп, до и после гипокинезии. После 10, 15 и 20-и суточной продолжительности гипокинезии масса крыс обеих групп (контроль и эксперимент) стало достоверно больше, чем исходный уровень. Увеличение массы обеих групп крыс, скорее всего является результатом роста и развития их за время эксперимента.

При 25 суток и более длительность гипокинезии изменение массы тела крыс контрольных и экспериментальных групп не идентичны. В обеих группах после гипокинезии наблюдается увеличение масса крыс по сравнению с их исходным уровнем. Но при этом масса крыс экспериментальной группы намного меньше, чем показатели контроля. Значит, в экспериментальной группе крыс рост и развитие намного отстает, чем таковые показатели контроля.

При сочетанном действии трех факторов – гипокинезии, высокой температуры и инсоляции масса крыс экспериментальной группы в течении одного месяца остается на уровне исходных величин, т.е. у них как бы рост и развитие за время эксперимента останавливается. В контрольной группе крыс с 15 суток и далее наблюдается достоверное увеличение массы, чем их исходной величины. Значит, одновременное влияние трех факторов подавляет синтез тканевых белков и увеличивает их распад.

Мы исследовали наблюдаемые изменения массы поджелудочной железы у крыс при действии одной только гипокинезии и сочетанного ее влияния с высокой температурой и инсоляцией.

Изменение массы поджелудочной железы зависит от длительности гипокинезии. При длительности гипокинезии до 20 суток масса железы остается на уровне показателей контроля.

С увеличением длительности гипокинезии (25 суток, 1, 2, 3, 4 месяц) установили достоверное уменьшение массы поджелудочной железы крыс экспериментальной группы чем показатели контроля.

При одновременном действии гипокинезии, высокой температуры и инсоляции уменьшение массы поджелудочной железы наступает намного раньше, чем при действии только одной гипокинезии. При сочетанном влиянии этих трех факторов на экспериментальных животных уменьшении массы поджелудочной железы наступает в ранние сроки их воздействия, начиная с 5 суток. Аналогичные изменения наблюдаются в более длительные воздействия на них.

ОЗУҚАНИНГ СИФАТ ВА МИҚДОРИГА КЎРА ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИНИНГ МОСЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.

**Мўминова К.Т., Мамадиев М.Р., Қурбонова Н.Қ., Юнусова Д.Д., Хайдаров М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Бизга маълумки, овқатланишда озуканинг сифат ва миқдор ўзгариши одамнинг ҳаётида кўплаб учраб туради. Бундай ҳолатлар оч қолиш (сув тошқинлари, зилзила ва бошқа табиий офатлар), иштаханинг пасайиши билан кечадиган ҳар хил касалликларда, (узок муддатли кома ҳолатларидаги каби) оксилли парҳезларда ҳамда турли касалликларда оксилли озик овқатларни узок муддат исьтемом қилганда кузатилади. Ҳазм жараёнида муҳим ўрин тутадиган ошқозон ости безининг узок муддат оксилли озикланишидан кейинги структур- функционал ўзгаришларини ўрганиш мақсадида тажриба ўтказилди.

Илмий изланишдан кутилаётган натижа ва мақсад, нораціонал оксилли овқатланишда ошқозон ости бези тўқималари ацинуслари, чиқарув найлари, оралик тўқималар ва қон томирларидаги мосланиш жараёнларида кечаётган гистоструктур ўзгаришларни аниқлаб, тиббиётда даволаш, диетология ҳамда илмий жараёнларга татбиқ этишдан иборат.

Тажриба 50га 4-5 ойлик, тана вазни 150 граммдан 170 граммгача бўлган эркак альбинос каламушларда ўтказилди. Уларни 2 гуруҳга ажратиб олинди. Биринчи гуруҳ - назорат гуруҳи бўлиб, оддий виварий шароитда боқилди. Иккинчи гуруҳ- тажриба ҳайвонлари бўлиб, уларга фақат тухум оксили ва сув берилди. Тажриба 45 кун давом этди. Тажрибанинг 1-, 3-, 7-, 15-, 30-, 45-кунларида ҳайвонлар жонсизлантирилиб, қорин бўшлиғи очилди ва ҳазм тизими аъзолари ўрганилди. Ҳазм аъзоларидан ошқозон ости бези ажратиб олинди. Олинган аъзо тузилиши ва ҳолати текширилиб, узунлиги ва вазн ўлчамлари аниқланди. Ҳар иккала гуруҳдан олинган маълумотлар таққослаб борилди. Тажрибанинг 3- кундан бошлаб гуруҳлардаги маълумот кўрсаткичлари фарқлана бошлади. Оксилли юклама билан боқилган ҳайвондан ажратиб ошқозон ости бези ҳажми, вазни ва узунлиги жиҳатидан назорат гуруҳидаги ҳайвонларникига нисбатан ортганлиги аниқланди. Тажрибанинг биринчи ярмига келиб, тажриба гуруҳи ҳайвонларининг ошқозон ости безининг узунлиги 30-40%га, вазни 40-45граммга ортганлиги маълум бўлди. Тажриба якунига келиб бу кўрсаткичлар янада ортиб, узунлиги 85-95%га, вазни эса 106-110 граммгача ортди. Олинган маълумотлар шуни

кўрсатадики, нораціонал оксилли овқатланиш натижасида ошқозон ости беши тўқималари иш фаолиятининг ортиши ҳисобига, бешида компенсатор гипертрофия кузатилади.

БИОЛОГИК ФАНЛАРНИ ЎҚИТИШДА ЭКОЛОГИЯ МАСАЛАСИНИ ТАЛАБАЛАР ОНГИГА СИНГДИРИШ.

Мўминова К.Т., Аманов К., Қурбонова Н.Қ., Юнусова Д.Д., Жалолов К.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти

Биз биламизки, тиббиёт институтиларининг бошланғич курсларида одам танасининг аъзо ва системаларини хужайра ва тўқималар даражасида ўрганиш билан бирга, талабалар тиббиёт асосларини ўзлаштирадидлар. Қадим Ўрта Осиё халқининг табиатга бўлган муносабати асосида ҳозирда ўзига хос экологик маданият вужудга келган. Бу маданият таркибига замонавий фан ва техникага таянган ҳолда изчил экологик маълумотлар тўплами ҳам киради. Инсон ҳаётини табиатсиз ва ташқи муҳит омилларисиз тасаввур қилиб бўлмайди. Шундай экан, одам билан ташқи муҳит ўртасида мунтазам алоқа бўлиб туради. Бу алоқа модда ва энергия алмашинувидир. Инсон ҳаёти биосферанинг бошқа аъзолари: ўсимлик, ҳайвон ва микроорганизмлар билан узвий боғлангандир. Инсон организмда турли биокимёвий жараёнлар табиатдаги моддалар алмашинуви қонуниятлари: биологик ритм, ҳароратнинг фаслий равишда ўзгариши, куёш нури таъсири ва бошқа жараёнлар билан уйғун кечади.

Экологик омилларнинг салбий таъсири натижасида юқорида санаб ўтилган биологик жараёнларнинг уйғунлашувида кескин ўзгаришлар юзага келади. Бу зиддиятли жараёнларнинг олдини олиш мақсадида таълим муассасаларида экология масалаларини ёшлар онгига сингдириш муҳим вазифалардан бири ҳисобланади. Ҳозирги вақтга келиб, глобал муаммолардан бири бўлиб турган «Орол» денгизи табиатини муҳофаза қилишни таъминлаш учун Ўзбекистон мустақилликка эришгандан сўнг жиддий эътибор берилди бошланди. Экология ва табиатни муҳофаза қилиш тўғрисида бир қанча қонунлар ва фармойишлар эълон қилинди. Уларнинг ижроси бўйича чора тadbирлар белгиланди.

Тирик организмларга уларни ўраб турган атроф- муҳит таъсир этгани каби, уларнинг ўзи ҳам ўз яшаш муҳитига таъсир кўрсатади. Биз талабаларни биринчи курслардаёқ ўқитишда оқин сувларга ахлат ташлаганда сувларнинг ифлосланиши, машиналардан чиқаятган ҳавонинг ифлослантириши ва шунга ўхшаш экологик муаммолар табиатгагина таъсир этиб қолмай, инсон саломатлигига ҳам салбий таъсир қилишини талабалар онгига сингдириб боришимиз муҳимдир.

Чунки экологик таълим, айна бир вақтда миллат тарбиясининг таркибий қисми бўлиб, у ўзида ёшларимизнинг ватанга, унинг табиатга бўлган чуқур ҳурмат туйғусини оширишга хизмат қилади.

Экологик тафаккурнинг шаклланиши барча дунёвий фанларни ўрганиш асосида, ҳаётини омиллар таъсирида амалга ошириш бир бутун узлуксиз педагогик психологик таълим-тарбия жараёнининг самарасидир.

ПРОФИЛАКТИКА АНГИОСПАЗМА МОЗГОВЫХ СОСУДОВ ПРИ ИНСУЛЬТАХ

Нишанов Ш.Ю., Пахмури И.Р., Бутаева Г.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Купирование церебрального ангиоспазма в результате срыва ауторегуляции мозгового кровообращения при мозговых инсультах является трудной задачей. Обусловлено это извращенной реакцией сосудов на вазоактивные вещества. В этих условиях обычные гипотензивные препараты не предупреждают во многих случаях развития церебрального ангиоспазма, что является поводом к поиску новых методов терапии спазма мозговых сосудов при различных видах инсультов. Решение проблемы ангиоспазма сопровождающего острые нарушения мозгового кровообращения может быть решено с помощью применения нимотопа (нимодипин), имеющего показания к применению, как при субарахноидальном кровоизлиянии, так и при острой ишемии мозга, в чём и проявляется универсальность данного препарата. Обладая спазмолитической активностью, нимотоп ускоряет восстановление нормального тонуса сосудов и кровообращения в зоне сосудистого спазма, улучшая кровоснабжение ткани мозга, обладая нейропротективной активностью. Следует отметить, что специфическая особенность нимотопа, отличающая его от других калиевых блокаторов состоит в том, что его спазмолитическое действие на сосуды мозга намного сильнее, чем на периферические и коронарные сосуды.

Цель и материал исследований. За 2015-2016-2017 годы в АФРНЦЭМП поступило 2241 больных с различными видами острого нарушения мозгового кровообращения, что составило 41,5% от общего числа поступивших в неврологическое отделение. Больных с геморрагическим инсультом было 440 (19,63%), с ишемическим – 2001 (89,29%). Интенсивная терапия и реанимация проводилась 634 (28,29%) больных. Умерших 74 (11,67% от числа лечившихся больных в нейрореанимации). Терапия спазма мозговых сосудов нимотопом, проводимая в комплексном лечении больных в отделении нейро-реанимации была применена у 231 (36,43%) больных, из них при ишемическом ОНМК у 146 (23,03%) больных, при субарахноидальном кровоизлиянии у 28+57=85 (13,4%) больных.

Методика проведения. Терапия нимотопом осуществлялась в первые четверо суток, больным находившимся в нейрореанимационном отделении и проводилась методом непрерывной инфузии с помощью шприцевого дозатора-инфузомата, со скоростью введения 1мг в час с общей дозой 10мг сутки в коинфузии с физиологическим раствором через трёх ходовой клапан центрального интравенозного катетера CVC 3187 FORNIA. В последующем ступенчато производился переход на энтеральное введение препарата (через назогастральный зонд). Контрольная группа состояла

из 45(%) больных с геморрагическим и 50 (3,52%) больных с ишемическим инсультами, лечение которых проводилось традиционными методами и средствами.

Результаты. Универсальная селективность нимотопа, заключающаяся в возможности применения при различных видах мозговых инсультов, позволяла применять препарат с ранних этапов оказания интенсивной терапии. Нимотоп применялся ещё до установки окончательного типа нарушения мозгового кровообращения при отсутствии противо-показаний, главным из которых являлась гипотоническая реакция центральной гемодинамики. Результатом лечения в основной группе больных в сравнении с контрольной группой явилось снижение летальности на 3,15 % что служит обоснованием к применению данного метода лечения в терапии спазма мозговых сосудов с целью профилактики осложнений и неблагоприятного течения инсультов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ КОНТРАКТУР ГОЛЕННОГО СУСТАВОВ

Нурдинов А.С., Бахритдинов Т.Т., Мадазимов М.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Цель: изучение эффективности хирургического лечения послеожоговых контрактур бедренного и голенного суставов.

Материалы и методы. Работа основана на изучении и анализе результатов хирургического лечения 96 больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами бедренного и голенного суставов, оперированных в отделении реконструктивной хирургии ММЦ Андижанского вилоята, а также в 1-хирургическом отделении клиник АндГосМИ с 2010-2018г.

У 96 больных отмечены контрактуры голенных (56) суставов.

В комплексе предоперационного обследования больных входило:

1. Оценка рубцов по клиническим характеристикам: цвет, толщина, смещаемость, возможность взять в складку, ширина складки и т.д.
2. Определение движений в бедренном и голенном суставах, измеряемых с помощью угломера, Им определяли угол отведения при приводящих контрактурах бедренного сустава и устанавливали степень контрактуры. Полученные данные заносили в специальные карты. Измерения объема движения суставов производили до операции и в отдаленном периоде (6 мес. До 3 лет).

Результаты и их обсуждение. В ближайшие послеоперационные сроки осложнения в виде некроза вершин лоскута наблюдали у 6 (6,25%) больных, подлопатчатая гематома развилась у 4 (4,2%) больных, у 4 (4,2%) больных отмечался частичный лизис трансплантата, пересеженного рядом с лоскутом. Нагноение ран не отмечалось. Хорошие отдаленные результаты получены в 93,7% наблюдений (у 53 из 56 больных), объем движений в суставах восстановлен полностью. У 3 (6,3%) больных результаты признаны удовлетворительными.

Выводы:

1. Оптимальным способом коррекции краевых контрактур голенного суставов является пластика двугорбым кожно-жировым лоскутом неповрежденной кожи голенной ямки.
2. Пластика разработанными способами в 93,1% случаев дает хорошие результаты.

ДАМАС АВТОМАШИНАСИДАГИ АВТОТРАВМАЛАРИНИНГ СУД ТИББИЙ ТЕКШИРУВЛАРИ СТАТИСТИКАСИ

Нурматов Х.В., Маматалиева М.А., Мамажонов С., Сидиков К., Хакимов З.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Автомобил салон ичи травмаларида Хайдовчи ва олд, орка ўриндикдаги йўловчиларда жароҳатлар етарлича ўрганилмаган, уларнинг юзага келиш механизми ўрганиш суд-хукук органлари ва суд тиббий экспертларни учун ҳам муҳимдир.

Тадқиқот мақсади: «Дамас» автомобили автотравмаларида хайдовчи ва йўловчилар танасидаги жароҳатлар хусусиятини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Андижон вилояти суд тиббиёти экспертизасида 2010-2015йиллардаги автохалокатларда ўлган 110та мурда ва 1500та тирик шахсларнинг архив материаллари (суд тиббий хулосалар, фотоилловалар, суд - гистологик текширув материаллари). Тадқиқотдан олинган натижалар статистик усули бўйича таҳлил қилинди.

«Дамас» автомашинасининг салон ичи конструкциясида - салон ичи конструктив хусусиятлари, рул колонкасининг нисбатан баланд жойлашганлиги, олд мосламалар панелининг нисбатан тик жойлашганлиги 70-80⁰, ўриндиқларнинг баланд жойлашганлиги ва б.). фарқлиниш кўрилади. Бу фарқлинишлар автохалокат вақтида юзага келадиган жароҳатларининг ўзига хослигини намойён қилади.

Тадқиқотда «Дамас» автомашинасида шикастланган хайдовчилар ва йўловчилар танаси тўқималаридаги жароҳатлар ўрганилди. Кузатувлардаги 1/4та холатларда автомобиллар ўзаро тўқнашган, 2/4та холатда автомобиллар йўл четидаги тўсиқларга урилган, 1/4та холатларда автомашиналар ағдарилган.

Тадқиқот натижалари: автохалокатда бош мия ва кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликдаги шикастлари 35% хайдовчиларда, 30% олдинги ўриндикдаги йўловчиларда, 5% орка ўриндиқлардаги

йўловчиларда кўрилди. Жароҳатлар хайдовчида асосан чап томондан бўлиб, танасининг юкориги қисми аъзоларида 80%гача, пастки қисми аъзоларида 40%, олд ўриндиқдаги йўловчиларда эса жароҳатлар асосан ўнг томондан бўлиб, танасининг юкориги қисми аъзоларида 54%гача, пастки қисми аъзоларида 45%, орқа ўриндиқдаги йўловчилардаги бу кўрсаткичлар мос равишда чап ёки ўнг томонлама 12% ва 7%ни ташкил этди.

Хулоса: юкоридаги маълумотлар «Дамас» автомашинасининг констрүтив тузилишига боғлиқ бўлиб, юзага келадиган жароҳатларини ўзига хослигини намоён қилади.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРАЗОТЕМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Артикова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Профилактика гиперозотемических осложнений раннего послеоперационного периода у хирургических больных – одна из весьма сложных в современной медицине, требующая комплексного изучения почечных и внепочечных причин, приводящих к угнетению функции почек. Дегидратация организма, гиповолемия, артериальная гипотония, циркуляция продуктов распада гемоглобина в сочетании с артериальной гипоксемией – основные факторы, ведущие к накоплению и росту в крови гиперозотемических шлаков при острой абдоминальной патологии.

Наличие ретроградного тока лимфы из почки в околопочечную клетчатку является рациональным фактором разрешения указанной проблемы. Лимфатическая стимуляция изменения направления потока токсинов, направленная на вымывание их из тканей в циркулирующую кровь, с целью создания условий для усиления естественной и искусственной детоксикации может служить альтернативой традиционным способам очищения крови от азотистых шлаков.

Цель работы: Оценка результатов применения лимфостимуляции в комплексной терапии гиперозотемических осложнений у больных с острой хирургической абдоминальной патологией.

Материал и методы. Из 2169 прооперированных в хирургических отделениях АФРНЦЭМП в 2017 году под общей анестезией по поводу острой абдоминальной патологии, доля больных с различной степенью недостаточности почек составила 4,75% (n=103). В исследуемую группу вошли 40 пациентов (38,83%) которым лимфатическая стимуляция с целью профилактики гиперозотемии проводилась применением массивных объемов жидкостей в виде водной нагрузки и средств и стимулирующих диурез. Необходимо отметить, что гиперозотемия различной степени сопровождала почти все летальные случаи 76,7% (n=23).

Исследованию подлежали больные с острой хирургической абдоминальной патологией при наличии клинических признаков нарушения лимфоциркуляции с повышенным уровнем азотистых шлаков в раннем послеоперационном периоде. В соответствии классификацией с клинических характеристик стадий нарушений лимфопродукции и лимфотока, наиболее часто в клинической практике встречаются пациенты, у которых имеются 2-3 стадии нарушения лимфоциркуляции. Больным с 4 стадией нарушения лимфоциркуляции в первую очередь проводились реанимационные мероприятия, с обязательным включением лимфатической стимуляции, а после восстановления функций жизненно важных органов и систем, удельный вес ее в проводимом лечении возрастал. Оценка функционального состояния почек определялась по содержанию креатинина в сыворотке крови, величине остаточного азота и мочевины крови, скорости клубочковой фильтрации (GFR), индексу интоксикации (ЛИИ), показателям КЩР, Na⁺, K⁺, суточному диурезу, удельной плотности мочи.

Результаты и выводы. В условиях критических состояний при тяжелых формах нарушения лимфообращения рациональным средством изменения направления потока токсинов на вымывание их из тканей в циркулирующую кровь является стимуляция лимфотока методами водной нагрузки и форсирования диуреза. Лимфостимуляция, применяемая в комплексной терапии гиперозотемических осложнений у больных с острой хирургической абдоминальной патологией в раннем послеоперационном периоде, способствует снижению уровня азотемии и должна быть использована как альтернатива искусственным методам очищения крови у больных с гиперозотемией после абдоминальной патологии.

МОДИФИКАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ИВЛ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Операции на грудном отделе позвоночника, показаниями к которым служили оскольчатые переломы тел позвонков, сопряжены с огромными трудностями, большой кровопотерей и операционным риском. Постоянно ведутся поиски методов и способов оптимизации условий хирургического комфорта при её выполнении. Использование однолегочной вентиляции, направленной на улучшение визуализации хирургического поля, обеспечивающей оптимальный хирургический доступ, снижает вероятность хирургических осложнений, уменьшая и время операции (Baraka A. 1997, John J. Regan, Paul C. MsAfee, Michael J. Mack 2000).

Во 2-й группе пациентов ($n^2=4$ - 7,1%) индукцию осуществляли пропофолом (2 мг/кг) и фентанилом (0,002 мг/кг). Поддержание анестезии осуществляли болюсными инъекциями пропофола и фентанила по 0,1 мг через каждые 15-30 мин, в зависимости от операционной агрессии и клинических показателей, на фоне миоплегии и ИВЛ.

В 3-й группе пациентов ($n^3=38$ - 67,9%) индукцию осуществляли комбинацией - кетамин + пропофол (кетофол) в соотношении 1:1 (по 2 мг/кг каждого препарата). Поддержание анестезии осуществляли болюсными инъекциями кетофола и фентанила через каждые 15-30 мин, в зависимости от операционной агрессии и клинических показателей, на фоне миоплегии аркуроном (0,05 мг/кг) и ИВЛ.

Заключение. Считаю методику анестезии на основе кетофола в соотношении 1:1, характеризующуюся более стабильными показателями гемодинамики (по сравнению с таковой в первой и второй группах) отвечающей достаточному уровню анестезиологической защиты. Необходимо отметить и тот факт, что реверсия сознания у исследуемой группы больных с высоким коронарным риском проходила с нивелированной гипертензионной сосудистой реакцией во время экстубации, благоприятно влияющей на течение посленаркозного периода.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ДЫХАНИЯ ПРИ ПЕРЕВОДЕ НА ИНВАЗИВНУЮ ВЕНТИЛЯЦИЮ ЛЕГКИХ

**Пахмури И.Р., Шевкетова Л.Ш., Мамадиев А.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Необходимость в интубации или наложении трахеостомы больных с декомпенсированной недостаточностью дыхания связана с применением медикаментозной депрессии дыхания, нарушением вентиляционно-перфузионных отношений и непредсказуема при критических цифрах оксигенации, что может проявиться тяжелой ответной реакцией сердечно-сосудистой системы на введение интубационной трубки в трахею вплоть до остановки сердца. Неинвазивная искусственная вентиляция легких стала возможна с внедрением респираторов нового поколения и популярна в связи с её простотой, значительным снижением риска побочных эффектов, связанных с наложением искусственных дыхательных путей (эндотрахеальные и трахеостомические трубки).

Цель и задачи. Совершенствование методов респираторной терапии при острой дыхательной недостаточности тяжелой степени, нивелирующих побочные и вредные эффекты, связанные с переводом на ИВЛ.

Материал и методика. Для нивелирования возможных осложнений со стороны жизненно-важных органов и систем в реанимационных отделениях филиала перед интубацией трахеи 35 больным с тяжелой степенью дыхательной недостаточности в стадии декомпенсации, при выраженной артериальной гипоксемии, резистентной к кислородотерапии ($PaO_2/FiO_2 < 125$ мм.рт.ст.), с повышением $PaCO_2$ до 44 мм.рт.ст. и признаками тяжелого метаболического ацидоза со снижением pH крови до 7,10-7,15 проводилась неинвазивная искусственная вентиляция легких респиратором Vela Viasys Ventilator System через лицевую маску в режиме синхронизированной прерывистой принудительной вентиляции (NPPV SIMV). ИВЛ проводилась без предварительной интубации и применения мышечных релаксантов и других медикаментозных средств для адаптации больного к аппаратной вентиляции и в 16 случаях (45,7%) обеспечила возможность полной синхронизации самостоятельного дыхания с установленными аппаратными параметрами. В 19 случаях (54,29%) у возбужденных больных синхронизации с аппаратом не произошло, что потребовало медикаментозной седации.

Выводы. Главным преимуществом данного способа ИВЛ является то, что она осуществляется при сохраненном дыхании больного через лицевую маску, а синхронизация работы аппарата и дыхания больного достигается при полном исключении любых видов медикаментозного подавления спонтанного дыхания. Последний факт положительно сказывается на сохранении «сердечной помпы» обеспечивающей полноценный механизм в малом круге кровообращения. Применение способа перевода на инвазивную ИВЛ больных с декомпенсированной недостаточностью дыхания требует дальнейшего изучения т.к. приводимая методика может стать перспективным направлением в поиске новых путей минимизации отрицательных эффектов респираторной терапии.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Пахмури И.Р., Бурибаев Д.Г., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.

**Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Концепция безопасной анестезиологической защиты предполагает качественный анестезиологический менеджмент, что является особенно актуальным при внедрении новых хирургических методов, к которым относятся лапараскопические технологии в сфере экстренной хирургии. Плановое анестезиологическое обеспечение таких операций достаточно широко освещено в литературе, чего нельзя сказать об экстренных операциях, при которых к основным неблагоприятным воздействиям на организм в виде повышенного внутрибрюшного давления присоединяются, сугубо, специфичные urgentные проблемы полного желудка и шоковых состояний, которые, как правило, в плановой хирургии не встречаются.

Цель работы. Анализ и изучение проведенных анестезий в хирургических и гинекологическом отделениях филиала в целях выработки стандартного алгоритма анестезиологического обеспечения соответствующего концепции безопасной анестезиологической защиты, в зависимости от степени анестезиологического риска.

Материал и методы. Анализу подверглись наркозные карты проведенных анестезий при экстренных лапараскопических вмешательствах с 2016 по 2017 годы. Изучено влияние различных видов анестезии на основные параметры жизненно важных функций организма у 5 больных при выполнении оперативных лапароскопий. Мужчин-76 (14,76%), женщин-439 (85,24%). Лапараскопически выполнены 143 аппендэктомий, 145 холецистэктомий, 40 кистэктомий, 16 тубэктомий и резекции яичника, 31 диагностических лапароскопий, лапараскопических санаций брюшной полости 13, урологических операций 73 и других – 48. По степеням анестезиологического риска пациенты распределились следующим образом:

1 степень- 27,8%, 2 степень-50,2%, 3 степень-18,4%, 4, степень- 3,6%.

Для обезболивания применялись: внутривенная анестезия (1-я группа, 83 пациента), эндотрахеальный наркоз (2-я группа, 426 пациентов). Внутривенную анестезию проводили на основе кетамина. За 30-40 мин до операции проводилась премедикация внутримышечным введением диазепама 0,15 мг/кг. Начальная доза кетамина (0,7-2 мг/кг) вводилась внутривенно медленно. При повторном введении препарата применяли 1/2-1/3 первоначальной дозы. Средняя доза составила $1,5 \pm 0,025$ мг/кг/ч. При эндотрахеальном наркозе выполнялась методика комбинированной сбалансированной анестезии кетамином, ($n^1=165-38,73\%$), пропофолом ($n^2=95-22,316\%$) и комбинацией этих анестетиков: кетамин+пропофол ($n^3=166-38,96\%$), на фоне центральной аналгезии фентанилом и мышечной релаксации аркуроном (0,05 мг/кг) и искусственной вентиляции в режиме нормовентиляции.

Анализ показателей центральной гемодинамики при внутривенном наркозе выявил гиперкинетический тип кровообращения, связанный с положительным инотропным действием кетамина. Для нивелирования побочных эффектов кетамина применялась методика кетофоловой анестезии, позволяющая не только стабилизировать гемодинамические показатели, но и способствующая быстрому восстановлению ясного сознания и ранней активизация больных. Интубацию выполняли во всех случаях, где была необходима оптимальная защита дыхательных путей от возможной регургитации и аспирации желудочного содержимого.

Выводы: Считаю сбалансированную анестезию кетофолом с управляемым дыханием методом выбора безопасной анестезиологической защиты у экстренных больных, обеспечивающей высокую степень профилактики депрессии дыхания и развития аспирационных осложнений в условиях полного желудка и повышения внутрибрюшного давления из-за карбоксиперитонеума. Внутривенную анестезию с сохранением спонтанного дыхания можно применять только для обезболивания малых хирургических и гинекологических операций.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТУРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ

Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП.

Актуальность. Постуральная гипотензия в условиях анестезии при вертебрологических операциях развивается вследствие недостаточности компенсаторных симпатических реакций и нарушения венозного возврата (Yoko-yama M., 1991).

Определяющими в выборе анестезиологического обеспечения больных с острой вертебрологической патологией считаются показания к экстренному или отсроченному оперативному вмешательству, которые зависят, в свою очередь, от степени выраженности или возможности развития постишемических изменений в спинном мозге.

К факторам, определяющим, выбор тактики анестезиологического обеспечения, относят также и невыгодные физиологические положения на операционном столе, т.к. положение на животе, при котором выполняется основная масса вертебрологических операций ведет к сдавлению органов брюшной полости и повышению внутрибрюшного давления, что ведет к повышению сопротивления дыханию на вдохе с нарушением вентиляционно-перфузионных соотношений, гипертензии в нижней полой вене и усилению кровоточивости (Парфенов А.Л. 1997 г.).

Цель работы. Выбор оптимального варианта введения в анестезию для обеспечения стабильной гемодинамики при экстренных вертебрологических операциях.

Материал и методы. Были подвергнуты анализу 34 анестезий проведенных 2016-2017 гг., при экстренных операциях на позвоночнике, выполненных в положении на животе. Пациенты 1-2 класса ASA (м-22; ж-12; возраст $35,5 \pm 7,5$ лет) распределились следующим образом: в 1-й группе ($n^1=17$) для индукции анестезии использовали 1% раствор тиопентал-натрия 6-8 мг/кг; во 2-й ($n^2=17$) – комбинированное введение кетамина 2-3мг/кг и пропофола в той же расчетной дозе. В период индукции проводили инфузионную нагрузку кристаллоидными растворами 10 мл/кг.

Интубацию трахеи в группах выполняли после введения фентанила 2-3 мкг/кг и пипекурония 0,1 мг/кг, изучение постуральных реакций системы кровообращения (АДс, АДд, ЧСС) и регистрацию эпизодов гипотензии (снижение АД менее 90 мм рт. ст.) осуществляли на этапах: после индукции, в положении на спине, в положении на животе.

Гемодинамику исследовали неинвазивным способом с помощью кардиомонитора Dogan.

БАРКАМОЛ АВЛОДНИ ТАРБИЯЛАШДА АХЛОҚИЙ ТАРБИЯНИНГ ЎРНИ

Раҳматова З.М., Ахунова М., Қўзибоева М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Таълимни тарбиядан, тарбияни эса таълимдан ажратиб бўлмайди- бу шарқона қараш, шарқона ҳаёт фалсафасидир. Шу ўринда Ўзбекистоннинг биринчи президенти биз педагогларга бола тарбиясида юксак ишонч билан айтган гапларини ёдга олсак, “Ўз-ўзидан равшанки, бола тарбиясида баркамол авлод, баркамол шахс масаласи ҳам муҳим рол ўйнашини инкор этиб бўлмайди. Ақли расо ҳар қандай инсон яхши англайдик, бу ёруғ дунёда ҳаёт бор экан, оила бор. Оила бор экан, фарзанд деб аталмиш бебаҳо неъмат бор. Фарзанд бор экан, одамзот ҳамиша эзгу ният, орзу ва интилишлар билан яшайди. Мана шундай баркамол шахсни тарбиялашда сиз педагогларнинг меҳнатингиз бекиёс” деб эътироф этиб ўтган.

Шундай экан, оиладан бошланган тарбия таълим муассасаларида таълим билан уйғунлашиб комил инсонни шакллантиришда муҳим омил ҳисобланади.

Тажрибаларнинг тўпланиши натижасида таълим-тарбиянинг дастлабки тамойиллари вужудга келди. Бу ҳақда машҳур мутафаккир Абу Райҳон Берунийнинг «Вақт пиллапоёси чексиздир, бир-бирининг ўрнини эгаллаб борадиган авлодлар зинадан зинагагина кўтариладилар ҳолос. Жамланган тажрибани ҳар бир авлод ўзидан кейин келаётган, ўзидан кейин уни тараққий эттирадиган ва бойитадиган навбатдаги авлодга етказиб беради», - деб билдирган фикри бағоят ўринлидир.

Шу фикрларга таянган ҳолда аввало ахлоқ ўзи нима? деган саволга жавоб топаёлик. “Ахлоқ – ижтимоий онг шакли бўлиб, ижтимоий ҳаётнинг ҳамма соҳаларида инсоннинг хулқ – аъводини йўлга солиб турадиган талаблар, нормалар ва қоидалардан иборатдир”.

Ахлоқий тарбия тарбиянинг бир тури бўлиб, қуйидаги категорияларга бўлинади.

ОДОБ–расм-таомил, хулқ–одатлар, ижтимоий– иқтисодий тузум тақозаси туфайли одамлар ўртасида пайдо бўлган муомала-муносабатларнинг хусусиятлари тушунилади. Одоб кишиларнинг амалий хатти – ҳаракатлари, муомала – муносабатлари деб қаралади.

ХУЛҚ – кишининг муомала ва руҳий хусусиятлари мажмуи; феъл-характер; инсоннинг маънавий қиёфаси ва фаолиятига хос бўлган ахлоқий тушунча.

МАДАНИЯТ – жамиятни ишлаб чиқиш, ижтимоий ва маънавий ҳаётда қўлга киритган ютуқлари мажмуи. Турмушнинг маърифатли киши эҳтиёжларига мос келадиган шароитлари йиғиндиси.

МАЪНАВИЯТ – Олий ибтидоларга онгли интилишга қодирлик, кундалик ҳаётда бундай интилишни муттасил амалга ошириб бориш ва уни инсондаги инсонийликни ифодаловчи хилқат сифтида англаш.

НАЗОКАТ – кишининг юриш туриши, ҳаракат ва қилиқларидаги нозиклик, латофат.

Ушбу категорияларнинг тарбияланаётган баркамол авлоднинг онгига сингдирилиши мақсадга мувофиқдир.

Албатта, тарбияловчи қанча билимли, дунёқарашли кенг бўлмасин, ўзининг ахлоқи билан талабаларда намуна бўла олмас, унинг тарбия жараёнидаги барча хатти-ҳаракатлари зое кетади. Маънавий-ахлоқий тарбия тизимида таълим ва билим экологик, миллий ғоя тушунчаларини тўғри шакллантиришга йўналтирилган бўлиши, шу билан бир қаторда меҳнат илғорлари, фахрийлари билан учрашувлар ўтказиш, халқ педагогикасидан фойдаланиш талабаларда онгли интизомни шакллантиришда муҳим ўрин эгаллайди.

Онгли интизом тарбияси оиладан бошланади. Ўз вақтида фарзандига тарбия бермаган ота – она фарзандининг ҳаётда ўз ўрнини топа олмаслигига, фарзандининг ҳаёти вайрон бўлишига сабабчи бўлиб қолади. Буни қуйидаги ҳикоя орқали билишимиз мумкин:

(«Онасининг тилини узиб олган фарзанд»). Юсуф Товаслий)

Уч – беш ёшли бир гўдак қўшнисининг уйдан тухум ўғирлаб онасига олиб келиб беради. Ҳаром, ҳалолни билмаган жохил она тухумни боласи қўлидан олиб унга:

- Менинг ақли ўғлим, сенга офарин, - деб пешонасидан ўпади.

Бола шу кундан бошлаб ҳар кун ёки кун оралаб қўшнисиникидан тухум ўғирлаб чиқа бошлайди. Йиллар шу тарзда ўтади. Бола ёшига қараб ўғирлигини давом эттирди. Тухумдан товукка, товукдан хўрозга, хўроздан қўйга ўғрилик қилиб, текинхўр бўлиб етишди. Аввалги тухум ўғриси бўлган бола ашаддий қаззоб ўғрига айланади. Чидаб бўлмас бир ҳолатга келади. Ўғрилик, дайдилик билан юриб бир кун жуда қабиҳ жиноят қилиб қўяди. Қонун уни ўлим жазосига маҳкум этади. Ўғрининг ўлимга маҳкум этилганини эшитиб она адлия маҳкамасига келади ва фарёд қила бошлади. Юзини тирнаб, сочини юлиб йиғлайди. «Менинг бу ҳаётда ўғлимдан бошқа ҳеч кимим йўқ, унга омонлик беринг, озод этинг», - деб ёлворади.

Қамалган йигитдан сўрадилар:

- Сенинг охириги истагинг борми?

Аввалдан ҳукм этилганларнинг сўнги арзларини эшитиш одат бўлган, шунинг учун ундан ҳам сўнги арзини сўрайдилар. Маҳкум бундай дейди: -Бир кичик тилагим бор. Суюкли онажонимнинг муборак тилларини ўпишни истаймман, шул истагимни қондирсангиз. Маҳкумнинг истагини адо этиш учун онаси унинг олдига келиб:

- Суюкли ўғлим, сўнги марта тилимни ўпганингни мен бир қўрай, - деди. Ўғри йигит онасининг тилини тишлари орасига олди -да, қаттиқ тишлаб онасининг тилини қайчида кесгандай узиб олади, тил «тап» этиб ерга тушди. Шу ерда тўпланганлар «вой - вой», деб юборишди. «Бу бола мунча қаттол, шунча жиноятларни қилгани етмаганидек, онасининг ҳам тилини узиб оладими?», деб ҳайратланидилар. Ўлимга маҳкум бўлган йигит: - Эй, бу ерда тўпланган

инсонлар! Билмай, бекорга ажабланманг. Менинг ҳозир ўлимга маҳкум бўлишимга сабаб бу ёмон тилдир, у мени шундай қилди!

Ҳамма таажжубда, йигит сўзида давом этади:

- Мен гўдақлигимда қўшнимнинг уйдан тухум ўғирлаб келганимда онам менга “офарин”лар айтиб, пешонамдан ўпган эди. Агар ўшанда мени тарбия қилиб, ўғирликдан қайтарганида, бугун бу ўлим жазоси берилмас эди, - деди.

Қиссадан ҳисса шуки, ёмон иллатларнинг катта – кичиги бўлмайди. Оилада фарзанд тарбиясида қўйилган кичик бир хато ҳам фарзандни тўғри йўлдан чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Тарбиявий аҳамият касб этадиган ҳикоя ва қиссалар талабаларда мустақил фикрлашга, зийракликка, ҳаётда тўғри ва эгриликнинг фарқини англашга ўргатади.

ЁШЛАР МАЪНАВИЯТИДА КОМИЛЛИК ФАЗИЛАТЛАРИ ВА АЖДОДЛАР МЕРОСИ

Раҳматова З.М., Кўзибоева М., Ахунова М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мустақилликни мустаҳкамлашнинг энг муҳим устивор вазифаларидан бири ёш авлодда миллий ғурур туйғусини тарбиялаш, бой маданий – тарихий меросимизнинг муносиб ворисларини вояга етказишдан иборат. Шубҳасиз, тарих сабоқлари асосида бунёд этилаётган бугунги қунимиз келажак тараккиётимиз учун замин яратади. Шу боис ўзлигини тикламоққа азм қилган ҳар бир миллат бу йўлда ўзига хосликни, мустақил ривожланиш йўлини танлайди. Бу йўлда аждодлар ҳаёт тажрибаси, билим ва тафаккури, яратган моддий ва маънавий бойликлари миллат ва жамият тараккиёти учун ишончли ва мустаҳкам таянч бўлиб ҳизмат қилади.

Шарқ фалсафий тафаккури тарихида азалдан инсон ва инсоний муносабатлар, инсон шахсини қарор топтирадиган ижтимоий муҳит, инсон қадри ва эрки масалаларига алоҳида эътибор қаратилган. Комилликка элтувчи йўл барча иллатлардан фориғ бўлиш, эзгу фикрларга ва эзгу амалларга таяниш, ҳақ йўлида илм – маърифатга интилиш орқали боради. Барча фазилатлар манбаини ўқиш, ўрганиш ва маърифат ташкил этади.

Шу ўринда Абу Райҳон Берунийнинг қуйидаги ҳикматини келтирмоқ ўринлидир: “Илм олиш дастлаб ахлоқий покликни талаб қилади. Шунингдек, таълим ва тарбия бир бутунликни кўрсатади, фақат шу борликка амал қилган шогирдлар камолот сари бора олади”.

Тарихдан маълумки, буюк аллома боболаримиз ўз фалсафий таълимотларида инсон комиллиги мезонларига алоҳида тўхталиб ўтганлар. Жумладан, Абу Наср Форобий инсон комиллигининг таянч манбаи сифатида етук ахлоқ, маърифатли ва адолатли жамият ғоясини илгари суради. Ахлоқий фазилатлар негизда инсонни комиллик сари етакловчи ҳислатлар шаклланади. Фозил инсон ғояси Форобий таълимотида фозиллик ҳислатларини тарбия этувчи фозил жамият ғояси билан уйғунлашиб кетган. «Фозил одамлар шахри» асарида мутафаккир ахлоқий етуқликка эришган инсон ўн икки фазилатга эга бўлиши лозимлигини таъкидлайди. Булар: соғломлик; фаросатлилик; кучли хотира; зукколик; сабр-қаноатлилик; маърифатпарварлик; нотиклик; ҳақиқатгўйлик; олийжаноблик; молпараст бўлмастик; мардлик; адолатпарварлик.

Абу Наср Форобийнинг комиллик фазилатлари туркумида келтирган ушбу инсонийлик фазилатлари аввало инсоннинг маънавий етуқлиги ҳислатлари билан узвий боғланиб кетгандир. Ваҳоланки, бугун биз ўзида комиллик фазилатларини мужассам этган баркамол инсон тарбиясини маънавий –маърифий ишларимизнинг пировард мақсади деб билар эканмиз, ёшлар тарбия инсонпарварлик, ватанпарварлик, эрқарварлик ва фидойилик туйғуларини қарор топтиришда буюк аждодларимиз белгилаб ўтган ахлоқий фазилатларни устувор деб биламиз.

Инсоннинг ахлоқий етуқлиги ва инсоний фазилатлар уйғунлиги, инсонда тана ва руҳ тарбияси масалалари Абу Али ибн Сино, Абу Райҳон Беруний, Маҳмуд Қошғарий, Юсуф Хос Ҳожиб, Алишер Навоий каби алломаларимиз таълимотларида муҳим ўрин эгаллайди.

Ўрта асрлар Шарқ алломалари фалсафий дунёқарашида фозил жамият ғояси алоҳида ажралиб туради. Айни шу маънода инсон комиллигини қарор топтирувчи, унинг тўқис моддий ва маънавий борлиги мукамаллиги учун асос бўладиган соғлом ижтимоий муҳит ғоясига ҳам алоҳида эътибор қаратилган.

Аллома Абу Али ибн Сино инсонпарварлик ва инсонда комиллик фазилатларини рўёбга чиқарувчи муҳит ўртасидаги узвий боғлиқликка доир чуқур фалсафий фикрларини баён этган. Табобат илмини инсон жисми ва руҳияти тарбияси илми билан узвийликда таҳлил этиш Ибн Сино фалсафасига хос хусусиятдир. Ибн Синонинг инсонпарварлик, инсон ва унинг маънавий дунёсига оид фикрлари ахлоқий ғояларида баён этилган. Айниқса, аллома инсон комиллиги ҳақида гапирар экан, «Ахлоқ ҳақида рисола»сида комиллик фазилатларига мос ҳислатлардан ор-номус, кадр-киммат, сахийлик, сабр-тоқат, шаън, ғайратлилик, сирни сақлай билиш, илм-маърифатли бўлиш, очиклик, виждонийлик, садокатлилик, дўстлик, ҳақиқатгўйлик сингари тушунчалар таърифини келтиради. Ушбу ҳислатларнинг камол топишида инсон дунёга келиб, вояга етадиган муҳит соғломлигига жиддий эътибор қаратилади. Бу борада оила, мактаб ва жамоа таъсири муҳим деб саналади. Соғлом муҳитда инсонни маънавият ва маърифат сари йўлловчи тарбия жараёни мақсад қилиб белгиланади. Хусусан, оила муҳитида қарор топадиган муносабатларда фарзанд тарбияси, эр ва хотин тарбияси амалга оширилади. Ибн Сино ота-она масъулияти, фарзандлик бурчи, аёл оқиллигига хос фазилатлар, устоз-муаллим ҳислатлари тўғрисида алоҳида тўхталиб ўтади.

Шеърят мулкинининг султони Мир Алишер Навоий ижодидида инсонпарварлик ғоялари, у яратган ижобий образлардаги инсонийлик фазилатлари орқали баён қилинади. Биргина унинг инсонийлик ҳақидаги фикрларини баён эта оладиган:

Одами эрсанг, демағил одамий,

Ки ониким йўқ халқ ғамидин ғами. мисраларининг ўзи инсонийлик хислатларни ифода эта олган. Ўзининг инсоний фазилатлари, илмий салоҳияти билан дунё аҳли эътиборига тушган буюк аллома боболаримиз намунаси мустақиллик йўлида эзгу мақсадларимиз ифодаси ҳамда таянчи бўлган баркамол авлод тарбиясига ибрат мактаби бўлади. Ўрта асрлар Шарқ алломалари – буюк боболаримиз тарихий ва маданий меросининг бугунги кун учун қанчалик аҳамиятли эканлигига эътибор қаратар экан, биринчи президентимиз Ислам Каримов 2014 йил 15 –16 май кунлари Самарқандда бўлиб ўтган халқаро конференцияда сўзлаган нутқида таъкидлаб ўтдики, «Ўзининг тарихий, маданий ва интеллектуал меросини асраб авайлашга, бойитиш ва қўпайтиришга, шунингдек, униб – ўсиб келаётган ёш авлодни миллий ва умуминсоний кадрятлар руҳида тарбиялашга етарлича эътибор қаратмайдиган, ҳар томонлама уйғун ривожланган, мустақил фикрлайдиган, ўз қараш ва ёндошувига, гражданлик позициясига эга бўлган шахсни камол топтиришни ўз олдига мақсад қилиб қўймайдиган ҳар қандай давлат ва жамият тарих ва тараққиёт йўлидан четда қолиб кетишга маҳкум эканини биз ўзимизга яхши тасаввур этамиз».

Дарҳақиқат, ҳозирги даврда инсоният олдида турган барча умумбашарий муаммолар ечими авваломбор инсон омили ролининг фаоллашуви, унинг соғлом фикри юксак маънавияти ва маърифати билан боғлиқ бўлиб қолаётганлиги исбот талаб қилмайдиган ҳақиқатдир. Зеро, XXI аср инсоният тарихида янги бир даврни – цивилизациямиз олдида турган барча муаммоларни ва зиддиятларни юксак маънавият, теран ақл – идрок, билим ва тафаккур кучи, ўзаро ҳурмат ва келишув йўли билан ҳал қилиниши устувор бўлган даврни бошлаб берди. Бир сўз билан айтганда, янги аср бизнинг олдимизда турган барча муаммоларни оқилона ҳал этишнинг ўзига хос йўлини кўрсатиб турибди. Бу йўл барча халқлар ва миллатлар ўртасидаги тинч – тотувлик, ўзаро ҳурмат ва тенг ҳуқуқлилиқка асосланган, шунингдек, умуминсоний ҳавфсизликка таҳдид солаётган кучларни бартараф этиш, барқарорлик шартлари ечимини берадиган ва тараққиёт кафолатларини таъминлайдиган истикбол йўлидир. Ваҳоланки, бугунги кунда ҳал қилиниши лозим бўлган муаммоларни на сиёсий зўравонлик ва на куч ишлатиш йўли билан ҳал қилиб бўлмаслигини ҳаётнинг ўзи очик - ойдин кўрсатиб турибди.

Шундай экан, ҳозирги давр ижтимоий, иқтисодий ва сиёсий ҳаётида содир бўлаётган чуқур ўзгаришлар шиддати инсон тафаккурида ҳам ўзига хос ўзгаришлар ва янгиланишга олиб келмоқда. Ана шундай янгиланиш жараёнини тарихий давр маҳсули, инъикоси сифатида эътироф этиб, унга давр руҳини уйғунлаштириш орқали тафаккур тараққиётининг кенг имкониятларини яратиш бугунги куннинг долзарб вазифасидир.

ФАРЗАНД ТАРБИЯСИДА ПСИХОЛОГИК ЁНДАШУВ
Раҳматова З.М., Ахунова М., Қўзибоева М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Оиланинг турмуш маданияти, оила аъзоларининг бир-бирига ҳурматли муносабати ва бутун оилавий ҳаётни тўғри ташкил этишни ўз ичига олади. Бундай батартиб оилаларда тарбияланаётган болалар секин-аста катталарнинг ҳаёт тажрибаларини эгаллаб борадилар. Бола билан дилдан беғараз суҳбатлашиш болани ота-оналарига яқинлаштиради, улар ўртасида меҳр-оқибат кучаяди.

Оилада кун тартибига риоя қилинса, уйдаги юмушлар оила аъзолари ўртасида тўғри тақсимланмаса, оилада аёлга нисбатан нотўғри муносабатда бўлинса, ичкиликбозлик ва бошқа иллатлар ҳукм сурса, бундай оилада ўсган бола юқори таъсирчанлиги, ҳаётий тажрибаси кам бўлганлиги сабабли воқеаларни ўзи мустақил тўғри баҳолай олмайди, шунинг натижасида у индамас, жаҳлдор, қўпол ва паришонхотир бўлиб қолади. Боланинг тарбиясига оиладаги ташқи шарт-шароит уйнинг жиҳозланиши, гигиеник, умумий маданият ва эстетик дидга жавоб бериши ҳам таъсир этади. Боланинг нормал ривожланиши учун ҳар бир оилада зарур шарт-шароит боланинг ўйнаши ва шуғулланиши учун алоҳида жой бўлиши керак. Болалар уйда саранжом-саришта бўлишлари, уй жиҳозлари ва ўз анжомларини эҳтиёт қилишлари зарур.

Оиланинг умумий даромади оила аъзолари ўртасида ҳар бир оила аъзосининг эҳтиёжини ҳисобга олиб, тўғри сарфланиши лозим. Болалар оилада ўйинчоқларни йиғиштириш, китобларни жой-жойига қўйиш, ўз ўрин-кўрпасини йиғиштириш, уй ҳайвонларини парвариш қилишда қўлидан келганича ёрдам бериш каби ишларга жалб қилиб турилиши лозим. Ота-оналар болаларининг феъл-атворини яхши билишлари уларда бола тарбияси учун жавобгарликни оширади. Улар болага бир хил талаб қўядилар ва таълим-тарбия ишини изчиллик билан амалга оширадилар.

Махсус педагогик билимларни эгаллаш болаларда синчковликни, кузатувчанликни, мантиқий тафаккурнинг оддий формаларини ўстиришга, болалар меҳнати ва ўйинига тўғри раҳбарлик қилишга, болалар хулқини тўғри таҳлил қилишга ёрдам беради.

Ота-оналарни илк ёшли болалар физиология ва психологиясини билишлари болани соғлигини сақлашга ғамхўрлик қилиш уни ҳаракатларини маданий гигиеник малакаларини ривожлантириш нутқи, муомала фаолиятини ўстиришга ёрдам беради.

Болаларда мустақилликни ўстириш, уларни қийинчиликларни енгишга ўргатиш, ундаги иродани мустаҳкамлаш муҳим аҳамият касб этади.

Шу билан бирга болаларни тарбиялашда уларнинг ўзига хос хусусиятларини билиш ва уни эътиборга олиш зарур. Чунки ҳар бир бола ёши тенг бўлган иккинчи боладан ўзининг қизиқиши, қобилияти, миждози ва феъл-атвори билан фарқ қилади. Бир хил вазиятда ҳар бир бола ўзини ҳар хил тутди: бири уятчан, тортинчоқ, бошқаси эса дадил; бири бўшанг, пассив, яна бошқаси теварак-атрофда бўлаётган воқеаларга жудаям ҳушёр ва сезгирлик билан муносабатда бўладилар. Шунинг учун, ота-оналар ҳар бир болага унинг ўзига хос, мос йўлни танлайдилар. Оила аъзолари ўртасидаги ўзаро ҳурмат, ҳамжихатлик, оиланинг яхши йўлга қўйилган ички ҳаёти тарбияда муҳим аҳамият

касб этади. Оила аъзолари ўртасидаги самимий муносабатлар: меҳрибонлик, ўзаро хурмат ва ғамхўрлик, ватанпарварлик, меҳнатсварлик кайфияти, умумий тартиб ва оилавий анъаналар, болаларга катталар кўядиган талабларнинг ягоналиги нухим роль ўйнайди. Болани тўғри тарбиялашда унинг олдида ота-онанинг обрўси юқори бўлиши керак, бусиз тарбия бўлиши мумкин эмас. Ота-оналарнинг фуқаролик қиёфаси, ҳаёти, ишлари, юриш-туриши, жамият олдида ўз оиласи учун жавобгарлик туйғуси улар обрўсининг асосидир. Меҳнат ва ижтимоий фаолиятни оилавий вазибалар билан кўшиб олиб борадиган, ўз болаларининг ҳаётига кизикадиган ва уларга моҳирлик билан раҳбарлик қиладиган ота-оналар энг обрўли кишилардир — буларнинг ҳаммаси ҳам онага, ҳам отага баравар тааллуқдир.

Болаларга кўйиладиган талабларда бирлик бўлиши умумпедагогик принцип ҳисобланади, мактабда ҳам, оилада ҳам бу принципга амал қилиниши лозим. Оилада болаларни тарбиялашда қуйидаги шартларга риоя қилиниши зарур:

а) болалар тарбияси учун жавобгарликни ҳис қилиш;
б) педагогик билимлардан хабардор бўлиш;
в) болага бўлган меҳр-муҳаббатни унга талабчанлик қилиш билан кўшиб олиб бориш.

Инсоннинг қандай киши бўлиб етишиши кўп жиҳатдан оиладаги тарбияга, ота-онанинг масъулиятига, бола тарбиясининг умумий қонуниятларини яхши билиб, ҳаётда уларга қанчалик амал қилишига ҳам боғлиқ.

Жамиятда бола тарбияси ота-оналарнинг шахсий иши бўлмай, балки уларнинг ижтимоий вазибасидир. Ота-оналар ўз болаларининг тарбияси учун жамият олдида жавобгардирлар. Шахснинг кадр-қиммати унинг жамиятга келтирадиган фойдаси билан баҳоланади. Ота-оналар ўз болаларининг асосий тарбиячилари ҳисобланадилар. Шунинг учун улар фарзандларини ўз халқининг энг яхши урф-одатлари ва оилавий анъаналари руҳида олижаноб фазилатли, билимдон, маданиятли шахс қилиб тарбиялашлари керак.

MUAMMOLI TA'LIMDAN FOYDALANISH YO'LLARI

Rahmatova Z.M., Qo'ziboyeva M., Axunova M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Maktablar oldida turgan bosh maqsad o'quvchilarni har tomonlama garmonik rivojlanishni ta'minlashdan iborat. O'quvchi shaxsini har tomonlama garmonik rivojlanishini ko'rsatuvchi asosiy omil uning yuqori darajada mustaqil fikrlay olishida namoyon bo'ladi.

Agar o'quv jarayoni o'quvchini mustaqil fikr yurita olishga o'rgatsa, unday ta'limning rivojlantirishga asoslangan o'quv- biluv jarayoni deb qabul qilish mumkin.

- Muammoli vaziyatni keltirib chiqarish.
- Muammoli vaziyatni asoslash, tushuntirish.
- Muammoli vaziyatni yechimining bir necha usullarini aniqlash.
- Muammoli vaziyatni o'quvchilar bilan birgalikda tahlil qilish.
- Muammoning natijaviy yechimini tanlab, har tomonlama baholash.

Muammoli ta'limning umumfunksiyalari deb quydagilarni keltiramiz;

- Bilimlar tizimining o'quvchilar tomonidan o'zlashtirib olinishi va aqliy-amaliy, ijodiy yechimlar faoliyati;
- Mustaqil ravishda bilimga bo'lgan qiziqishlarining ortishi, o'quvchining ijodiy qobiliyatlari o'sishi;
- O'quvchida didaktik- materialini rivojlanishning shakllanishi;
- Ijodiy fikrlash orqali bilimlarni o'zlashtirish shakllanadi. (ayrim mantiqiy va ijodiy fikrlash faoliyatlarining shakllanishi)
- Olgan bilim, malakalarini hayotda qo'llay olishlari shakllanadi, o'quv muammolariga mustaqil yo'l ochish ko'nikmalari hosil bo'ladi.

- ijodiy fikrlash tajribalari shakllanadi, ilmiy metodlar asosida izlanishga o'rganadilar, uning amalda qo'llaydilar.

O'quvchini fikrlashga yo'naltirilgan maxsus vositalarni qo'llab, uni fanga qiziqtirish, erkin fikrlashga o'rgatish, rivojlantirish tizimi yaratib borilsa, buni muammoli ta'lim deyish mumkin.

O'quvchini faollashtirishda samarali metod, usullarini an'anaviy ta'limni amalga oshirishda didaktik yondashuv asosida olib borilishi deb tushuntiriladi.

O'quvchilarning aqliy fikrlashlarni tayyor mavjud bo'lgan yo'llar bilan o'stirish maqsadida erishishning oddiy usuli bo'lib, u ijodkorlikka, izlanuvchanlikka olib kelmaydi.

Muammoli ta'lim jarayonida o'quvchi tahlillar asosida qo'llash, sintez qilish, umumlashtirish, faktik materiallarni aniqlashtirish malakalarinin egallab, o'zi mustaqil yangi axborot oladi. Boshqacha qilib aytganda, bu bilimni kengaytirish, chuqurlashtirishni ilgari olgan, o'zlashtirgan bilimlari asosida o'zlashtirish, qo'llay bilishdan iborat.

Olgan bilimlarni yangicha qo'llashda o'qituvchi qo'llanma, darslikdan tayyor qo'lda bermaydi, u o'quvchi tomonidan izlab topiladi. Mana shu holat izlanuvchanlik, sinchkovlik metodida ishlash ko'nikmalarini shakllantiradi.

Aqliy izlanish-juda murakkab jarayon, u asosan, muammoli vaziyat vujudga keltirilganda, aniq muammolar kuchaygandagina vujudga keladi. Agar o'qituvchi topshiriq berib, uni qanday bajarish yo'lini aytib, uni bajarishga undasa, bu muammoni yechishga kirmaydi. Bu o'quvchini tanho yechimga o'rgatadi xolos.

O'quvchini haqiqiy faollashtirish, uni muammoni mustaqil fikrlash, nazariy, amaliy tomonlarini hisobga olish, tahlil orqali muammo yechimini o'zi o'ylagandek yakun toptirishga olib kelish kerak.

Muammoli ta'lim an'anaviy ta'limdan o'zining maqsad, prinsip, metodlari, vazifalari jihatidan keskin farq qiladi. An'anaviy ta'limning bosh maqsadi ilgari fanga ma'lum bilimlarni o'zlashtirish, o'quvchini fanga ma'lum ma'lumot bilan qurollashtirish, ularda ular haqida tushuncha va malakalar hosil qilishdan iborat.

O'quvchini mustaqil faoliyatga yo'naltiriladi. Muammoli ta'limda o'qituvchi, o'quvchini murakkab tushunchalar mazmuni bilan tanishtirish jarayonida unga sistemali ravishda muammolar qo'yib beradi, o'quvchiga axborot beradi, o'quvchi mustaqil ravishda xulosalar chiqaradi, umumlashtiradi va o'quvchi yordamida ma'lum tushuncha qoidalar, xulosalar chiqaradi. O'qitish shunday xislatki, o'quvchi o'z faoliyatida ta'lim mazmunini bayon qilishda qolgan muammolar vaziyatlarni keltiradi. Bir vaqtda muammoni hal etishga undaydi.

Muammo – ilmiy bilishni rivojlantirish zarurligini sub'yektiv shaklidir. Umum muammoli vaziyatda, ya'ni jamiyat rivojlanish jarayonida bilish va bilmaslik o'rtasida ob'yektiv ravishda vujudga keladigan vaziyat.

Muammoli o'qitish – o'quvchilar o'quv – biluv jarayonida muammoli vaziyatni tahlil etish, sintez qilish, umumlashtirish asosida uning yechimi bo'yicha takliflar, gipotezalar keltiriladi. Qarashlarining to'g'riligini isbotlashga harakat qiladilar.

Muammoli vaziyat – bu insonning intellektual qiyinchiliklarda paydo bo'lgan vaziyatlardan chiqish jarayoni mas'ullari va nomas'ullari dalillarga suyanib, maqsad sari intilishi vaziyatdan chiqarib olishga intilishi, qiziqishlar orqali ijodkorlikka mahsulot olishga yo'l ochadi.

Muammoli vaziyat ... muammo... uning yechimini izlab topish... muammoning yechimi.

O'quv- tarbiyaviy ishlarni takomillashtirish, ta'lim jarayoniga va o'quv-biluv jarayoniga «Muammoli o'qitish» didaktikasini joriy etib borish asosiy ish jarayoniga aylanmog'i kerak.

Muammoli ta'lim ta'lim- tarbiya jarayonini faollashtirish, o'quvchilarning o'quv- biluv jarayoniga ehtiyoji qiziqishi, xohishini orttirishga sabab bo'ladi.

Agar o'qituvchi muammoli ta'limning mazmun- mohiyatini yaxshi o'zlashtirib olsa, o'quv jarayonining shakli va metodlarini, texnik jihatdan jihozlanishini amalda qo'llay olsa u o'z- o'zidan muvaffaqiyat keltiradi.

O'qituvchining didaktik jihatdan yaxshi tayyorgarligi juda muhimdir. Chunki muammoli ta'limning nazariy va amaliy jihatlarni atroflicha o'rganish- o'quv jarayonini san'at darajasiga olib chiqish demakdir, u o'z navbatida o'quvchining ta'lim mazmunini to'la o'zlashtirib olishga kafolatdir.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРДА КОМПЬЮТЕР ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИ ҚЎЛЛАШНИНГ ФОЙДАЛИ ВА ЗАРАРЛИ ТОМОНЛАРИ

Раҳматова З.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Компьютерларнинг пайдо бўлганига ҳали унча кўп бўлгани йўқ, аммо уларсиз бугунги ҳаётни тасаввур қилиб бўлмайди. Босма машинкалар принтерларга, нақд пуллар эса электрон пулларга ва шу билан бирга китоблар эса интернет саҳифаларга алмаштирилди. Энди шу ерда бир савол туғилади: дарс машғулотларида компьютер технологияларини қўллаш ўзини қай даражада оқламоқда?

Бу мавзу бўйича жуда кўп гапиришимиз мумкин, лекин биз қисқача компьютер технологияларининг асосий ижобий ва салбий қирраларини очиб беришга ҳаракат қиламиз.

Ижобий қирралари:

1. **Ахборотларни тезкор қидириб топиш.** Керакли ахборотларни топиш учун олдинги даврларга назар солсак, кутубхонага боришимиз ва каталогдан керакли китобларни излашимиз талаб этиларди, бунинг ўрнига уйда ўтирган ҳолда компьютердан ёки уяли телефондан интернет тармоғига киришимиз ҳамда қидирув тизимига сўровни киритиб мурожаат қиламиз. Кўплаб вариантдаги жавоблар ва материаллар кўз ўнгимизда намоён бўлади. Албатта шу ўринда айтиб ўтиш жоизки, китоб бизнинг саволларимизга кенгроқ ва тўлароқ жавоб беради. Аммо сайтларда ахборотлардан ташқари кўплаб схемалар, фототасвирлар ва видеороликлар ҳам бўлиши мумкин. Бу эса ишни янада осонлаштиради.

2. **Ўқитишнинг янги усуллари қўллаш.** Авваллари ўқитувчининг таксимотида сўнги каторларда ўтирган ўқувчиларнинг кўриши қийин бўлган одатий доска ва телевизор бўлган бўлса, бугунги кунга келиб улар замонавий видеопроекторлар ва электрон доскаларга алмаштирилди. Уларга таянган ҳолда интерфаол ўқитиш усуллари қўллаган ҳолда нимани хоҳласак шуларни, физик тажрибалардан тортиб то Амазонка ўрмонларида сайр этиб юрган ҳайвонларни жонли намоёниш қилиш ёки инсон тасавури билан яратилган виртуал лабораториялар, иш ўйинлари ва виртуал кутубхонанинг имкониятига муяссар бўлмоқдамиз. Ўқитувчининг фантазиясига асосланган барча ашёларини: такдимотлар, фототасвирлар, дастурлар, мультимедия иловалари кўринишида намоёниш қилиш мумкин. Мультимедиянинг пайдо бўлиши ўқитувчи ва ўқувчиларнинг ишларини янада осонлаштиради. Матн, товуш, графика, анимация ва видео ҳамжихатлигида мукамал такдимот ашёлари шаклланди ва бўшлиқларни тўлдириди.

3. **Ўқувчиларда қизиқишни орттириш орқали.** Машғулотларда ўқувчилар учун энг қизиқарли дарслардан бири бу интерфаол дарслардир. Қайсики ўқувчи учун уни кўриши, эшитиши ва ўзи катнашиши мумкин бўлади.

Компьютер технологияларининг шарофати билан ўқувчиларда унга қизиқишни орттирган ҳолда ўқитувчининг материалларини бирмунча содда ва тушунарли шаклларда осонгина етказиб бериш ва сингдириш мумкин бўлади. Ўқувчининг компьютерга қизиқишини орттириш қийин эмас, фақатгина ундан керакли пайтларда

хамда керакли ўринларда ишлатишни сингдириш ва ўргатиш ҳам ўқитувчидан юксак масъулият ва махорат талаб этади.

Салбий қирралари:

1.Ўқитувчиларни тайёрлаш босқичи. Тўғридан-тўғри шуни айтишимиз мумкинки, агар ўқитувчи олдинлари ҳеч қачон компьютер билан мулоқат қилмаган бўлса, у ҳолда унга бошланғич билимларни ҳам бериш жуда қийинчилик билан кечади. Аммо бошланғич кўникмалар унда мавжуд бўлса, у ҳолда оддий дастурий таъминотни ўз фаолиятида дарсларда қўллаш унчалик муаммо туғдирмайди. Кўпчилик мутахассислар фикрича ёшлар компьютер техникаларини тез ўзлаштириб олмоқда деган фикрлар мавжуд. Бу мавжуд ҳақиқат албатта. Аммо ўқувчи компьютердан қай мақсадда фойдаланипти ва у салбий турли кераксиз компьютер ўйинлари ҳамда жангари фильмларни томоша қилмаяптими? Бу ўринли ва аини кунда долзарб муаммо. Шу муаммо тўғри ечилса, келгусида компьютерни ўзлаштирмаган мутахассис бўлмайди.

2. Маблағ муаммоси. Барча турдаги мураккаб техник жиҳозлар катта пул эвазига харид қилинади. Жумладан компьютер, проектор, интерфаол доска ёки планшетлар ҳам бундан мустасно эмас. Албатта бу жиҳозлар бир маротоба сотиб олинсада, мактаб доирасида улар эришиш қийин бўлган қийматга эгадир. Бу муаммонинг барча томонлари эмас. Улардан оқилана фойдаланиш, узлуксиз электрэнергиясини таъминлаб бериш, ўқувчиларни улар билан тўғри муомала қилишга тайёрлаш ва ҳ.к.

3. Толиқтириш. Энг сўнги замонавий компьютерлар ва компьютер технологияларидан фойдаланаётган бўлсақда, замонавий мониторлардан нурланиш даражаси деярли йўқ деганимиз билан уларнинг қаршида узок ўтириб ишлаш яхшиликка етакламайди. Айниқса энг катта зарар кўрувчи аъзоларимиздан бўлган кўзларимиз толиқиши натижасида шабқўрлик (близорукост)ка олиб келади, шунинг учун ҳам компьютерлар иштирокидаги дарсларнинг давомийлигини кескин назорат остига олиш керак. Мулоқатлар жараёнида компьютер технологияларининг қўлланилиши натижасида содир бўлиши мумкин бўлган ижобий ва салбий оқибатларини ҳамда худди шундай компьютернинг инсон соғлигига таъсирини қуйидаги жадвалларда келтириб ўтамиз:

Оқорида қайд этилган маълумотларга таяниб шундай хулосаларга келиш мумкин: Мактабда дарс машғулотлари чоғида компьютер техноло-гияларини қўллаш қондасига риоя қилган ҳолда ва тўғри ёндошиш орқали олиб борилса, дарснинг имкониятларини янада кенгайтиради, қизиқарлилигини оширади ва сифатли ўқитишни таъминлайди.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАБОТКИ ВИДЕОСИГНАЛОВ

Рустамов М.М., Гуламов Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность обработки видеосигналов обусловлена современными требованиями в области обработки полезных видеосигналов. По состоянию на сегодняшний день необходимость в цифровой обработке видеосигналов велика, существует большой нерешенный спектр задач, связанных с распознаванием полезных видеосигналов на фоне общего потока видеoinформации.

Сначала цифровой видеосигнал использовался для передачи телевизионного изображения стандартного разрешения. С таким разрешением работает и аналоговый видеосигнал. Поэтому цифровой видеосигнал на первых порах рассматривался как цифровой эквивалент стандартного аналогового видеосигнала. Фактически необходимо было иметь возможность производить аналого-цифровое и цифроаналоговое преобразование стандартного видеосигнала таким образом, чтобы при преобразовании не было потерь качества телевизионного изображения.

Цифровая обработка видеoinформации является одним из важнейших направлений в информационных технологиях, служащая для реализации функций искусственного интеллекта, связанных с обработкой статических изображений и видеопотоков.

При решении поставленных задач важное значение имеет такое понятие как видеоаналитика.

Видеоаналитикой называют технологию компьютерного анализа видеоданных с целью получения систематизированной информации об объекте наблюдения без участия оператора. Как правило, видеоаналитика представляет собой программные алгоритмы, которые можно запускать как на компьютерах, так и встраивать в камеры

Следует отметить, что часто применяемые аналоговые видеосигналы во многих случаях искажают видеосигналы, при этом четкость изображения сильно ухудшается, поэтому возникает необходимость обработки видеосигналов и перевод их в цифровой режим.

В случае использования цветного изображения в видеосигнал дополнительно включаются сигналы цветности и цветовой синхронизации. В настоящее время используются три стандарта цветного видеосигнала – SECAM, PAL и NTSC.

Цифровой видеосигнал получается из аналогового видеосигнала путем преобразования его в цифровую форму. Это преобразование включает в себя три операции:

1. Дискретизацию во времени, т.е. преобразование непрерывного во времени видеосигнала в последовательность отсчетов, обновляющихся через определенные промежутки времени.

2. Квантование по уровню – замена непрерывной шкалы амплитуды видеосигнала на выбранный набор уровней квантования с округлением значения каждого отсчета до ближайшего уровня квантования.

3. Кодирование отсчетов, в результате которого значение отсчета представляется в виде числа, соответствующего номеру полученного уровня квантования.

С учетом того, что многие современные медицинские оборудования снабжены видеосистемами, возникает необходимость получения качественного изображения различных органов, например, при хирургическом вмешательстве. Поэтому при осуществлении обработки видеосигналов в оборудованных, используемых в медицине, целесообразно учесть вышеприведенные методы обработки видеосигналов.

ЗАМОНАВИЙ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР АСОСИ
Сайдуллаев Т.С., Курбонова Н.К., Муминова К.Т., Юнусова Д.Д.
Андижон давлат тиббиёт институти

Таълим технологиясининг предмети – таълим тизимининг концептуал асосларига мос келтиришдан, мақсадларни аниқ қўйишдан, натижаларни шакллантиришдан, ўқув материали, моделини танлашдан, то уларни амалга оширишгача, уларнинг муқобиллиги ва самарадорлик даражасини баҳолаш ҳамда лойиҳалашдан иборат.

Ўзбекистоннинг биринчи президенти И.А.Каримов таълим тушунчасига миллий дидактик нуқтаи-назардан ёндашиб, қуйидагича таърифлайди: “Таълим, Ўзбекистон халқи маънавиятига яратувчилик бахш этади. Ўсиб келаётган ёш авлодни барча энг яхши имкониятлари унда унда намоён бўлади, касб-кори, илмий салоҳияти, маҳорати узлуксиз такомиллашади, катта авлодларнинг доно тажрибасини англаб олиб, келгуси авлодга етказилади”. Шундай экан, бу мақсадларни амалга ошириш таълимнинг янги моделини яратишни тақозо қилади. Моделни амалиётга татбиқ этиш ўқув жараёнини технологиялаштириш билан узвий боғлиқдир.

“Кадрлар тайёрлаш миллий дастури”да “Ўқув-тарбиявий жараёни педагогик технологиялар билан таъминлаш” босқичи-босқич бажариладиган жиддий вазифалардан бири сифатида белгиланганлиги ҳам бежиз эмас.

Замонавий таълим технологияларидан ўқув жараёнида ўқитишнинг шахсга йўналтирилган технологиялари асосида амалга оширилиши лозим.

Таълим жараёнида шахс объект эмас, субъект ҳисобланади. Ҳар бир таълим олувчи қобилиятга эга, қўпчилиги эса истеъдод эгаси ҳисобланади. Уларда диний ҳамда дунёвий билимлар, миллий қадриятлар мужассам. Юқори этник қадриятлар- сазийлик, муҳаббат, меҳнатсеварлик, виждон қабилар шахснинг устувор хислатлари саналади.

Замонавий таълим технологиялари ҳақида тушунчага эга бўлиш, педагог ва талабалардан катта масъулият талаб қилади. Таълим соҳаси инсон дунёқарашининг шаклланиши, жамият ва шахснинг ўзаро муносабати ҳамда билиш фаолияти муаммоларини ўрганувчи қатор фанлар билан алоқадор. Таълим жараёнининг стандарти асосида мазмун, шакл ва усуллари илғор ривожланган хорижий давлатлар эришган ютуқларини қўллаган ҳолда ҳаётга татбиқ этила бошлади. Буларнинг барчаси илмий салоҳият ва билим даражасини юксалтириш, кўникма, малака ва маънавият даражасига етказишда замонавий таълим технологияларининг зарурлиги илмий тарзда асосланиши керак.

О МОДЕЛИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.
Сайдуллаев Т.С., Мўминова К.Т., Курбанова Н.К., Юнусова Д.Д.
Андижанский государственный медицинский институт

Атеросклероз, одно из его следствий – ишемическая болезнь сердца является распространенным и тяжелым системным заболеванием, характеризующимся высокой летальностью и ранней инвалидизацией людей творчески активного возраста.

За последние годы исследователи приходят к заключению о необходимости концентрации усилий на изучение биохимических аспектов атеросклероза и, в частности, на раскрытие механизмов нарушений активности ферментных систем при атеросклерозе.

Важной предпосылкой успешного изучения заболеваний человека является возможность их моделирования в эксперименте на животных. Попытки воспроизвести атеросклероз на животных различных видов предпринимались неоднократно, причем характер экспериментальных воздействий, которым подвергали животных, отражал всегда мнение авторов о ведущих факторах в патогенезе атеросклероза.

Согласно современным представлениям, в основе пато- и морфогенеза атеросклероза лежит воздействие избыточной концентрации холестерина в крови (гиперхолестеринемия) на структурно-функциональные свойства биомембран клеток.

На основе этих представлений логично использовать для моделирования атеросклероза в эксперименте на животных гиперхолестеринемия. Действительно, в практике экспериментальной работы как в нашей стране, так и за рубежом до настоящего времени широко используют алиментарную гиперхолестеринемия (вызываемую у кроликов кормлением обогащенной холестерином пищей) в качестве экспериментальной модели атеросклероза. По современным представлениям, и без атерогенных липопротеидов не может быть атеросклероз.

За последние годы все больше признание и экспериментальное подтверждение получает перекисная теория патогенеза атеросклероза. Согласно этой теории, основанной на учении академика Н.М.Эмануэля о свободно-радикальных окислительных процессах в биологических системах, при атеросклерозе имеет место значительное усиление процессов свободно-радикального перекисного окисления липидов в организме. В результате, в биомембранах, в частности, в биомембранах клеток кровеносных сосудов, изменяются свойства не только липидного компонента, но и каталитически активных белков, образуя как гидроперекиси высших непредельных жирных кислот, входящих в состав фосфолипидов, так и продукты их окислительного разрушения – углеводороды, альдегиды и другие соединения. Образующиеся при перекисном окислении липидов альдегиды имеют важное значение в синтезе поперечных связей

между липидами и белками, в частности, такими соединительно-тканными белками, как эластин и коллаген стенок кровеносных сосудов, что имеет, очевидно, важное значение в патогенезе атеросклероза.

Проблема атеросклероза очень важна для современного здравоохранения вообще, и в частности, для здравоохранения Узбекистана, в том числе и для повседневной работы врачей, обслуживающих население Ферганской долины.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ЭФФЕКТИВНОЙ АНТИИНФЕКЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ МЕДПЕРСОНАЛА

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Бутабаев М.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Дать анализ характеристики мер эффективной антиинфекционной защиты медперсонала стационара.

Материал и методы исследования. С этой целью было проведено анкетирование врачей стационара. Проанализированы данные опроса 48 врачей. Врачам было предложено ответить на вопросы, касающиеся их условий труда, отношения к специальности, профессиональной компетентности по профилактике ВБИ и другие. Анкета содержала 16 вопросов.

Результаты и их обсуждение. На вопрос: «Какие факторы отрицательно влияют на качество профилактики ВБИ?» ответы респондентов были следующие: недостаточная оснащённость медоборудованием, внедрение новых методов диагностики и лечения (50,3%), высокая нагрузка (12,3%), несколько вместе (29,5%), отсутствие материального стимулирования (4,5%), недостаточный контроль за работой врача со стороны заведующего (3,4%), недостаточная квалификация врачей (1,1%), не знает причин (14,8%). Знание врачей о длительности мытья рук выявило, что лишь 33% врачей знают длительность мытья рук.

При анализе причин невыполнения рекомендаций по мытью рук самими врачами обнаружено, что у 23,8% - вера в то, что перчатки предоставляют полную защиту, у 12,3% - сомнения относительно эффективности мытья рук в предотвращении инфекций, у 4,5% - частое мытье раздражает кожу рук, повреждает ногти и лак на ногтях, у 2,3% - ощущение, что коллеги и руководители сами не выполняют рекомендаций по мытью рук, нехватка времени (11,7%), ограниченный доступ к раковинам и водопроводной воде (1,1%), у 29,5% - многие причины, у 14,8% - нет ответа.

На вопрос: «Как Вы думаете, с чем связано выявление инфекционных заболеваний в отделениях?» респонденты ответили следующим образом - 31,8% - неполный сбор эпиданамнеза медперсоналом, 27,3% - несколько перечисленных причин в совокупности, 20,4% - отсутствие экспресс-методов лабораторной диагностики, 16,0% - безответственность медперсонала приёмного отделения и 4,5% - не знает.

На вопрос: «В какой мере Вас удовлетворяют санитарно-гигиенические условия труда (шум, вентиляция, освещение, санитарное состояние)?» респонденты дали следующие ответы - вполне удовлетворяют - 47,7%, частично удовлетворяют - 44,4%, затруднились ответить - 4,5%, не удовлетворяют - 3,4%. Можно заключить, что основную массу медперсонала условия удовлетворяют (92,1%), разница существенна ($P < 0,01$).

На вопрос: «Что Вы считаете первоочередным для повышения эффективности и улучшения качества противоэпидемической работы медперсонала?» респонденты ответили так: повышение обеспечения инструментарием, лекарствами (18,2%), улучшение технического оснащения рабочих мест, улучшение условий труда (17,2%), повышение оплаты труда и улучшение материального положения (11,3%), укрепление дисциплины (3,4%), улучшение взаимоотношений между медперсоналом, администрацией (1,1%), улучшение качества профессионального образования (1,1%), несколько вместе (46,6%), не знает (1,1%).

Выводы. Анализ характеристики мер профилактики ВБИ выявил, что в 36,3% - это компетентность медперсонала по госпитальной инфекции, в 17,8% - СИЗ, в 9,1% - современное оборудование и реактивы, в 5,7% - контроль над пациентами и их родственниками, в 4,5% - улучшение условий работы медперсонала, в 29,5% - несколько вместе и в 1,1% - не знает.

ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТАЦИОНАРА

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Бутабаев М.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. В значительной мере качество стационарной помощи зависит от медицинских кадров, повышения уровня профессиональной компетентности, мотивации деятельности, удовлетворенности своим трудом, трудового настроя в коллективе. Социально-гигиенические методы исследования позволяют получить адекватную качественную оценку деятельности врачебного персонала по профилактике ВБИ.

Материал и методы исследования. С этой целью было проведено анкетирование врачей стационара. Проанализированы данные опроса 48 врачей. Врачам было предложено ответить на вопросы, касающиеся их условий труда, отношения к специальности, профессиональной компетентности по профилактике ВБИ и другие. Анкета содержала 16 вопросов.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время уделяется большое внимание качеству медицинской помощи, определение это знает основная масса врачей (95,5%) и только 4,5% - не знает, разница существенна ($P < 0,01$). Большинство респондентов (72,7%) удовлетворены существующей системой контроля качества в отношении

профилактики ВБИ, 14,8% - не удовлетворены и затруднились ответить – 12,5%. 10,2% врачей считают, что для обеспечения качества профилактики госпитальной инфекции должны принимать участие главный врач, заместитель и завотделением, 20,5% считает - врач-эпидемиолог, 43,2% - врач-эпидемиолог и ст.медсестра, 25% - весь персонал и 1,1% - не знает. Т.е. большинство респондентов не знает ответственных за эпиднадзор.

Анализ мероприятий при медицинской аварии для профилактики инфекций, передающихся через кровь (ВИЧ, СПИД, ВГВ, ВГС) показал, что 37,2% врачей считает, что надо использовать периферические катетеры и катетер в центральную вену, 66,7% - имея многолетний опыт, выполняет процедуры так, чтобы не допустить медаварии, 11% - использовать многие методы и 1,1% - не знает. Отсюда видно, что 98,9% респондентов знает эти мероприятия, разница статистически существенна ($P < 0,01$).

94,4% респондентов ответили, что за профилактической вакцинацией сотрудников отделения и использованием иммунобиологических препаратов проводит контроль заведующий. Случаи нагноения после лечения врачи связывают в 36,4% с недостаточной стерилизацией операционного материала и инструментария, в 17,8% - неполная обработка операционного поля со стороны хирурга, в 14,8% - проведением антибактериального лечения, в 31% - несколько факторов вместе. 60,2% респондентов считает, что на заражение ВБИ влияет комплекс факторов, в 17% случаев - неадекватная техника проведения инвазивных манипуляций: лечебных и диагностических процедур, в 7,9% - неадекватная асептика, стерилизация, недостаточная дезинфекция, в 7,9% - пациенты, в 5,9% - недостаточная обработка рук и не знает – 1,1%. 82,9% респондентов имели полное представление о резистентности к антимикробным и антисептическим препаратам основных возбудителей ВБИ, у 17,1% - нет полного представления, разница существенна ($P < 0,05$).

Выводы. Отрицательно влияют на качество профилактики ВБИ недостаточная оснащённость медоборудованием, внедрение новых методов диагностики и лечения, высокая нагрузка персонала, отсутствие материального стимулирования, недостаточный контроль за работой врача со стороны заведующего и квалификация медперсонала.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭПИДОТДЕЛА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Холмирзаева С.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Целью работы эпидемиологического отдела является снижение инфекционной заболеваемости в больнице, предупреждение групповой и вспышечной заболеваемости. Эпидотдел организует и контролирует выполнение профилактических и противоэпидемических мероприятий, своевременность выявления и учёта инфекционных заболеваний, проведение необходимого лабораторного обследования, первичных противоэпидемических мероприятий, планирует соответствующие профилактические и противоэпидемические мероприятия, включая плановую и экстренную специфическую иммунизацию, организует выполнение действующих приказов по инфекционным и паразитарным заболеваниям и соблюдению дезинфекционного режима; организует обучение медицинского персонала (дифференцированно врачей, среднего и младшего персонал) по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний, соблюдению дезинфекционного режима.

Материал и методы исследования. Ретроспективный анализ противоэпидемической деятельности эпидотдела нами проведен согласно изучению отчётных данных о больных, медперсонале и подразделений ЦСО.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований крови персонала отделений клиники на маркеры вирусных гепатитов В и С за 2009-2011, 2013-2015 гг. выявили, что за отчётные годы у персонала положительные пробы обнаружены в 5,1%. Необходимо отметить, что носительство по годам уменьшается, разница статистически существенна ($P < 0,01$). За сравниваемые годы у персонала чаще обнаружено носительство гепатита С, нежели В, хотя разница не существенна ($P > 0,05$). При анализе на носительство выявлено, что на первом месте находится средний медперсонал (36,4%), дальше идут врачи (32%), затем санитарки и вспомогательный персонал (31%). При анализе по отделениям выявлено, что чаще встречается носительство у персонала реанимации, операционного блока, лимфологии, хирургических отделений, урологии, офтальмологии, лор, гематологии, неврологии, реже в приёмном, во 2 терапии и бальнеофизиотерапии. В других отделениях положительная проба не обнаружена.

Анализ крови на ВИЧ у персонала в динамике показал рост числа обследованных по годам, разница существенна ($P < 0,01$). Результаты анализа мазков на носительство стафилококка у медперсонала отделений по годам показал, что за 6 лет взято мазков 3796 и положительные результаты в 408 случаях (10,7%). С годами количество анализа мазков увеличивается и отмечается рост положительных результатов. Вероятно, это связано с большим ответственным отношением персонала к анализам и контролю со стороны эпидотдела. Чаще обнаружено носительство стафилококка среди медперсонала в отделениях реанимации, диагностики, офтальмологии, в хирургических отделениях, искусственной почке, в приёмном отделении, урологии, лор, в лимфологии. Согласно отчётным данным ЦСО по предстерилизационной очистке, всего за 3 года (2009, 2010 и 2011 гг.) проведено обследований 123729 образцов обеззараженного инструментария на наличие остатков крови. Результаты показали, что только в 27 случаях (2009 г.) обнаружены положительные результаты.

Выводы. Вышесказанное требует усиления жёсткого контроля над персоналом со стороны зав.отделениями, старших медсестёр и эпидотдела.

АНАТОМОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОДА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ

Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Установить взаимосвязь морфологических и морфометрических характеристики пищевода с параметрами грудной клетки и туловища у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования: проведено иммуногистохимическое исследование и получены данные об особенностях экспрессии антигена Ю-67 и цитокератинов 5 и 14 в эпителии пищевода у детей грудного возраста.

Результаты исследования: Диафрагмальное сужение (диаметром $4,0 \pm 0,05$ мм) определяется в периоде новорожденности. Начало формирования бронхиального сужения (диаметром $4,5 \pm 0,07$ мм) приходится на возрастной период от 10 суток до 1 месяца, фарингеального сужения (диаметром $6,1 \pm 0,07$ мм) - на период от 1 до 3 месяцев.

4. Расширения пищевода выявляются в течение всего первого года жизни: наружный диаметр верхнего расширения возрастает с $7,0 \pm 0,07$ до $14,0 \pm 0,08$ мм, нижнего - с $7,0 \pm 0,04$ до $15,0 \pm 0,04$ мм.

5. Для пищевода и его структурных компонентов характерны топографические изменения, зависящие от возраста ребенка, что является объективным диагностическим критерием оценки его нормального развития.

6. Возрастная динамика микроскопической анатомии пищевода детей грудного возраста выражается различиями в строении и величине его оболочек, вариабельностью качественного и количественного состава его структурных компонентов. Толщина стенки пищевода в течение первого года жизни увеличивается с $497,77 \pm 5,2$ до $3143,27 \pm 5,8$ мкм.

7. В возрасте до шести месяцев жизни выраженная экспрессия цитокератинов 5 и 14 отмечается во всех слоях эпителия пищевода; индекс пролиферации эпителия достигает $1,6 \pm 1,14$. В возрасте старше шести месяцев экспрессия цитокератинов 5 и 14 выявляется в базальном и шиповатом слоях эпителия; индекс пролиферации достигает $0,6 \pm 0,54$.

8. Полученные данные о возрастной анатомии пищевода на первом году жизни позволяют повысить точность диагностики и оценку патологических изменений в пищеводе для выполнения оптимальных хирургических доступов и оперативных приемов.

Выводы: 1. Анатомометрические особенности развития грудной клетки и туловища у детей первого года жизни характеризуются следующими периодами: а) период интенсивного роста {от 3 до 6 месяцев), проявляющийся наиболее выраженным увеличением окружности грудной клетки и длины туловища; б) период замедления темпов увеличения окружности на фоне продолжающегося интенсивного роста туловища (от 6 до 8 месяцев); в) период замедления темпов увеличения окружности на фоне умеренного роста туловища {от 10 до 11 месяцев).

2. Возрастные особенности макроскопической анатомии пищевода на первом году жизни заключаются в различии длины органа (которая увеличивается с $10,6 \pm 0,1$ до $19,0 \pm 0,1$ см) и его отделов, а также вариабельности наружных диаметров и уровней расположения сужений и расширений. Прирост анатомометрических параметров пищевода находится в прямой зависимости от развития грудной клетки и туловища.

МОРФОЛОГИЯ КРАНИАЛЬНОГО ШЕЙНОГО УЗЛА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕГО НЕЙРОНОВ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ КРЫСЫ

Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить морфологию краниального шейного узла и функциональные характеристики его нейронов в постнатальном онтогенезе крысы

Материалы и методы: исследование проведено с использованием классических нейроморфологических, иммуногистохимических и электрофизиологических методов. При изучении вариантов отхождения нервов от ганглия применялся метод препарирования. Для выявления нейрхимического состава нейронов узла применялся иммуногистохимический метод с использованием двойного меченых антителами и последующей флуоресцентной микроскопией. Определение морфометрических свойств нейроцитов производилось при помощи компьютерных программ анализа изображений. Фоновая активность отдельных нейронов и волокон определялась электрофизиологическими методами.

Результаты исследования: результаты показали, что краниальный шейный ганглий крысы, характеризуется вариабельностью форм, расположения относительно бифуркации общей сонной артерии и характером отхождения ветвей. Наиболее распространенной является веретенообразная форма, представляющая в сечении эллипс. Форма в виде песочных часов встречается у 10-суточных и более взрослых животных в меньшем проценте случаев.

В постнатальном онтогенезе закономерно с увеличением длины и массы животного возрастают размеры и объем краниального шейного узла. Длина узла в ходе возрастного развития увеличивается в два раза, ширина - в полтора раза, толщина - в два раза, в то время как длина крысы — в четыре раза. Объем узла возрастает восьмикратно. У человека симпатические ганглии приобретают размеры, свойственные взрослым, к 8-13 годам. Размеры узлов к этому

времени возрастают вдвое по сравнению с новорожденными. Таким образом, анатомически краниальный шейный ганглий, у млекопитающих является-достаточно сформированным к моменту рождения:

Тем не менее, топография краниального шейного ганглия, в онтогенезе не остается, постоянной. В первые 10 суток после рождения узел смещается в краниальном направлении по отношению к бифуркации общей сонной артерии.

У крысят разного возраста наблюдались вариации в числе отходящих ветвей от краниальной, каудальной и средней трети ЮНГ. Нами обнаружено три варианта отхождения ветвей от краниальной трети узла. При этом от краниальной трети ганглия отходит внутренний сонный нерв, а также могут быть дополнительные ветви: ветвь к подъязычному нерву и одна дополнительная ветвь, лежащая между ними, идущая в область яремногоотверстия. Имеется два варианта отхождения ветвей от средней части ганглия, когда раздельно отходит наружный сонный нерв, а также вариант, когда могут раздельно начинаться наружный сонный нерв, несколько ветвей к блуждающему нерву, и к глотке. От каудальной трети отходили одна или две ветви к краниальнойщитовидной артерии.

Выводы: 1 В постнатальном онтогенезе происходят морфологические изменения краниального шейного ганглия, сопровождающиеся I появлением формы в виде песочных часов у 10-суточных и более взрослых животных. После рождения, узел смещается в краниальном направлении по отношению к бифуркации общей сонной артерии.

2. Наблюдаются вариации в, числе отходящих ветвей от краниальной (три варианта), каудальной (два варианта) и средней трети (два варианта) краниального шейного ганглия. В отношении вариантов ветвей, отходящих от краниальной и каудальной трети ганглия, не наблюдается возрастных различий. У 10-суточных и более взрослых животных, число ветвей, отходящих от средней трети ганглия, увеличивается по сравнению с новорожденными животными.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ МУЖЧИН

Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности строения длинных трубчатых костей верхней конечности мужчин.

Материалы и методы исследования: Проведено комплексное изучение длинных трубчатых костей верхней конечности на примере мужчин г. Андижана разных соматотипов.

Результаты исследования: длинные трубчатые кости верхней конечности (плечевая, лучевая, локтевая) мужчин грудного соматотипа характеризуются слабым развитием общей рельефности (1,93+0,126; 1,74+0,106; 1,93+0,126), средними значениями длиннотных параметров (332,96+3,47мм; 251,66+2,65мм; 267,59+2,94мм), наименьшими величинами широтных размеров (21,3 8+0,44мм; 16,62+0,40мм; 15,38+0,3мм) и окружностей (66,29+1,14мм; 48,59+1,30мм; 38,08+1,58мм), наименьшей толщиной компактного вещества стенок диафизов (4,57+0,10мм; 3,90+0,11мм; 3,94+0,10мм) с высокой степенью их минерализации. Плечевые кости в 44,4% случаев имеют округлую, лучевые в 40,7% - каплевидную, локтевые в 44,4% - треугольную формы поперечного сечения диафизов.

Длинные трубчатые кости верхней конечности мужчин мускульного соматотипа имеют наибольшую выраженность рельефа (2,41+0,106; 2,3+0,106; 2,19+0,126), наибольшие величины длиннотных (341,4+2,9мм; 258,03+1,65мм; 278,37+1,77мм), широтных размеров (23,82+0,38мм; 17,93+0,26мм; 16,35+0,43мм) и окружностей (75,96+0,15мм; 52,85+0,91мм; 52,88+0,82мм), наибольшую ширину компактного вещества стенок диафизов (4,92+0,22мм; 4,36+0,13мм; 4,19+0,12мм), с низкой степенью их минерализации. Плечевые кости в 55,6% случаев имеют треугольную, лучевые в 40,7% - каплевидную, локтевые в 37% - треугольную формы поперечного сечения диафизов.

Развитие рельефности плечевых, лучевых и локтевых костей мужчин брюшного соматотипа оценивается в 2,18+0,136; 2,05+0,146; 2,09+0,11 баллов. Остеометрические параметры (длиннотные, широтные и окружности) у них достоверно меньше, чем у мужчин мускульного соматотипа, но больше в сравнении с представителями других типов телосложения. Внутренняя структура характеризуется наибольшими показателями поперечного диаметра костно-мозгового канала лучевых и локтевых костей (7,86+0,32мм; 6,04+0,41мм). Плечевые кости в 54,6% случаев имеют треугольную, лучевые в 63,6% - треугольную, локтевые в 45% -рельефную формы поперечного сечения диафизов.

Длинные трубчатые кости верхней конечности мужчин неопределенного соматотипа имеют слабую выраженность рельефа (1,9+0,76; 1,9+0,176; 1,71+0,126) и наименьшие значения остеометрических показателей плечевой кости: длиннотных (322,66+3,88мм) и сагиттальных (22,36+0,4мм). Внутренняя структура костей характеризуется наименьшими значениями размеров костно-мозгового канала плечевой и лучевой костей (12,14+0,31мм; 6,43+0,32мм)- Плечевые кости в 52,4%, лучевые и локтевые в 47,6% случаев имеют треугольные формы поперечного сечения диафизов.

Выводы: 1. Микроэлементный состав плечевых костей мужчин грудного и неопределенного соматотипов характеризуется преобладанием алюминия и меди, стимулирующих рост костей в длину, что обеспечивает их грацилизацию. Плечевые кости представителей мускульного и брюшного соматотипов имеют высокие количественные показатели кремния с тенденцией к понижению алюминия и меди, обеспечивающих их рост, как в длину, так и в ширину.

2. Длина тела мужчин имеет достоверно сильные положительные корреляционные связи с длиннотными размерами костей верхней конечности. Длиннотные параметры костей положительно коррелируют между собою, с

показателями минерализации и имеют обратную корреляционную зависимость с толщиной компактного вещества в стенках диафизов.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-морфологических особенностей строения желчного пузыря и желчных протоков; их топографии, вариантной анатомии у новорожденных, детей и подростков.

Материалы и методы исследования: Метод ультразвукового исследования желчной системы позволяет получить данные, характеризующие анатомическую изменчивость желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков и дополнить представления классической анатомии. В процессе роста ребенка изменяется форма желчного пузыря, его длина, ширина и толщина стенки.

Результаты исследования: у новорожденных детей преобладающей формой печени является продолговатая (55%). В грудном возрасте орган приобретает овальную форму (55,55%). Начиная с периода раннего детства превалирует треугольная форма печени (от 50% у детей первого детского возраста до 76,2% у подростков).

У новорожденных детей преобладают размеры левой доли печени. В процессе роста ребенка соотношения параметров долей печени изменяются в сторону абсолютного и относительного увеличения правой доли. Рост печени происходит наиболее интенсивно в первые 3 года жизни ребенка. Второй период активного увеличения размеров органа наблюдается в возрасте от 9 до 12 лет, что совпадает с периодами интенсивного развития всего организма.

Установлена зависимость формы ворот печени от возраста ребенка. У новорожденных и детей до 4-х лет преобладает закрытая форма ворот с их дорсальным смещением. Открытая форма ворот печени и их срединное положение преобладает у детей, начиная с 4-х летнего возраста.

У детей всех возрастных групп и подростков формирование общего печеночного протока вариабельно; в его образовании принимают участие от 2 до 5 внутривенных протоков, при этом количество протоков, идущих от правой доли печени преобладает.

У новорожденных и грудных детей, а также в периоде раннего детского возраста желчный пузырь проецируется на переднюю брюшную стенку более латерально от среднеключичной линии, чем у взрослых. У детей, начиная с периода первого детства, проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку соответствует таковой у взрослых.

У новорожденных детей отношение ширины желчного пузыря в области его тела к длине составляет 1:4. У детей в периоде раннего детского возраста это соотношение становится 1:3 и в дальнейшем не изменяется при постепенном увеличении абсолютных показателей. Наименьшие возрастные изменения размеров происходят в области шейки желчного пузыря.

Вывод: У детей всех возрастных групп и подростков при ультразвуковом исследовании выявлено, что толщина стенки желчного пузыря не превышает 3 мм. Однако отмечено изменение соотношения толщины его оболочек: начиная с периода первого детства происходит постепенное истончение слизистой оболочки и подслизистой основы с одновременным утолщением мышечной оболочки.

ЧЎКИШЛАРНИНГ ЮЗАГА КЕЛИШ МЕХАНИЗМЛАРИ ТАХЛИЛЛАРИ

Сидиков К., Маматалиева М.А., Мамажонов С., Хакимов З.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Чўкишдан ўлим холатларининг олдини олиш хозирги даврининг энг долзарб муаммоларидан биридир.

Тадқиқот мақсади: чўкишлардан ўлим холатларининг юзага келиши механизмларини ўрганиш.

Тадқиқот объектлари: Андижон вилояти суд тиббиёти экспертизаси бюросида 2010-2015йиллардаги чўкишларда ўлган 400 нафар мурдаларнинг архив материаллари (суд тиббий хулосалар, фотоиловалар, суд - гистологик текширув материаллари). Тадқиқотдан олинган натижалар статистик усули бўйича тахлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: Чўкишларнинг юзага келиш механизмлари ва патоморфологик ўзгаришлар тахлил қилинганда катта ёшли инсонларда 40% холатда чин (аспирацион), 25% холатда ёлғон (асфиктик), 15% синкопал (рефлектор) ва 20% холатларда аралаш типдаги (чин ва ёлғон) чўкишлар кузатилди. 14 ёшдан кичик болаларда эса бу кўрсаткичлар қуйидагича намоён бўлди: 50% холатда чин (аспирацион), 10% холатда ёлғон (асфиктик), 25% синкопал (рефлектор) ва 15% холатларда аралаш типдаги (чин ва ёлғон) чўкишлар кузатилди.

Чўкишларнинг асосий қисми ёз-куз фаслида (80-85%), қолгани қиш-баҳор фаслларига тўғри келди. Мурдаларнинг топилиши 80-90% холатларда 1-қунда, 8% холатларда 1-ҳафтасида, 2% холатларда 2-4 ҳафтада қайд этилди.

Хулоса: Чўкиш кўпроқ ўғил болалар ва 15-30 ёшдаги ўрта ёшли эркакларда кузатилди (3:1). Чўкишлар механик асфиксияларнинг 1/3 қисмини ташкил этиб, катта ёшли инсонларда ва болаларда чин (аспирацион) чўкишлар нисбатан кўпроқ, болаларда ёлғон (асфиктик) чўкишлар камроқ кузатилиши қайд этилди. Синкопал асфиксиялар кўпроқ

юррак кон томирларида касалликлари (гипертония касаллиги, цереброваскуляр касалликлар, ўткир ва сурункали ишемик касалликлар, юрак клапанларининг пороклари ва б.) бўлган инсонларда кузатилди.

КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАР ПЕШОНА СОҲАСИНИНГ КРАНИОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Туланова Д.Я., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К.

Тошкент тиббиёт академияси

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Кичик мактаб ёшидаги болалар калласи юз қисмининг ўсиш кўрсаткичларини ўрганиш.

Текширув объекти ва услублари. Текширув материали сифатида Андижон вилояти Андижон шаҳар шароитида яшовчи кичик мактаб ёшидаги соғлом ўғил ва қиз болалар хизмат қилдилар. Илмий текширув иши Андижон шаҳрида жойлашган умумтаълим мактабларида олиб борилди.

Тадқиқот давомида Г.Г.Автандилов томонидан таклиф қилинган кранио метрик усуллар (1990) ва вариацион-статистик усулдан (А.М.Мерков ва А.Е. Поляков, 1974) фойдаланилди.

Олинган натижалар. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, 7 ёшли ўғил болаларда пешона диаметри ($X \pm m$) $9,0 \pm 0,2$ смга тенг; пешонанинг энг кенг қисмининг ўлчами $13,2 - 0,73$ смга тенг; пешонанинг энг тор қисми кенглиги $11,24 \pm 0,5$ смга тенг.

7 ёшли қиз болаларда пешона диаметри $8,22 \pm 0,23$ смга тенг; пешонанинг энг кенг қисми $13,5 \pm 0,23$ смга тенг; пешонанинг энг тор қисми $12,5 \pm 0,24$ смга тенг.

Ўтказилган илмий-тадқиқот натижаларининг кўрсатишича, 12 ёшли ўғил болаларда пешона диаметри $9,8 \pm 0,29$ смга тенг; пешонанинг энг кенг қисми кенг $14,1 \pm 0,26$ смга тенг; пешонанинг энг тор қисми эса $11,2 \pm 0,18$ смга тенг.

12 ёшли қиз болаларда пешона диаметри $9,54 \pm 0,27$ смга тенг; пешонанинг энг кенг қисми кенг $14,17 \pm 0,24$ смга тенг; пешонанинг энг тор қисми $11,43 \pm 0,2$ смга тенг.

Юқоридаги кўрсаткичларга асосланиб, шуни айтиш мумкинки, 7-12 ёш орасида ўғил болаларнинг пешона диаметри 11 % га, пешонанинг энг кенг қисми ўлчами 10,3 % га ва пешонанинг энг тор қисми ўлчами 7,5 % га катталашади.

7-12 ёш орасида қиз болаларнинг пешона диаметри 19,5 % га ва пешонанинг энг кенг қисми ўлчами 2 % га катталашади.

Хулоса. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, 7 ёшли қиз болалардаги пешонанинг энг тор қисми ўлчами 12 ёшли қизларникидан 1,3 мартаба катта. Бу маълумот ҳозирда Андижон шаҳри шароитида кичик мактаб ёшидаги қизларда пешона соҳасининг ривожланишини жадаллаштираётганлигини билдиради.

Олинган маълумотларни болалар бош соҳасидаги ўсиш жараёнларини таҳлил қилиш ва антропометрик стандартларни ишлаб чиқишда қўллаш мумкин.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛОТНОСТИ НЕЙРОНОВ КОРЫ ЗЕРНИСТОГО СЛОЯ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ У СОБАК

Туланова Д.Я., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить влияние ампутации правой задней конечности у собаки на плотность нейронов зернистого слоя квадратоугольной, верхней полулуной и тонзиллярной долек мозжечка.

Материал и методы исследования. После ампутации задней конечности взяты кусочки из мозжечка дольки и затем эти кусочки фиксировали по С.Б.Дзугаевой (1975). После фиксации кусочки окрашивались по традиционному методу Ниссля. Затем гистологические препараты подвергались цитометрии (по Г.Г.Автандилову 1990). При этом определяли высоту и ширину нейронов, а также плотность в 1 мм^2 по слоям коры дольки мозжечка. Полученные цифровые данные обработаны вариационно-статистическим методом (Г.Ф.Лакин, 1980).

Результаты исследования показали, что плотность нейронов зернистого слоя квадратоугольной дольки мозжечка (ЗКДМ) в обоих полушариях после АПЗКС на 7 сутки почти одинакова с контрольной, $P > 0,05$, но затем на 21 сутки увеличивается на 1/3 правом - от $187,8 \pm 7,24$ до $299,4 \pm 4,54$, $P < 0,001$ и в левом - от $201,9 \pm 3,58$ до $4,37$ штук, $P < 0,01$ и этот показатель сохраняется до 3 месяцев, а на 6 месяце - резко уменьшаясь, становится меньше исходных - до $175,6 \pm 5,3$, $P < 0,001$ и слева - до $189,8 \pm 6,76$ штук, $P < 0,001$, изменений плотности ЗКДМ в обоих полушариях после АПЗКС дугобразный, вершина которой соответствует 21 суткам. Расстояние между нейронами ЗКДМ в правом полушарии после АПЗКС на 7 сутки почти одинаково с контрольной, $P > 0,05$ в левом - уменьшается на 1,4 раза (от $8,05 \pm 0,6$ до $5,65 \pm 0,65$ мкм, $P < 0,01$), затем уменьшаясь, становится наименьшей на 30 сутки справа $P < 0,01$, $P > 0,05$, и на 2 месяце вновь резко увеличивается справа - в 2,4 раза ($2,25 \pm 0,2$ до $5,55 \pm 0,36$ мкм, $P < 0,01$), слева - в 1,8 раза (от $2,7 \pm 0,26$ до $4,54$ мкм). На 3 месяце, по сравнению с 2 месячными, расстояние между ними ЗКДМ в обоих полушариях резко уменьшается (справа - в 1,9 $P < 0,01$, слева - в 1,8 раза, $P < 0,01$), а на 6 месяце вновь нарастает (в правом полушарии - до $5,25 \pm 0,67$, $P < 0,01$ мкм, в левом - до $5,65 \pm 0,65$ мкм, $P < 0,01$). Характер изменений расстояний между нейронами ЗКДМ в обоих полушариях наблюдается в виде буквы «М». Толщина ЗКДМ в обоих полушариях после АПЗКС на 7 сутки, по сравнению с контрольной, нарастает на 1/6 раза (в правом полушарии от $143,4 \pm 1,73$ до $149,0 \pm 5,19$ мкм,

$P < 0,01$, в левом - от $128 \pm 2,69$ до $151,96 \pm 3,58$ м, $P < 0,001$), затем, уменьшаясь в обоих полушариях, вновь становится одинаковой с контрольной, справа $P < 0,01$, а слева $P < 0,001$ и начиная с 30 суток увеличиваясь, достигает своего пика на 2 месяце (справа - $228,3 \pm 3,46$, $P < 0,001$ и слева - до $229,4 \pm 3,03$ мкм, $P < 0,001$), которая сохраняется и на 3 месяце. Толщина ЗКДМ в обоих полушариях после АПЗКС на 6 месяце, по сравнению с 3 месяце уменьшается в 1,9 раза, справа и слева $P < 0,001$. Плотность нейронов верхней полулунной долилки мозжечка (ВПДМ) в обоих полушариях после АПЗКС на 7 сутки почти одинаковая с контрольной и слева $P > 0,05$, затем, увеличиваясь, наибольшей становится на 30 сутки (в правом - от $199,1 \pm 4,64$ до $304,0 \pm 5,73$, $P > 0,05$ и в - от $199,3 \pm 2,95$ штук, до $305,4 \pm 4,09$, $P > 0,05$ исследования, этот сохраняется на 2 и 3 месяцах, а на 6 месяце возвращается к исходному.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ НЕЙРОНОВ ЗЕРНИСТОГО СЛОЯ ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАКИ

Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К.,

Туланова Д.Я.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить динамику параметров нейронов зернистого слоя тонзиллярной долилки мозжечка после ампутации правой задней конечности у собаки.

Материал и методы исследования. После ампутации задней конечности взяты кусочки из мозжечка долилки и затем эти кусочки фиксировали по С.Б.Дзугаевой (1975). После фиксации кусочки окрашивались по традиционному методу Ниссля. Затем гистологические препараты подвергались цитометрии (по Г.Г.Автадилову 1990). При этом определяли высоту и ширину нейронов, а также плотность в 1 мм^2 по слоям коры долилки мозжечка. Полученные цифровые данные обработаны вариационно-статистическим методом (Г.Ф.Лакин, 1980).

Результаты исследования показали, что высота набухших нейронов зернистой тонзиллярной долилки мозжечка (ЗТДМ) в обоих полушариях у собак на 7 сутки, по сравнению с контрольной, увеличивается в 1/4 раза (правом - от $13,5 \pm 0,31$ до $17,4 \pm 0,16$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $14,0 \pm 0,28$ до $15,0 \pm 0,18$ мкм, $P < 0,05$), а ширина - в 1/5 раза (в правом - от $12,35 \pm 0,3$ до $0,3$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $13,1 \pm 0,29$ до $16,05 \pm 0,24$ мкм, $P < 0,001$), высота и ширина уменьшаясь, становятся наименьшими справа на 6 месяце, слева - на 3 месяце. При этом высота набухших нейронов ЗТДМ. в правом полушарии уменьшается на 1/4 раза, $P < 0,05$, в 1/5 раза, $P < 0,001$, а ширина соответственно: на 1/5, $P > 0,05$ и 1/7, $P < 0,1$. Нами выявлено, что высота набухших нейронов ЗТДМ в обоих полушариях слегка интенсивно уменьшается на 2 месяце и становятся одинаковой с контрольной справа - на 6 месяце, слева - на 3 месяце, а ширина уменьшается почти равномерно и становится одинаковой с контрольной в правом полушарии на 6 месяце, слева - на 3 месяце.

Высота и ширина нейронов с набухшими ядрами ЗТДМ в правом полушарии после АПЗКС на 7 сутки, по сравнению с контрольной, нарастают на 1/4 раза (высота - от $13,5 \pm 0,31$ до $17,5 \pm 0,2$ мкм, $P < 0,001$, а ширина — от $12,35 \pm 0,3$ до $16,3 \pm 0,2$ мкм, $P < 0,001$), в левом - высота на 1/4 (от $14,0 \pm 0,26$ до $17,40 \pm 0,21$ мкм, $P < 0,05$), а ширина на 1/5 раза (от $16,1 \pm 0,29$ до $16,15 \pm 0,18$ мкм, $P < 0,001$), затем, уменьшаясь, высота и ширина-справа - на 1/5 раза, $P < 0,05$, слева - высота - на 1/5 раза, $P < 0,001$, а ширина - в 1/7 раза $P > 0,05$ на 3 месяце становятся почти одинаковыми с контрольными.

Высота и ширина нейронов с деформированными ядрами ЗТДМ в правом полушарии после АПЗКС на 7 сутки, по сравнению с контрольной, увеличиваются на 1/4 раза (высота - от $13,5 \pm 0,31$ до $17,3 \pm 0,29$ мкм, $P < 0,001$, а ширина - от $12,35 \pm 0,3$ до $16,5 \pm 0,29$ мкм, $P < 0,001$), в левом - высота также на 1/4 раза (от $14,0 \pm 0,26$ до $17,2 \pm 0,31$ мкм, $P < 0,1$), а ширина от $14,10 \pm 0,29$ до $6 \pm 0,29$ мкм, $P > 0,001$. Высота нейронов с деформированными ядрами ЗТДМ в правом полушарии после ампутации уменьшаясь (на 1/4 раза), на 6 месяце становится одинаковым с контрольной, $P < 0,05$, в левом - (в 1/5 раза) на 3 месяце, $P < 0,001$, при ширине уменьшаясь справа (в 1/5 раза, $P < 0,01$), на 6 месяце - почти одинаковая с контрольной, $P > 0,05$, слева - (в 1/7 раза) на 3 месяце, $P > 0,05$. Нами выявлено, что высота нейронов с деформированными ядрами в обоих полушариях после АПЗКС интенсивно уменьшается на 2 месяце, уменьшение ширины происходит справа на 3 месяце, слева - почти остается равномерным.

Вывод. Морфологические и морфометрические изменения происходят гетеродинамично и гетерохронно.

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ НЕЙРОНОВ ЗЕРНИСТОГО СЛОЯ ВЕРХНЕЙ ПОЛУЛУННОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАКИ

Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К., Туланова Д.Я.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить изменения параметров нейронов зернистого слоя верхней полулунной долилки мозжечка после ампутации правой задней конечности у собаки.

Материал и методы исследования. После ампутации задней конечности взяты кусочки из мозжечка долилки и затем эти кусочки фиксировали по С.Б.Дзугаевой (1975). После фиксации кусочки окрашивались по традиционному методу Ниссля. Затем гистологические препараты подвергались цитометрии (по Г.Г.Автадилову 1990). При этом определяли высоту и ширину нейронов, а также плотность в 1 мм^2 по слоям коры долилки мозжечка. Полученные цифровые данные обработаны вариационно-статистическим методом (Г.Ф.Лакин, 1980).

Результаты исследование показали, что высота и ширина набухших нейронов зернистого слоя верхней полулунной долилки мозжечка (ЗВПДМ) в правом полушарии после ампутации на 7 сутки увеличиваются в $\frac{1}{4}$ раза (высота - от $13,4 \pm 0,2$ до $17,3 \pm 0,18$ мкм, $P < 0,001$; ширина - от $12,9 \pm 0,26$ до $16,15 \pm 0,27$ мкм, $P < 0,001$), в левом - в 1/5 раза (высота - от $13,75 \pm 0,67$ до $16,4 \pm 0,41$

мкм, 0,001; ширина - от $13,0 \pm 0,29$ до $15,95 \pm 0,27$ мкм, $P < 0,01$), затем, уменьшаясь (в 1/5 раза) высота на 3 месяце, а ширина - на 6 месяце становятся одинаковыми с контрольной. Следует отметить, что высота и ширина набухших нейронов ЗВПДМ после ампутации на 2, 3, и 6 месяцах становятся равными с контрольной и наиболее интенсивное уменьшение высоты наблюдается на 2 и 3 месяцах, а ширины - на 3 месяце. Высота нейронов с набухшими ядрами ЗВПДМ в обоих полушариях после ампутации на 7 сутки, по сравнению с контрольной, увеличивается в 1/4 (в правом - от $13,4 \pm 0,2$ до $17,45 \pm 0,29$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $13,75 \pm 0,67$ до $17,60 \pm 0,3$ мкм, $P > 0,001$), а ширина - в 1/5 раза (в правом - от $12,9 \pm 0,26$ до $16,4 \pm 0,24$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $13,0 \pm 0,29$ до $16,45 \pm 0,22$ и, $P > 0,001$), затем уменьшается (справа - в 1/5 и слева - в 1/4 раза). Отмечено, что высота и ширина незначительно уменьшаются на 2 месяце. Высота и ширина нейронов с деформированными ядрами ЗВПДМ в обоих полушариях на 7 сутки после ампутации нарастают на 1/4 раза (высота в правом — от $13,4 \pm 0,2$ до $17,6 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $13,75 \pm 0,67$ до $17,6 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,001$; а ширина соответственно: от $12,9 \pm 0,26$ до $16,6 \pm 0,33$, $P < 0,001$ и от $13,0 \pm 0,29$ до $16,8 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,001$) и остаются без изменений. При этом эти высота и ширина интенсивно уменьшаются на 2 месяце, а характер изменений напоминает перевернутую «клюшку». Высота и ширина гиперхромно окрашенных нейронов ЗВПДМ после ампутации на 7 сутки нарастают в 1/4 раза (высота: в правом полушарии — от $17,14 \pm 0,2$ до $17,15 \pm 0,28$ мкм, в левом - от $13,75 \pm 0,67$ до $17,25 \pm 0,25$ мкм 0,1; уменьшаясь (в 1/5 раза), на 3 месяце становятся одинаковыми с контрольной, а 6 месяце - существенно не изменяются.

КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАР БОШ СОХАСИНИНГ РИВОЖЛАНИШ ДАРАЖАСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К., Туланова Д.Я.
Андижон давлат тиббиёт институти Анатомия
Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқотнинг мақсади. Кичик мактаб ёшидаги болалар калласининг ўсиш кўрсаткичларини аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти ва услублари. Текширув материали сифатида Андижон вилояти Андижон шаҳри шароитида яшовчи кичик мактаб ёшидаги соғлом ўғил ва қиз болаларнинг краниометрик кўрсаткичлари ўрганилди. Илмий текширув иши Андижон шаҳри ХТМФ МТ ва ТЭ бўлими тасарруфидаги 48, 27-сонли умумтаълим мактабларида ва “Наврўз-болажон” хусусий мактабида олиб борилди.

Тадқиқот давомида Г.Г. Автандилов томонидан таклиф қилинган краниометрик усуллар (1990) ва вариацион-статистик усулдан (А.М. Мерков ва А.Е. Поляков, 1974) фойдаланилди.

Олинган натижалар. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, 7 ёшли ўғил болалар калласининг кўндаланг диаметри ($X \pm m$) – $15,6 \pm 0,17$ см га тенг; бўйлама диаметри - $16,2 \pm 0,36$ см га тенг; калла кўрсаткичи - $96,55 \pm 1,05$ см га тенг.

7 ёшли қиз болалар калласининг кўндаланг диаметри – $13,8 \pm 0,3$ см га тенг; бўйлама диаметри $16,18 \pm 0,27$ см га тенг; калла кўрсаткичи эса $91,73 \pm 1,15$ см га тенг.

Ўтказилган илмий тадқиқот натижаларининг кўрсатишича, 12 ёшли ўғил болалар калласининг кўндаланг диаметри - $17,0 \pm 0,24$ см га тенг; бўйлама диаметри – $16,1 \pm 0,34$ см га тенг; калла кўрсаткичи – $99,25 \pm 1,21$ см га тенг.

12 ёшли қиз болалар калласининг кўндаланг диаметри – $15,52 \pm 0,22$ см ни; бўйлама диаметри - $17,1 \pm 0,32$ см ни; калла кўрсаткичи - $91,5 \pm 1,25$ см ни ташкил этади.

Юқоридаги кўрсаткичларга асосланиб, шуни айтиш мумкинки, 7 ёшли ўғил болалар калласининг кўндаланг диаметри худди шу ёшдаги қиз болаларникидан 1,19 баравар катта. Калланинг бўйлама диаметрларида ушбу ёшда жинсга оид кескин тафовут аниқланмайди.

7-12 ёшлар орасида ўғил болалар калласининг кўндаланг диаметри 3,9 % га; бўйлама диаметри 6,5 % га катталашши кузатилса, худди шу давр оралиғида қиз болалар калласининг кўндаланг диаметри 8,1 % га; бўйлама диаметри эса 13,4 % га катталашади.

Хулоса. Демак, тадқиқот натижаларига асосланиб, шуни айтиш мумкинки, 7-12 ёш орасидаги даврда калла суяклари ривожланишининг динамикаси қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан жадалроқ кечади.

Олинган маълумотларни болалар бош соҳасидаги ўсиш жараёнларини солиштирма таҳлил қилишда қўллаш мумкин.

ЎН БЕШИНЧИ СУТКАДА ОҚСИЛ ЮКЛАМАЛИ ТАЖРИБА ГУРУХ ҲАЙВОНЛАРИ ЙЎҒОН ИЧАК ДЕВОРИДАГИ ГИСТОСТРУКТУРАВИЙ СИЛЖИШЛАР

Умарова Н.А., Умарова З.М., Камолдинова Р.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Тажриба ҳайвонлари ўн беш кун давомида оқсил юкломали овқатлантирилгандан сўнг йўғон ичак деворининг гистологик микропрепаратлари ўрганилди. Микропрепаратлар умумгистологик гематоксилин-эозин, Шик, ван Гизон усуллари билан бўяб ўрганилганда ичак девори шиллиқ ва шиллиқ ости пардаларини ўзгаришлари аниқланди.

Шиллиқ парданинг крипта кўрсаткичлари, ундаги энтероцитлар ва кадаҳсимон хужайралар сонининг силжишлари морфометрик текширувлар натижасида аниқланди. Тажрибаларнинг биринчи кундан еттинчи кунга қадар йўғон ичак деавори гистоструктур кўрсаткичларини турли даражадаги ўзгаришлари, силжишлари кузатилди.

Тажрибанинг 15- кунга йўғон ичак девори қалинлиги $345,2 \pm 5,2$ мкм бўлиб бошланғич биринчи кунга нисбатан 9% гача ортган, крипталар чуқурлиги $74,4 \pm 5,2$ мкм бўлиб, бошланғич биринчи кунга нисбатан 14% гача чуқурлашганлиги аниқланди. Шиллиқ ости ва хусусий каватидаги кон томирлар кенгайиши кузатилди. Ичак

капиллярлари диаметри $92 \pm 2,4$ мкмга етди. Шиллик ости каватдаги лимфоид фоликулалар юзаси $140,8 \pm 1,7$ мкмгача бўлиб, еттинчи сутка кўрсаткичларидан бир оз пасайганлиги кузатилди. Шиллик кават хужайралари сони $46,2 \pm 1,2$ тагача бўлиб, улардан $15,9 \pm 3,2$ таси кадаҳсимон хужайраларга, $30,8 \pm 1,6$ таси бошқа хужайраларга тўғри келди.

Хулоса. Тажрибаларнинг биринчи кундан ўн бешинчи кунга қадар йўғон ичак девори гистоструктур кўрсаткичлари турли даражадаги ўзгаришлари, шиллик қават эпителийсини ҳосил қилган энтероцит хужайраларининг сонони 40% гача ортиб, улардан кадаҳсимон хужайралари эса бошланғич 1-кунга нисбатан икки баробар ортган.

ЎТТИЗ КУНЛИК ОҚСИЛ ЮКЛАМАЛИ ТАЖРИБА ГУРУҲИ ҲАЙВОНЛАРИ ЙЎҒОН ИЧАГИДАГИ ГИСТОСТРУКТУРАВИЙ СИЛЖИШЛАР

**Умарова Н.А., Умарова З.М., Камолдинова Р.А., Жалолов И.А.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Тажриба хайвонлари 30 кун давомида оқсил юкламали овқатлантирилгандан сўнг йўғон ичак деворининг гистологик микропрепаратлари ўрганилди. Микропрепаратлар умумгистологик гемотоксиллин-эозин, Шик, ван Гизон усуллари билан бўяб, ўрганилганда ичак девори шиллик ва шиллик ости пардаларининг ўзгаришлари аниқланди.

Шиллик парданинг ворсинка ва крипта кўрсаткичлари, жиякли энтероцит ва кадаҳсимон хужайралар сонининг силжишлари морфометрик текширувлар натижасида аниқланди. Тажрибаларнинг биринчи кундан ўттизинчи кунга қадар йўғон ичак девори гистоструктур кўрсаткичларини турли даражадаги ўзгаришлари, силжишлари кузатилди.

Тажрибанинг 30- кунга йўғон ичак девори қалинлиги бўйича олинган морфометрик кўрсаткичлар тажриба ва назорат гуруҳда таққосланганда, оқсил юкламали гуруҳда 9% гача қалинлиги маълум бўлди. Крипталар чуқурлиги $74,5 \pm 5,2$ мкм бўлиб, ўн бешинчи сутка маълумотларидан деярли ўзгармади. Шиллик ости ва хусусий каватидаги капиллярлари диаметри $92 \pm 2,4$ мкмга етди. Шиллик ости каватдаги лимфоид фоликулалар юзаси $145,8 \pm 1,5$ мкмгача бўлиб, тажриба давомидаги энг юқари даражага етди. Шиллик қават хужайралари сони $40,2 \pm 1,4$ тагача бўлиб, ўн бешинчи суткага нисбатан камайганлиги кузатилди. Асосан кадаҳсимон хужайралари ўн бешинчи суткага нисбатан 2 баробарга камайганлиги кузатилди.

Шундай қилиб, Тажрибанинг ўттизинчи кунга йўғон ичак девори қалинлиги орган, шиллик қават хужайралари сони камайганлиги кузатилди. Кадаҳсимон хужайралар сони ўн бешинчи суткага нисбатан икки баробарга камайган.

НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА

**Хантбаева Г.И., Мамаджанова М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт**

Важным фактором современной духовной жизни является обращение к корневой культуре, к традиции, таящей в себе прочный нравственный потенциал.

С помощью корней, глубинных истоков нашей культуры возможно осуществление главной задачи, стоящей сегодня – воспитание молодёжи, формирование её нравственного облика, её духовности.

Нравственное воспитание студентов в современных условиях не теряют своей актуальности. Это объясняется тем, что во все времена в людях с высшим образованием, особенно в людях в белых халатах, считалось необходимым наличием у них нравственных качеств, как доброта, принципиальность, вежливость, культура общения, организованность, внимательность, правдивость и т.д. Задача нравственного воспитания студентов неразрывно связано с формированием у молодёжи сложной системы ценностей, включающей как общечеловеческие, так и профессиональные качества. Воспитание вышеуказанных качеств является одной из основных направлений, формируемых у студентов нашего института.

На занятиях русского языка организуются и реализуются современные методы и приёмы нравственного воспитания, путём применения новых педагогических технологий, наиболее важными из которых являются:

1. Обращение внимания студентов на нравственные качества известных врачей, ученых при изучении программного материала (Абу Али ибн Сина, Улугбек Беруний, Пирогов и другие) методом « Презентации» и «Т-схема».

2. Организация бесед, пятиминутки, обмен мнениями по вопросам « Каким должен быть врач?», « Какими качествами должен обладать врач?» методом мозгового штурма и «МППО».

3. Изучение языковых средств, выражающих вежливость, уважение, уверенность, сомнение и выполнение ситуационных упражнений в конкретных традиционных ситуациях при обращении врача с пациентом методом « Ролевая игра».

В современных условиях при обучении студентов мы воспитываем в них чувство долга и любви к своей отчизне, уважение к традициям своего народа и народов других стран, стремление к достижению высокого профессионализма, любви к Родине, уважение к традициям и обычаям своего народа и народов других стран.

В нашем институте особое внимание уделяется нравственному и духовному воспитанию студентов, проводятся беседы на различные духовно-воспитательные темы с целью формирования нравственных убеждений. Формирование нравственных понятий при изучении русского языка оказывает всестороннее влияние на личность студента, стимулирует развитие нравственных идеалов, качеств, чувств личности, повышает личную заинтересованность в чтении художественной литературы, помогает осознанию воспитательной роли проводимых мероприятий.

ИЛДИЗ ПЕРФОРАЦИЯСИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Хакимова З.Қ., Хакимов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Тиш илдиз перфорацияси юзага келганда уч хил йўл билан даволанади: консерватив, хирургик, консерватив-хирургик. Перфорацион ёрик каналнинг тож қисмида жойлашса консерватив, каналнинг ўрта қисмида жойлашса, консерватив хирургик, апикал қисмида бўлса фақат хирургик даволаш зарур. Илдизнинг бошланғич қисмида перфорация юзага келганда, у икки усулда даволанади: аввал асосий канал пломбаланади, сўнг перфорацион ёрик. Агар перфорацион ёрик каналнинг ўрта қисмида жойлашса, унда канал вақтинчалик кальций сақловчи пломба ашёси билан пломбаланади.

Хозирда канал перфорациясини пломбалашда ProRoot минерал триоксидагрегати ёки МТА тизимидан фойдаланилади. МТА периодонт тўқимаси билан биологик киришмадир. У суяк тўқимасига биоинертдир МТА кадоқланган кукун пакети ва қориш учун капсулада дистилланган сув каби кўринишда ишлаб чиқарилади. Кукун кальций оксидининг майда гидрофилли заррачаларидан, диоксид кремнийдан иборат. Махсус аралаштиргич қоғозга кукун ва дистилланган сув томизилиб, аралашма қориштирилади ва гладилка ёрдамида перфорацион тешикка киритилади. Масса штопфер ёрдамида зичлаштирилади, ортиқча қисм экскаватор ёрдамида олиб ташланади. ProRoot котгач, каналларни пломбалаш тугатилади.

Агарда каналлар цементланган штифтлар билан перфорацияланган бўлса, бундай тишлар яна сунъий копламалар билан копланган булса, периодонтда деструктив жараёнлар кечаётган булса, юкоридаги усулдан фойдаланиб бўлмайди. Бунда перфорация хирургик йўл билан бартаaraf этилади. Каналдаги перфорацион ёрик хирургик йўл билан шишасономер цемент ёрдамида пломбаланади, патологик ўчоқлар хирургик йўл билан олиб ташланади, суяк тўқимасидаги нуқсон гидроксиапатит асосидаги Остим-100, линкомицин ёки метранидазол билан беркитилади.

ИЗМЕНЕНИЕ ПЛОТНОСТИ НЕЙРОНОВ ГАНГЛИОНАРНОГО СЛОЯ КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ, ВЕРХНЕЙ ПОЛУЛУННОЙ И ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ДОЛЕК МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАКИ

Хатамов А.И., Улугбекова Г.Ж., Туланова Д.Я., Махмудова К., Косимов З.О.

Тошкент тиббиёт академияси

Андижон давлат тиббиёт институти

Цель исследования. Изучить изменения плотности нейронов ганглионарного слоя квадратугольной, верхней полулуной и тонзиллярной долек мозжечка после ампутации задней конечности у собаки.

Материал и методы исследования. После ампутации задней конечности взяты кусочки из мозжечка дольки и затем эти кусочки фиксировали по С.Б.Дзугаевой (1975). После фиксации кусочки окрашивались по традиционному методу Ниссля. Затем гистологические препараты подвергались цитометрии (по Г.Г.Авандилову 1990). При этом определяли высоту и ширину нейронов, а также плотность в 1 мм^2 по слоям коры дольки мозжечка. Полученные цифровые данные обработаны вариационно-статистическим методом (Г.Ф.Лакин, 1980).

Результаты исследования показали, что плотность нейронов (в 1 мм^2) ганглионарного слоя квадратугольной дольки мозжечка (КДМ) в обоих полушариях после АПЗКС на 7 сутки увеличивается на 1/5 раза (в правом - от $2,4 \pm 0,18$ до $1,96 \pm 0,07$, $P < 0,05$ штук, в ом-от $2,6 \pm 0,12$ до $1,96 \pm 0,07$ штук, $P > 0,05$), затем в левом полушарии на 1/4 раза, через 30 сутки увеличивается вновь в 1/5 раза (до $2,45 \pm 0,16$ штук, $P < 0,05$) и она увеличивается почти до 3 месяца, а на 6 месяце - вновь уменьшаясь в 1/3 раза становится наименьшей, чем в контрольной (от $2,65 \pm 0,16$ до $1,78 \pm 0,09$ штук, 11,01). Что касается плотности нейронов ганглионарного слоя КДМ в правом полушарии после опыта на 21 сутки, то можно отметить, что она становится почти на прежнем уровне, на 30 сутки - вновь увеличивается в 1/5 от $1,96 \pm 0,07$ до $2,5 \pm 0,18$ шт., $P > 0,05$), затем, уменьшаясь, на 6 месяце становится на 1/6 раза меньше чем в контрольной группе, $P > 0,05$. Нами отмечено, что плотность нейронов ганглионарного слоя КДМ после АПЗКС в правом полушарии, по сравнению с левым, на 1/10 раза меньше. Характер изменений плотности нейронов в правом полушарии мозжечка напоминает букву «П», а в левом - «V».

Толщина слоя ганглионарного слоя КДМ в правом полушарии после ампутации на 7 сутки, по сравнению с контрольной, слегка увеличивается (от $0,41$ до $46,3 \pm 2,51$ мкм, $P > 0,05$), в последующих сроках существенно не отличается от контрольной, аналогичные изменения отмечают и в отношении левого полушария. Плотность нейронов верхней полулуной дольки мозжечка (ВПДМ) в полушариях после ампутации на 7 сутки и в контроле существенно не отличается на 21 сутки увеличивается в 1/5 раза (в правом - от $0,08$ до $2,55 \pm 0,19$, $P < 0,001$, в левом - от $2,02 \pm 0,06$ до $2,45 \pm 0,2$ штук.). Затем, на 30 сутки эта плотность нейронов вновь уменьшается справа в 1,2 раза, $P > 0,05$ слева - в 1,1 раза, $P > 0,05$. Отмечено, что плотность нейронов ВПДМ в правом полушарии после ампутации становится наибольшими на 2 месяце (до $2,9 \pm 0,28$ штук, $P < 0,05$), в левом - на 3 месяце ($2,95 \pm 0,24$ штук, $P > 0,05$) и эти показатели на 6 месяце уменьшаются в 1,5 справа $P > 0,05$, слева $P < 0,01$ соответственно. Расстояние между нейронами ВПДМ в правом полушарии на 7 сутки после АПЗКС увеличивается в 1,2 раза (от $63,0 \pm 2,63$ до $77,3 \pm 4,6$ мкм, $0,05$), в левом - в 1,08 раза (от $65,8 \pm 3,03$ до $70,8 \pm 3,79$ мкм, $P > 0,05$), затем уменьшаясь, становится наименьшим на 2 месяце, а в последующих сроках исследования, по сравнению с контрольной, увеличивается справа в 2,9 раза, $P < 0,01$, слева - в 2,6 раза, $P < 0,01$. При этом характер изменений имеет форму буквы перевернутой «V». Данные показали, что толщина ганглионарного слоя ВПДМ в обоих полушариях после АПЗКС мало изменяется.

Вывод. Все морфометрические изменения происходят гетеродинамично.

ПЛОТНОСТЬ НЕЙРОНОВ МОЛЕКУЛЯРНОГО СЛОЯ КОРЫ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАКИ

Хатамов А.И., Улугбекова Г.Ж., Туланова Д.Я., Косимов З.О., Махмудова К.

Тошкент тиббиёт академияси

Анджон давлат тиббиёт институти

Цель исследования. Изучить плотность нейронов молекулярного слоя квадратной, верхней полулунной и тонзиллярной дольки мозжечка после ампутации правой задней конечности у собаки.

Материал и методы исследования. После ампутации задней конечности взяты кусочки из мозжечка дольки и затем эти кусочки фиксировали по С.Б.Дзугаевой (1975). После фиксации кусочки окрашивались по традиционному методу Нисслера. Затем гистологические препараты подвергались цитометрии (по Г.Г.Автандилову 1990). При этом определяли высоту и ширину нейронов, а также плотность в 1 мм^2 по слоям коры дольки мозжечка. Полученные цифровые данные обработаны вариационно-статистическим методом (Г.Ф.Лакин, 1980).

Результаты исследования показали, что плотность нейронов молекулярного слоя квадратной дольки мозжечка (КДМ) в обоих полушариях после ампутации на 7 сутки почти одинакова с контрольной, затем уменьшаясь, становится меньшей на 30 сутки (в правом - от $27,2 \pm 0,42$ до $22,6 \pm 0,6$, $P < 0,001$ и в левом - от $27,2 \pm 0,63$ до $21,8 \pm 0,92$ штук, $P < 0,05$) и на 2 месяце вновь увеличивается в 1,4 раза (справа - до $31,8 \pm 0,76$, $P < 0,001$, слева - до $30,4 \pm 0,96$ штук, $P < 0,001$) и этот показатель сохраняется и на 2 месяце, а на 6 месяце вновь уменьшаясь, становится значительно меньше (в 1,6 раза, $P < 0,001$), чем исходные. Характер изменений плотности нейронов молекулярного слоя КДМ в обоих полушариях напоминает вид «крючка». Плотность нейронов верхней полулунной дольки мозжечка (ВПДМ) в обоих полушариях после ампутации на 7, 21 сутки одинакова с контрольной группой, на 30 сутки уменьшается справа в 1,4 раза (от $8 \pm 0,76$ до $20,0 \pm 1,35$ штук, $P < 0,01$), слева - в 1,3 раза (от $27,6 \pm 0,7$ до $21,4 \pm 0,65$ штук, $P < 0,01$), затем на 2 месяце вновь увеличивается в 1,7 раза (в полушарии - от $20,0 \pm 1,35$ до $34,5 \pm 1,84$, $P < 0,001$ и в левом - от $21,4 \pm 0,65$ до $36,0 \pm 1,8$ штук, $P < 0,001$), а в последующих сроках исследования вновь значительно уменьшается справа - в 2 раза, $P < 0,001$, слева - в 2,2 раза. При этом отмечено, что характер изменений плотности нейронов в обоих полушариях напоминает перевернутую букву «Z». Расстояние - между нейронами молекулярного слоя ВПДМ в обоих полушариях после ампутации на 7, 21 сутки незначительно изменяется, через 30 суток, по сравнению с контрольной, уменьшается в 2,2 раза (в полушарии - от $37,5 \pm 2,36$ до $16,6 \pm 0,93$ мкм, $P < 0,001$, в левом — от 2,6 до $16,05 \pm 0,67$ мкм, $P < 0,001$), на 2 месяце, по сравнению с предыдущим сроком, вновь увеличивается справа в 1,5 раза, $P < 0,001$, слева 11,7 раза, $P < 0,01$ и эти параметры почти сохраняются и на 3 месяце. Плотность нейронов молекулярного слоя тонзиллярной дольки мозжечка (ТДМ) в обоих полушариях после ампутации уменьшаясь, меньшей становятся через 30 суток (в правом - от $29,2 \pm 0,67$ до $22,60 \pm 0,63$, $P < 0,001$, в левом - от $29,20 \pm 0,79$ до $22,4 \pm 1,16$ мкм $P < 0,05$), затем на 2 месяце вновь увеличивается в 1,4 раза $P < 0,001$ и $P < 0,001$ соответственно. И эти параметры остаются без изменений и на 3 месяце, а на 6 месяце, по сравнению с предыдущими сроками исследования уменьшаются почти в 2 (в правом - от $32,1 \pm 1,14$ до $16,6 \pm 1,02$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $31 \pm 1,14$ до $16,4 \pm 0,87$ штук, $P < 0,001$). Характер изменений плотности нейронов ТДМ в обоих полушариях после ампутации в виде «крючка».

КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАР ЁНОҚ ДИАМЕТРИНИ, ЮЗНИНГ ТЎЛИҚ БАЛАНДЛИГИ ВА ЮЗНИНГ ЮҚОРИ ҚИСМИ БАЛАНДЛИГИНИНГ КЎНДАЛАНГ ДИАМЕТРИНИ ЎСИШ ДИНАМИКАСИ

Хатамов А.И., Улугбекова Г.Ж., Туланова Д.Я., Косимов З.О., Махмудова К.

Тошкент тиббиёт академияси

Анджон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Кичик мактаб ёшидаги болалар ёноқ диаметри, юзнинг тўлиқ баландлиги ва юзнинг юқори қисми баландлигининг кўндаланг диаметри ўсиш динамикасини аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти ва услублари. Текширув материали сифатида Анджон вилояти Анджон шаҳри шароитида яшовчи кичик мактаб ёшидаги соғлом ўғил ва қиз болаларнинг краниометрик кўрсаткичлари ўрганилди. Илмий текширув иши Анджон шаҳри ХТМФ МТ ва ТЭ бўлими тасарруфидаги 48, 27-сонли умумтаълим мактабларида ва “Наврўз-болажон” хусусий мактабида олиб борилди.

Тадқиқот давомида Г.Г. Автандилов томонидан таклиф қилинган краниометрик усуллар (1990) ва вариацион-статистик усулдан (А.М.Мерков ва А.Е. Поляков) фойдаланилди.

Олинган натижалар. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, ёноқ диаметри юзнинг кенглигини изохлайдиган асосий кўрсаткичдир. Бу краниометрик кўрсаткич 7 ёшда ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан 1,5 бараварга каттароқ бўлади (ўғил болаларда- $11,5 \pm 0,25$ см; қиз болаларда - $10,1 \pm 0,14$ см). 10 ёшда ўғил болалар ва қиз болаларнинг ёноқ диаметри кўрсаткичлари тенглашади ва жинсий тафовут йўқолади. Ёноқ диаметри 7 ёшдан 12 ёшгача бир хил жадалликда ўсади (ўсишининг умумий ҳажми ўғил болаларда 17,2%га, қиз болаларда эса 24,3%га тенг).

Юзнинг тўлиқ баландлигини ўлчамми 7 ёшда ўғил болалар ва қиз болаларда деярли бир хил бўлади (ўғил болаларда - $10,1 \pm 0,33$ см, қиз болаларда - $10,01 \pm 0,05$ см). Лекин 8 ёшдан 11 ёшгача бўлган даврда бу кўрсаткични ўсиши ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан жадалроқ кечиб, бу даврда қарийб 5,4 % га катталашади ($10,2 \pm 0,21$ см дан $11,03 \pm 0,27$ см гача). 11-12 ёшлар орасида ўсиш кўрсаткичи янада тезлашиб, 6,7% га тенг бўлади ($11,03 \pm 0,25$ см дан $11,64 \pm 0,13$ см гача).

Қиз болаларда эса юзнинг тўлиқ баландлигининг ўсиши 7-8 ва 9-10 ёшларда жадал борса, 8-9 ва 11-12 ёшларда суст кечади. Юз юқори қисми баландлигида ўғил ва қиз болалар орасида тафовут аниқланмайди.

Хулоса. Шундай килиб, 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган даврда ўсиш бир маромда кечади. 10-12 ёшлар орасидаги даврда ўғил болалар юзининг юкори кисми биландлигининг ўсиш жараёни жадаллашади. Қиз болаларда эса аксинча юзининг юкори кисми биландлигини ўсиш жараёни жуда ҳам суслашади.

ЭЛЕКТРОННЫЙ КОМПЛЕКС (МОДУЛЬ) КАК СРЕДСТВО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ПО ПРЕДМЕТУ “ГИГИЕНА С ЭКОЛОГИЕЙ”

Холмирзаева С.С., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Применение ИКТ при создании модуля по предмету. «Гигиена с экологией» позволяет не только повысить эффективность традиционных форм обучения, но и обеспечивает доступ к получению актуальных образовательных услуг всем участникам современного образовательного процесса.

Материал и методы исследования. Внедрение электронного комплекса предмета (модуля) в процесс обучения создает принципиально новые педагогические инструменты, предоставляя тем самым и новые возможности. При этом изменяются функции педагога, и значительно расширяется сектор самостоятельной учебной работы как неотъемлемой части учебного процесса.

Результаты и их обсуждение. Следует подчеркнуть, что методы обучения, применяемые на занятиях, должны существенно отличаться от традиционных репродуктивных методов. Предпочтение рекомендуется отдавать продуктивным методам: проблемное изложение, частично-поисковые и исследовательские методы, презентации, кейс-стади, тренинги и деловые игры, беседы и дискуссии.

На сегодняшний день электронный комплекс выступает как информационно-технологическое средство. Из компонентов электронного комплекса преподаватель должен уметь создать образовательный модуль, в котором студенты научатся создавать свой индивидуальный образовательный маршрут для развития у себя нового знания. Они работают с электронным комплексом как с конструктором, как с новым инструментом образовательной деятельности.

Процесс обучения студентов станет более эффективным, инновационным, дающим новые современные возможности в освоении материала и получении профессиональных знаний и навыков, если в электронном комплексе содержание дисциплины «Гигиена с экологией» соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта и хорошо структурировано; включает достаточное количество дополнительного материала; содержит качественный иллюстративный материал с точки зрения содержания учебной дисциплины и обеспечивает возможность обоснованного использования мультимедиа для решения педагогических задач; включает такие основные дидактические компоненты, как syllabus, раздаточные материалы, презентации практических и лекционных занятий, практические навыки, тесты, ситуационные.

Задачи темы для самостоятельной подготовки студентов; определяет мотивацию учебной деятельности (обозначает цели, задачи, проблемы); обеспечивает возможность анализа ошибок по результатам учебной деятельности и др. В структуру электронного комплекса включен syllabus предмета. Syllabus – учебная программа дисциплины, включающая описание изучаемой дисциплины, цели и задачи дисциплины, краткое ее содержание, темы и продолжительность каждого занятия, задания самостоятельной работы, время консультаций, требования преподавателя, критерии оценки, расписание рубежного контроля и список литературы.

Выводы. Электронный комплекс побуждает студентов с большей эффективностью самостоятельно готовиться к практическим занятиям, используя базу данных кафедры. На кафедре общественного здоровья создан электронный комплекс предмета, который позволяет расширить познавательные возможности студентов, предварительно знакомясь с лекционным материалом и практическими занятиями. Мультимедийная презентация лекционного материала позволяет представить наиболее трудные разделы в виде схем, графологической структуры, что оптимизирует усвоение, материала, побуждает студентов к активной работе.

СЕСТРИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА И ЕГО МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Холмирзаева С.С., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Во главе многогранной работы в многопрофильном стационаре стоит медсестра — основной организатор, исполнитель и ответственный контролер, правильность действий которой зависят от знаний и практических навыков.

Целью исследования является социально-гигиеническая характеристика среднего медицинского персонала стационара и его медицинская активность..

Материал и методы исследования. С этой целью было проведено анкетирование. Проанализированы данные опроса 46 медработников. Анкета содержала вопросы, касающиеся условий труда, отношения к специальности, профессиональной компетентности и другие.

Результаты и их обсуждение. Большая часть персонала была в молодом и зрелом возрасте (72,7%), т.е. от 25 до 50 лет, и лишь 27,3% от 50 до 60 лет и старше. По месту работы и виду деятельности в отделениях многопрофильного стационара, средний медицинский персонал нами сгруппирован в 2 большие группы: хирургическую и терапевтическую. Нами изучен общемедицинский стаж работы респондентов. Согласно этим данным: у 10,8% - стаж до 3 лет, от 3 до 5 лет – 9,0%, от 5 до 10 лет – 10,8%, от 10 до 15 лет – 12,7% и свыше 15 лет – 56,7%. Можно заключить,

что в исследуемом стационаре стаж персонала чаще свыше 15 лет (56,7%). Квалификационная категория способствует профессиональному совершенствованию и росту компетенции сестринских кадров, что в определенной степени повышает качество медицинской помощи. 11,8% имеют первую, 18,6% - вторую, 32,4% - высшую и 37,2% - не имеют категорию. Можно отметить, что 62,8% персонала имеет категорию ($P < 0,05$). Согласно нашим данным все медработники проходят медосмотры, из них 2-3 раза – 77,3%, 22,7% - 1 раз в год. Около половины медперсонала (46,6%) перенесла ОРВИ, 33,0% - грипп, 5,7%- ангину, 3,1% - гепатит, 3,7% - другие инфекционные болезни и 7,9% - ничем не болели. Можно заключить, что основная масса среднего медперсонала (92,1%) перенесла острые респираторные и инфекционные болезни ($P < 0,01$). Данные опроса респондентов выявили, что больше половины (69,6%) не обращаются к врачу, т.е. занимаются самолечением и переносят заболевания «на ногах», 27,5% - берёт больничный лист и лишь 2,9% отмечают, что у них не было такого состояния, чтобы брать бюллетень. На вопрос: «Как Вы оцениваете своё состояние здоровья по 5ти балльной шкале?» медперсонал ответил следующим образом: оценку «5» дали - 27,5%, «4»- 33,3%, «3»- 15,7%, «2» - 10,8%, «1»- 12,7%. Согласно этим данным можно сделать вывод, что оценку своему здоровью «5» и «4» балла дала большая половина обследованных (60,8%), «3»- 15,7% и неудовлетворительную («2» и «1») – 23,5% ($P < 0,05$). Нами проведен анализ выполнения функций медперсоналом, которые не входят в круг их прямых обязанностей. 56,7% респондентам приходится редко, 11,8%- постоянно, 5,9% - периодически выполнять эти функции и 25,6%- не приходится выполнять. На основании этих данных можно заключить, что основной массе медработников (74,4%) приходится выполнять дополнительные работы ($P < 0,05$), что также имеет важное значение в качественном выполнении функций.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ПРИНТЕРОВ В МЕДИЦИНЕ. ОТ ПРОТЕЗОВ ДО ПРОДВИНУТОЙ ТЕХНИКИ

Хомидов М.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

3D-печать имеет огромный потенциал в медицине. С помощью этих технологий можно воспроизводить высокоточные трехмерные модели человеческих органов, а также некоторые имплантаты. Разработчики подобных технологий стремятся к созданию органов в реальном времени.

Изучение устройства и принципа работы 3D принтеров, ознакомление с использованием 3D принтеров в медицине на современном этапе.

В данной исследовательской работе использовалось изучение различных интернет-источников, связанных с данной темой.

3D печать прототипов и готовых имплантатов с использованием различных технологий 3D-печати позволяет создавать готовые к установке имплантаты из металла (например, титана) или специальных биосовместимых материалов. Кроме того, известна практика использования 3D-принтеров для производства форм, формируя имплантат из нужного материала.

Изготовление прототипов протезов. Для 3D печати зубы пациента моделируются вместе с челюстью в 3D редакторе. Если нужна полная замена челюсти, то необходимо моделировать всю ротовую полость — в 3D редакторе это сделать гораздо проще. Здесь модель можно разбивать на отдельные элементы любого размера, а ее целую форму проще контролировать. 3D принтер сразу распечатывает 3D модель полимерами и металлом, что ускоряет лечение, экономит на материале и инструментах для слепков.

Разработка и печать ортопедических корсетов и вспомогательных приспособлений для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата;

Создание медицинских 3D моделей на основе индивидуальных данных (МРТ, 3D сканирование);

Совместное с медицинскими работниками проектирование индивидуальных врачебных приспособлений.

3D-принтер может напечатать 150 глазных протезов за час. Благодаря 3D-печати ученым удалось создать несколько различных видов тканей человека, и прежде всего, это ткань печени, которая в настоящее время уже используется в испытаниях лекарственных препаратов на токсичность. Если хирург будет получать вместе с рентгеном напечатанную 3D модель сломанной конечности, то довольно низкие шансы на ошибку сократятся практически до нуля, а врач будет намного лучше готов к операции.

3D-принтер-это периферийное устройство, использующее метод послойного

создания физического объекта по цифровой 3D-модели. Трехмерные технологии в медицине становятся все более актуальными. И это не удивляет: каждый металлический материал для печати предлагает уникальное сочетание практических и эстетических свойств для того, чтобы удовлетворить требования, предъявляемые к различным продуктам.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ И ЕЁ ЛИМФАТИЧЕСКОЕ РУСЛО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Чартаков К.Ч., Хамракулов Ш.Х., Чартакова Х.Х., Юсупова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Настоящая работа является этапом изучения лимфатической системы желудочно-кешечного тракта в условиях патологии. Результате исследования установлены характер и степень нарушения и восстановления пищеварения после резекции желудка.

Изучение просветленных препаратов показало, что на 3-7 сутки после резекции желудка происходит расширение капилляров и сосудов с увеличением объема лимфотического русла тонкой кишки.

Лимфатические капилляры слизистой оболочки и подслизистой, основы образуют мелкопетлистую сеть, на их стенках обнаруживаются, слепы выросты, лакуны в местах слияния капилляров расширены и нередко деформированы. Такие же изменения со стороны лимфатических сосудов. Благодаря их расширению происходит увеличение диаметра лимфатических сосудов всех порядков, уменьшение расстояния между клапанами (0,25-0,002). В местах слияния сосудов лакуны расширены (0,080x0,050мм $p < 0,002$), как на капиллярах, так и сосудах обнаруживаются боковые выпячивания, (длина 0,068 – 0,0022 мм, $p < 0,001$) имеющие то пальцевидную, то булавовидную форму.

Изучение просветленных препаратов, приготовленных на 30 сутки после резекции желудка, свидетельствует о том, что продолжается дальнейшая морфологическая перестройка внутриорганного и внеорганного лимфатического русла тонкой кишки. Более существенными представляются изменения строения внутриорганного лимфатического сосудов (0,035-0,002мм, $p < 0,001$), особенно слизистого и подслизистого слоев. Сеть лимфатических капилляров и сосудов обильна и общий сосудистый рисунок представляется интенсивно развитым.

Патогистологические изменения стенки тонкой кишки, развивающиеся в ранние сроки после резекции желудка, проявляются отеком слизистой оболочки и подслизистой основы, изменением формы и размеров ворсинок и крит, а также гемоциркуляторными расстройствами (расширение и полнокровие венозных сосудов)

В позднем послеоперационном периоде при наличии указанных изменений в стенке кишки развиваются дистрофические процессы, развивающиеся на фоне сосудисто – нервной травмы при резекции желудка.

КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ЕГО ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Чартақов К.Ч. Хамрақулов Ш.Х. Чартақова Х.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

С целью изучения влияния резекции желудка на всасывание и лимфообращение в толстой кишке в эксперименте на 10 собаках осуществлены резекции 2/3 желудка Полиа-Райхеля и у 10 собак изучено строение лимфатической системы кишки в норме.

В работе использованы методы интерстициальной и биологической инъекции по Б.В.Огневу. Гистоструктурные, гистохимические изменения стенки толстой кишки путем окраски срезов гематоксилин-эозином и постановкой шик-реакции.

Морфо-гистологическая перестройка стенки толстой кишки и ее лимфатическая система, соответственно ее функциональной нагрузке, представляется функционально полноценной.

Расширение капилляров и сосудов, появление на их стенках выростов, образование новых анастомозирующих ветвей происходит во всех оболочках, но более выражено в слизистой оболочке и подслизистой основе. Такая реакция лимфатической системы служит проявлением компенсаторно-приспособительного механизма, призванного дренировать увеличенную межтканевую жидкость в условиях пареза и венозного стаза кишечника.

Выше сказанное свидетельствует, что резекция 2/3 желудка, независимо от способа ее применения, оказывает значительное влияние на пищеварительную функцию толстой кишки, которая характеризуется терминальным смещением всасывания, в частности, жира. Значительное перемещение всасывания отмечается после операции Полиа-Райхеля. При этом, пищеварение в тонкой кишке не завершается к тому, что лимфатические сосуды толстой кишки всасывают жиры, что не наблюдается в норме.

GIYOHVANDLIKNING JAMIYATGA YETKAZADIGAN ZARARLARI

Yunusova D.D., Amanov K., Mo'minova K.T., Kurbonova N.K.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Bizga tarix saboklaridan ma'lumki, mustamlakachi davlatlar qaysi bir kichik mamlakat xalqini o'z itoatiga buysundirishni xohlasa, faqat qurol-aslaha vositasi bilan emas, balki, o'sha xalqni, ayniqsa, yoshlarning aql-idrokini, iroda hamda ahamiyatini susaytiradigan, ma'naviy va axloqiy tushkunlikka tushiradigan vositalarni qo'llagan. Shunday vositalardan eng kuchlirog'i giyohvand modda sanaladi. Bu insonning o'ziga, u yashayotgan mamlakatining iqtisodiy va siyosiy tushkunlikka tushishiga olib keladi. Mamlakat uchun yana xatarli jihati shundaki, giyohvandlikka ruju qo'ygan kimsalar bu «kimmatbaho» matohni muntazam xarid qilib turish uchun pul va mablag'ga muhtoj bo'ladilar. Moddiy boylikni qo'lga kiritish maqsadida esa ular nafaqat o'z vatanlarini, balki iymonlarini ham arzonga sotib yuborishga tayyor bo'ladilar. Yoshlar ma'lumki, hozirimizni yarmi bo'lsa, kelajagimizning butun bir yaxlit kishilari sanaladi.

Giyohvandlikning ular o'rtasida tarqalishi katta yoshdagilar o'rtasida tarqalishidan ko'ra xatarliroqdir. Narkotik moddalarning ro'yxati birinchi marta 1961-yilda Xalqaro konvensiyada tuzilgan va ularga opiy, nasha, kokain kiritilgan edi. 1971-yilda II Xalqaro konvensiyada opiy, nasha, kokainga psixotron moddalar kiritildi. 1981-yilda esa III Xalqaro konvensiyada bu ro'yxat yanada kengaytirildi va ularga prekursorlar kiritildi (atseton, etil spirti, toluol, uksus kislotasining anhidridi, feniluksus kislotasi va b.) 1992-yildan buyon O'zbekiston Respublikasi ham Xalqaro konvensiyaga a'zo bo'lib kiritildi va bunga tegishli qonunlar chiqarildi (1995y). Giyohvand moddalar bo'yicha Davlat dasturlari qabul qilindi va ular 2002-2005-yillarga mo'ljallangan bo'lib, giyohvandlikka hammaning e'tiborini qaratishga, bu illatning oldini olishga, tarkatilisini taqiqlashga va

giyohvand moddalarni nazorat qilishga bag'ishlangan. Bu ishda Ichki ishlar vazirligi va Sog'likni saqlash vazirligi emas, balki oliy o'quv yurtlari va fuqarolar ishtirok etishi lozim. Giyohvandlikning jamiyatga yetkazadigan zararlari behad ko'p.

Giyohvandlikka muhtalo bo'lgan kimsada avvalo o'ziga, so'ng oilasiga, kasbiga yoki o'qishiga nisbatan qiziqish va parvo hislari qolmaydi. Ishlab chiqarish va taraqqiyotning asosiy kuchi sanalmish yosh avlodni giyohvandlikning birinchi navbatdagi qurboni bo'lishi - bu juda achinarli xoldir. Giyohvandlikning salbiy oqibatlari shaxs va jamiyatgina emas, balki borib-borib butun jamiyatning sog'lomligi va barqarorligiga putur yetkazishga, siyosiy tuzum va qonunchilikning izdan chiqishiga ham sabab bo'lishi mumkin. Giyohvandlikning inson jismini qanchalik xarob qilsa, xuddi shuningdek, shaxsning va jamiyatning mulkiga va boyligiga ham mislsiz zarar yetkazadi.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Хожиматов Р.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В нашей стране и за рубежом чрезвычайно актуальна проблема травмы носа в связи с продолжающимся их ростом у детей. Переломы лицевого скелета занимают первое место среди травм головы.

Цель исследования. Совершенствование диагностики и улучшение результатов лечения детей с травмами носа.

Материал и методы исследования. Наши исследования основываются на данных лечения 90 больных с переломами костей носа в областной детской больнице. По возрасту больные распределялись таким образом: до 3-х лет - 17 (19%), 3-7 лет - 20 (22%), 7-14 лет - 53 (59%). Мальчиков было 67 (74%), девочек - 23 (26%). Клинический осмотр включал: определение симметричности контуров лица, ссадин, гематом, ушибов мягких тканей, видимых деформаций носа. Пальпаторный осмотр: определение целостности костей носа, костных ступенек, инфильтратов. Из инструментальных методов исследования осуществляли: рентгенографию лицевого и мозгового черепа в прямой и боковой проекциях, компьютерную томографию (КТ).

Результаты. Особенностью переломов костей носа является ее проекция на среднюю черепную ямку, которая способна к амортизации при ударах. С данным фактом также связана тяжесть черепно-мозговой травмы, которая представлена сотрясением головного мозга (90%).

Выводы. Применение алгоритма оказания помощи при переломах костей носа у детей позволяет избежать развития осложнений, достигнуть оптимальных анатомических и функциональных результатов.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ “СКРЫТОЙ” ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ

Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Байбекова Г.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из основных этиологических факторов развития остается хроническая HBV-инфекция хронических диффузных поражений печени. Считается, что мутации и развитие латентной инфекции без экспрессии своих антигенов позволяет уходить от иммунного надзора и сохранять свое существование в организме человека. В связи с этим возникает вопрос о роли латентной HBV-инфекции в развитии хронических поражений печени.

Цель исследования: изучить распространенность латентной HBV-инфекции среди детей на основе серологических маркеров гепатита В у ПЦР положительных больных.

Материалы и методы исследования: обследовали 60 больных детей с ХВГВ. Проводили ПЦР-анализ для выявления ДНК ВГВ и иммуноферментный анализ для определения серологических маркеров ГВ.

Результаты исследования: нами были изучены серологические маркеры ГВ у больных с ХВГВ диагнозом, который ставился на основе клинических и лабораторных данных. Анализ исследований, посвященных изучению скрытой HBV-инфекции, позволяет определить данную проблему с наличием признаков репликации вируса в отсутствие HBsAg в сыворотке крови. Как показали наши данные, у 48,3% (29) больных был выявлен HBsAg в сыворотке крови, а у 51,7% (31) больных детей, несмотря на положительный результат ПЦР анализа, не выявлен HBsAg. В это время, проведенный количественный ПЦР-анализ у HBsAg-негативных больных показывает, что у 3,3% (2) больных детей вирусная нагрузка составила $10^{6,8}$ копий/мл, у 38,4% (23) больных $10^{4,54 \pm 0,12}$ копий/мл, а у 10% (6) больных - менее $10^{2,58 \pm 0,16}$ копий/мл. В развитии латентной HBV-инфекции предполагается участие нескольких механизмов, такие как мутации в области С и Х генов и микст-инфекции ряда вирусов, которые снижают или ингибируют репликативную активность вируса. Кроме этого, вследствие мутации в S-гене вируса изменяется структура HBsAg, который не улавливается антителами, сорбированными на полистироловой подложке лунок ИФА наборов. В связи с этим латентная HBV-инфекция может быть причиной развития посттрансфузионного гепатита и поражения печени у реципиентов, кроме этого, не исключается онкогенный потенциал латентной HBV-инфекции.

Выводы: результаты исследования диктуют необходимость оптимизации диагностики, а также разработку дополнительных мероприятий по дальнейшему снижению заболеваемости ВГВ, особенно его скрытых форм, так как у 51,7% больных детей, несмотря на наличие признаков репликации вируса, отсутствует HBsAg в сыворотке крови.

ДОСТИЖЕНИЯ МЕДИЦИНЫ В УЗБЕКИСТАНЕ И ЕЕ ПРЕДВОСХИЩЕНИЕ АБУ АЛИ ИБН СИНО

Юлдашев У.А., Чиниева М.И., Таринова М.В.

Ташкентский государственный стоматологический институт

С первых страниц и первых строк энциклопедического труда «Канон врачебной науки» Абу Али Ибн Сино определяет медицину как науку, познающую состояние тела человека в состоянии здоровья или болезни для того, чтобы сохранить здоровье. Анализируя это представление, великий мыслитель обращается к расшифровке понятия «медицина», которая представляет собой единство теоретического и практического. Если первая – это наука об основах медицины (фундаментальная медицина), то другая – наука о том, как ее применять (клиническая медицина). Только при успешном познании обеих наук, при получении знаний теоретических и практических можно добиться положительных результатов.

Через призму десяти веков творческое развитие гениального представления о единстве теоретического (фундаментального) и практического (клинического) в Узбекистане, как и в других государствах, способствовало успешной разработке этиологии патогенеза и лечения. Ученые-теоретики, академики Туракулов Я.Х., Зуфаров К.А., Абдуллаходжаева М.С., работали в тесном содружестве с академиком Вахидовым В.В., Ариповым У.А., Каценовичем Р.А., Юлдашевым К.Ю., Даминовым Т.А. и другими. Благодаря совместным исследованиям сегодня медицина в Узбекистане достигла небывалого уровня развития. Искоренены отдельные заболевания, резко снижена материнская и детская смертность, увеличена средняя продолжительность жизни. Более чем в 10 научных медицинских центрах успешно разрабатываются актуальные проблемы, имеющие важное народно-хозяйственное значение. Регулярно проводимые республиканским центром координации и развития науки конкурсы фундаментальных и прикладных научно-технических проектов следует рассматривать как заботу и поддержку нашего государства о развитии отечественной медицины.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ – ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ СТРАТЕГИИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

**Юсупов К.М., Садикова У.М., Усманова Г.К., Хожиматов Р.С.
Андижанский государственный медицинский институт**

ВИЧ-инфекция, с эпидемиологической точки зрения, входит в категорию особо опасных инфекций и считается антропонозным заболеванием. Источником инфекции является носитель вируса иммунодефицита человека. ВИЧ-инфекция – это неизлечимое, длительно протекающее заболевание. Проводимая поддерживающая антиретровирусная терапия и лечение оппортунистических инфекций продлевает и улучшает качество жизни больных. Клиническое течение заболевания у детей и взрослых имеют свои особенности. Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в государственных ЛПУ осуществляется бесплатно, конфиденциально. Все специалисты, оказывающие медицинскую помощь, должны проходить обучение по ВИЧ/СПИДу. Амбулаторное наблюдение ВИЧ-инфицированными осуществляется в ЛПУ первичного звена. Стационарную помощь ВИЧ-инфицированные получают в территориальных ЛПУ, клиниках Республиканского значения и специализированных диспансерах. ВИЧ-инфицированным, находящимся в местах лишения свободы, медицинскую помощь оказывает служба МВД под методическим руководством территориальных центров СПИД.

Консультирование является важнейшим компонентом стратегии ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией и подходящим моментом для установления доверительных взаимоотношений между пациентом и медицинским работником. Консультирование нужно начинать с выяснения и обсуждения социальных условий жизни пациента. Это может помочь в налаживании сотрудничества с пациентом в процессе лечения. При консультировании необходимо выяснить следующее: наличие партнера и отношения с ним; трудовая занятость, вид и условия работы; лица, которые знают или которых нужно проинформировать о том, что у пациента ВИЧ-инфекция; лица, с которыми медицинские работники могут обсуждать состояние здоровья пациента; отношения с родственниками; наличие холодильника для безопасного хранения лекарственных средств; особенности образа жизни, которые могут отрицательно сказаться на лечении.

Консультирующие медицинские работники должны в обязательном порядке обсудить с пациентом ряд вопросов и убедиться, что пациент их понял: объяснить пациенту, что необходимо соблюдать меры по снижению риска передачи ВИЧ (безопасный секс, менее опасная практика проведения инъекций и т. п.); также предупредить об опасности незащищенных половых контактов с ВИЧ-инфицированными партнерами, что может привести к суперинфекции другим штаммом ВИЧ, возможно, устойчивым к АРВ-препаратам; объяснить, что важно рассказать о том, что он(она) инфицирован(а), своему партнеру(ам), друзьям и членам семьи по нескольким причинам: для получения психологической поддержки и поддержки при проведении лечения; для предупреждения передачи ВИЧ; для исследования сексуального партнера(ов) на ВИЧ.

С каждым пациентом должно проводиться обсуждение доступности лечения, его преимуществ, подготовки к нему, отдаленных последствий и важности соблюдения режима лечения; пациентов следует предупредить о признаках и симптомах возможных осложнений инфекции и необходимости обращения к врачу при их появлении.

С пациентами, употребляющими нелегальные наркотики, необходимо обсудить, как важно отказаться от этой привычки. Если пациент не хочет или не может отказаться от наркотиков, нужно рассказать ему о мерах по снижению вреда, в том числе о сокращении потребления наркотиков, отказе от инъекционных наркотиков, использовании только личных шприцев, игл и других принадлежностей, а также о наркологическом лечении. Необходимо обсудить меры профилактики других инфекций. Основываясь на оценке социальных условий жизни пациента, следует поощрять его вести здоровый образ жизни – наладить сон, питание, заниматься спортом.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СБОРА АНАМНЕЗА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/СПИД

К.М.Юсупов, Г.К.Усманова, Р.С.Хожиматов, У.М.Садикова
Андижанский государственный медицинский институт

Надлежащее ведение пациентов, живущих в ВИЧ/СПИДом, - сложный, пожизненный процесс, сконцентрированный на их потребностях. Он должен включать: первичное исследование на ВИЧ и подтверждение результатов тестирования; соответствующее консультирование в процессе выявления ВИЧ-инфекции; клиническую оценку; консультирование пациента; наблюдение за состоянием здоровья пациента; начало и поддержание АРТ; предупреждение и лечение ОИ, других сопутствующих инфекций и заболеваний; психологическую поддержку; поддержку приверженности лечению; направление в соответствующие службы для обеспечения непрерывности предоставления помощи. Цель первичного обследования — всесторонне оценить состояние пациента и стадию ВИЧ-инфекции, разработать план по дальнейшему ведению пациента и при необходимости направлению его во вспомогательные немедицинские службы. Первичное обследование должно включать: подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции и, если возможно, установление, когда пациент был инфицирован; подробный личный, семейный и медицинский анамнез; физикальное обследование; лабораторные и другие исследования; осмотр специалистами, если необходимо; определение клинической и иммунологической стадии болезни. Перед физикальным обследованием новых пациентов, которым только что поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, и пациентов, которые уже получали лечение и переведены из других учреждений, необходимо собрать полный анамнез. Анамнез включает общую информацию: ФИО пациента, дата рождения, пол, дату опроса. В данные о тестировании входят: дата первого положительного теста на ВИЧ, причина проведения тестирования, последний отрицательный тест, если известно. Риск заражения ВИЧ и путь заражения (если известно): потребление инъекционных наркотиков, половые контакты (гетеро- или гомосексуальные; тип контактов: оральный, вагинальный, анальный), переливание крови или продуктов крови; трансплантация органов и тканей передача от матери ребенку, контакт на рабочем месте (описать), неизвестно, ВИЧ-статус половых партнеров (если известно), факторы риска у половых партнеров (если известно).

Время и место (страна), где произошло заражение (если известно или с большой долей вероятности можно предположить). История лечения и ухода при ВИЧ-инфекции : время и место предшествующего лечения (или ухода), включая перерывы в лечении; схемы АРТ, побочные эффекты, соблюдение режима лечения, лабораторные данные; записи о результатах исследований лекарственной устойчивости (если проводили). Заболевания и состояния, обусловленные ВИЧ-инфекцией, и клиническая стадия ВИЧ-инфекции: туберкулез, инфекции органов дыхания, другие вирусные, бактериальные и грибковые инфекции, гепатиты С и В, новообразования, прочее. Другие заболевания и состояния: госпитализации, операции, психические расстройства (депрессия и др.), заболевания печени и почек, эндокринные нарушения, инфекции передаваемые половым путем (ИППП), вакцинация, аллергические болезни, изменение телосложения, лекарственные средства, принимаемые в настоящее время. Семейный анамнез (сахарный диабет, артериальная гипертония, кожные болезни, онкологические заболевания и др.). Сердечно-сосудистые заболевания и факторы риска (ожирение, курение, артериальная гипертония и пр.). Контакты с больными ТБ (у пациента или членов семьи). Лекарственные средства, принимаемые в настоящее время. Потребление психоактивных веществ: нелегальные наркотики (в прошлом и в настоящее время), алкоголь. Репродуктивное и сексуальное здоровье: методы контрацепции (у женщин): данные о беременности (в прошлом, в настоящее время, планируемая), типы половых контактов. Социальный анамнез: состав семьи (партнер, супруг/супруга, дети, другие члены семьи), трудовая занятость и профессия, социальная поддержка (социальная и медицинская страховка, поддержка со стороны общественных организаций и близких, которым известен ВИЧ-статус пациента, и др.).

ОПАСНОСТЬ ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

Юсупов К.М., Усманова Г.К., Хожиматов Р.С., Садикова У.М.
Андижанский государственный медицинский институт

В Республике Узбекистан 41% населения составляют дети и подростки до 18 лет. В целом, в силу своих возрастных психосоциальных особенностей, вся молодежь является частью населения, подверженной риску инфекций передаваемых половым путём (ИППП). Большинство ИППП встречаются у подростков чаще, чем у взрослых. ИППП представляют всё более серьёзную проблему здравоохранения. Актуальность изучения проблемы связана с исторически обусловленной сменой патологии, характеризующейся лидерством эндогенных факторов, заболеваемости и смертности, низким уровнем культуры самосохранения населения, изменением характера здравоохранения.

На разных возрастных этапах развития индивида существуют наибольшие предрасположенности его психики к формированию определённых качеств. Очень рано формируется жизненная позиция личности – принципы и обобщённые способы её поведения, основные черты характера. Наиболее опасны для срыва социально положительной самореализации личности её «выпадение» из системы социальных связей, ослабление механизмов социального самоконтроля.

Во всех странах отмечается рост распространения среди взрослого населения ИППП. В последнее десятилетие отмечена вспышка инфекций, входящих в TORCH (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная, герпетическая инфекции и токсоплазмоз).

Проблема ИППП у молодёжи и подростков охватывает 2 основных аспекта: первый – неминуемое заражение этими инфекциями неосведомлённых о них подростков и молодёжи с ранним началом половой жизни, второй – инфицирование детей внутриутробное и бытовым путём.

В результате не обследуется и не получает адекватного лечения огромный контингент, который впоследствии становится самостоятельным источником заражения ИППП как своих половых партнёров, так и будущего потомства.

Вопросам распространения ИППП среди подростков и молодёжи не уделялось должного внимания. Однако в связи с нарастающей в обществе либерализацией сексуальных отношений, а также признанием внутриутробного заражения ИППП прогнозируется их широкое распространение, и проблема приобретает медико-социальное значение.

Несмотря на то, что тема ИППП непосредственно связана с вопросами сексуальных отношений, об этих инфекциях знают менее 10% подростков и молодёжи. Среди наиболее известных ИППП называют сифилис, гонорея, трихомониаз и хламидиоз, но большинство не рассматривают перечисленные инфекции в качестве передающихся при половом контакте. Исследования, проведенные в Республике, говорят о том, что почти все подростки и молодёжь знает, что такое ВИЧ/СПИД.

Необходимо раскрывать потенциальные возможности активной целенаправленной просветительской работы в отношении ИППП среди всех слоёв населения, включая молодёжь и подростков. Активное участие в этом должны принимать средства массовой информации, родители, педагоги, врачи ВОП и специалисты В связи с этим необходимо всесторонне применять начатую ВОЗ Международную Инициативу Услуг Дружелюбных к Молодежи.

ЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ ПО УТИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/ОИТС ИНФЕКЦИИ

**Юсупов К.М., Усманова Г.К., Хожиматов Р.С., Садикова У.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Утилизация медицинских отходов во всех лечебно-профилактических учреждениях имеет общие подходы. Отходы больниц и медицинских учреждений делятся на контаминированные (инфицированные) и неконтаминированные. Примерно 85% медицинских отходов больниц и клиник не представляют риска заражения для контактирующего с ним персонала. Бумагу, коробки, пластиковые бутылки и пищу можно уничтожать обычными способами. Инфицированные или токсичные отходы представляют опасность для персонала и населения, если не удалены надлежащим образом. Контаминированные отходы – это кровь, моча, гной, перевязочный материал, шприцы, испражнения, биологические ткани, мокрота и т.д. Контаминированные отходы должны быть сожжены или захоронены в специально отведенном для этого месте, - химические и фармацевтические отходы (таблетки, вакцины, лабораторные реактивы, органические растворители, цитотоксические отходы, отходы с высоким содержанием тяжелых металлов (ртуть), стоматологический материал, аэрозольная тара, которая при сжигании может взорваться. Инфицированные отходы должны удаляться во время или немедленно после процедуры. Для утилизации твердых инфицированных отходов должны быть использованы проколостойкие контейнеры для острых предметов, такие как коробки из толстого картона, пластиковые бутылки или банки с крышкой. Когда контейнер заполнен на три четверти, его следует вынести из процедурной зоны для удаления. Отверстие должно быть заклеено скотчем. Если утилизированные отходы подлежат сжиганию вместе с контейнером, то утилизируемый инфицированный материал после использования сразу попадает в контейнер. Если утилизация одноразовых шприцев и игл проводится методом инкапсуляции или в последующем выбрасываются в мусоросборник, то использованные шприцы одноразового применения вместе с иглами после медицинской манипуляции и трехкратного промывания в 0,5% хлорсодержащего препарата обеззараживаются в этом же растворе путем погружения на 10 мин. Системы после переливания крови или ее препаратов предварительно разрезаются на 5 – 7 частей и обеззараживаются в 0,5% хлорсодержащем растворе (или его аналога), одноразовые шприцы помещают в непротыкаемые контейнеры или пластмассовые ведра, изнутри выстланные полиэтиленовыми пакетами. После заполнения на 2/3 их относят для утилизации в муфельную печь или на вторичную переработку по изготовлению пластмассовых изделий.

Контаминированные медицинские отходы (операционный, перевязочный материал – марля, вата и т.д.) должны обеззараживаться в 0,5% растворе хлорсодержащего препарата (или другого дезинфектанта, разрешенного Минздравом республики согласно инструкции) на 10 мин, затем придерживая крышкой сливают дезинфекционный раствор в канализацию, а отходы складывают в непромокаемый контейнер (можно использовать новый целлофановый пакет), завязывают и выбрасывают в мусоросборник. Если эти отходы сжигаются, то они предварительно не обеззараживаются. Для инкапсуляции – острые предметы собираются в проколостойкий контейнер, в который заливается цемент, алебастр или глина, после затвердения его можно выбросить на мусоросвалку. Можно инкапсулировать химические и фармацевтические отходы вместе с острыми предметами. Вся процедура проводится в санитарной комнате. Младший персонал работает в плотных хозяйственных перчатках, после чего они моются и просушиваются. Хозяйственные перчатки должны быть у каждой санитарки. Руки персонал моет и протирает полотенцем или обрабатывает безводным антисептиком.

“N-ДИМЕТИЛГЕЛИАМИН-ИЗ РАСТЕНИЙ BERBERIS AMURENSIS”.

**Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Многие виды растений рода *Berberis* L., к детальному химическому исследованию не подвергались. Они являются богатыми источниками изохинолиновых алкалоидов. Интересные химические особенности алкалоидов выделяемых из растений рода *Berberis* L., а также широкий спектр их физиологического действия обуславливает актуальность исследований этих растений.

Выделен новый алкалоид (основание XII) из растений *B. amurensis*.

В УФ-спектре основание XII имеет максимум при 284 нм ($1 \text{ g } \xi 3.78$), характерный для тетрагидроизохолинов. В масс-спектре XII обнаруживаются ионы с m/z 207 (M-15, 43), 206(64), 164 (100), 149(14), 142(50), 127(21), 58(14). В спектре ПМР XII, снятом в смеси дейтерометанола и дейтерохлороформа, имеются сигналы при 3,24; 3.26 м.д, в виде двух трехпротонных синглетов от $N^+(CH_3)_2$ группы, шестипротонных синглет при 3,82 м.д. от двух OCH_3 групп. Сигналы от трех метиленовых групп обнаруживаются при 3,19(2H, m); 3.72 (2H, m.) и 4.52 (2H, c).

В области ароматических протонов имеются два четко разрешенных однопротонных синглета при 6,71 и 6,79 м.д. По приведенным данным основание XII является новым, относится к простым изохинолинам.

“N- МЕТИЛДИГИДРОБЕРБЕРИН ИЗ РАСТЕНИЙ BERBERIS HETEROPODA”.

Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди лекарственной флоры особое место занимают растения рода *Berberis*, благодаря содержанию в них ценных алкалоидов, обладающих высокой физиологической активностью и разнообразной химической структурой.

Исследован алкалоидный состав *B. Heteropoda*. Основание VI выделили из молодых побегов *B. Heteropoda*. В его УФ-спектре имеются максимум поглощения при 241, 350 нм ($1 \text{ g } E 4.37; 3.92$), характерные для дигидропротоберберинов. Отсутствие ионов дибензильного расщепления, при масс фрагментации VI под электронным ударом также подтверждает, что последний относится к дигидропротобербериновым алкалоидам. В спектре ПМР VI, снятом в ДМСО- d_6 , проявляются сигналы протонов при 6,05 (2H, c, OCH_2O); 4,05 (3H, c, OCH_3); 4,17 (3H, c, OCH_3); 3,45 (3H, уш c, N^+-CH_3); 3.22-4.98 (6H, m); 6.49 (1H, c); 6.78 (1H, c.) 7.44 (2H, c.) 7.85 (1H, c.).

При воостановлении VI $NaBH_4$ образуется

(\pm)-N-метилтетрагидроберберин, который при термическом деметилировании в вакууме дает (\pm)-N-тетрагидроберберин, идентифицированный с подлинным образцом по ИК-, ТСХ и по отсутствию депрессии температуры плавления смешанной пробы.

Таким образом, VI является N- Метилдигидроберберином.

“АЛКАЛОИДЫ БАРБАРИСА”

Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Алкалоиды - это особая группа азотсодержащих органических соединений, отличающихся высокой биологической активностью. Они имеют основной характер, откуда и происходит их название. В настоящее время известен состав около 200 алкалоидов, некоторые из них получены синтетическим путем. Несмотря на многолетние опыты, ученые еще не смогли синтезировать некоторые самые важные для медицины алкалоиды, в том числе и морфин (морфин), который открыт первым среди еще в 1806г. Известный еще в глубокой древности опий считался у врачей и знахарей средневековья универсальным лечебным препаратом. Название «опий» или «опиум» имеет древнегреческое происхождение, означает сок мака или продукт, получаемый из него. Сок представляет собой сложную смесь состоящую из белковых веществ, каучука, смол, сахаров и более чем 20 алкалоидов наибольшее значение из которых имеют морфин, кодеин, папаверин и др. Эти алкалоиды применяются как лекарственные средства.

В опии алкалоиды содержатся в виде солей молочной, серной и других кислот. Содержание их колеблется в очень широких пределах (от 1-3% до 15-20%). Опий является сильнодействующим нервным ядом, фармакологическое действие которого заключается в том что он парализует центральную нервную систему и различные центры пищеварительной системы, влияет на зрение, вызывает излишнее возбуждение спинного мозга и повышение рефлекторной активности.

Морфин оказывает сильное болеутоляющее действие, которое основано на блокировке болевого центра головного мозга; подавляет кашель но вызывает затруднение дыхания, так как угнетающе действует на дыхательный центр; уменьшает двигательную, секреторную активность желудка и кишечника; вызывает тошноту и иногда рвоту; понижает обмен веществ; обладает слабым снотворным действием.

“ИЗУЧЕНИЕ МЕТОДИКИ ВЫДЕЛЕНИЕ АЛКАЛОИДА БЕРБЕРИНА”

Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Берберин применяется в медицине как желчегонное средство и является исходным сырьем для получения нового лекарственного препарата, поэтому возникла необходимость его выделения. Для этого нами были исследованы кора и древесина корней *Berberisoblonga*. Ранее известно, что берберин был выделен из некоторых видов *Berberis*. Мы экстрагировали наше сырье описанными способами. Однако берберин получили сравнительно низким выходом (таблица)

так как в этих работах предварительным смачиванием сырья 10%-ним аммиаком для выделения третичных оснований, что затрудняет в дальнейшем получение четвертичных оснований.

Сравнительные данные о выделении берберина

Экстракция		Выход, % к всему воздушно-сухого сырья			
		Древесина корней		Кора корней	
		берберин	Сумма третичных соедин	берберин	Сумма третичных соедин
1.	Хлороформом, этиловый спирт	0,24,	0,35	1,1	1,2
2.	Этиловый спирт, хлороформ (хлорид берберин)	0,05	0,1	0,1	0,2
3.	Метанол Предварительным замачиванием сырья, 5% HCl	0,2	-	0,5	-

В связи с этим экстрагировали берберин из коры и древесины корней Берберисоблонга этиловым спиртом непосредственно из сырья без предварительного смачивания аммиаком. Сгущенный экстракт обрабатывали йодистым натрием и получили йодид берберин. Из оставшегося маточника выделили сумму третичных оснований. Из коры корней берберисоблонга изолировали 2% берберина и 0,6 суммы третичных оснований из древесины, соотв-0,8%.

Фенил бензоилоксиацетата и найдены физические константы полученных веществ. С целью изучения их физиологических свойств они испытаны против болезней хлопчатника-типа корневая гниль и гоммоз хлопчатника.

Результаты испытаний показывают, что эти препараты предотвращают болезни хлопчатника: гоммоза на 44-88%, а корневой гнили – 53-66%.

“ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКАЛОИДОВ BERBERISHETEROPODA”.

Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

B.heteropoda- барбарис разноножковый относится к сем Berberidaceae и является сильно-ветвистым кустарником высотой до 2-3 м. Растет на каменистых горных склонах северной экспозиции, в ущельях и по долинам рек до 1500 м над уровнем моря, образует заросли. Распространен, в основном, в Средней Азии и Казахстане.

Ранее из корней этого растения был выделен берберин, пальматин, колумбаин, ятроррицин, оксиакантин и бербамина.

В продолжение исследований растений рода *Berberis*, мы изучали кору стеблей, корни молодые побеги и листья *B.heteropoda* из двух мест произрастания. Выделение и разделение суммы оснований осуществили по методу описанному в работе. Данные по определению суммы оснований и содержанию главных алкалоидов приводятся в таблице. Разделением суммы алкалоидов корней, дополнительно к ранее полученным алкалоидам, выделили магнофлорин, бербамунин и облонгин, из коры стеблей, собранные в Республики – ретикулин, глауцин и тетрагидроберберин. Кора стеблей барбариса из Ферганской области отличается более высоким содержанием оксиакантина по сравнению с другой мест. Главными алкалоидами коры стеблей и молодых побегов, собранных в весной, является берберин, магнофлорин и оксиакантин. Из суммы алкалоидов листьев выделили глауцин и таликмидин. Полученные алкалоиды идентифицировали на основании физико-химических констант, спектральных данных, а также сравнением с подлинными образцами.

Таким образом, изучены на содержание алкалоидов корни, кора стеблей, молодые побеги и листья *B.heteropoda*. Разделением суммы алкалоидов выделили 13 оснований, из них магнофлорин, бербамунин, облонгин, ретикулин, глауцин, таликмидин впервые выделены из данного вида растения, а L-тетрагидроберберин впервые из рода *Berberis*.

“ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКАЛОИДОВ BERBERISVULGARIS”.

Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

В продолжение исследований алкалоидов рода *Berberis* мы изучили различные органы *Berberis vulgaris*, собранные в предгорном районе республики в фазу цветения и созревания плодов. Из данного вида барбариса, произрастающего в республике выделены оксиакантин, бербамина и бербарин [1]. За рубежом из корней этого растения выделили ряд

известных алкалоидов [2-4]. Из корней, коры стеблей листьев и плодов, собранных в фазу созревания плодов, этанольной экстракцией выделили 2,19; 1,48; 0,1; 0,05% суммы алкалоидов соответственно. Из листьев, собранных в фазу цветения, хлороформной экстракцией выделили 0,39 % суммы оснований.

Разделением четвертичной суммы корней на колонке с силикагелем КСК выделили три основания в виде хлоридов, которые по спектральным данным отнесли к диизохинолиновому типу и непосредственным сравнением с истинными образцами идентифицировали с берберином, колумбамином и пальматином. Эфирную сумму корней делили на фенольную и нефенольную части. Из фенольной части разделением на колонке с силикагелем, элюированием хлороформом и смесями хлороформа с метанолом выделили оксиакантин, бербамина, бербамина и фенольное основание I с т. Пл. 158-159⁰ (метанол), $[a]_D^{22} + 19^0$ (CHCl₃).

При метилировании иодистым метилом получили облонгин иодид [5], идентифицированный с подлинным I идентифицировали с юзифином [6]. Хлороформную сумму корней делили аналогично эфирной. Выделили оксиакантин основания II, III. Основание с т. Пл. 163-164⁰ в УФ- спектре имеет поглощение в области $\lambda_{\text{MAX}}^{\text{этанол}} 280$ (lgε 4,21). 368нм (lgε 4,30), характерное для дигидро берберина [7].

Основание III, т. пл. 200-201⁰, в ИК-спектре присутствует полоса при 165 см⁻¹. При восстановлении II и III NaBH₄ в метаноле выделили кристаллическое основание с т. Пл. 163-169⁰ (этанол), которое по ТСХ и отсутствию депрессии температуры плавления идентифицировали с (±) тетрагидроберберином. На основании физико – химических данных, химического превращения и непосредственным сравнением с истинными образцами II и III идентифицировали с ламбертином и берлабинином соответственно. Последние были выделены ранее из *V. lamberti* [8].

Таким образом, на содержание алкалоидов изучены корни, кора стеблей, листья и плоды *V. Lamberti*. Разделением суммы алкалоидов корней выделено девять оснований. Из них впервые выделены берламин, ламберин, бербамина из данного вида, а юзифин выделен впервые из рода *Berberis*.

“НОВЫЙ АЛКАЛОИД ИЗ BERBERIS VULGARIS”.

Юсунов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Исследован алкалоидный состав коры стеблей, листьев и плодов *Berberis vulgaris*, собранных в фазу созревания плодов. Этанольной экстракцией выделили 1.48; 0,1; 0.05% суммы алкалоидов, соответственно, а из листьев собранных в фазу цветения хлороформной экстракцией выделила 0,39% суммы оснований. Хроматографированием на колонке с силикагелем из суммы алкалоидов, полученной из плодов выделены берберин, изотетрандрин, бербамина из суммы листьев – оксиакантин, таликмидин, берберин, а из суммы коры стеблей выделены берберин, пальматин, ятропорицин, оксиакантин, бербамина, 8-оксоберберин, берберрубин и основание I с т. Пл. 133-134⁰ (из эфира), состав C₂₀H₁₇O₇N.

ИК - спектр $V_{\text{max}}^{\text{KBr}} \text{ см}^{-1}$: 3440, 1720, 1660.

УФ-спектр $\lambda_{\text{max}}^{\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}}$: 225, 263, 307, (4.61; 4.16; 3.76).

Масс-спектр (I%): 383(100), 365(7), 352(14), 338(31), 324(31), 220(31), 193(45), 190(58), 171(72), 165(72), 138(41).

В спектре ПМР I имеются сигналы от двух метиленовых групп при 2,75 (2H. т), 3,00 (2H. кв), от двух метоксильных при 3,76 (3H. с), 3,83(3H. с), метилendioксигруппы при 5.90 (2H. с). В области ароматических протонов имеются два однопротонных синглета при 6.49; 7.49 д. и два однопротонных дублета при 7.02 и 7.52 м.д. Приведенные данные соответствуют структуре причиленина (I), полученного ранее из берберина синтетическим путем. Причиленин впервые выделен из растений рода *Berberis*.

“СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ МАГНОФЛОРИН ЙОДИДА”.

Юсунов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Научная работа относится к медицине и фармацевтической промышленности, а именно к получению физиологического активного магнофлорина в виде йодида.

Магнофлорин является очень широко распространенным алкалоидом и обнаружено в растениях относящихся к десяти семействам (1) и разработано различные методы выделения его из растительного сырья.

Известен способ получения магнофлорина из корней *Mahonia aquifolium* путем экстракции сырьепетroleumным эфиром, затем метанолом и разделением алкалоидной суммы на колонке с окисью алюминия. Выход готовой продукции составляет 0,002% (2).

Известен также способ получения данного алкалоида из корней *Thalictrum foliosum* путем экстракции метанолом с дальнейшим разделением суммы алкалоидов на третичные и четвертичные алкалоиды и разделением четвертичных алкалоидов путем ионообменной хроматографией выделяя магнофлорин хлорида, затем его ионообменной путем переводят в магнофлорин йодид. Выход препарата в оригинале не указывается. Однако данный метод, как и предыдущий является очень трудоемким многостадийным и требует много времени (3).

Целью настоящего изобретения является упрощение способа получения и увеличения выхода готовой продукции за счет сокращения количества операций и выделения его на ранней стадии процесса.

Способ осуществляется следующим образом:

Измельченные молодые побеги *V. Nefgeroda* экстрагируют этанолом на аппарате Сокслета до отрицательной реакции на алкалоидов, затем спиртовой экстракт упаривают до густой массы разбавляют водой, фильтруют, осаждают

четвертичных протоберберинов путем добавления кристаллического йодида калия, осадок суммы йодидов профильтруют водно-спиртовой маточник обрабатывают хлороформом.

При этом серебристые кристаллы магнофлорина йодида начинает выпадать из хлороформного раствора, которых фильтруют, промывают ацетоном и прекристаллизуют из метанола,

Новизной и отличительной особенностью данного способа является то, что труднотупный алкалоид магнофлорин легко выделяется при обработке маточника хлороформом,

500г измельченные молодые побеги *Berberisheferopoda* экстрагируют этанолом в аппарате Сокслета до отрицательной реакции на алкалоиды кремневольфрамовой кислотой. Затем спиртовый экстракт в количестве 1500мл упаривают до объема 100 мл, охлаждают, заливают 200 мл дистиллированной водой, фильтруют, к прозрачному-красному раствору постепенной добавляют кристаллического йодида калия. При этом выпадают в осадок йодиды протобербериновых алкалоидов. После полного осаждения йодидов их оделяют фильтрованием и промывают спиртом. К водно спиртовому маточнику добавляют 500мл хлороформа и тщательно перемешивают в делительной воронке. При этом магнофлорин переходит в хлороформную часть и из-за плохой растворимости в нем образу начинает выпадать осадок. Эту операцию повторяют еще раз и хлороформные растворы объединяют, фильтруют, охлаждают. Выпавшие кристаллы технического магнофлорин йодида отделяют фильтрованием, промывают ацетоном и перекристаллизуют из метанола. Выход готовой продукции составляет 2,1г или 0,42% от веса воздушно-сухой массы растительного сырья.

Чистота и подлинность магнофлорин йодида контролировали по ТСХ на силикагеле и окиси алюминия в системах хлороформ-метанол 4/1 и метанол-диэтиламин 4/1, а также с непосредственным сравнением с подлинными образцом. Т. пл. 251-252°. ($\alpha/D + 195^\circ$) MeOH. c, 0.35)

“СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ ПАЛЬМАТИН ЙОДИДА”.

Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Метод относится к химико-фармацевтической промышленности и может быть использовано для получения пальматин йодида из растительного сырья.

Целью методики является повышение выхода целевого продукта и сокращение времени осуществления способа.

Корни *berberisvulgaris* (500г), собранные в фазу созревания плодов, экстрагировали этанолом в сокслете до отрицательной реакции на алкалоиды с 5%-ным раствором кремневольфрамовой кислоты,

Этанольный экстракт упаривают до густой массы, охлаждают, растворяют в 200 мл 3%-ной уксусной кислоты. Последний фильтруют и добавлением кристаллического К1 осаждают берберин йодида (2,9г). После отделения осадка к фильтрату добавляют 5%-ный раствор трихлоруксусной кислоты до полного осаждения протобербериновых алкалоидов. Осадок отфильтровывают, промывают водой (20мл), затем – ацетоном (2*20мл) и высушивают (1,8г).

Полученный осадок (1,8г) растворяют в 50мл метанола, добавляют 2,5мл йодистого метила и 0,5 г КОН. Затем смесь кипятят в течение 2ч. По охлаждении смеси льдом выпадают светло-желтые кристаллы пальматин йодида, последний отфильтровывают, промывают метанолом (2*10 мл) и высушивают (1,2 г), технический пальматин йодид перекристаллизовывают из метанола. Выход 1,1 г (0,22%) от массы сухого растения.

Выход целевого продукта увеличивается с 0,09% по способу-прототипу до 0,22% по предлагаемому способу, при этом время проведения способа сокращается с 126 до 22ч.

“СТРОЕНИЕ АМУРЕНИНА”.

Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Нами исследован алкалоидный состав надземной части *Berberisamurensis*, собранной в различные периоды вегетации. Из листьев, молодых побегов и корней, экстракцией хлороформом и этанолом, выделено 0,12; 0,22; 2,0 % суммы алкалоидов, а из листьев и молодых побегов, собранных в период цветения, выделено 0,22; 0,34 % суммы оснований, соответственно. Хроматогафированием суммы алкалоидов получено 14 особаний кроме ранее выделенных алкалоидов берберина, пальматина, колумбамина, ятронрицина, бермамина изолированы псевдопальматин, N-тетрагидропальматин, оксиакантин, берберрубин, изотетрандрин, обаберин и новое основание амуренин (I), выделенный в виде хлорида.

Амуренин (I), представляет собой оптически активное, кристаллическое основание, с т.пл. 194-195°, дает кристаллическое 0-ацетилпроизводное (II)

ИК-спектр $\nu_{\text{max}}^{\text{KBr}}$: 3200, 1610, 1580, 1470.

УФ-спектр $\lambda = \frac{c}{2.5} \frac{\text{OH}}{\text{max}}$ 265, 275, 305, ($\lg \epsilon$ 4.23; 4.25; 4.16)

Масс-спектр m/z 328(M⁺), 325(M-I)⁺, 309, 290, 268, 58 (100%).

Данные спектров ПМР I и II, снятых в CD₃OD, им отнесение сигналов протонов приводятся в таблице.

Таблица

Амуренин (I)	0-ацетиламуренин (II) Величина хим.
--------------	--

протоны	Величина хим. Сдвига м.д.	Сдвига м.д.
$N^+(CH_3)_2$	3.30 (ЗН.с)	3.02 (ЗН.с)
C_1-OCH_3	3.36 (ЗН.с)	3.38 (ЗН.с)
C_2-OCH_3	3.60 (ЗН.с)	3.60 (ЗН.с)
C_3-H	3.82 (ЗН.с)	3.83 (ЗН.с)
C_8-H	6.82 (ИН.с)	6.88 (ИН.с)
C_9-H	7.11 (ИН.)	7.35 (ИН.)
$C_{11}-H$	6.65 (ИН.)	6.98 (ИН.)
$C_{10}-H$	7.72 (ИН.)	7.95 (ИН.)
		2.23 (ЗН.с)

По величине хим. Сдвигов трехпротонный синглет при 3,601 м.д. и однопротонный синглет при 6,82 м.д. отнесены к C_1-OCH_3 и C_3-H , соответственно. Метоксильная и гидроксильные группы могут находиться в положениях C_2 или C_{10} . Их расположение в кольцах А или D установлено на основании сравнения спектров ПМР IиII.

По приведенным данным для амуренина предложена новая структура.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕТИОПРИЛ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Абдуназаров Т.А., Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучение динамики показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) и эффективности гипотензивной терапии препаратом метиоприл больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента (9 женщин в периоде постменопаузы и 15 мужчин) гипертонической болезни 2-3 стадии. Средний возраст больных составил 53,7±5,1 года, стаж ГБ – 7,2±2,3лет. Пациентам проводились суточное мониторирование АД (СМ АД) и ЭКГ (СМ ЭКГ) с оценкой временных и частотных характеристик ВРС: стандартное отклонение всех синусовых интервалов R-R в течение 24 часов (SDNN,мс), общая мощность спектра (TP мс²), спектральные мощности низкочастотного (LF,мс²), высокочастотного (HF,мс²) компонентов, LF/HF. Пациенты принимали метиоприл в средней суточной дозе 26,5±3,5 мг в течение 2,3±0,5 месяцев и гидрохлортиазид 25 мг в сутки.

Результаты: целевые цифры АД были достигнуты у 76,8 % больных; отмечено статистически достоверное снижение уровня систолического АД со 182,2±8,1 до 143,1±6,4мм рт.ст. (p<0,001) и диастолического АД со 108,2±3,2 до 88,4±4,1 мм рт.ст (p<0,001). По данным СМ АД, достоверно снизилась величина и скорость утреннего подъема систолического и диастолического АД, достоверно снизилась вариабельность для систолического (на 18,6%,p<0,01) и для диастолического АД (на 12,9%,p<0,01). При оценке влияния метиоприл на показатели ВРС выявлено увеличение SDNN с 100,15±6,95 до 112,52±6,38мс, TP с 1353±226 до 1985±456, HF с 289±62 до 423±84, LF 562±62 до 706±62, ULF с 502±74 до 868±92мс. Отмечалось снижение LF/HF с 1,94±0,4 до 1,7±0,3.

Выводы. Препарат метиоприл приводит к снижению вариабельности АД, обеспечивая эффективный контроль АД в течение суток. На фоне приема метиоприл происходит снижение симпатических и увеличение парасимпатических влияний на ритм сердца, повышаются показатели ВРС, что является благоприятным в плане снижения риска развития внезапной смерти.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ГИПЕРТОНИЯСИДА ТЕЛМИСАРТАННИ

КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Абдуназаров Т.А., Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзуни долзарблиги: Носоғлом турмуш тарзини олиб бориш билан боғлиқ бўлган - метаболик синдром хозирги замон тиббиётининг энг долзарб муаммоларидан биридир. АҚШнинг Вашингтон университети олимлари томомнидан ўтказилган тадқиқотлар натижаси шунми кўрсатдики, 1994 - 2000 йй. даврида ўспиринлар орасида метаболик синдромни кузатилиши 4,2 дан 6,4 % га ошган.

Метаболик синдромни фармакотерапиясида самарали антигипертензив терапия ўтказиш касаллик прогнозини аниқловчи мухим омиллардан биридир.

Мақсад: метаболик синдромда телмисартанни клиник-лаборатор самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар: кузатувга ёши 35 дан 58 гача бўлган метаболик синдром аниқланган 62 та бемор критилди: улардан 21 эркак ва 41 аёл. Телмисартан 40 мг дан кунига 1 махал тавсия этилди. Клиник-лаборатор кузатувлар терапия аввалида ва 6 ойдан сўнг ўтказилди. Кузатувда антропометрик кўрсаткичлар: тана узунлиги ва вазни, бел ва қорин айланаси, бел/қорин айланаси коэффиценти, қонда глюкоза ва липидлар миқдори ҳамда артериал босим (АБ) кўрсаткичлари ўрганилди.

Натижалар: АБ мақсадли даражаси 86% беморда эришилди. Телмисартан терапияси таъсирида 44% беморда инсулинга сезувчанлик яшиланди, микроальбуминурия 48% камайди. 17,8 % холатда мейёрый альбуминурияга

эришилди. 6 ой давомида тана вазнини камайиши ўртача 4,2 кг ни ташкил қилди. Умумий холестерин миқдорини камайиши кузатилди. Телмисартан кунига бир маҳал қабул қилиниши беморлар учун қулай бўлди ва яхши қабул қилинди.

Хулосалар: телмисартан метаболик синдром гипертонияси фармакотерапиясида самарали дори воситаси, у АБ, инсулинга резистентликни ва тана вазнини камайтиради, липидлар спектрини яхшилайти.

ЯЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ НОСТЕРОИД ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ АНАЛЬГЕТИК СИФАТИДА ХАРИД ҚИЛИШГА БЎЛГАН ХАРАЖАТЛАРНИНГ ФАРМАКОЭКОНОМИК ТАХЛИЛИ

Абдуназаров Т.А., Эшонхўжаев О.О., Халилов А.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Ялиғланишга қарши дори воситаларини фармакодинамик эффеклари уларни амалий тиббиётда ялиғланишга қарши, антипиретик ва нонаркотик аналгетик сифатида фойдаланишга имкон беради. Соғлиқни сақлаш тизими даволаш муассасаларида фармакотерапия жараёнини фармакоэкономик таҳлил қилиш бюджет харажатларини тежашга, уларни мақсадли йўналтиришда ва самарадорлиги юқори ҳамда арзон дори воситаларини харид қилишга имкон беради.

Мақсад: аналгетик сифатида стационар шароитида ялиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ)дан энг кўп харид қилинган гуруҳни аниқлаш.

Материал ва усуллар: фармакоэкономик таҳлил шахар кўп тармоқли Марказий шифохонасининг дорихонаси компьютер базаси маълумотларига асосланиб олиб борилди. Текширув маълумотларини таҳлили махсус «Дори воситаларини даволаш муассасаларида харажатини фармакоэкономик таҳлили» ЭХМ дастурида олиб борилди.

Натижалар: фармакоэкономик таҳлилни янги дастурини (EpiINFO 2002) қўллаш ЯҚНДВ йиллик харажатида бўлган сарф 3816 070 сўм бўлганлигин аниқлашга имкон берди ва бу кўптармоқли шифохонада дори воситаларини сотиб олиш учун булган сарфни 3,13% ни ташкил қилганлигини кўрсатди. ЯҚНДВ ичида асосий улш (50%) носелектив препаратлар (ибупрофен, диклофенак, кеторолак, парацетамол, метамизол натрий) ва комбинациялашган препаратлар (темпальгин, ревалгин, пентальгин, баральгин) - 36,4%. Селектив препаратлар (мелоксикам, нимисулид) хариди учун атига 13,6% сарф қилинган, энг кўп сарф комбинациялашган аналгетиклар хариди учун қилинган - 1353010 сўм. Кўпчилик комбинациялашган аналгетиклар ўз таркибида метимизол тутуди, шу сабабдан уларни кенг қўлланилиши чекланиши керак, чунки метимизолни токсик хусусияти юқори. Фармакоэкономик таҳлил натижаларига кўра нархи ва самарадорлигини оптималлиги бўйича энг яхши препарат диклофенак эканлиги аниқланди. Диклофенакни 1 ампуласи нархи бўйича кеторолакни 1 ампуласига нисбатан 3,5 баробар арзон.

Хулосалар: фармакоэкономик таҳлил натижалари кўп тармоқли стационарда нонаркотик аналгетик сифатида диклофенак натрийни кенг қўллаш кераклигини аниқлашга имкон берди. Бу ЯҚНДВ харид қилиш харажатларини камайишига олиб келади.

КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЯДА ЯЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ НОСТЕРОИД ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ САЛБІЙ ТАЪСИРЛАРИНИ КУЗАТИЛИШ ҲОЛАТЛАРИ

Зияева Д.Ф.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Ревматик касалликларни даволашда ностероид дори воситаларини тавсия этиш улардан олинандиган фойда ва хавф нисбатини баҳолашни тақозо этади. Дунё миқёсида ялиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ)дан фойдаланиш кундан кунга ортиб бормоқда, сабаби улар рецептсиз берилади.

Мақсад: стационар шароитида ЯҚНДВ дори воситалари билан энг кўп қақирадиган салбий таъсирларини аниқлаш.

Материал ва усуллар: Андижон шахар марказий шифохонасида статистик маълумотларга асосланиб олиб борилди.

Натижалар: Ҳозирги кунда ЯҚНДВ томонидан қақирланган пептик яралар билан касалланиш ва ўлим сони ортганлиги аниқланган. Статистик маълумотларга кўра ОИТдан қон кетиши билан стационарга қабул қилинган беморларнинг 27% ЯҚНДВлар қабул қилинган. Улардан эзофагит (10%), гастрит (43%), ошқозон яраси (20%), 12 бармоқли ичак яраси (25%) ташхиси бўлган. ЯҚНДВ узоқ вақт қўлланилганда кузатиладиган салбий таъсирлар маълумотларга кўра 2-4% ни ташкил қилади. Асоратларни келиб чиқиш хавфи кексаларда, аёлларда, анамнезида пептик яра бўлса, бир вақтни ўзида стероидлар қабул қилган, чекувчи ва кўп ичувчи шахсларда юқори. ЯҚНДВ томонидан ОИТ шиллик қаватини шикастланиши кўп беморларда кузатилади, лекин клиник белгиларсиз кечади. Асоратлар қақирлиши дори воситаси қабул қилинадиган кунлик миқдорига боғлиқ. Бошқа системаларда ҳам асоратларни келтириб чиқаради. Бу асоратлар системалардан простагландинлар синтезига таъсир, ёки идеосинкразия, ёки препаратни миқдори билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бўйрак фаолияти бузилган беморларда амалда салбий таъсир кўп кузатилади. Ўткир бўйрак етишмовчилиги, суюқлик ушланиб қолиши, гиперкалиемия бевосита ЯҚНДВ қабул қилиниши билан боғлиқ. ЯҚНДВ қабул қилиниши билан боғлиқ гематологик реакциялардан тромбоцитлар синтезини пасайиши натижасида тромбоцитопения кўринишида намоён бўлади. Гепатитлар ва жигар фаолияти бузилиши мумкин. ЯҚНДВлар шунингдек бронхоспазм, асептик менингитни қақиради.

Хулоса: умумий амалиёт шифокорлари ЯҚНДВ чакирадиган салбий таъсирларни билишлари зарур ва бу салбий таъсирлар ҳақида беморларни ха-бардор қилишлари лозим. Бу ҳолат ревматик касалликларни даволашда ЯҚНДВ самарадорлигини ва хавфсизлигини оширади.

ЗАМОНАВИЙ ДОРИШУНОСЛИҚДА «САЙДАНА»НИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Мамадов Ю.М., Туланова Д.Я., Эшонхўжаев О.О.

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Кейинги пайтда дунёнинг кўпгина мамлакатларида доривор ўсимликлардан олинаётган фитопрепаратларга қизиқиш ортиб бораётганлигининг гувоҳи бўлмоқдамиз. Бунинг сабаби, доривор ўсимликлар кимёвий тузилиши жihatдан организмдаги метаболитларга яқин бўлиб, улар организм учун хавфсизроқ, шунинг учун уларни касалликни олдини олиш ва даволаш мақсадида кимёвий синтез моддаларига нисбатан кенгрок ва давомийлироқ ишлатишга имкон беради. Замонавий доришунослик илмини муккамалашуви ўсимликлардан олинадиган биологик фаол моддаларни ажратиб олиш, улардан тайёрланадиган фитопрепаратларни стандартлаш, саклаш муддатларини узайтириш, самарадорлиги ва хавфсизлигини назорат қилиш ишини такомиллаштирмоқда, бу эса ўз навбатида фирма таклиф этаётган вақт давомида фитопрепаратларнинг биологик фаоллигини саклашга имконият яратмоқда

Мақсад. Абу Райхон ал-Берунийнинг «Китаб ас-сайдана фи-т-тибб» асарини бизнинг замонавий доришунослик илми асоси бўлиб қолаётганлигини кўрсатиш.

Натижалар ва муҳокама. Бугунга келиб замонамиз ботаник олимлари бобомиз орзуларини амалга оширдилар ва Ўзбекистон флорасининг 138 оила, 1023 туркум ва 4500 дан ортиқ турдан иборат эканини, булардан 9% эндемиклар эканлигини ва 38 туркумга мансуб 600 дан ортиги доривор ўсимликлар эканлиги аниқлади.

Хозирги кунда «Сайдана»да тавсифи келтирилган, дунёнинг турли мамлакатларида ўсувчи, фитопрепаратлар ишлаб чиқараётган фирма мамлакатларида официнал бўлган ўсимликлар ва улардан олинадиган махсулотлар (балзам ёки эликсирлар)дан турли хил фитопрепаратлар ишлаб чиқиб тиббиёт амалиётига киритмоқда.

Бу хилдаги фитопрепаратларни халқаро куп фазали клиник текширувлар натижалари борлигини ҳисобга олиб собиқ Иттифоқ ҳудудида жойлашган давлатлар, жумладан Ўзбекистон Республикаси фармакологик қўмитаси чет эл фирмалари ишлаб чиқараётган кўп қиррали фармакологик таъсирга эга кўплаб фитопрепаратларни тиббиёт амалиётларида ишлатишга рухсат берган

Ушбу мураккаб таркибли фитопрепаратлар, бугунги замон тиббиёт амалиётида нафас олиш тизими касалликлари, жигар ва ўт йўллари касалликлари, меъда-ичак тизими касалликлари, буйрак ва сийдик ажратув аъзолари касалликларида ва умумий қувватни оширувчи ва иммунокорректорлар сифатида кенг қўламда ишлатилмоқда.

Хорижий фирмалар ишлаб чиқараётган мураккаб фитопрепаратлар таркибига кирувчи «Сайдана»да қайд этилган доривор ўсимликлар 25 оилага мансуб бўлиб, дунёнинг турли китъаларида ёввойи ҳолда усувчи ёки маданийлаштирилган ўсимликлар ва уларнинг махсулотларидир. Буларнинг қарийиб 48% тропик ва субтропик мамлакатларида ўсувчи ўсимликлар бўлиб, булар фирма мамлакатларида официнал ҳисобланади.

Хулоса. «Сайдана»да қайд этилган доривор ўсимликлардан ва уларнинг махсулотларини ўрганиш доришунослик ва тиббиёт амалиётини янги фитопрепаталар билан бойитади.

МЕЪДА-ИЧАК ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИДА «ТОШБУЛОҚ» МАЪДАНЛИ СУВНИ ҚЎЛЛАНЛИШИ

Парпиева С.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад. Меъда шираси кислоталиги камайган гипоацид гастрит, меъда шираси кислоталиги ортиқ бўлган гиперацид гастрит ва жигар ўт йўллари касалликларида шифобахш маъданли сувлар билан даволаш натижаларини ўрганиш.

Ишнинг бориши. Тошбулоқ тиббиёт бирлашмаси ҳудудидан 1993 йилда бургулаб чиқарилган шифобахш маъданли сув кам минералланган ($M=33\text{г/л}$) сульфат-хлорид-натрийли иссиқ (47°C), кам ишқорли ($\text{pH}=7,3$) азотли газли сувдир. Маъданли сувнинг таркибида куйидаги микроэлементлар (мг/кг). Кремний кислотаси -26 , темир $-4,4$, бром $-1,6$, алюминий $-0,45$, рух $-0,205$, фтор $-0,68$, марганец $-0,048$, органик кислоталар -16 ва бошқа моддалар мавжуд. Сув таркибидаги органик моддалар бор ($\text{C орг.}-16\text{ мг/л}$)

Натижалар. Меъда шираси кислоталиги камайган гипоацид гастритда минерал сувни совуқлигича ($18^{\circ}-20^{\circ}\text{C}$) овқатланишдан 15-20 мин олдин аста-секин хўплаб-хўплаб ичиш тавсия қилинади. Меъда шираси кислоталиги ортиқ бўлган гиперацид гастритда, минерал сувни иссиқ ҳолда ($40^{\circ}-45^{\circ}\text{C}$) овқатланишдан 1-1,5 соат олдин ичиш тавсия қилинади. Меъда шираси кислоталиги меъёрида бўлган нормоцид гастритда $20^{\circ}-25^{\circ}\text{C}$ ли сувни овқатланишдан 40-45 минут олдин 1 стакандан 3маҳал ичиш тавсия қилинади. Жигар ўт йўллари касалликларида (сурункали гепатит, гепатохолецистит, холециститда) спастик колитда, ҳамда ич кетишга мойиллик бўлганда минерал сувни илиқ ҳолда ($35^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$), атоник колитда эса совуқ ($18^{\circ}-20^{\circ}\text{C}$), ҳолда ичиш тавсия қилинади. Агар беморда меъда касаллиги билан бирга жигар, ўт йўли касалликлари ёки ичакнинг спастик холати кам бўлса минерал сувни иссиқ ҳолда (45°C) ичиш буюрилади. Овқатлангандан сунг жиғилдон каттиқ қайнаганда 50-100мл совуқ (18°C) минерал сув ичиш тавсия қилинади. Минерал сувдан ичириб даволаш курси 3-4 hafta давом этади. Минерал сув ичиш режимига риоя қилиш бемор организмни тартибга солади, овқат хазм қилиш тизимини маъроми билан ишлашни таъминлайди.

Хулоса. Ошқозон-ичак тизими касалликларидан аёлларда кўпроқ жигар-ўт йўллари касалликлари, эркакларда меъда шираси фаолияти бузилиши билан боғлиқ касалликлар кўп учрамоқда. Меъда шираси кислоталилиги камайган гипоацид гастрит, меъда шираси кислоталилиги ортиқ бўлган гиперацид гастрит ҳамда жигар ўт йўллари касалликларидан - шифобахш Тошбулок маъданли суви самарали натижа берди.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОВЫХ И СОЛНЕЧНЫХ УДАРОВ У ДЕТЕЙ

Эргашева З.А., Солиев Д.М., Тўракулова Ф.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Тепловой удар - патологическое состояние, обусловленное общим перегреванием организма, сопровождающееся повышением температуры тела, прекращением потоотделения и утратой сознания. Солнечный удар - особая форма теплового удара, возникающая при прямом воздействии солнечных лучей на голову ребенка.

Предрасполагающие факторы: чрезмерно развитая подкожно-жировая клетчатка, патология ЦНС, ограниченный питьевой режим, неадекватная одежда, укутывание и др.

Клиническая диагностика тепловых и солнечных ударов. Начальными проявлениями теплового удара могут быть: повышенная возбудимость, сильная головная боль, тошнота, рвота. При этом потоотделение сохранено, температура тела умеренно повышена. По мере нарастания тяжелого состояния отмечается стойкое повышение температуры тела, кожа бледная, сухая, горячая на ощупь, потоотделение прекращается, нередко развивается коллапс, оглушенность и периодическая утрата сознания. Выделяют три формы теплового удара:

- асфиксическая - дыхание частое, поверхностное; пульс нитевидный, тахикардия, акроцианоз; с углублением неврологических расстройств
- отмечается апноэ и остановка сердца;
- паралитическая - повторяющиеся судороги, коматозное состояние вялое следующей остановкой сердца и дыхания;
- психопатическая - проявляется расстройствами сознания (бред, галлюцинация), судорогами и параличами, как правило, через 5-6 часов после воздействия повышенной температуры.

Ранние признаки солнечного удара: вялость, тошнота, снижение остроты зрения, покраснение лица, повышение температуры тела, учащение дыхания, тахикардия. В дальнейшем отмечается потеря сознания, бред, галлюцинации, смена тахикардии брадикардией. При отсутствии помощи возможна смерть ребенка при явлениях остановки сердца и дыхания.

Неотложная помощь при выраженных тепловых и солнечных ударах, детям оказывается следующая:

1. Устранить воздействие тепла, переместив ребенка в тень или прохладное помещение; уложить в горизонтальное положение, голову покрыть пеленкой, смоченной холодной водой.
2. При начальных проявлениях теплового удара и сохраненном сознании дать обильное питье глюкозо-солевым раствором (по 1/2 чайной ложки натрия цитрата и натрия бикарбоната, 2 ст. ложки сахара на 1 л воды) не менее объема возрастной суточной потребности в воде.
3. При развернутой клинике теплового удара:
 - проводить физическое охлаждение холодной водой с постоянным рас-тиранием кожных покровов (прекратить при снижении T тела ниже $38,5^{\circ}\text{C}$);
 - обеспечить доступ к вене и начать в/в введение раствора Рингера или р-р Трисол в дозе 20 мл/кг час;
 - при судорожном синдроме ввести 0,5% раствор седуксена 0,05-0,1 мл/кг (0,3-0,5 мг/кг)
 - оксигенотерапия;
 - при прогрессировании расстройств дыхания и кровообращения показано интубации трахеи и перевод на ИВЛ.

ОИЛА АЪЗОЛАРИСАЛОМАТЛИГИГА ЧЕКУВЧИ ОТА-ОНАЛАРНИНГ САЛБИЙ ТАЪСИРЛАРИ

Эргашева З.А., Солиев Д.М., Тўракулова Ф.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад. Мамлакатимизда ўсмирларнинг 30 фоизи 13-14 ёшида чекишни бошлайдилар. Бироқ, одатда, уларнинг кўпчилиги 2-3 йилдан сўнг тўлақонли кашандага айланади. Чекувчи болалар ва ўсмирлар ўз умрининг 15 йилга қискартирадилар. Ёшларнинг чекишнинг оғир оқибатларидан беҳабарлиги ва катталар томонидан назоратнинг сустлиги уларда бундай зарарли одатнинг шаклланиши учун қулай шароит яратилади.

Ишнинг бориши. Бу соҳада асосан ўз ота-оналари ўрناق бўлишади. Тамаки ва ёшлар муаммосини тадқиқ қилувчиларнинг кўпчилигининг фикрлари шундай. Кўпинча эса чекувчи акалар, опалар ёки катталар ўсмирларнинг эрта ёшдан бошлаб чекиши учун намуна ролини ўйнайдилар.

Марказий илмий-тадқиқот институти ўтказган тадқиқотларнинг қўрсатишича, чекувчиларнинг 80 фоизидан кўпроғи чекишни 18 ёшдан олдин бошлаган. Ниҳоятда хавотирли статистика. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, чекиш билан боғлиқ бўлган касалликлардан йилига қарийиб бир миллиондан ортироқ киши, асосан, ёш ва куч гайратга тўла ёшида ҳаётдан кўз юмади.

Нафақат ота-оналар, ўқитувчилар, балки барча катта ёшдагилар ҳам болаларда чекишга салбий муносабатини тарбиялаш ишида бирдек қатнашишлари лозим. Чунки, кўпчилик ўсмирлар 15-19 ёшга етганларида тамакининг

зарарлиги хақида хабар топадилар, вахоланки бу вақтга келиб уларнинг аксар қисми чекишни бошлаган бўлади. Бу йўл қўйиб бўлмайдиган ҳолдир. Тамаки захари болалар ва ўсмирларнинг эндигина шаклланиб келаётган организмини тезроқ ва чуқурроқ зарарлайди.

Ҳатто ота-оналардан биттасининг чекиши ҳам болаларнинг соғломлигига таъсир кўрсатади. Отаси ёки онасидан бири доимий чекадиган хонадонда ўсаётган болалар, одатда касалманд бўлиб, улар қайсар, сержаҳл, ёмон ухлайдиган, тенгдошларига қараганда ақлан ва жисмонан заифроқ, тез-тез шамоллаб турадиган бўлишади. Аникроғи, болаларнинг соғлиги ота-оналарнинг чекиш-чекмаслигига бевосита боғлиқдир.

Хулоса. Демак, ота-оналар қанчалик кўп чекишса, болалар шунчалик заиф ўсишади. Бундай ва бошқа тадқиқотлар шундан далолат берадики, ёш авлод тамаки тугунига ниҳоятда таъсирчан бўлади, бора-бора уларнинг бадани увишадиган, совийдиган, оёқ-қўли бот-бот оғриб, оғирлашадиган, шишадиган бўлиб қолади. Касаллик яширин ҳолда аста-секин зўрайиб боради, кейинчалик эса, чекиш дарҳол тўхтатилмаса, кўплаб ой давом этадиган сурункали дардга айланиши мумкин.

СТРАТЕГИЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Эшонхужаев О.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследований: оценка частоты и качества использования антибиотиков, при остром бронхите у детей до года.

Методы. Работа является неэкспериментальным, описательным, ретроспективным, фармакоэпидемиологическим исследованием.

Результаты и обсуждение. Проанализированы результаты лечения антибиотиками 95 историй болезней детей с острым бронхитом одного из детских больниц Андижанской области в 2015 г. Самым частым назначенным препаратом был ампициллин - 57,3% от общего назначения АБС. Средняя продолжительность антибиотикотерапии (СПАТ) ампициллином составило в среднем – 9,3 дней. Бензилпенициллин применялся в 25,1% случаев, СПАТ – 9,7 дней. Цефазолин применялся в 9,4% случаях, СПАТ – 8,4 дней. Оксациллин и ампиокс применялись в 3,1% случаях, СПАТ – 9,0 дней. Гентамицин и цефтриаксон использовались в комбинации с аминопенициллинами по одному случаю. Все антибиотики вводились исключительно парентерально. Бактериологическое исследование не проводилось ни в одном случае.

Выводы. Антибактериальная терапия (АБТ) при остром бронхите, проводилось обоснованно, но нерационально. В 15 % случаев суточная доза антибиотиков не соответствовал тяжести заболевания и масса тела ребенка. В 22 % случаев кратность введения не соответствовал стандартам. Необоснованно применялись резервные антибиотики вместо стартового препарата. Во всех случаях выбор антибиотиков осуществлялся эмпирически, без бактериологического анализа. Выбран парентеральный путь введения, когда более высокоэффективны пероральные антибиотики.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т.А., Олимов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний органов дыхания. В общей популяции она встречается более чем у 5% населения, значительно варьируясь в различных географических регионах мира от 1 до 30%. Низкая заболеваемость БА (по данным официальной статистики БА встречается у 1-2% населения) не отражает истинной картины. Проведенные в последние годы эпидемиологические исследования свидетельствуют о наличии симптомов БА у 5-7% населения.

Цель исследования. Изучить основные вопросы диагностики бронхиальной астмы.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 34 больных с брон-хиальной астмой. Основная клиника у всех больных было приступы экспираторного удушья.

Кроме клинической диагностики проводилось лабораторно-инструментальная диагностика - развернутый анализ крови, рентгенологическое исследование.

Результаты и обсуждения. Основная причина гиподиагностики обусловлена существовавшими длительное время взглядами на БА как заболевание, обязательным проявлением которого является приступ экспираторного удушья. Другие симптомы болезни (переходящий дыхательный дискомфорт, затруднение дыхания на выдохе, приступообразный кашель, сухие, преимущественно экспираторные дискантовые хрипы, чаще в утренние часы) расценивались как проявления хронического обструктивного (астмоидного или астматического) бронхита или преады. Такое представление неизбежно сужало круг больных, относившихся к БА, усложняло диагностику и препятствовало адекватному лечению. Как следствие этого - преобладание тяжелых форм заболевания, высокий процент выхода на инвалидность, низкое качество жизни больных.

Развернутый анализ крови показало значительное возрастание числа лимфоцитов и эозинофилов ($P > 0,001$) от пределов нормы.

Проведенное рентгенологическое исследование показало у всех больных усиление легочного рисунка.

Выводы. Обеспокоенность мирового сообщества медицинскими, социальными и экономическими последствиями заболевания послужили одной из причин принятия национальных программ по борьбе с БА. Всемирная организация здравоохранения и Международный экспертный совет разработали Глобальную стратегию по профилактике и лечению БА - GINA. Однако фармакоэпидемиологические исследования, свидетельствуют о значительном несоответствии между научно обоснованными рекомендациями и практическим положением дел в лечении этой категории больных.

АМИНОГЛИКОЗИДЛАРНИНГ НОЖЎЯ ТАЪСИРЛАРИ

Эшонхўжаев О.О., Абдуназаров Т.А., Халилов А.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Аминогликозидлар – кимёвий структурасида аминоқантлар сакловчи кенг спектрли антибиотик дори воситалар гуруҳидир.

Булар 4 авлодга бўлинади. 1-авлод (стрептомицин, неомицин, канамицин, мономицин). 2-авлод: гентамицин (гарамицин). 3-авлод: тобрамицин (небцин, бруламицин, обрацин), сизомицин, амикацин (амикин, биклин), нетилмицин (нетиллин, нейромицин) 4-авлод: изепамицин (исепацин).

Ишнинг бориши ва натижалар. Аминогликозидларнинг таъсир доираси кенг бўлиб, бактериоцид ва бактериостатик таъсир қилади. Грам (+) таёқчалар (эшерихия, клебсиелла, шигелла, протей, серрация, моракселла, энтеробактер, гемофил таёқчалар)га ва грам(+) коккларга тилларанг ва эпидермал метициллинга сезувчан стафилококкларга таъсир қилади. 2- ва 3-авлод аминогликозидларининг ҳаммаси 1-авлод вакилларида фарқи Pseudomonad aeruginosaga таъсир қилади. 4-авлод вакили изепамицин (исепацин) қолган авлод вакилларида ацинетобактер, цитробактер, аэроманас, морганелла, листерия ва нокардияларга таъсир қилиши билан фарқ қилади. Аминогликозид антибиотик воситаларнинг ўзига ҳос томонларидан бири, уларнинг ўта заҳарлигидадир. Айнан салбий таъсирлари кўплиги туфайли, улар заҳира воситалари ҳисобланишади. Аминогликозидлар келтириб чиқарадиган салбий таъсирлар уч йўналишда кузатилиб, ототоксик, нефротоксик ҳамда нерв-мушак фалажланиши кўринишида кечади. Ототоксик таъсири 10-25% ҳолларда кузатилади. Булар кортиев аппаратининг ташқи ва ички сочсимон хужайраларида тўпланиб, ички қулоқ афферент нерв охириларида дегенератив ўзгаришларга сабаб бўлади. Стрептомицин ва гентамицин биринчи навбатда вестибуляр, кохлеар аппаратларни бузилишларга (болаларнинг кар бўлиб қолишига, 1 ёшгача бўлган болаларда кар-соқовликка) сабаб бўлади. Бу асоратлар кўпроқ неомицин, мономицин, канамицин ва амикацинларни парентерал юборилганда кузатилиши мумкин. 8-26% беморларда нефротоксик асоратлар учрайди. Аминогликозидлар буйрак проксимал каналчалари эпителийсида тўпланиб лизосомаларни бузади. (Na⁺, K⁺ - АТФ аза, простагландин, синтетазалар, нафас олиш ферментлари) фаолиятини издан чиқаради. Интерстициал нефрит белгилари: буйракларнинг сийдикни қўйилтириш фаолияти бузилади, сийдикда оксил ва лейкоцитлар пайдо бўлади. Нерв-мушак фалажи диафрагма, ковурагаларо мушаклар тонусини камайтириб, нафас олишни фалажлаши мумкин. Қуйидаги омиллар бу салбий таъсирларига сабаб бўлади:

- дори микдорининг кўпайиб кетиши, ирсий ёки орттирилган нерв-мушак фалажига (миастения) мойиллик, чаала туғилган чакалоқларда пресинаптик мембраналарда ацетилхолин захираси кам бўлиши, аминогликозидлар билан бир вақтда миорелаксантлар, магний препаратлари, антидепрессантлар, линкомицин ва клиндамицин юборилганда.

Юқоридаги асосий ноғўя таъсирларидан ташқари, аминогликозидлар ошқозон-ичак тизимидаги транспорт вазифасини бажарувчи механизмларни бузади. Бу ўз навбатида ичакдан аминокислоталар, қандлар, мой кислоталари, витаминлар ва дигоксин, феноксиметилпенициллин сўрилишини издан чиқаради.

Баъзи ҳолларда ушбу антибактериал воситалар гуруҳини қўллаганда - тери тошмалари, кичишиш, шиш каби аллергия жараёнлар ҳамда полиневритлар, флебитлар кузатилади.

Хулоса. Аминогликозид антибактериал гуруҳ дори воситалари асосан заҳира препаратлари эканлигини доим ёдда сақлаш зарур. Фақатгина бемор ҳаёти учун жиддий ҳавф туғилгандагина, заҳира воситаларига мурожаат қилиш мақсадга мувофиқдир.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИКОМАНИИ

Эшонхўжаев О.О., Мамадов Ю.М., Туланова Д.Я.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучение методов лечения токсикомании при употреблении различных психоактивных веществ.

Материалы и методы. Анализ литературных данных по вопросам фармакотерапии различных форм токсикомании.

Результаты. **Токсикомания** – это серьёзное заболевание, которое возникает из-за употребления психоактивных веществ. Это могут быть как химические, так и растительные вещества, а также различные лекарственные препараты, не относящиеся к наркотическим средствам. Лечение токсикомании длительный и сложный процесс.

Психологическая зависимость проявляется как болезненное влечение к приёму психоактивных веществ. Физическая зависимость характеризуется развитием психических и вегетативно-неврологических нарушений (абстинентный синдром), после прекращения приёма психоактивных веществ.

Лечение токсикомании проводится в стационаре (психиатрическом или наркологическом) и амбулаторно. Процесс лечения состоит из нескольких этапов. Вначале лечения снимается интоксикация и устраняется абстинентный синдром. Основное лечение заключается в восстановлении нарушенных соматических функций, ликвидации психических расстройств, нормализации психологического состояния и подавлении симптомов психической зависимости. На завершающем этапе лечения проводятся противорецидивную терапию и реабилитационные мероприятия.

Для снятия интоксикации совместно с общепринятыми дезинтоксикационными средствами (кровезаменители, глюкоза, витамины) используются ноотропные препараты в больших дозах. Чаще всего используется ноотропил оказывающий сильный антигипоксический и дезинтоксикационный эффект. При очень сильной интоксикации показана гемосорбция, диурез форсированный, гемодиализ.

Лечение токсикомании обусловленной приёмом успокаивающих или снотворных препаратов, в частности барбитуратов, проводится без форсированного диуреза, в ходе такого лечения постепенно снижается доза лекарственных средств (ежедневно на 10%). Если не соблюдать это условие можно спровоцировать тяжёлые проявления абстинентного синдрома. В случае возникновения психозов назначаются нейролептические препараты, транквилизаторы, а также проводится симптоматическая терапия. Для проведения коррекции поведенческих отклонений и подавления сильной тяги к психоактивным средствам, используются нейролептики.

Лечение токсикомании биофизическими и психотерапевтическими методами

Также лечение токсикомании осуществляется биофизическими (электростимуляция и рефлексотерапия) и психотерапевтическими (индивидуальная и групповая психотерапия, психокоррекция) методами.

Для выработки твёрдого негативного отношения к употреблению психоактивных средств, проводят групповые дискуссии. На них рассказывается о токсикомании как об очень серьёзном хроническом заболевании. Также вырабатываются установки на полный отказ от употребления любых психоактивных средств. На групповых психотерапевтических занятиях обучают как вести себя в сложных и критических ситуациях, таких ситуациях, где имеется повышенный риск употребления психоактивных средств.

Выводы Главным элементом в лечении токсикомании является семейная и индивидуальная терапия. Семейная психотерапия преследует цель наладить и сформировать правильные взаимоотношения в семье, которые способствуют полному излечению от токсикомании. В рамках индивидуальной психотерапии проводится личностная коррекция, которая главным образом направлена на формирование мотивации ведения здорового образа жизни.

ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИИ

Эшонхужаев О.О., Олимов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель - Изучение рациональности и безопасности антибактериальной терапии в педиатрии.

Материалы и методы - Материалом исследования были 158 историй болезней детей до года получивших антибактериальную терапию в 2015 году, в одном из районных детских стационаров Андижанской области.

Результаты - Структура заболеваний включала острый бронхит (59,4%), очаговая бронхопневмония (25,3%), пневмония (8,2%), острый ларинготрахеит (3,2%), острый гастрит (1,3%), спазмофилия (1,3%) и по - 0,6% аллергическая реакция и судорожный синдром. Наиболее часто применяемые антибактериальные средства: ампициллин – 53,2%; бензилпенициллин – 22,2%; цефазолин – 15,2%; по 2,9% ампиокс и гентамицин; оксациллин – 1,7%; максипим – 1,2%; левомицетин – 0,6%. Все препараты применялись только парентерально. Средняя продолжительность антибактериальной терапии составил 6 – 10 дней. При остром бронхите средняя продолжительность для препаратов пенициллинового ряда составило – 9,4 дней; для цефалоспоринов – 8,2 дней; для аминогликозидов – 10,0 дней и для левомицетина – 7,0 дней. При очаговой бронхопневмонии для препаратов пенициллинового ряда составил – 8,4 дней; для цефалоспоринов – 6,5 дней; для аминогликозидов – 8,0 дней. При пневмонии для препаратов пенициллинового ряда составил – 10,1 дней; для цефалоспоринов – 9,6 дней; для левомицетина – 7,0 дней. При ларинготрахеите для препаратов пенициллинового ряда составил – 9,6 дней. При остром гастрите средняя продолжительность антибактериальной терапии для препаратов пенициллинового ряда составил – 8,5 дней.

Выводы - Более половине случаях, антибактериальная терапия проводилось необоснованно. Для первого ряда антибактериальной терапии применение гентамицина (2,9%) и левомицетина (0,6%) необоснованно, так как эти препараты у детей до 3 лет назначается только по жизненным показаниям и продолжительность антибактериальной терапии выше указанными препаратами составляло 10 дней, который не соответствует научным стандартам.

НАШ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ РАЗРЫВОВ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА

Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н.

ГП РСНПМЦТ и О МЗРУз

Цель. Улучшение результатов лечения, уменьшение травматичности оперативного доступа путём усовершенствования методов оперативного доступа и методика при застарелых повреждениях собственной связки надколенника.

Материалы и методы. Под наблюдением в отделении спортивной травмы ГП «РСНПМЦТ и О» МЗРУз с 2005-2017 г. наблюдались 36 больных с закрытыми повреждениями собственной связки надколенника. Из них мужчин – 24, женщин – 12 в возрасте от 16 до 62 лет. У 25 больных отмечен застарелый разрыв, у 11 больных отмечен свежий разрыв собственной

связки надколенника. При повреждениях собственной связки надколенника в отделении спортивной травмы ГП «РСНПМЦТ и О» МЗРУз предложен метод восстановления при застарелых разрывах собственной связки надколенника. Операция выполняется под спинномозговой или общей анестезией. Доступ к разорванной связке осуществляется срединным парамедиальным разрезом. Находят и освежают концы рубцово-изменённой собственной связки надколенника. Лавсановые нити проводят через нижние края надколенника с обеих сторон, производится зигзагообразное проведение лавсановой нити через толщу проксимальной части (армирование) рубцово-изменённой связки по обеим сторонам. Таким образом, из рубцово-изменённого остатка собственной связки надколенника формируется мягкотканная тяга, которой в последующем при разработке заменяется ткань собственной связки надколенника. Низводят надколенник на уровне прикрепления связки надколенника, очищают до кортикального слоя и просверливаются два канала в бугристости большеберцовой кости, затем концы лавсановых нитей проводят через каналы и пришивают к большеберцовой кости.

Результаты. В отделении спортивной травмы этим способом прооперированы 25 больных с застарелыми разрывами собственной связки надколенника. После операции оперированная конечность иммобилизуется в гипсовой повязке в течение 4 недель, после чего гипсовая повязка снимается, разрешаются движения в коленном суставе. Нагрузка на конечность разрешается через месяц. У всех больных отмечены хорошие и отличные отдаленные результаты. При проведении лавсановой нити зигзагообразно по толще проксимальной части собственной связки с обеих сторон надколенника и пришивании к бугристости большеберцовой кости повышается надежность и прочность ушивания.

Вывод. Таким образом, предлагаемый способ восстановления застарелых разрывов собственной связки надколенника является малотравматичной операцией и может быть применим в широкой практической медицине.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА.

**Ирисметов М.Э., Холиков А.М., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н, Таджиназаров М.Б.
РСНПМЦТиО МЗ РУз**

Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии МЗ РУз в отделении спортивной травмы с 2006 по 2018 гг. проведено оперативное лечение 120 больных с кистами мениска. Мужчин было 70, женщин – 50, в возрасте от 16 до 65 лет. Среди которых были представители различных видов спорта. Средний срок после травмы составлял от 6 мес. до 7 лет. У всех 120 больных было выполнено оперативное лечение. После операции конечность фиксировалась эластичным бинтом (с кончиком пальцев до верхней трети бедра). В первый сутки после операции для профилактики атрофии мышц бедра проводились комплексные физические упражнения, нагружали оперированную конечность (на 50%). На вторые сутки применяли магнитолазерную терапию. Через неделю проводилась активная разработка в коленном суставе. Через 4-5 дней больных выписывали из стационара. Через 3 недели больные начинали полностью нагружать оперированную конечность, производить приседание, заниматься на велотренажере. Общая трудоспособность восстанавливалась через 3 недели, спортивная – через 1,5-2 месяца.

Ближайшие и отдалённые результаты изучены у всех больных. Хорошие результаты отмечались у всех 120 больных. Критерием оценки результатов лечения послужил объём активных движений в суставе, полная нагрузка и активное занятие спортом.

Изучая механизм и действие проведенных процедур можно утверждать, что немаловажную роль играют меры медицинской реабилитации.

КОНТРАСТНЫЙ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ РАЗРЫВАХ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА.

**Азизов М.Ж., Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н., Исмаилов М.М.
РСНПМЦТиО МЗ РУз**

В настоящее время для исследования КС при травматических повреждениях применяется широкий спектр диагностических методов: рентгенография, традиционная томография, сцинтиграфия, рентгеновская компьютерная томография (РКТ), ультрасонография, артроскопия, артрография, РКТ-артрография, магнитно-резонансная томография (МРТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Перечисленные инструментальные методики отличаются различной чувствительностью, специфичностью и информативностью. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) в настоящее время является одним из самых популярных методов лучевой диагностики, поскольку ее отличает высокая информативность, точность полученных исследований, высокая разрешающая способность.

Цель: Улучшить методов диагностики при повреждениях собственной связки надколенника.

Материал и методы: С 2008 по 2018 г. в клинике находились на лечении 20 больных с повреждениями связки надколенника (6 женщин и 14 мужчины). Средний возраст пациентов составлял 40,4. Возраст больных колебался от 18 до 56 лет. Давность травмы от 2-х недель до 2- года. Все повреждения были закрытыми и полными. У 18 (94,1%) пострадавших имел место травматический механизм повреждения и лишь у 2 (5,9%) разрыв связки надколенника произошел спонтанно.

В институте травматологии и ортопедии МЗ РУз с 2008 гг. для определения уровня разрыва и изучения характера структуральных изменений в собственной связки надколенника 12 (женщин 3, мужчин 9) больным производилась многослойная спиральной компьютерная томография (МСКТ) с внутрисуставным введением триомбраста.

Триомбрас это водные растворы, содержащие смесь натриевой и N –метилглюкаминовой солей триомбраса (3,5-диацетиламино-2,4,6-тригидробензойной кислоты) в соотношении 1:6,6. Является одним из основных современных ионных йодсодержащих рентгеноконтрастных препаратов.

Техника выполнения

МСКТ с введением внутрисвязочного триомбраса производилась следующим образом. В перевязочном кабинете больного укладывают на спину с выпрямленными ногами, в стерильных условиях обрабатывается кожа области коленного сустава, и обкладывается стерильным полотенцем. Под местной анестезией 0,5-1 % раствором новокаина вводится иголка в проксимальной отдела собственной связки надколенника. В зависимости от объема и размера собственной связки вводится 10-15 мл раствор триомбраса. Триомбрас вводят с помощью шприца под давлением, так как при застарелых разрывах собственной связки надколенника имеется рубцовый процесс связки. После чего иголка извлекается, к месту укола прикладывается спиртовой шарик, производится МСКТ исследование.

У всех обследуемых больных выявлен разрыв собственной связки надколенника на разных уровнях. С помощью МСКТ с использованием введения триомбраса определяли уровень и характер вторичных изменений в собственной связки надколенника, на основании чего определяли тактику оперативного лечения больных с разрывами собственной связки коленного сустава. Учитывая МСКТ данных всем 12 больным выполнена операция восстановления собственной связки по методике клиники.

Результаты и их обсуждение: Известно, что на исходы лечения больных с разрывами собственной связки надколенника влияет много факторов, в частности: срок давности травмы, амплитуда движений, вторичные изменения, которые имеются в мышцах, в коже с подкожной клетчаткой, в фасциях и даже в хрящах и костях. Многослойная спиральная компьютерная томография (МСКТ) (синонимы: мультиспиральная, мультикислайдная, объемная компьютерная томография) является следующим поколением технологии КТ. МСКТ позволяет произвести срезы в трех проекции не только костей, но и мягких тканей на протяжении всего исследуемого сегмента обеих конечностей одновременно. МСКТ исследование с введением внутрисвязочного введением триомбраса способствовало оценить состояние собственной связки надколенника, характера структурных изменений и отношение окружающих мягких тканей по сравнению со здоровой стороной. Это помогало нам правильно определить более точный объем оперативного вмешательства, предупредить возможные осложнения.

По ходу операции визуально сравнивали данные МСКТ. В действительности, вторичные изменения которые имеются в собственной связки надколенника соответствуют с данными МСКТ.

Выводы: Высокая достоверность и точность выявления при разрывах собственной связки надколенника, простота выполнения выдвигают контрастной МСКТ на одно из ведущих мест среди различных методов исследования: магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ультрасонография и другие.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Холиков А.М., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н.
Научно-исследовательский институт Травматологии и Ортопедии Республики Узбекистан

Повреждения коленного сустава занимают значимое место в структуре травматизма и составляют до 60 % от всех травм суставов и до 30 % от всех травм нижних конечностей. Среди всех внутрисуставных переломов нижних конечностей переломы мыщелков большеберцовой кости составляют 10–20%. При этом повреждения наружного мыщелка большеберцовой кости возникают значительно чаще, чем внутреннего, и составляют, по данным разных исследователей, от 73 до 90 % от внутрисуставных переломов мыщелков.

Когда суставная поверхность подвергается компрессии, требуется оперативное лечение для восстановления контакта суставных поверхностей и выравнивания тибиального плато, а также стабилизации коленного сустава, что позволяет начать ранние движения.

Некоторые исследователи говорят, что при смещении фрагментов перелома в пределах от 4 до 10 мм можно отказаться от операции, в то время как другие заявляют, что оперативное лечение необходимо при суставной компрессии больше, чем 3 или 4 мм.

Последствия подобных травм серьезны и трудны для реабилитации. Часто при консервативном лечении такие повреждения заканчиваются контрактурами, нестабильностью, быстрым развитием дегенеративно – дистрофических изменений коленного сустава. Выход на инвалидность пострадавших достигает 34%.

Трудность репозиции проксимального отломка, и необходимость полной репозиции определяют подход к выбору метода лечения с учетом анатомических особенности этой области, характера перелома, вида смещения. Сложность лечения переломов проксимального сегмента голени обусловлена и трудностью удержания небольших по размеру отломков в репонированном положении, выраженной реакцией суставных элементов на механическое раздражение металлоконструкцией, а также необходимостью сочетать раннее восстановление утраченной функции коленного сустава с длительной фиксацией.

В отделении спортивной травмы УзНИИТО в 2010-2016 гг. находились на лечении 28 пациентов с переломами мыщелков большеберцовой кости. Из них с застарелыми переломами были 16 больных, которые обратились с жалобами на нестабильность коленного сустава во фронтальной плоскости, искривление оси конечности, варусную или вальгусную деформацию и на гипотрофию мягких тканей бедра и голени.

У 15-больных использовали артроскопию коленного сустава и у 9 случаях обнаруживали повреждение менисков, которые находились между отломками. Удаляли поврежденную часть мениска. Под контролем артроскопа репонировали перелом. Производили остеосинтез спонгиозными винтами и болт-стяжкой. Иммобилизация сустава производилась гипсовой повязкой на 2 недели.

После снятия швов на 12-14 сутки начинали разработку в коленном суставе, не нагружая на конечность.

Ближайшие результаты изучены от 3 до 6 месяца у 20 больных. Отдаленные результаты изучены у 12 пациентов. Хорошие результаты у 24 больных, удовлетворительные у 1 больного (у которого производили дополнительно пластику сумочно-связочного аппарата).

Критерием оценки явилось сгибания, разгибания и стабильность коленного сустава во фронтальной плоскости при положении разгрузки и нагрузки, статики ходьбы, исчезновение болей при ходьбе.

Предлагаемый метод лечения с применением артроскопии при переломах мыщелков большеберцовой кости является малотравматичной операцией, за счёт этого можно начать раннюю реабилитацию. Это приводит полному восстановлению функции сустава. Исходя всех выше перечисленных, предлагаемая методика может быть применено в широкой практической медицине.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИОПАТЕЛЛЯРНОЙ СКЛАДКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Холиков А.М., Ражабов К.Н.
Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Коленный сустав (КС) по частоте поражения скелета занимает одно из первых мест и на его повреждения приходится до 25% всех травм опорно-двигательной системы. Патология медиопателлярной связки составляет 31% от всех повреждений коленного сустава.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения, определить возможности и преимущества использования артроскопии в лечении патологической медиопателлярной складки коленного сустава.

Материал и методы. В исследование включены 48 пациентов с патологической медиопателлярной складки коленного сустава, в возрасте от 18 до 62 лет, среди которых были 17 женщин и 31 мужчин, пролеченных в РЦНПМЦТиО в отделении спартивной травмы за период 2017-2018 гг.

По нозологиям пациенты были разделены следующим образом: у 30 пациентов диагностировано медиопателлярная складка с повреждением гиалинового хряща, у 11 пациентов медиопателлярная складка с гипертрофией жирового тела Гоффа, у 7 пациентов медиопателлярная складка с синовитом коленного сустава.

Данным пациентам артроскопия проводилась после: неэффективности медикаментозного лечения, тщательного сбора анамнеза пациента, досконального исследования и изучения МРТ.

Операции выполнялись преимущественно под спинальной анестезией, в ряде случаев, при наличии медицинских показаний – под эндотрахеальным наркозом.

При артроскопии мы использовали передне-латеральный и передне-медиальный доступы. Через передне-латеральный доступ КС вводится артроскоп, при этом передне-медиальный доступ служит для введения в сустав артроскопического инструментария (щупа, различных кусачек, артроскопических ножниц, шейвера, коагулятора или других необходимых инструментов).

Всем пациентам проводилась артроскопическая резекция патологической медиопателлярной складки. У пациентов, у которых клинические проявления в болей были выражены, отмечены значительная гипертрофия медиопателлярной складки. У 18 пациентов отмечены дегенеративные изменения медиального края надколенника. Артроскопия выполнялась по стандартной методике на оборудовании фирмы Karl Storz с использованием 30° оптики и набора инструментов.

Результаты. Эффективность артроскопического лечения оценивалось клинически на сроке от 2 недель до 6 мес. после операции (ближайший результат). К положительному клиническому результату отнесли пациентов, у которых отсутствовали жалобы, симптомы были отрицательные, и которые смогли вернуться к повседневной жизни.

Применение разработанной технологии артроскопического хирургического лечения пациентов с патологической медиопателлярной складки коленного сустава обеспечивает получение отличных результатов у 100% оперированных больных.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Тилавов Р.Х.

НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз

Врожденный вывих бедра является наиболее частой деформацией требующей лечения в первые месяцы жизни ребенка. Однако не установлена четкая предельная возрастная граница для бескровного вправления и методов оперативного лечения врожденного вывиха бедра. Это до известной степени можно объяснить отсутствием исчерпывающих данных о формировании костных компонентов тазобедренного сустава и своеобразии его строения при данной деформации. Эти данные очень важны при диагностике и определении тактики лечения врожденного вывиха бедра.

Целью настоящего исследования является определение оптимальных сроков для хирургического лечения детей с врожденным вывихом бедра у детей раннего возраста. Определение показаний путем ультразвуковой методики в различных возрастных группах детей. Это связано с ее относительно низкой стоимостью, простотой и безопасностью исследования для больного при достаточно высокой информативности по сравнению с традиционными методиками.

Материалом для данной работы служили дети, лечившиеся по поводу врожденного вывиха бедра в клинике НИИТО МЗ РУз. В настоящее время набран клинический материал в количестве 25 больных в возрасте до 2-лет лечившиеся в отделении детской ортопедии НИИТО МЗ РУз. Мальчиков было - 9, девочек –16. У 4 пациентов был врожденный вывих правого бедра, у 15 – врожденный вывих левого бедра и у 6 – двусторонний вывих. Все больные лечились неоднократно консервативно в гипсовой повязке по месту жительства: в 4 месячном возрасте - 4 детей, в 7 месячном возрасте - 9, в годовалом возрасте - 5 детей, и старше 1,5 года 7 детей.

По данным обследований мы разделили невыправимых врожденных вывихов бедра у детей на несколько степени по тяжести патологии, и учитывая рентгенологические и ультразвуковые исследования разработали тактику оперативного лечения.

После оперативного лечения у 19 детей получены хорошие результаты, у 4 детей удовлетворительные, у 2 детей асептический некроз головки бедренной кости которые продолжают лечения.

Таким образом, после первой попытки вправления врожденного вывиха бедра, если не удастся вправить, необходимо всестороннее обследование больного и уточнение причину невыправления. Для достижения лучших результатов лечения целесообразно проведение хирургического вмешательства в раннем возрасте, когда ещё не сформированы вторичные деформации в тазобедренном суставе.

СОДЕРЖАНИЕ

МУНДАРИЖА

№	I-ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	Ст.
1	Оценка качества жизни больных, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника. <i>Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.</i>	5
2	Анемический синдром у гастроэнтерологических больных. <i>Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.</i>	5
3	Роль антацидов в современной терапии кислотозависимых заболеваний. <i>Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.</i>	5
4	Субклинический гипотиреоз среди женщин проживающих в андижанском районе андижанской области. <i>Абдуразакова Д.С., Исмаилов С.И., Юсупова Ш.К., Мухамедова В.М., Мусаев У.У</i>	6
5	Поиск средств для лечения хронической почечной недостаточности на основе экзотоксина холерного вибриона . <i>Абдурахимов А.Х., Касымова И.К., Загруддинов Ф.Ф.</i>	7
6	Особенности клинического течения кариеса у детей. <i>Абдурахманова М.А., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Пулатов Н.</i>	7
7	Поражаемость кариесом и уровень гигиены у детей. <i>Абдурахманова М.А., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.</i>	7
8	Профилактические мероприятия мастит в условиях сп. <i>Абдурахмонова М.А., Рахматова М.М., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.</i>	8
9	ОИВ инфекция сининг ахоли орасида таркалиши. <i>Абдурахмонова М.А., Рахматова М.М., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.</i>	8
10	Значение обучающей профилактической программы среди детей. <i>Абдурахманова М.А., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.</i>	9
11	Сурункали ювенил артрит касаллигини даволашда пульс-терапия усулининг қўллаш услуби. <i>Абдурашидов А.А., Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.</i>	9
12	Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	10
13	Апатическая депрессия структура и динамика. <i>Аграновский М.Л., Сарсембаев К.Т., Муминов Р.К.</i>	11
14	Аутоагрессивное поведение женщин, мужья которых зависимы от опиатов. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Азимова Г.А.</i>	12
15	Влияние наркомании родителей на психическое развитие ребёнка. <i>Аграновский М.Л., Усманова М.Б., Р.К.Муминов.</i>	12
16	Динамика героиновой наркомании с соматогенной психопатологии. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Мирзаев А.А.</i>	13
17	Изучение распространенности употребления алкоголя больных алкоголизмом. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.</i>	13
18	Метаболический синдром у больных шизофренией: распространенность, факторы риска, меры профилактики. <i>Аграновский М.Л., Сарсембаев К.Т., Муминов Р.К.</i>	14
19	Методы психодиагностики на этапе реабилитации химически зависимых лиц. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К.</i>	14
20	Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия). <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Усманова М.Б.</i>	15
21	Расстройство половой идентификации у мужчин с психической патологией шизофренического спектра. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.</i>	15
22	Содержание полиненасыщенных жирных кислот в эритроцитарных мембранах и сыворотке крови и изменение процессов липопероксидации у больных с манифестацией шизофрении. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.</i>	16
23	Сравнительный анализ клинико-демографических показателей пациентов, впервые заболевших шизофренией и невротическими расстройствами. <i>Аграновский М.Л., Сарсембаев К.Т., Муминов Р.К.</i>	17
24	Электроэнцефалографические изменения у пациентов при алкогольной эпилепсии. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Маликова А.Э.</i>	17
25	Эндокринные расстройства при депрессивных состояниях. <i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Усманова М.Б.</i>	18
26	Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования.	18

	<i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	
27	Апатическая депрессия структура и динамика. <i>Аграновский М.Л., Сарсембаев К.Т., Муминов Р.К.</i>	19
28	Тугалланмаган суициддан кейинги суицидентларда юрак кон томир дисфункциясини даволаш ва профилактикаси. <i>Азимова Г.А., Усманова М.Б., Муминов Р.К.</i>	20
29	Туберкулёз. Актуальная проблема. <i>Акбарова Ш.Э., Ботирова Б.Т., Юлдашева Г.Т.</i>	20
30	Возможности ультразвуковой диагностики при повреждениях коленного сустава <i>Акопян А.С., Фазылов А.А.</i>	21
31	Выраженность психологических и личностных особенностей у больных с хронической печеночной энцефалопатией. <i>Акрамова Д.М., Гафуров М., Солиев Ш., Рустамова И.К.</i>	21
32	Результаты применения мембранного плазмафереза при синдроме гийена-барре. <i>Атаханов Ш.М., Ходжиматов Н.Б., Газизов Б.А., Имомбердиев М.У.</i>	22
33	Артериал гипертония билан хасталанган беморларда ортикча тана вазнининг таркалиши. <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.</i>	22
34	Профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени. <i>Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Усманова У.И.</i>	23
35	Распространенность факторов риска артериальной гипертонии среди неорганизованного населения г. Андижана. <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Усманова У.И.</i>	23
36	Умумий популяцияда систолик ва диастолик босимнинг ўртача даражалари эпидемиологияси. <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Максумова Д.К.</i>	24
37	Профилактика осложнений ХГВ. <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Абдуллаева Г.</i>	24
38	Эркаларда артериал гипертония хатарли омилларининг таркалиши. <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Кодиров Д.А., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.</i>	25
39	Уровень адаптационных способностей у детей младшего школьного возраста. <i>Ахмеджанова Г.С.</i>	25
40	Перспективы использования препаратов, созданных на основе фитоэкдистероидов, в комплексном лечении кожного лейшманиоза. <i>Ахмедова М.Д., Анваров Ж.А.</i>	26
41	Гиёхвандликка қарши жаҳон ҳамжамияти. <i>Ахмедова Н.Д., Собиров К.Г., Урмонов Ф.М.</i>	26
42	Оценка риска развития осложнения внутренних органов при ожоговом сепсисе. <i>Ахмедов Р.Ф., Карабаев Х.К., Мустафаев А.Л.</i>	27
43	Инсонийлик қиёфасини йўқотманг <i>Ахунова М.Р., Собиров К.Г., Урмонов Ф.М.</i>	27
44	Показатели крови у больных тяжелой формой. <i>Байханова Н.Т.</i>	28
45	Клинические особенности бруцеллеза <i>Байханова Н.Т.</i>	28
46	Определение уровня вирусной нагрузки у больных с различными вариантами хронической НВВ-инфекции. <i>Байханова Н.Т.</i>	29
47	Особенности течения вич-инфекции. <i>Байханова Н.Т.</i>	29
48	Гепатиты В и С у наркозависимых пациентов. <i>Байханова Н.Т.</i>	30
49	Роль ВОП в ведение пациента в постинфарктном периоде. <i>Бахромов С.Т., Зияева И.Д., Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А.</i>	31
50	Лечение пациентов с язвенной болезнью, не ассоциированной с НР (<i>helicobacter pulori</i>) инфекцией. <i>Бахромов С.Т., Зияева И.Д., Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А.</i>	31
51	Влияние социально-биологических факторов на индекс здоровья детей. <i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Мадаминова Н.Э.</i>	32
52	Повышение качества профилактики рахиту детей в условиях СВП. <i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Носиров М.М.</i>	32
53	Факторы, способствующие развитию дисбактериоза у новорожденных.	33

	<i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Мадаминова Н.Э.</i>	
54	Повышение качества оценки психомоторного развития детей до 6 лет в первичном звене здравоохранения путем внедрения скрининг теста денвера. <i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.</i>	33
55	Повышение качества профилактической работы кормящим женщинам в условиях семейной поликлиники. <i>Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш., Назарова Г.У.</i>	34
56	ҚВП шароитида соғлом турмуш тарзини шакллантиришда зарарсиз овкатланиш бўйича тарғибот қилиш ишлари сифатини яхшилаш. <i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Мадаминова Н.Э., Носиров М.М.</i>	34
57	Қишлоқ врачлик пункти шароитида ўсмирларнинг наркотик моддаларга таъсирчанлигини ўрганишда бирламчи профилактика. <i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Мадумарова З.Ш.</i>	35
58	Влияние препарата «танзилгон н» на формирование иммунитета у детей. <i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Абдурахманова М.А.</i>	36
59	Профилактические мероприятия для предотвращения развития ожирения у детей раннего возраста. <i>Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.</i>	36
60	Оилавий поликлиника шароитида мастопатияга профилактик тадбирлар ўтказиш сифатини яхшилаш. <i>Бойкузиева М.Б.</i>	37
61	К центильным характеристикам основных показателей физического развития школьников в возрасте 12-16 лет. <i>Бойкузиева М.Б.</i>	37
62	Результаты изучения герпесвирусной инфекции у детей. <i>Бойханова Н.Т.</i>	38
63	Monitoring analysis of growth and development of children under 5 in rural medical centers. <i>Boykuzieva M.B., Nazarova G.U.</i>	39
64	Характеристика кишечных инфекций вирусной этиологии у взрослых. <i>Бойханова Н.Т.</i>	39
65	Оптимизация лечения у больных циррозом печени вирусно-алкогольной этиологии. <i>Бойханова Н.Т.</i>	40
66	Особенности и прогнозирование исходов генерализованной и вторично очаговой форм нерсиннозы. <i>Бойханова Н.Т.</i>	40
67	Значение специфической жировой дистрофии печени у больных хроническим гепатитом С. <i>Бойханова Н.Т.</i>	41
68	Профилактика хронического афтозного стоматита на практике ВОП. <i>Боротова Ш.А., Худайбердиев Ж.М.</i>	42
69	Электрофизиологические предвестники грозных Аритмий у больных ИБС. <i>Ботирова Н.Б., Кодирова Г.И., Хужамбердиев М.А., Таитемирова И.М., Насирдинов Н.</i>	42
70	Качества препаратов при диагностике туберкулеза методом микроскопии. <i>Ботирова Б.Т., Акбарова Ш.Э., Юлдашева Г.Т.</i>	43
71	Скрининг текширувлари самарадорлигини оширишда умумий амалиёт шифокорларини роли. <i>Бувабеков М.М., Худойбердиев Ж.М., Назарова Г.У., Худайбердиев А.А.</i>	43
72	Координация действий скорой медицинской помощи в условиях call-центра. <i>Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М., Махмудов А.А.</i>	44
73	Использование физических методов лечения больных бронхиальной астмой в возрасте 40-50 лет. <i>Бутабоев М.Т., Минаваров Р.А., Утанов З.М., Солиев И.М., Исаков К.К.</i>	45
74	Ферментный спектр слюны в подержани и ферментного гомеостаза у детей страдающих вирусным гепатитом «А» и «В». <i>Бутабоев М.Т., Нурутдинов О.Д., Юльчибаев М.Р.</i>	45
75	Гидролитическая активность амилазы крови, слюны и мочи у детей при вирусном гепатите. <i>Бутабоев М.Т., Нурутдинов О.Д., Юльчибаев М.Р.</i>	46
76	Встречаемость артериальной гипертензии в современной популяции г. Андижана ферганской долины. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Джумабаева С.Э., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.</i>	46
77	Применения клопидогрела у больных ишемической болезнью сердца. <i>Валиева З.С., Юлдашев Р.Н., Косимова Н.Д.</i>	47
78	Сравнительная характеристика распространенности предгипертензии в современной популяции	47

	г. андижана ферганской долины. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К.</i>	
79	Изучение предгипертензии среди населения по полу и возрасту. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.</i>	48
80	Оценка распространенности предгипертензии, как фактора риска развития сердечно-сосудистого континуума у неорганизованного женского населения в зависимости от возраста. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Джумабаева С.Э., Иминова Д.А., Максумова Д.К.</i>	48
81	Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертензией на первичном звене. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Максумова Д.К., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К.</i>	49
82	Изучение сравнительная характеристика связи хронических obstructивных болезней легких с некоторыми ассоциированными патологическими состояниями среди вич-инфицированной популяции женщин репродуктивного возраста. <i>Кодиров Д.А., Салахитдинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.</i>	49
83	Прогностическая значимость суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и факторов, его определяющих у мужского населения г. Андижана. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Ганиева И.У., Иминова Д.А., Абдувалиева Г.Т.</i>	49
84	Психоэмоциональный фактор, как предиктор артериальной гипертензии. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Джумабаева С.Э., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А.</i>	50
85	Роль социально - медицинских факторов в развитии артериальной гипертензии у женщин. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К.</i>	50
86	Изучение частоты встречаемости предгипертензии в целях разработки целевой программы профилактики современной популяции г. андижана ферганской долины. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Ганиева И.У., Абдувалиева Г.Т., Кодиров Д.А.</i>	51
87	Новые данные изучения социально-поведенческих факторов риска в целях профилактики предгипертензии среди неорганизованного населения г. Андижана. <i>Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Абдувалиева Г.Т., Максумова Д.К.</i>	52
88	Вирусли С гепатит клиник белгиларининг ўзига хослиги. <i>Валиева Н.М., Соипова Г.Г.</i>	52
89	Вирусли С гепатити касаллигида биохимик кўрсаткичлар. <i>Валиева Н.М., Хамдамов Н.Х., Соипова Г.Г.</i>	53
90	Вирусли С гепатит нинг турли ёшли аҳоли популяциясида учраш частотаси. <i>Валиева Н.М., Соипова Г.Г.</i>	54
91	Вирусли С гепатит касаллигининг ёш болаларда ўзига хосликлари. <i>Валиева Н.М., Хамдамов Н.Х., Соипова Г.Г.</i>	54
92	Иммунорекоррекция носителей токсигенного штамма коринебактерий дифтерии. <i>Валиева Н.М.</i>	55
93	Обмен жирных кислот при семейной гиперхолестеринемии. <i>Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Юсупова Ш.К., Рахматов Р.</i>	55
94	Моноаминоксидазная активность при различных формах нестабильной стенокардии. <i>Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Юсупова Ш.К., Таджибаева М.И.</i>	56
95	О нарушении процессов перекисного окисления липидов и активности моноаминоксидазы при различных формах нестабильной стенокардии. <i>Вахабов Б.М., Юсупова Ш.К., Таджибоева М.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Усманова Д.Н., Мусашайхов У.Х., Камалов Б.Б.</i>	56
96	О нарушении обмена жирных кислот при ишемической болезни сердца и возможности его коррекции. <i>Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Юсупова Ш.К., Рахманов А.А.</i>	57
97	Взаимосвязь нарушений обмена липидов и уровня провоспалительных цитокинов при семейной гиперхолестеринемии. <i>Вахабов Б.М., Махмудов А.А., Хужамбердиев М.А., Юсупова Ш.К.</i>	58
98	Результаты лечения ожоговой болезни на фоне сахарного диабета пожилым и старческом возрасте. <i>Джурраева З.А., Кенжемуратова К.С., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Хакимов Э.А.</i>	59
99	The treatment of neurodermatitis by rolinoz. <i>Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.</i>	59
100	The effect of moksikum in the treatment of boils. <i>Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.</i>	60
101	The treatment by the drug maximum in patients pink ringworm. <i>Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.</i>	60
102	The results after the use drug elfunat in the treatment of psoriasis.	60

	<i>Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.</i>	
103	The effect of using the drug, pyrazin-rg in the treatment of vitiligo. <i>Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.</i>	60
104	Combined therapy of treatment of patients with infiltrative-suppurative form of trichophytosis by eszol. <i>Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.</i>	61
105	The results of using of flyukorem to prevent candidiasis in patients with pemphigus true. <i>Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.</i>	61
106	The using of dibazol in combined therapy of herpes zoster. <i>Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.</i>	61
107	Прогностическая значимость объема поражения коронарного русла по данным коронароангиографии у пациентов с острым коронарным синдромом <i>Жалилов А.О. Кучкаров А.М. Эргашев А.А. Абдуллаев А.Х.</i>	62
108	Изучение распространенности основных хронических неинфекционных заболеваний у женщин г. Андижана. <i>Журабаев Б.Н., Каландаров Д.М., Юлдашева Г.Б., Раубжонов Х.М.</i>	62
109	Превентивные подходы к изучению основных хронических неинфекционных заболеваний. <i>Журабаев Б.Н., Каландаров Д.М., Каландаров М.К., Раубжонов Х.М.</i>	62
110	Ведение пациентов с острым неосложнённым пиелонефритом у небеременных женщин. <i>Зияева И.Д., Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А., Бахромов С.Т.</i>	63
111	Профилактические мероприятия против хронического энтерита в условиях СП. <i>Зияева И.Д., Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А., Бахромов С.Т.</i>	64
112	Frequency of occurrence diarrhea-associated hemolytic uremic syndrome <i>Zokirov N.K., Sharipov A.M., Mamatkulov B.B.</i>	64
113	Возможности магнитно-резонансовой томографии при диагностике опухолей пояснично-крестцового отдела позвоночника <i>Ибрагимова З.А., Мадаминова Н.Э., Расулов Ж.М.</i>	65
114	Ранняя ультразвуковая диагностика приобретенных пороков сердца <i>Ибрагимова З.А., Расулов Ж.М.</i>	66
115	Первичная профилактика артериальной гипотензии среди населения ферганской долины Узбекистана. <i>Ибрагимова З.А., Каландаров Д.М., Каландаров М., Содикова Д.Т.</i>	66
116	Особенности эпидемиологии основных липидных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у подростков и юношей. <i>Ибрагимова З.А., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т., Худоярова Н.К.</i>	67
117	Гемоколит билан кечадиган бактериал этиологияли ичак инфекцияларини даволашни мувофиқлаштириш. <i>Имамова И.А., Максудова З.С., Султонова Г.Ю., Назиров Ш.А., Ибрагимова Н.У.</i>	67
118	Валеологические принципы кардиоваскулярной профилактики. <i>Иргашев Ш.Б., Шайхова У.Р., Шакирова Н.Ш., Шамуродова Н.А.</i>	68
119	Валеологические основы формирования здорового образа жизни, проблемы пути решения. <i>Иргашев Ш.Б., Агзамова О.М., Маматова Н.М.</i>	69
120	Epidimiological features of stroke in acute period in arid zones of Uzbekistan and preventing measures. <i>Iskandarova D.E., Iskandarov E.R., Mamatova G.Q.</i>	70
121	Сартанларнинг нозик кирралари. <i>Исмоилова Ф.И., Худайбердиев Ж.М.</i>	71
122	Farg'ona vodiysining iqlimiy sharoitida homiladorlarda revmatizmning endemik xatar omillari. <i>Kalandarov D.M., Matasoliev N.S., Sobirova N.M., Sodikova D.T.</i>	71
123	Мониторирования факторов риска тяжелых терапевтических состояний. <i>Каландаров Д.М., Журабаев Б.Н., Юлдашева Г.Б., Содикова Д.Т.</i>	72
124	Факторы риска и их связь с преульцерозными заболеваниями среди неорганизованного взрослого населения ферганской долины Узбекистана. <i>Каландаров М., Юлдашева Г.Б., Содикова Д.Т., Каландаров Д.М.</i>	72
125	Хронический вирусный гепатит с саутоиммунным перекрестным синдромом. <i>Камилов Ф.Х., Мамаризаев Э.Х., Ахмадалиева У.К.</i>	73
126	Родители и наркомании. <i>Каримов А.Х., Усманова М.Б., Муминов Р.К.</i>	73
127	Сезонная особенность течения нефропатий у больных сахарным диабетом 1 го типа. <i>Каримова Н.А. Каримова З.Ш., Ибатова Ш.М.</i>	74
128	Реабилитация больных сахарным диабетом второго типа.	74

	<i>Каримова Н.А., Каримова З.Ш., Исламова Д.С.</i>	
129	Гиперурикемия - фактор высокого риска у больных сахарным диабетом 1 го типа. <i>Каримова З.Ш., Каримова Н., Маматкулова Ф.Х.</i>	74
130	Осложнения гестационного периода в регионе йоддефицита. <i>Каримова З.Ш., Исламова Д.С.</i>	75
131	Лечения дисметаболического интерстициального нефрита у детей больных гипотиреозом с метаболическим синдромом. <i>Каримова З.Ш., Каримова.Н.А., Наимов С.</i>	75
132	Метаболические изменения обусловленные экзокринной недостаточностью у детей больных сахарным диабетом. <i>Каримова Н.А., Каримова З.Ш., Исламова Д.С.</i>	76
133	Особенности сердечной недостаточности в сочетании с сахарным диабетом. <i>Касимова Н.К., Юлдашева Х.К., Абдуллаева Г.А., Рузи-Ахунова Н.К., Авазбеков Л.А., Махмудов А.А.</i>	76
134	Эффективность препарата карведилола при остром коронарном синдроме. <i>Касимова Н.К., Юлдашева Х.К., Абдуллаева Г.А., Рузи-Ахунова Н.К., Махмудов А.А., Авазбеков Л.А.</i>	77
135	Новые подходы к терапии судорожных состояний у детей <i>Касымова С.А., Далимова К.М., Абдуллаева Л.И.</i>	78
136	Применение нейропротекторов в лечении когнитивных расстройств при детском церебральном параличе, осложнённом судорожным синдромом. <i>Касымова С.А., Насирдинова Н.А., Кучкарова О.Б.</i>	78
137	Ишемик касаликларининг ташхисида нафас анализининг ахамияти. <i>Кодирова Г.И., Таджибоева М.И., Таитмирова И.М., Холикова Д.С.</i>	79
138	Роль анализа выдыхаемого воздуха при диагностике инфаркта миокарда. <i>Кодирова Г.И., Таитмирова И.М., Таджибоева М.И., Вахабов Б.М., Насирдинов Н.</i>	79
139	Изучение распространенность хронических obstructивных болезней легких среди популяции вич-инфицированных женщин репродуктивного возраста в зависимости от степени тяжести заболевания. <i>Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Аҳмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.</i>	80
140	Изучение основных модифицируемых факторов риска хронических obstructивных болезней легких среди ВИЧ-инфицированной популяции женщин репродуктивного возраста. <i>Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Аҳмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.</i>	80
141	Изучение особенности клинических проявлений хронических obstructивных болезней легких среди ВИЧ-инфицированной популяции женщин репродуктивного возраста. <i>Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Аҳмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.</i>	80
142	Изучение сравнительной характеристики связи хронических obstructивных болезней легких с биохимическими факторами риска среди ВИЧ-инфицированной популяции женщин репродуктивного возраста. <i>Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Аҳмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.</i>	81
143	Депрессивные состояния и их лечение у больных с ишемической болезнью сердца. <i>Косимова Н.Д., Юлдашев Р.Н., Юнусова З.В.</i>	81
144	Tug'ish yoshidagi ayollarda surunkali nospetsifik o'pka kasalliklarining endemik xususiyatlari. <i>Kutlikova G.M., Kalandarov D.M., Kalandarov M., Sodikova D.T.</i>	82
145	Особенности ультразвуковой диагностики портальной гипертензии. <i>Мадаминова Н.Э., Ибрагимова З.А., Расулов Ж.М., Сабиров А.А.</i>	82
146	Правильная оценка в дифференциальной диагностике и проведении патогенетической терапии цирроза печени с пульмональным синдромом. <i>Мадаминова Н.Э., Ибрагимова З.А., Расулов Ж.М., Сабиров А.А.</i>	83
147	Вопросы профилактической медицины в регионах: в фокусе естественные целительные средства. <i>Мадаханов А.С., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.</i>	84
148	Жигарнинг алкохол таъсирида зарарланишининг иккиламчи профилактикаси. <i>Мадумарова З.Ш., Бойқўзиева М.Б.</i>	84
149	Дельта агентли сурункали гепатит В билан беморларда нуклеозид аналоглари ва пегилирланган интерфероннинг вирус юкламасига таъсирини баҳолаш. <i>Мамаризаев Э.Х., Камиллов Ф.Х., Ахмадалиева У.К., Юльчибаев М.Р.</i>	85
150	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 1. Первые результаты о распространенности артериальной гипертензии среди населения. <i>Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Салахиддинов А.С., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.</i>	85

151	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 2. Сопоставимость региональных данных об артериальной гипертензии с мировыми эпидемиологическими тенденциями. <i>Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Салахидинов А.С., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.</i>	86
152	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 3. Что характерно для артериальной гипертензии в условиях Андижана? <i>Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Салахидинов А.С., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.</i>	86
153	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 5. Поведенческие факторы риска артериальной гипертензии. <i>Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Салахидинов А.С., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.</i>	86
154	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 6. Питание населения и артериальная гипертензия. <i>Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А.</i>	87
155	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 7. Алиментарные факторы и артериальная гипертензия. <i>Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А.</i>	87
156	Гипертония кризисинг медикаментозли профилактикаси (эпидемиологик текширувлар). <i>Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.</i>	88
157	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 4. Отличительные черты некоторых факторов риска артериальной гипертензии. <i>Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А.</i>	88
158	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 10. Липаземия и артериальная гипертензия. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Ибрагимова С.Р., Сайитжонов Л.С.</i>	89
159	Нобарқарор иқлимий шароитда профилактик мохиятли эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш йўллари. 1-чи ахборот: устувор худудий ечимлар. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Ибрагимова С.Р., Сайитжонов Л.С.</i>	89
160	Нобарқарор иқлимий шароитда профилактик мохиятли эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш йўллари. 2-чи ахборот: текширув худудиди эпидемиологик вазиятлар ва профилактик тиббиётга амалий йўналишлар. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Ибрагимова С.Р., Сайитжонов Л.С.</i>	90
161	Нобарқарор иқлимий шароитда профилактик мохиятли эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш йўллари. 3-чи ахборот: фермерлик билан машғул аҳоли гуруҳида касалликларни структураси ва преваленси. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У., Сайитжонов Л.С.</i>	90
162	Нобарқарор иқлимий шароитда профилактик мохиятли эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш йўллари. 4-чи ахборот: фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи қишлоқ популяциясида касалликларга таалуқли хатар омиллари. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.</i>	91
163	Нобарқарор иқлимий шароитда профилактик мохиятли эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш йўллари. 5-чи ахборот: проспектив кузатув натижаларини фермерлар популяциясида минтақавий хусусиятлари. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.</i>	91
164	Нобарқарор иқлимий шароитда профилактик мохиятли эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш йўллари. 6-чи ахборот: фермерлар популяциясида тиббий профилактикани натижалари. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.</i>	92
165	Нобарқарор иқлимий шароитда профилактик мохиятли эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш йўллари. 7-чи ахборот: фермерлик фаолиятини такомиллаштиришнинг тиббий илдизлари (эксперимент-лойиҳа). <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.</i>	92
166	Профилактик тиббиётни фермер-ишчилар популяциясидаги истикболлари. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.</i>	93
167	Хатар омиллари ва гипертоник бўҳронлар (донозологик профилактикаси асослари). <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С.</i>	93
168	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 8. Нарушение липидного обмена и артериальная гипертензия. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А., Сайитжонов Л.С.</i>	94
169	Профилактическая гипертензиология: её прошлое в ферганской долине и ориентации на будущее. Сообщение 9. Ферментативная деятельность пищеварительного тракта и	94

	артериальная гипертензия. <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Холикова Н.А., Сайитжонов Л.С.</i>	
170	Қон босими ва инфекция қасалликлари: янги фикр ҳамда талқинлар. <i>Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	95
171	ВИЧ-инфицирланган аҳолининг саломатлигини сақлаш ва тиклашнинг терапевтик асослари. <i>Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	95
172	Юқори меъёрдаги артериал босимнинг аёллар популяциясида эпидемиологик жиҳатлари ва турланишлари. <i>Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	96
173	ОИВ-фонида ижтимоий ҳолатни қон босими ўзгаришларига таъсирининг эпидемиологик тавсифи. <i>Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	96
174	ОИВ-фонида гипертензия олди ҳолати профилактикасининг асослари. <i>Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасалиев З.Н., Утанов З.М.</i>	97
175	Ноинфекцион қасалликлари профилактикасида табиий воситаларни қўллаш тажрибаси. 1-маълумот: фаолиятнинг асосий йўналишлари. <i>Мамасалиев Н.С., Мадаханов А.С., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.</i>	97
176	Ноинфекцион қасалликлари профилактикасида табиий воситаларни қўллаш тажрибаси. 2-маълумот: асалари елими (прополис) тавсифи ва шифобахш хусусиятлари. <i>Мамасалиев Н.С., Мадаханов А.С., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.</i>	97
177	Ноинфекцион қасалликлари профилактикасида табиий воситаларни қўллаш тажрибаси. 3-чи маълумот: асалари танасидан олинган экстрактни клинко-профилактик тавсифи ва хусусиятлари. <i>Мамасалиев Н.С., Мадаханов А.А., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.</i>	98
178	Ноинфекцион қасалликлари профилактикасида табиий воситаларни қўллаш тажрибаси. 4-чи маълумот: асаларилар трентларни личинкаларидан олинган гомогенатнинг кимёвий ва клинко-профилактик хусусиятлари. <i>Мамасалиев Н.С., Мадаханов А.С., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.</i>	98
179	Ноинфекцион қасалликлари профилактикасида табиий воситаларни қўллаш тажрибаси. 5-маълумот: махаллий хом ашёдан олинган инсулинни профилактик тиббиётда қўллаш. <i>Мамасалиев Н.С., Мадаханов А.С., Мадаханов А.А., Утанов З.М., Ибрагимова С.Р.</i>	99
180	Қон босими ўткир пасайишининг турли омилларга боғлиқ ҳолда қиёсий тавсифи. <i>Мамасалиев Н.С., Нурматова Т.С., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У., Сайитжонов Л.С.</i>	99
181	Ўғил болалар популяциясида қон босимини меъёрдан паст бўлишини хусусиятлари (профилактикаси уфқлари). <i>Мамасалиев Н.С., Нурматова Т.С., Мамасалиев З.Н., Утанов З.М., Сайитжонов Л.С.</i>	99
182	ОИВ-фони ва номаъқул одатлар раҳбарлиги – «занжирланган эпидемиологик номувофиқлик» сифатида (скрининг мониторинг натижалари). <i>Мамасалиев Н.С., Сайитжонов Л.С., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	100
183	Ранние предикторы гломерулярных патологий (популяционное исследование). <i>Мамасалиев Н.С., Сайитжонов Л.С., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	100
184	Терминальная стадия хронической почечной недостаточности: анализ «эпидемиологического маршрута». <i>Мамасалиев Н.С., Сайитжонов Л.С., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	100
185	Пути эффективного профилакирования нефрологического континуума: информация для практикующих врачей. <i>Мамасалиев Н.С., Сайитжонов Л.С., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	101
186	Махаллий аҳоли популяциясида and stage renal disease илк кўринишларини эпидемиологик тафсилотлари. <i>Мамасалиев Н.С., Сайитжонов Л.С., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.</i>	101
187	«Конечная стадия болезни почек»: эпидемиология ранних стадий у пришлого населения ферганской долины. <i>Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.</i>	102
188	Автохтон популяцияда буйрак етишмовчилиги терминал босқичининг тарқалиши (эпидемиологик текширувлар). <i>Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.</i>	102
189	Диализли ўринбосиш-даволаш муолажасига эҳтиёжли буйрак етишмовчилигини келгинди аҳоли популяциясида эпидемиологияси. <i>Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.</i>	103
190	Ўтироқ аҳоли орасида буйрак етишмовчилигига алоқадор етакчи хатар омиллари эпидемиологияси.	103

	<i>Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.</i>	
191	Водий иқлимий шароитида истикомат қилувчи ноабриген аҳоли орасида сурункали буйрак етишмовчилгининг хавф омиллари (эпидемиологик тадқиқот). <i>Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Рауфжонов Х.М., Утанов З.М.</i>	103
192	Сурункали буйрак етишмовчилиги ва коморбидлик: клинико-эпидемиологик мониторинг натижалари. <i>Мамасолиев Н.С., Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Ибрагимова С.Р.</i>	104
193	Қон босимини сурункали ва камтасвири пасайишининг устивор хатар омиллари (эпидемиологик текширувлар). <i>Мамасолиев Н.С., Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Холикова Н.А., Усмонов Б.У.</i>	104
194	ОИВ-фонда рухият ўзгаришларини хатар омил сифатида эпидемиологик талқини (скринингли текширувлар). <i>Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У., Исаков К.К.</i>	105
195	Юқори меъёрли артериал босим, ОИВ-фони ва ВИЧ-позитив популяцияда: клиник, эпидемиологик ва профилактик қонуниятлар ўзгарадими? (эпидемиологик текширувлар). <i>Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Бутабоев М.Т.</i>	105
196	Ноинфекцион юрак-қон томир касалликлари нолипидли қўшма хатар омилларининг ОИВ-фондида тарқалиши. <i>Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Минаваров Р.А.</i>	105
197	ВИЧ-фонли популяцияда метаболик бузилишларни Эпидемиологик тавсифи. <i>Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Солиев И.М.</i>	106
198	Тана вазнининг ОИВ-фондида патологик ўзгаришлари (эпидемиологик тадқиқот). <i>Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н., Утанов З.М., Тохтиев Ж.Б.</i>	106
199	Динамика структурно-функциональных показателей левых и правых отделов сердца у больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования. <i>Маматхужаев З.С., Садиқова Д.Т., Маматхужаев М.С.</i>	107
200	Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на некоторые гемодинамические показатели у больных с заболеваниями, обусловленными атеросклерозом. <i>Маматхужаев З.С., Садиқова Д.Т., Маматхужаев М.С., Хамдамов Н.Х.</i>	107
201	Динамика структурно-функциональных изменений сосудов у женщин с некоторыми факторами риска. <i>Маматхужаев З.С., Садиқова Д.Т., Хамдамов Н.Х., Маматхужаев М.С.</i>	108
202	Атеросклеротическое поражение сосудов при системной красной волчанке и ревматоидном артрите. <i>Маматхужаев З.С., Садиқова Д.Т., Хамдамов Н.Х., Маматхужаев М.С.</i>	108
203	Современные аспекты ранней диагностики когнитивных нарушений при сахарном диабете 2 типа. <i>Максудова Д.Ю., Рахимбаева Г.С.</i>	109
204	Современный взгляд когнитивным нарушения у больных сахарным диабетом 2 типа. <i>Максудова Д.Ю.</i>	110
205	Modern view to treatment of cognitive impairments in patients with diabetes mellitus of 2 type. <i>Maksudova D.Yu.</i>	110
206	Интегрированная система лечения гименолепидоза. <i>Махмудова Л.Б.</i>	111
207	Особенности выявляемости социально-экономических факторов риска среди популяции ВИЧ позитивного населения. <i>Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К.</i>	111
208	Распространенность гастроуденальных заболеваний среди ВИЧ инфицированного населения 20-69 лет (результаты эпидемиологического исследования). <i>Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.</i>	112
209	Распространенность хронических гастроуденальных заболеваний среди ВИЧ инфицированного женского населения по данным анкетирования. <i>Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Хамдамов Н.Х.</i>	112
210	Выявляемость клинических проявлений вич инфекции у больных хгдз в зависимости от количества CD4 + T-клеток в крови. <i>Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.</i>	112
211	Структура и выявляемость основных гастроуденальных заболеваний среди вич инфицированного населения по данным комплексных исследований. <i>Махсумова Д.К., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А., Максумова Д.К.</i>	113
212	Клинические проявления хронических гастроуденальных заболеваний у ВИЧ	114

	инфицированного населения города Андижана (по данным эпидемиологического исследования). <i>Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К., Хамдамов Н.Х.</i>	
213	Эпидемиологическая характеристика распространенности потребления алкоголя у ВИЧ-инфицированной популяции. <i>Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Абдувалиева Г.Т., Ганиева И.У., Махсумова Д.К.</i>	114
214	Характеристика и эпидемиологическая оценка распространенности потребления наса и курения у ВИЧ-инфицированной популяции. <i>Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Кодиров Д.А., Ганиева И.У., Абдувалиева Г.Т.</i>	115
215	Железадефицитные анемии у детей. <i>Мирзаахмедова И.З., Солиев К.К., Тожиддинов Х.С., Ахмедова Х.Ю.</i>	115
216	Профилактика железо дефицитной анемии у детей в юнешеском возрасте. <i>Мирзаахмедова И.З., Юлдашева Н.Э., Салиев К.К., Абдурахмонова М.А.</i>	115
217	Формирование и течение хронических нефрологических ситуаций в зависимости биоклиматических условий г. Андижана <i>Мирзабоев О.Э., Каландаров Д.М., Умурзаков О.Т., Раубжонов Х.М.</i>	116
218	Эпидемиологические особенности хронических заболеваний почек среди взрослого населения ферганской долины Узбекистана. <i>Мирзабоев О.Э., Каландаров Д.М., Ибрагимова З.А., Содикова Д.Т.</i>	116
219	Иммунопатогенез вирусного гепатита В. <i>Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.</i>	117
220	Вирусли гепатит с касаллини юкиш йўллари. <i>Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.</i>	117
221	Вирусли гепатит С ни аҳоли орасида тарқалганлиги. <i>Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.</i>	118
222	Механизмы развития интоксикационного синдрома У больных вирусными гепатитами. <i>Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М., Хамдамов Н.Х.</i>	118
223	Течения герпетического энцефалита у детей. <i>Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М., Хамдамов Н.Х.</i>	119
224	Алгоритм лечения инфекционной диареи у детей раннего возраста. <i>Мулладжанова К.А.</i>	120
225	Применение препарата экокцинк при инфекционной диарее у детей раннего возраста. <i>Мулладжанова К.А.</i>	120
226	Вахимали- фобик бузилишларда гипнотерапия. <i>Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К.</i>	121
227	Судорожные расстройства у детей, рожденных от близкородственных браков. <i>Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Маликова А.Э.</i>	121
228	Суицидальные поведения при семейно-сексуальных дисгармониях. <i>Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х.</i>	122
229	Тугалланмаган суциддан кейинги беморларга психотерапевтик ёрдам. <i>Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Усманова М.Б.</i>	123
230	Частота психических заболеваний у детей при близкородственных браках. <i>Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Козимжонова И.Ф.</i>	123
231	Эпидемиология, клиника, течение и лечение алкогольных психозов. <i>Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.</i>	124
232	Активность симпатико-адреналовой ситемы у женщин климактерического периода с клиническими признаками ИБС. <i>Мусашиёва Ш.М., Салохиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Вахобов Б.М.</i>	124
233	Современные взгляды на развитие ишемической болезни сердца. <i>Мусашиёв У.Х., Вахобов Б.М., Камолов Б.Б., Юлдашева Г.Т.</i>	125
234	Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных неклапанной формой фибрилляции предсердий <i>Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.</i>	126
235	Кардиоваскулярные осложнения противоонкологической терапии <i>Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.</i>	126
236	Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных неклапанной формой фибрилляции предсердий <i>Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.</i>	127
237	Методы профилактики сердечной недостаточности у больных с некардиовакулярными	127

	опухолями, находящимися на химиотерапевтической лечении <i>Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.</i>	
238	Кардиоваскулярные осложнения противоопухолевой терапии <i>Мухамедова М.Г., Руми Л.Р., Арнопольская Д.И.</i>	128
239	Пароксизмальные состояния у подростков: патогенез, клиническое течение, диагностика и лечение <i>Назарова Г.Т., Кабилов Ш.М., Хожиматова М.Ш.</i>	128
240	Применение препарата нивалин при полинейропатии <i>Назарова Г.Т., Кабилов Ш.М., Хожиматова М.Ш.</i>	129
241	Ведение домашней карты беременных в целях повышения качества антенатальной помощи <i>Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.</i>	130
242	Повышение качества информированности и обучения навыкам грудного вскармливания среди кормящих женщин в условиях СВП <i>Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.</i>	130
243	Профилактика гипертонической болезни среди населения старше 40 лет <i>Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Насиров М.М.</i>	131
244	Повышение качества оказания медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в условиях поликлиники <i>Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.</i>	131
245	Повышение качества консультирования пациентов, курящих табак, для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний <i>Нармухамедова Н.А., Турсунова М.У.</i>	132
246	Затылочная – долевая эпилепсия: особенности течения <i>Насирдинова Н.А., Абдуллаева М.И., Долимова К.М.</i>	133
247	Лейкоэнцефалопатия кечичининг хусусиятлари ва когнитив бузилишлар коррекцияси <i>Насирдинова Н.А., Раҳматуллаева Н.И., Қўчқарова О.Б.</i>	133
248	Лечение аг – основное направление профилактики инсульта <i>Насирдинова Н.А., Касымова С.А., Кучкарова О.Б.</i>	134
249	Статины как средство профилактики инсультов <i>Насирдинова Н.А., Кучкарова О.Б., Касымова С.А.</i>	134
250	Состояние симпатико-адреналовой системы у больных ИБС пожилого возраста в результате лечения антиоксидантами <i>Насирдинов Н., Кодирова Г.И., Усманова Д.Н., Таштемирова И.М.</i>	135
251	Особенности отношения врачей к своему здоровью <i>Насиров М.М., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.</i>	135
252	Оценка тактики ведения больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях семейной практики <i>Насиров М.М., Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.</i>	136
253	Attitudes of doctors towards their health <i>Nasirov M.M., Boykuzieva M.B., Nazarova G.U.</i>	136
254	Иммуноактивная терапия больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом <i>Неъматжонов Б., Бойханова Н.Т., Хамдамов Н.Х.</i>	137
255	Сравнительный анализ осложнений после экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой <i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гарумов В.Г., Бабаханов А.Т., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.</i>	137
256	Анализ бронхо-легочных осложнений после экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой <i>Низамходжаев З.М., Назырова Л.А., Ибадов Р.А., Лигай Р.Е., Арифжанов А.Ш., Гарумов В.Г., Бабаханов А.Т., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.</i>	138
257	Частота рецидива дисфагии после кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии <i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Файзуллаев О.А.</i>	139
258	Тактика лечения рецидива дисфагии после хирургического лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии <i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А.</i>	139
259	Характер осложнений кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии <i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.</i>	140
260	Биллиарная недостаточность у больных хронической обструктивной болезнью легких. <i>Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.</i>	141
261	Функциональное состояние головного мозга у больных хроническим вирусным гепатитом С.	141

	<i>Ниязова Ё.М., Абдувалиева Г.Т., Ямминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.</i>	
262	Психогенные факторы в развитии заболеваний пищеварительного тракта. <i>Ниязова Ё.М., Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т., Ямминова Н.Х.</i>	142
263	Значение слюнных желез и почек в поддержании ферментного гомеостаза у детей и подростков страдающих вирусными гепатитами «А» и «В» <i>Нурутдинов О.Д., Бутабоев М.Т., Юльчибаев М.Р</i>	142
264	Ферменты крови у детей и подростков при вирусном гепатите а и в <i>Нурутдинов О.Д., Бутабоев М.Т., Юльчибаев М.Р</i>	142
265	Анализ и лечение острых кишечных инфекций <i>Нурутдинов О., Бойханова Н.Т., Хамдамов Н.Х.</i>	143
266	Вакцинация против кори, паротита, гепатита b детей с онкологическими заболеваниями <i>Нурутдинов О., Бойханова Н.Т.</i>	143
267	Значение печени гомеостазе гидролических ферментов крови. <i>Нурутдинов О.Д., Бутабоев М.Т., Юльчибаев М.Р</i>	144
268	Профилактика остаточной тиреоидной ткани после операций у больных с многоузловым нетоксическим зобом <i>Олимов Ш.А., Ахмедов А.И., Бабажанов А.С., Махмудов С.Б.</i>	144
269	Выявляемость возбудителей острых кишечных инфекций в г. Андижана <i>Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.</i>	145
270	Индивидуальный антиген вируса гепатита с <i>Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.</i>	145
271	Меры реабилитации острых кишечных инфекций <i>Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.</i>	146
272	Течение острой диарейной инфекции <i>Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.</i>	146
273	Клиническая картина вирусных гепатитов у пациентов <i>Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.</i>	147
274	Опыт лечения больных негонококковыми уретритами зитролидом <i>Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А.</i>	147
275	Клинико-бактериологическая эффективность препарата “Генферон” у больных ИППП <i>Пакирдинов А.Б., Тожибоев Л.Р.</i>	148
276	Клиническая эффективность препарата лендонцин у больных глубокими пиодермитами <i>Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Алиев Л.М., Кучкаров А.А.</i>	148
277	Алкоголизм ва экзема <i>Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л.М.</i>	148
278	Кичик ёшдаги болаларда кариес тарқалганлик кўрсаткичи <i>Пулатов Н.Х., Хакимов А. А., Абобакиров Д.М.</i>	149
279	Распространенность и особенности течения основных стоматологических заболеваний у рабочих нефтеперерабатывающего производства <i>Ражабов О.А., Атаева М.А.</i>	149
280	Зависимость тяжести течения герпетической инфекции вич инфицированных детей от возраста <i>Расулова З.Д., Каримова З.К.</i>	150
281	Сравнительный анализ распространенности основных факторов риска артериальной гипотензии и аспекты ее профилактики в условиях ферганской долины Узбекистана <i>Раубжонов Х.М., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т., Журабоев Б.Н.</i>	150
282	Наво ҳаётининг тебраншига бог'лиқ holda surunkali bronxitning klinik kechishi xususiyatlari <i>Raubjonov X.M., Kalandarov D.M., Jo 'raboev B.N., Xudoyarova N.K.</i>	151
283	Дилятацион кардиомиопатия билан хасталанган беморларда липидлар алмашинувининг бузилишлари <i>Рахимова Д.Н., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кадирова Г.И., Максудов О.М.</i>	151
284	Оилавий поликлиника шароитида диспепсияси бор беморларни эрта аниқлаш, даволаш ва профилактика сифатини ошириш <i>Рахимова Х.М., Сулайманова С.Э.</i>	151
285	Распространённость гипертонической болезни среди городского и сельского населения <i>Рахимов Х.Х., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кадирова Г.И., Рахимова Д.Н., Максудов О.М.</i>	152
286	ОИВ инфекцияси билан зарарланган онадан туғилган болани овқатлантириш бўйича тавсиялар <i>Рахматова М.М., Абдурахмонова М.М., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.</i>	152
287	Оилавий поликлиника шароитида ошқозон яра касаллиги билан назоратда турган беморларга ушламчи профилактик тадбирлар сифатини ошириш <i>Рахматова М.М., Абдурахмонова М.А., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.</i>	153

288	Новые методы диагностики заболеваний околоносовых пазух <i>Рашидова М., Абдурахманов А.Х.</i>	154
289	Томография пояснично-крестцового отдела позвоночника <i>Рашидова М., Абдурахманов А.Х.</i>	154
290	Опыт лечения острого деструктивного панкреатита с гнойно-септическими осложнениями <i>Рузибаев С.А., Авазов А.А., Мухаммадиев М.Х., Даминов Ф.А., Самиев Х.Ж.</i>	155
291	Изменения липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с дисбиозом кишечника; метаболические эффекты пробиотиков <i>Садикова Д.Т., Маматхужаев З.С.</i>	155
292	Изменения качества жизни больных ревматоидным артритом <i>Садикова Д.Т., Маматхужаев З.С.</i>	156
293	Изменения гемодинамики малого круга кровообращения у больных ревматоидным артритом <i>Садикова Д.Т., Маматхужаев З.С.</i>	157
294	Годичные и недельные ритмы общей и сердечно-сосудистой смертности <i>Садикова Д.Т., Маматхужаев З.С.</i>	157
295	Особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей <i>Сафаров С.Т., Гошалиева Т.Т., Зайнабитдинова С.Н., Каримова Н.Р., Ганиев А.Г.</i>	158
296	Нестероидные противовоспалительные препараты у пациентов с поясничной болью <i>Салиев Д.М., Туракулова Ф.М.</i>	158
297	Современный анальгетик лорноксикам в лечении болевого синдрома <i>Салиев Д.М., Туракулова Ф.М.</i>	159
298	Фармакотерапия хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей <i>Салиев Д.М., Туракулова Ф.М.</i>	160
299	Гиперурикемия как предиктор сердечно-сосудистых заболеваний у женщин климактерического периода. <i>Салохиддинов З.С., Мусашияхова Ш.М., Вахобов Б.М., Мусашияхов У.Х.</i>	160
300	Патогенетические механизмы развития ИБС у женщин климактерического периода. <i>Салохиддинов З.С., Мусашияхова Ш.М., Джумабаева С.Э., Мусашияхов У.Х.</i>	161
301	Клинико - эхографические проявления кардиального синдрома у больных хроническим гепатитом в. <i>Салохиддинов З.С., Турсунов А.У., Абдусатторов А.А., Содикжонов К.С.</i>	161
302	Эпидемиологическая оценка распространенности потребления наркотических веществ у ВИЧ инфицированной популяции <i>Салохиддинов З.С., Махсумова Д.К., Кодиров Д.А., Ганиева И.У., Абдувалиева Г.Т., Хамдамов Н.Х.</i>	162
303	Характеристика клинических проявлений вич-ассоциированных гастродуоденальных заболеваний в зависимости от возраста <i>Салохиддинов З.С., Махсумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.</i>	163
304	Қишлоқ врачлик пункти шароитида артериал гипертонияни барвақт аниқлаш , даволаш ва олдини олиш <i>Салохиддинов О.</i>	163
305	Артериал гипертония буйича ўтказилган профилактик дастур натижалари <i>Салохиддинов О.</i>	164
306	Сосудистые расстройства у больных с тревожными состояниями. <i>Сарбаева Н.К., Усманова М.Б., Муминов Р.К.</i>	164
307	Клиническая динамика невротических расстройств по данным эпидемиологического исследования <i>Сарсембаев К.Т., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.</i>	165
308	Сравнительная характеристика типов течения невротических расстройств по данным клинико-эпидемиологического исследования <i>Сарсембаев К.Т., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.</i>	166
309	Современный взгляд на подходы к патогенетической терапии диарейных инфекций. <i>Сахаталиева Р.Р., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т.</i>	166
310	Динамика метаболических нарушений у больных с нестабильной стенокардией на фоне медикаментозной терапии <i>Сиддикова У.С., Салохиддинов З.С.</i>	167
311	Эпидемиология нестабильной стенокардия <i>Сиддикова У.С., Салохиддинов З.С.</i>	167
312	Терапия хронического гепатита С с нарушениями липидного обмена <i>Сиддиков Н., Бойханова Н.Т.</i>	168

313	Характеристика естественного течения и прогноз хронической hcv- инфекции <i>Сиддиков Н., Бойханова Н.Т.</i>	168
314	Роль ученых-медиков в формировании гармонично развитого поколения <i>Сирожиддинова Х.Н., Абдуллаева М.Н.</i>	169
315	Atmosfera bosimining o'zgarishlari ta'siri bilan fertil yoshidagi ayyollarda temir tanqisligi kamqonligining shakllanishi xususiyatlari <i>Sodikova D.T., Kalandarov D.M., Raubjonov X.M., Ibragimova Z.</i>	170
316	Анализ популяционно-возрастных особенностей управляемых факторов риска в неорганизованной женской популяции г. Андижана <i>Содиқова Д.Т., Каландаров Д.М., Б.Н. Журабаев, Худоярова Н.К.</i>	170
317	Современная терапия больных с острым лимфобластным лейкозом <i>Солиев Д. К., Солиев К.К, Салиев Ф.А., Усманова У.И.</i>	170
318	Спленэктомия у больных циррозами печени фоне бетта - талассемии <i>Солиев К.К, Кадилов Ж., Солиев Д.К, Салиева М.О., Усманова У.И.</i>	171
319	Медицинская помощь при кровотечениях у больных гемофилией <i>Солиев К.К, Ахмаджонова М, Солиев Д.К, Усманова У.И., Солиева М.О.</i>	171
320	Лечение вторичных инфекций у больных хроническим миелолейкозом <i>Солиев К.К., Тождидинов Х.С., Мирзаахмедова И.З., Юлдашева Н.Э.</i>	172
321	Лечение нейрорлейкоза больных острыми лимфобластными лейкозами <i>Солиев К. К., Сотволдиев Б.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахобова Н.Р.</i>	172
322	Современная терапия больных с острыми лимфобластными лейкозами <i>Солиев К.К., Солиев Д.К., Якубекова М.К., Мирзаахмедова И.З.</i>	172
323	Хронической миелолейкоз гемоцитопеническим синдромом <i>Солиев К.К, Якубекова М.А., Сотволдиев Б.М., Абдувахобова Н.Р.</i>	173
324	Ўткир ичак инфекцияларида тромбгеморрагик синдром <i>Солижонов Ш., Юлдашев Я.М.</i>	173
325	Шифохона ички инфекция муаммолари. <i>Солижонов Ш., Юлдашев Я.М.</i>	174
326	Сурункали парентерал вирусли гепатитларни даволашда пархез таомларнинг ахамияти <i>Солижонов Ш., Юлдашев Я.М.</i>	174
327	Диагностические и эпидемиологические аспекты кожных лейшманиозов в Узбекистане <i>Сувонкулов У.Т, Муратов Т.И.</i>	175
328	Современный взгляд на проблему диагностики лямблиоза у детей. <i>Сувонкулов У.Т., Ачилова О.Д., Муратов Т.И.</i>	175
329	Роль ультразвукового обследования паренхиматозных органов при скрининговом исследовании на echinococcus granulosus <i>Сувонкулов У.Т., Шамсиев Ж.А., Мамедов А.Н., Давидян Т.В.</i>	176
330	Особенности иммунодиагностики echinococcus granulosus. <i>Сувонкулов У.Т., Садилов З.Ю.</i>	176
331	Проблемы диагностики и профилактики ишемическая болезнь сердца у молодых женщин. <i>Сулайманова С.Э., Рахимова Х.М.</i>	177
332	Аорта коронар шунтлаш ташрихи ўтказилишининг юрак ишемик касалликларида ахамияти <i>Таитемирова И.М., Мақсудов О.М., Хўжамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Кахрамонов А.М.</i>	178
333	К вопросу о состоянии функциональной активности симпатико-адреналовой системы и свободнорадикальных процессов у больных с метаболическим синдромом <i>Таитемирова И.М., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Холиқова Д., Бустанов Ш.Ё., Маматхужаев З.С.</i>	178
334	Эфферентные методы профилактики рестеноза коронарных артерий <i>Таитемирова И.М., Хўжамбердиев М.А., Кахрамонов А.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Мақсудов О.М.</i>	179
335	Спленэктомия у больных наследственными эритроцитопатиями <i>Тошбоев А.Б., Солиев К.К., Сотволдиев Б.М., Абдурахмонова М.А., Юлдашева Н.Э.</i>	179
336	Особенности антропометрических показателей при наследственной гемолитической анемии. <i>Тошбоев А.Б., Солиев К.К., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Юлдашева Н.Э.</i>	180
337	Спленэктомия у больных бета-талассемией с целью профилактики цирроза печени <i>Тошбоев А.Б., Солиев К.К., Абдурахмонова М.А., Юлдашева Н.Э.</i>	180
338	Результаты химиотерапии нерезектабельного местнораспространенного рака поджелудочной железы <i>Туракулова Ф.М., Салиев Д.М.</i>	181
339	Эффективность химиотерапии при раке молочной железы	181

	<i>Туракулова Ф.М., Салиев Д.М.</i>	
340	Ўт йуллари дискинезияси мавжуд беморларда сурункали ўт етишмовчилиги синдромининг ўзига хос клиник кечиши <i>Турсунов А.У., Салоҳиддинов З.С., Ахмадалиева У.Қ.</i>	182
341	Особенности клинического течения бескаменной обструкции желчевыводящих путей <i>Турсунов А.У., Мусашияхева Ш.М., Салоҳиддинов З.С., Ахмадалиева У.Қ.</i>	182
342	Сурункали с вирусли гепатитни даволашда вирусга қарши дориларнинг организмга таъсири ва самарадорлиги <i>Турсунов А.У., Ахмадалиева У.Қ.</i>	183
343	Сурункали в гепатит мавжуд хомиладорларда ҳазм органларида кузатиладиган клиник ўзгаришлар <i>Турсунов А.У., Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С.</i>	183
344	Значение бактериальных токсинов в особенностях течения острых кишечных инфекций <i>Тухтаев Ж., Бойханова Н.Т.</i>	184
345	Клинические особенности острых вирусных гепатитов В и С у наркопотребителей <i>Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.</i>	185
346	Хронический вирусный гепатит у больных на фоне интерлейкина-2 <i>Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.</i>	185
347	Эпидемиологическая характеристика HCV-инфекции в андижанской области <i>Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.</i>	186
348	Эпидемиологическая характеристика HС-вирусной инфекции в андижанской области <i>Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.</i>	186
349	Эффективности противовирусной терапии у больных хроническим вирусным гепатитом С <i>Тухтаназарова Н.С., Орипова Ж.Н.</i>	187
350	Этиологические и клинические особенности острых инвазивных диарей у детей первых месяцев жизни <i>Тухтаназарова Н.С., К.А.Мулладжанова</i>	187
351	Токсоплазмоз, клиничко-профилактические параллели <i>Тухтаназарова Н.С., К.А.Мулладжанова</i>	188
352	Клинические особенности течения коклюша у детей 1-го года жизни. <i>Тухтаназарова Н.С., Ж.Н.Орипова</i>	189
353	Оценка секреторной активности жировой ткани в изменениях метаболических показателей у пациентов с метаболическим синдромом при снижении массы тела <i>Ўзбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштеммирова И.М., Усманова Д.Н., Кодирова Г.И., Китьян С.А., Абдуллаева М.</i>	190
354	Взаимосвязь и взаимовлияние показателей внутрисердечной гемодинамики и клиничко-анамнестических особенностей больных с гипертрофической кардиомиопатией <i>Ўзбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Низамова К.А., Усманов Б.Б., Гафуров Н.Р., Китьян С.А., Абдуллаева М.</i>	190
355	Холтеровское мониторирование экг как способ диагностики аритмий у больных с идиопатическим пролапсом митрального клапана <i>Ўзбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Гафуров Н.Р., Усманов Б.Б., Низамова К.А., Китьян С.А., Абдуллаева М.</i>	191
356	Влияние комбинированной антигипертензивной терапии на эндотелиальную дисфункцию у пациентов с метаболическим синдромом <i>Ўзбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Вахобов Б.М., Таштеммирова И.М., Шамсиддинова А.С., Камолов Б.Б.</i>	191
357	Стабилизация клиничко-метаболических показателей у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом под влиянием агонистов имидазолиновых рецепторов <i>Ўзбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштеммирова И., Усманова Д.Н., Кодирова Г.И., Вахобов Б.М., Абдуллаева М.</i>	192
358	Клиничко-инструментальные проявления заболевания у больных со стресс-индуцированной кардиомиопатией <i>Ўзбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Усманов Б.Б., Гафуров Н.Р., Низамова К.А., Кахрамонов А.М., Китьян С.А.</i>	192
359	Гипертензивные кризы в условиях резко континентального климата узбекистана: взгляд после эпидемиологических исследований <i>Умурзаков О.Т., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т., Раубжонов Х.М.</i>	193
360	Влияние гепатотропных вирусов на качество течения вирусного гепатита а <i>Уринбаева М., Бойханова Н.Т.</i>	193
361	Воспалительные заболевания наружных гениталий у девочек, больных острыми кишечными	194

	инфекциями <i>Уринбаева М., Бойханова Н.Т.</i>	
362	Экстренная помощь больным с глубокими депрессиями, перенесшими инфаркт миокарда <i>Уринбоев М.О., Юлдашев Р.Н., Исакова Д.З.</i>	194
363	Вегето-сосудистые расстройства у больных депрессии <i>Усманова М.Б., Муминов Р.К., Маликова А.Э.</i>	195
364	Профилактика и лечение табачной зависимости <i>Усманова М.Б., Муминов Р.К., Усманова М.Б.</i>	195
365	Гийхванданд шахсларда суицид холатларнинг профилактикаси <i>Усманова М.Б., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.</i>	196
366	Особенности течения беременности у женщин с наркоманией <i>Усманова М.Б., Муминов Р.К., Каримов А.Х.</i>	196
367	Пути реабилитации больных неврозами. <i>Усманова М.Б., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	197
368	Применение плавательного метода «спринт» у больных с осложненным инфарктом миокарда для определения вариабельности ритма сердца <i>Усманова У.И., Тургунова Д.А., Салохиддинов З.С., Салиев Д.К., Урмонов Ф.М.</i>	197
369	Изменение минеральной плотности костей при хронической почечной недостаточности <i>Усманова У.И., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Салиев Д.К., Тургунова Д.А.</i>	198
370	Метаболический синдром и тиреоидная дисфункция <i>Усманова У.И., Салохиддинов З.С., Тургунова Д.А., Ахмадалиева У.К., Салиев Д.К.</i>	198
371	Особенности изменения печени у больных с хроническим гепатитом с по данным ультразвуковой диагностики <i>Фазилов А.А., Соипова Г.Г., Жумабоев Х.Т., Ходжиматов Г.М., Шухратов Ш.Ш.</i>	198
372	Особенности изменения печени у больных с хроническим гепатитом с по данным ультразвуковой доплерографии <i>Фазилов А.А., Соипова Г.Г., Жумабоев Х.Т., Ходжиматов Г.М., Шухратов Ш.Ш.</i>	199
373	Особенности течения хронического болевого синдрома у больных с дорсопатиями в зависимости от профиля личности <i>Шарипов А.А., Каюмова Н., Латипова Н.К., Рустамова И.К.</i>	200
374	Профилактика заболеваний зубодесневой области при применении препарата «Антиоралит» <i>Шатманов С.Т., Исраилова А.И., Исмаилов А.А., Ахматов А.Т., Касиева Г.К.</i>	200
375	Изучение особенностей микрофлоры пациентов с заболеваниями хронического афтозного стоматита <i>Хабибова Н.Н., Авезова С.М.</i>	201
376	Показатели эмоционального состояния у больных с эпизодической головной болью напряжения <i>Хажиматова М.Ш., Солиев Ш., Маматкулов Б., Рустамова И.К.</i>	201
377	Особенности проявления эмоционального состояния у подростков с эпилепсией <i>Хажиматова М.Ш., Г.Исакова, Аманова К., Рустамова И.К.</i>	202
378	Применение физиотерапевтических методов при лечении одонтогенных воспалительных процессов в челюстно-лицевой области <i>Хакимов А. А., Пўлатов Н.Х., Абобакиров Д.М.</i>	202
379	Ўткир йирингли периостит билан зарарланган болаларда прикус патологиялари <i>Хакимов А.А., Абобакиров Д.М., Хакимова З.Қ.</i>	202
380	Травматическая нейропатия лицевого нерва при операциях на околоушной железе <i>Хакимов А.А., Хакимова З.Қ.</i>	203
381	Илдиз перфорациясини даволаш усуллари <i>Хакимова З.Қ., Хакимов А.А.</i>	203
382	Нарушения сосудов головного мозга у женщин фертильного возраста <i>Хакимова С.З., Рахимова Х.М.</i>	204
383	Профилактика гнойно-септических осложнений у обожженных больных. <i>Халиков В.К., Гиясов У.М., Мамадиев А.М.</i>	204
384	Профилактика осложнений со стороны ЖКТ у обожженных больных. <i>Халиков В.К. Гиясов У.М., Мамадиев А.М.</i>	205
385	Особенности процесса лактации при хронической гелиотринной интоксикации <i>Хасанов Б.Б.</i>	205
386	Структурно-функциональные особенности развития тонкой кишки потомства в раннем постнатальном онтогенезе на фоне хронического токсического гепатита матери <i>Хасанов Б.Б.</i>	206
387	Оценка выявления и развития интерстициальных болезней легких в условиях резкоконтинентального климата г. Андижана	206

	<i>Хасанов М., Содикова Д.Т., Юлдашева Г.Б., Каландаров Д.М.</i>	
388	Результаты иммунологических исследований больных эпилепсией при вирусном энцефалите <i>Хожиматова М.Ш.</i>	207
389	Значение рентгеновской денситометрии при диагностике остеопороза у больных сахарным диабетом 2 типа <i>Холматова Г.А., Юсупова Ш.К., Кулдашева Я.М., Мухамедова В.М.</i>	207
390	Сартанлар нишон аъзолар қалқони <i>Худайбердиев Ж.М., Бувабеков М.М.</i>	208
391	Қишлоқ оила поликлиникаси шароитида метаболит синдром “Квартети”ни самарали арарлашувлар орқали ташхислаш ва тиббий хизмат сифатини ошириш <i>Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У.</i>	209
392	Номилдорларда темир танқислиги камқонлиғининг тарқалиши ва хатарли омилларининг зamonaviy хусусияtlari <i>Худоярова Н.К., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т.</i>	209
393	Қишлоқ оила поликлиникалари шароитида гипертония касаллиғи бўйича тиббий хизмат кўрсатиш сифатини баҳолаш <i>Худайбердиев Ж.М.</i>	209
394	Распространенности гипертонических кризов в связи с особенностями питания и некоторыми факторами риска <i>Худоярова Н.К., Каландаров Д.М., Раубжонов Х.М., Журабоев Б.Н.</i>	210
395	Развитие дезадаптивной тканевой гипертрофии и фиброгенез в органах-мишенях у пациентов с метаболическим синдромом <i>Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Таштемирова И.М., Мусашияхов У.Х., Усманов Б.Б., Якубжанов М.</i>	211
396	Взаимоотношения и взаимовлияние инсулинорезистентности и оксидативного стресса при метаболическом синдроме <i>Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Шамсиддинова А.С., Юлдашева Г.Т., Межлумов О.</i>	211
397	Сосудистые изменения центральной нервной системы у больных гипертонической болезнью <i>Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М.</i>	212
398	Взаимосвязь нарушения иммунного статуса и процессов перекисидации у больных инфарктом миокарда <i>Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Холикова Д.С.</i>	213
399	К вопросу о роли метаболических нарушений в развитии ремоделирования миокарда при метаболическом синдроме <i>Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таджибоева М.И., Таштемирова И.М., Шамсиддинова А.С., Юлдашева Г.Т., Межлумов О.</i>	213
400	Роль гипополипидемической терапии в снижении инсулинорезистентности и атерогенного потенциала у пациентов с метаболическим синдромом <i>Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н., Кодирова Г.И., Мусашияхов У.Х., Китъян С.А.</i>	214
401	Состояние параметров перекисидного окисления липидов и липидного состава плазмы крови больных мс на фоне метаболической терапии <i>Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Бустанов Ш.Ё., Холикова Д., Максудов О.М.</i>	214
402	ЮИК. Атеросклероз хасталигини ёшларда ташхислаш алгоритми <i>Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Бўстонов Ш.Ё., Кодирова Г.И., Қирғизова Х.А.</i>	215
403	Иммунологическая характеристика калицивирусной инфекции у детей и тактика терапии. <i>Эргашбаева Ж., Бойханова Н.Т.</i>	215
404	Иммуно-серологическая характеристика малосимптомных форм HCV - инфекции <i>Эргашбаева Ж., Бойханова Н.Т.</i>	216
405	Клинико-патогенетическое значение специфической жировой дистрофии печени у больных хроническим гепатитом С <i>Эрназарова З.Р., Ахмадалиева У.К.</i>	217
406	Клинико-патогенетическое обоснование стратегии и тактики иммунотерапии при хроническом вирусном гепатите С <i>Эрназарова З.Р., Ахмадалиева У.К.</i>	217
407	Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатитом С у беременных женщин и активность перинатальной передачи возбудителей этих инфекций <i>Эрназарова З.Р., Ахмадалиева У.К.</i>	218

408	Оценка проявления гелиотропных реакций у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от состояния ионосферы <i>Юлдашева Г.Б., Каландаров Д.М., Каландаров М., Худоярова Н.К.</i>	218
409	Популяционно-клинические особенности характеристика поражений органов – мишеней при гипертонических кризах <i>Юлдашева Г.Б., Каландаров Д.М., Раубжонов Х.М., Ибрагимова З.А.</i>	219
410	Депрессивные расстройства и их коррекция у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями <i>Юлдашев Р.Н., Косимова Н.Д., Юнусова З.В.</i>	219
411	Оценка у мужчин при первичной диагностике начальных стадий гипертонической болезни <i>Юлдашев Р.Н., Уринбоев М.О., Исакова Д.З.</i>	220
412	Комбинированная терапия артериальной гипертонии <i>Юлдашев Р.Н., Валиева З.С., Косимова Н.Д.</i>	220
413	Бактериал ва вирусли диареялар диагностикасида ишкорий фосфатаза курсаткичини ахамияти <i>Юлдашев Я.М., Улмасов О.О., Мирзакаримова Д.Б., Пулатов М.</i>	221
414	Ўткир ичак инфекцияларида нейтрофиллардаги ишкорий фосфатазани аниқлашни диагностикаси ахамияти <i>Юлдашев Я.М., Ўлмасов О.О., Юльчибаев М.Р., Пулатов М.</i>	222
415	Бактериал ва вирусли диареялар диагностикасида ишкорий фосфатаза курсаткичини ахамияти <i>Юлдашев Я.М., Улмасов О.О., Мирзакаримова Д.Б., Пулатов М.</i>	223
416	Суринкали вирусли гепатит в да тромбгеморрагик синдром <i>Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б., Маматхужаев А.С.</i>	224
417	Особенности вегетативной регуляции сердечного ритма артериальной гипертензии у лиц <i>Юнусова З.В., Косимова Н.Д., Юлдашев Р.Н.</i>	224
418	Применение клопидогрела у больных ишемической болезнью сердца <i>Юнусова З.В., Юлдашев Р.Н., Косимова Н.Д.</i>	225
419	Эхокардиографические показатели кардиомиопатий <i>Юнусова З.В., Ибрагимова З.А., Сабиров А.А.</i>	226
420	Ultrasound evaluation of liver parasitic diseases <i>Yunusova Z.V., Madaminova N.E., Ibragimova Z.A., Sabirov A.A.</i>	226
421	Особенности рентгенодиагностики туберкулеза в зависимости от локализации в легких <i>Юлдашева Г.Т., Акбарова Ш.Э., Ботирова Б.Т.</i>	227
422	Лечение и медицинская реабилитация больных гипопластической анемией <i>Юлдашева Н.Э., Солиев Д.К., Солиев К.К., Абдувахובה Н.Р.</i>	227
423	Эффективность гептрала при лечении хронических вирусных гепатитов В, С, Д <i>Юсупов А.С., Алимов М.М.</i>	228
424	Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST у женщин <i>Юнусов Р.С. Мадумаров И. Т. Кучкаров А.М. Муминов М.К. Мирзаев М.О. Жалилов А.О.</i>	228
425	Острая безболевая ишемия миокарда при окс с подъемом ST <i>Юсупов Ш.И. Мадумаров И. Т. Самтаров Р.М. Муминов М.К. Мирзаев М.О. Жалилов А.О.</i>	229
426	Лабораторная диагностика ВИЧ инфекции <i>Юсупова М.Б., Алимов М.А.</i>	229
427	ОИВ инфекциясини олдини олиш ва унинг аҳоли орасида тарқалишига қарши харакатлар тўғрисида <i>Юсупова М.Б., Алимов М.А.</i>	230
428	Inoculation against rabies <i>Yusupova M.B.</i>	230
429	Комплексная диагностика острого деструктивного панкреатита <i>Якубов Н. И., Фазылов А.А.</i>	231
430	Возрастная зависимость организма от уровня аллергенной активности производственной пыли 18 (экспериментальное исследование) <i>Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Хасанова Ш.А.</i>	231
431	Особенности распространенности “скрытой” формы вирусного гепатита у детей <i>Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г. Байбекова Г.Д.</i>	232
432	Определение цитохрома с при развитии сальмонеллезной инфекции <i>Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Махсудова Х.Т.</i>	232
433	Современные вопросы диагностики и лечение переломов костей у детей <i>Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Хожиматов Р.С.</i>	233
434	Оценка связи заболеваний органов пищеварения с избыточной массой тела и ожирением.	233

	<i>Яминова Н.Х., Ниязова Ё.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.</i>	
435	Брадиаритмия кишечника у пациентов с варикозной болезнью. <i>Яминова Н.Х., Ниязова Ё.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.</i>	234
436	Симптоматические язвенные поражения желудка при хронической патологии печени. <i>Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Сахаталиева Р.Р.</i>	235
II-ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ		
437	Профилактика гнойно-воспалительных осложнений легких на фоне инородных тел дыхательных путей у детей <i>Абдувалиева Ч.М., Акбаров Н.А., Аккузиев И.К., Мухитдинова М.К., Кадиров К.З., Исроилов Ш.Ш</i>	236
438	Профилактика и лечение спаечной непроходимости у детей <i>Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Усмонов Ш.А., Акбаров Н.А., Халилов Ш.К., Шевкетова Л.Ш.</i>	236
439	Болаларда регидратцион терапия ўтказишга кўрсатма <i>Абдуллаева Д.А., Каримова О.А., Акбарова Р.М., Умарова М.А</i>	237
440	Болаларда камқонлик касаллигини даволашда ферронал 35 препаратини қўллаш <i>Абдуллаева Д.А., Каримова О.А., Акбарова Р.М., Умарова М.А.</i>	237
441	Темир танқислиги камқонлиги касаллигини комплекс даволашда анемадокс препаратининг аскорбин кислотаси билан бирга қўлланиши <i>Абдуллаева Д.А., Каримова О.А., Акбарова Р.М., Умарова М.А.</i>	238
442	Оценка лапаротомии и эндоскопические операции при различной гинекологической патологии <i>Абдуллаева М.А., Зияева Э.Р.</i>	238
443	Взаимосвязь стадии вич инфекции со степенью нарушения микробного пейзажа кишечника и параметрами клеточного иммунитета. <i>Абдуллаева У.У., Косимов И.А., Каримов А., Хайруллина А.Х.,</i>	239
444	Методы лапароскопии у гинекологических больных в условиях стационара <i>Абдуллаев Р.Н., Зияева Э.Р., Абдуллаева М.А</i>	239
445	Усовершенствования эндоскопических операций у больных с миомой матки <i>Абдуллаев Р.Н., Собирова М.Р.</i>	240
446	Клинические признаки поражения почек при капилляротоксикозе у детей <i>Абдулхакова Р.М., М.Ш.Ганиева</i>	240
447	Изучение частоты артериальной гипотензии подростковой возрасти <i>Абдуназаров Ф.Т., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т.</i>	240
448	Поражения клапанов сердца у больных с инфекционным эндокардитом <i>Абдуразакова З.К., Усмонов Д.А., Акбарходжаева М.Р.</i>	241
449	Анализ влияния противовоспалительной терапии на показатели функции внешнего дыхания у детей с бронхиальной астмой <i>Абдурашидов А.А., Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.</i>	241
450	Анемический синдром при хронической болезни почек у детей <i>Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Хомидова М.Э., Хомидовой Г.Ж.</i>	242
451	Возрастные особенности метаболизма железа у детей и подростков в норме и патологии <i>Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Хомидова М.Э., Хомидовой Г.Ж.</i>	243
452	Генетические и иммунологические механизмы формирования клинических проявлений целиакии у детей и подростков и их значение в реабилитации <i>Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Хомидова М.Э.</i>	243
453	Иммунные нарушения и их коррекция при обструктивном пиелонефрите у детей <i>Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Хомидова М.Э.</i>	244
454	Газообмен в легких при различной концентрации кислорода в артериальной крови <i>Акбарова Г.Х., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.</i>	245
455	Эффективность отхаркивающих средств в зависимости от иммунологического статуса <i>Акбарова Г.Х., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.</i>	245
456	Гинекологические заболевания у девочек, симулирующие клинику острого аппендицита <i>Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Усмонов Ш.А., Халилов Ш.К., Кадиров К.З., Яхёев С.М.</i>	246
457	Болалар ўртасида аскаридоз натижасида келиб чиққан анемияни даволаш <i>Аманов К.К., Махпиева Г.К.</i>	246
458	Гижжаларнинг эрта диагностикаси ва профилактикаси <i>Аманов К.К., Махпиева Г.К.</i>	246
459	Частота нарушений адаптации у детей школьного возраста. <i>Арзибеков А.Г., Умарова М.А., Ахмеджанова Г.С.</i>	247

460	Растительные средства при бронхолегочной патологии у детей. <i>Арзибеков А.Г., Умарова М.А., Ахмеджанова Г.С.</i>	247
461	Ультразвуковая характеристика печени при хронических гепатитах у детей и подростков <i>Арзибекова У.А., Махмудова Б.Ш., Пазилжанова М.П.</i>	248
462	Особенности пребиотической обеспеченности рационов питания дошкольников <i>Арзибекова У.А., Махмудова Б.Ш., Инакова Б.Б., Пазилжанова М.П.</i>	248
463	К медикаментозному лечению железодефицитной анемии у детей различного возраста <i>Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н</i>	248
464	Выявление факторов риска развития дефицита железа в детской популяции <i>Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.</i>	249
465	Взаимосвязь перинатальной патологии с бактериальным вагинозом у беременных <i>Арзикулова Д.А. Мамажанова С.О.</i>	250
466	Нарушения адаптации у детей и школьного возраста <i>Абдуллаева Д.А., Умарова М.А.</i>	250
467	Лечение генитального герпеса у женщин. <i>Ахмадалиева Н.Ж. Мамажанова С.О.</i>	250
468	Оценка и характеристика систолической функции правого желудочка у детей с бронхиальной астмой <i>Ахмеджанова Г.С.</i>	251
469	Эффективность применения препарата «анаферон детский» в лечении рецидивирующего бронхита <i>Ахмеджанова Г.С., Умарова М.А.</i>	251
470	Применение иммуномодулятора в комплексном лечении у детей с ревматизмом <i>Абдуллаева Д.А., Умарова М.А., Каримова О.А.</i>	251
471	Железодефицитная анемия у детей раннего возраста. <i>Абдуллаева Д.А. Каримова О.А.</i>	252
472	Гипервитаминоз –Д ва унинг профилактикаси. <i>Абдуллаева Д.А., Умарова М.А.</i>	252
473	Своевременная диагностика врожденных пороков развития почек у детей <i>Абдуллаева Д.А.</i>	253
474	Активной иммунизацией профилактике внутрибольничной пневмонии у детей <i>Абдуллаева Д.А.</i>	253
475	Бронхиал астмага чалинган болаларда вегетатив реактивликни текшириш <i>Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.</i>	254
476	Активность про- И антиоксидантной системы в мембранах эритроцитов у детей бронхиальной астмой с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов <i>Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.</i>	255
477	Болаларда бронхиал астмани кечиши оғирлигининг турли боскичларида вегетатив регуляция ва вегетатив статуснинг юзага <i>Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.</i>	255
478	Болаларда бронхиал астманинг турли даражаларида қалқонсимон безнинг функционал ҳолати. <i>Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.</i>	256
479	Бронхиал астмага чалинган болаларда вегетатив дисфункцияни кардиинтервалография усулида текшириш <i>Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.</i>	256
480	For PGP'S diary: exudative catarrhal diathesis. the tactic of PGP. <i>Abdullayeva M.E., Bakhavadinova Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.</i>	257
481	Recommendations on nutrition of children after 6 months. <i>Abdullayeva M.E., Bakhavadinova. Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.</i>	257
482	Stages of the child's transition to the family table food <i>Abdullayeva M.E., Bakhavadinova Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.</i>	258
483	Traditional tactical errors in the transition of the child from breastfeeding to family table food. <i>Abdullayeva M.E., Bakhavadinova. Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.</i>	258
484	Frequently sick children: immunocorrective therapy with drugs of the bacterial and vegetable origin. <i>Abdullayeva M.E., Bakhavadinova. Z. M., Sakhibova M.D., Mamadjonov N.SH.</i>	258
485	Клинические проявления герпетической инфекции у вич-инфицированных пациентов <i>Абдуллаева О.И., Даминова М.Н., Таджиев Б.М., Юсупов А.С., Халикова Ш.А.</i>	259
486	Болаларда сепсиснинг ҳозирдаги кечиши ва уни самарали даволаш <i>Абидов А.Б., Бобожонов Ш.Ж., Ташпулатова Ш.А.</i>	259
487	Основные маркеры клеточного иммунитета, используемые при исследовании показателей в	260

	педиатрии <i>Базарова М.У., Махмудова Б.Ш., Пазилжанова М.П.</i>	
488	Лечения атопического дерматита у детей раннего возраста <i>Ботиров А.Р., Абдуллаева М.Э., Ганиев А.Г., Садиқова Н.Б.</i>	260
489	Особенности гематологических изменений у новорожденных и детей первых месяцев жизни <i>Базарова Ф.Ф., Арзибекова У.А., Пазилжанова М.П.</i>	261
490	Показатели различных иммунологических реакций у детей с гломерулонефритом на фоне тиреоидной дисфункции <i>Болтабаева М.М., Ганиева М.Ш.</i>	261
491	Клинические особенности ВИЧ -нефропатии у детей <i>Болтабаева М.М., Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш.</i>	262
492	Диагностика эхинококкоза печени <i>Болтабоев Ф.И., Мирзакаримов Б.Х.</i>	262
493	Клиническая картина и диагностика эхинококкоза печени <i>Болтабоев Ф.И., Мирзакаримов Б.Х.</i>	263
494	Ўткир обструктив бронхит билан оғриган болаларда антивирус ва антигистамин препаратларининг қўллаш самарадорлиги <i>Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш.</i>	263
495	Новые возможности лечения дисметаболических нефропатий у детей <i>Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш.</i>	263
496	Тиреоидный статус у детей с различными формами гломерулонефрита <i>Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш.</i>	264
497	Сдвиги гумарального иммунитета у детей при младенческой форме атопического дерматита <i>Ганиев А.Г., Абдуллаева М.Э., Баховитдинова З.М., Сахибова М.Д.</i>	264
498	Иммунопатогенез атопической бронхиальной астмы у детей <i>Ганиев А.Г., Баховитдинова З.М., Нишинова Д.В., Юнусов Д.М.</i>	265
499	Особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей <i>Ганиев А.Г., Абдуллаева М.Э., Нишинова Д.В., Сахибова М.Д.</i>	266
500	Выявление детей с бронхиальной астмой в городе Андижан за 2017 год <i>Ганиев А.Г., Баховитдинова З.М., Нишинова Д.В., Джалилов Д.А.</i>	266
501	Особенности спирометрических показателей внешнего дыхания у детей с респираторным аллергозом <i>Ганиев А.Г., Нишинова Д.В., Джалилов Д.А., Кодиров М.А.</i>	267
502	Вегетотропная терапия часто болеющих детей в зависимости от типа вегетативной нервной системы <i>Ганиева М.Ш., Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Кузиев Д.В., Юнусов Д.М.</i>	267
503	К оценке влияния закаливания на физическое развитие и показатели здоровья детей дошкольного возраста <i>Ганиева М.Ш., Убайдуллаева С.Ф., Кузиев Д.В., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.</i>	268
504	Течение хронического вирусного гепатита в при беременности <i>Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.</i>	269
505	Тяжелая преэклампсия при беременности <i>Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.</i>	269
506	Ҳомиладор аёлларда вирусли гепатит С нинг клиник намоён бўлиши. <i>Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.</i>	270
507	Ҳомиладорларда вирусли гепатит С ни кечиши <i>Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М., Мамадиева М.С.</i>	271
508	Хронические вирусные гепатиты в при беременности <i>Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.</i>	271
509	Изучение факторы риска, способствующие рождению детей с большой массой тела <i>Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т., Хакимов Ш.К.</i>	272
510	Течение дискинезии желчевыводящих путей и холестатических желтух у детей старшего возраста <i>Инакова Б.Б., Арзибекова У.А., Пазилжанова М.П., Махмудова Б.Ш.</i>	273
511	Акушерская тактика при вирусных гепатитах <i>Камилджанова Г., Улмасов М., Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.</i>	273
512	Беременность и роды при вирусных гепатитах <i>Камилджанова Г., Улмасов М., Ибрагимова С.Р., Шакирова С.М.</i>	274
513	Особенности патологии эндометрии в пременопаузальном периоде <i>Камолова Х.Д., Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А., Юлдашева О.С.</i>	274
514	Доброкачественные гиперпластические заболевания матки	275

	<i>Камолова Х.Д., Партиева Д.А., Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А.</i>	
515	Гиперплазия эндометрия и бесплодие гистероскопия – метод диагностики и лечения <i>Камолова Х.Д., Партиева Д.А., Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А.</i>	275
516	Атипическая гиперплазия эндометрия и эндометриальная интраэпителиальная неоплазия, их отличие <i>Камолова Х.Д., Партиева Д.А., Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А.</i>	276
517	Характеристика групповых эритроцитарных антигенов и их роль в развитии и течении инфекции мочевых путей у детей <i>Касимов Д.С., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.</i>	276
518	Особенности клиники железодефицитной анемии у детей раннего возраста <i>Касимов Д.С., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.</i>	276
519	Ведение беременности и родов у женщин с бронхиальной астмой <i>Касимова Ш., Каримов А.Х.</i>	277
520	Ведение беременности и родов у женщин с осложнениями легочными эмболиями <i>Касимова Ш., Каримов А.Х.</i>	278
521	Аспекты лимфотропной терапии в остром периоде сочетанных черепно-мозговых травм <i>Кулдашев К.А., Худойбердиев К.Т., Хакимова З.К.</i>	278
522	Результаты микроскопического исследования мазков из урогенитального тракта клинически здоровых женщин репродуктивного возраста <i>Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Солиева Р.Б., Юлдашева О.С.</i>	279
523	Оценка эффективности лечения бактериального вагиноза <i>Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Солиева Р.Б., Юлдашева О.С.</i>	280
524	Остеопенический синдром у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузе <i>Кучкарова Ш.А., Солиева Р.Б., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.</i>	280
525	Переломы как возможное осложнение остеопороза у женщин в климактерии <i>Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.</i>	281
526	Лечение нарушений гемодинамики при ревматизме у детей <i>Каримова О.А., Абдуллаева Д.А.</i>	282
527	Спазмофилия касаллигини эрта тасхислаш <i>Каримова О.А., Абдуллаева Д.А.</i>	282
528	Рахит касаллигини даволаш ва олдини олиш <i>Каримова О.А., Абдуллаева Д.А.</i>	282
529	Влияние полиморфных вариантов гена р53 на характер течения ювенильного идиопатического артрита у детей <i>Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.</i>	283
530	Комплексная оценка углеводного обмена и оптимизация подходов к терапии у детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа <i>Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.</i>	283
531	Динамика фенотипа моноцитов периферической крови у детей с аллергическими заболеваниями <i>Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.</i>	284
532	Проблемы лечения энуреза у детей <i>Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш.</i>	284
533	Особенности синтеза цитокинов при бесплодии воспалительного генеза у женщин <i>Маликова Д.Б., Курбанов Д.Д., Мусаходжаева Д.А.</i>	285
534	Эндокрин бузилишлар билан кечадиган хомиладорликда йўлдошн патоморфологияси <i>Мамажанова С.О.</i>	285
535	Опыт лечения климактерической кардиопатии. <i>Мамажанова С.О.</i>	285
536	Комбинированная терапия плоских шейки матки . <i>Мамажанова С.О.</i>	286
537	Эффективность применения эндолимфатической терапии у гинекологических больных <i>Мамажанова С.О.</i>	286
538	Достинекс в лечении женщин с гиперпролактинемией <i>Мамажонова С.О.</i>	286
539	Критерии эффективности лечения иммунологического бесплодия <i>Мамажонова С.О.</i>	287
540	Изменение уровней цитокинов у женщин использующих метод внутриматочной контрацепции в зависимости от длительности ношения вмс	287

	<i>Мамажоновна С.О., Юсупова У.М.</i>	
541	Dostineks in treatment of women with giperprolaktinemiya <i>Мамажоновна С.О.</i>	288
542	Клинические особенности быстрых родов у женщин <i>Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З.</i>	288
543	Оценка перенесенной инфекции во время беременности у пациенток с антенатальной гибелью плода <i>Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З.</i>	289
544	Структура осложнений беременности у пациенток с самопроизвольным абортom в анамнезе <i>Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З.</i>	289
545	Особенности терморегуляции новорожденных в динамике раннего неонатального периода <i>Махмудова Б.Ш., Инакова Б.Б., Ф.Ф.Базарова</i>	290
546	Реабилитация часто болеющих детей <i>Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.</i>	291
547	Значение правильного питания в росте и развитии ребенка. <i>Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.</i>	291
548	Атопические возбудители внебольничных пневмоний у детей. <i>Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.</i>	292
549	Нарушения менструальной функции у девочек – подростков <i>Махмудова К.Ш., Тургунова Д.З., Якубова О.А., Сулейманова Н.А.</i>	292
550	Роль инфекции в развитии артритов у детей <i>Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.</i>	293
551	Спазмофилия касаллигини эрта ташхислаш <i>Махпиева Г.К., Аманов К.К.</i>	293
552	Оценка функциональных возможностей первоклассников и риска школьной дезадаптации <i>Махсумов М.К., Арзикулов А.Ш., Арзибеков А.Г., Махпиева Г.К.</i>	293
553	Вирусные гепатиты у беременных <i>Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С.</i>	294
554	Заболевания печени, которые имеют особенности протекания у беременных <i>Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С.</i>	294
555	Прогнозирование и профилактика осложнений беременности на фоне вирусных гепатитов <i>Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С.</i>	295
556	Комплексная профилактика осложнений беременности и родов у женщин с вирусным гепатитом в городе андижане <i>Мирзаабдуллахожиева О.У., Юлдашева О.С., Мамадиева М.С.</i>	295
557	Введение антибиотиков и иммунокорректоров в лимфатическую систему у детей <i>Мухитдинова М.К., Тоирова У.Т., Юлдашев З.Н., Махмудов А.А.</i>	296
558	Применение препарата дистриптаза в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза <i>Мухитдинова Т.К., Мамажоновна С.О.</i>	297
559	Роль инфекции в развитии артритов у детей <i>Махмудова Б.Ш., Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б.</i>	297
560	Особенности клинического течения острого и хронического диффузного гломерулонефрита у детей с различной функцией щитовидной железы <i>Махпиева Г.К., Аманов К.К.</i>	297
561	Коррекция повышенной функции щитовидной железы при гломерулонефрите у детей <i>Махпиева Г.К., Аманов К.К.</i>	298
562	Особенности иммунологической реактивности у детей с последствиями перинатальных нарушений <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	298
563	Показатели конденсата выдыхаемого воздуха у детей при эозинофильном фенотипе бронхиальной астмы <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	299
564	Оценка и характеристика систолической функции правого желудочка у детей с бронхиальной астмой <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	299
565	Диагностика нарушений систолической функции левого желудочка у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	300
566	Этиологическая характеристика внебольничной пневмонии у детей в зависимости от возраста	300

	<i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	
567	Состояние кишечного микробиоценоза при острых кишечных заболеваниях у детей и пути её лечения <i>Махсудова Л.И., Закирова У.И., Таипулатова М.Х.</i>	301
568	Течение дизентерии и сальмонеллеза у детей раннего возраста <i>Мирисмаилов М.М., Атоева И.И.</i>	302
569	Силнинг болалар ўртасида учраш сабаблари <i>Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С., Абдукахарова М.Ф.</i>	302
570	Введение антибиотиков и иммунокорректоров в лимфатическую систему у детей. <i>Мухитдинова М.К., Тоирова У.Т., Юлдашев З.Н., Махмудов А.А.</i>	303
571	Некоторых показателей системы гемостаза у беременных с преэклампсией <i>Мирзарахимова С.Ж., Негматшаева Х.Н.</i>	304
572	Акушерская тактика у беременных с тяжелой преэклампсией <i>Мирзарахимова С.Ж., Негматшаева Х.Н., Юлдашева О.С.</i>	305
573	Новые аспекты лечения гиперпластических процессов эндометрия <i>Назирова З.М., Асранкулова Д.Б.</i>	305
574	Возможности диагностики пролиферативных процессов эндометрия <i>Назирова З.М.</i>	306
575	Проблема диагностики аденомиоза у женщин с бесплодием <i>Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С.</i>	306
576	Оптимизация лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузальном периоде <i>Назирова З.М., Асранкулова Д.Б., Мамадиева М.С., Ахмедова Н.М.</i>	306
577	Современные методы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе <i>Назирова З.М., Асранкулова Д.Б., Мамажоновна Ш.К., Сатимова Ш.М.</i>	307
578	Лечение рецидивирующего герпеса ацикловиром <i>Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С.</i>	308
579	Состояние иммунной системы у больных вич-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию <i>Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С., Мирзакаримова Д. Б.</i>	308
580	Микрофлора родовых путей при преждевременных родах <i>Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С.</i>	309
581	Применение гландина -е для созревании шейки матки у беременных с экстрагенитальной патологией и влияние его на плод <i>Негматшаева Х.Н., Юлдашева О.С.</i>	309
582	Состояние антиоксидантной системы сыворотки крови и иммунитета при синдроме ограничения роста плода у многорожавших женщин <i>Негматшаева Х.Н., Юлдашева О.С.</i>	309
583	Побочные эффекты гормональных контрацептивов <i>Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С.</i>	310
584	Кесарево сечение при слабости родовой деятельности <i>Негматшаев Х.Н., Юлдашева О.С.</i>	310
585	Neonatal outcome and prenatal antibiotic treatment in premature rupture of membranes <i>Negmatshaeva H.N., Yuldasheva O.S.</i>	310
586	Ведения больных детей с единственной почкой <i>Нематжонов Ф.З., Туйчиев Г.У., Қадиров М.Ш., Назаров З., Йигиталиев А.С.</i>	311
587	Особенности изменений в гемограмме у детей раннего возраста с внутриутробной инфекцией <i>Нурутдинова Г.Т., Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Арзибекова У.А.</i>	311
588	Особенности течения и исходов респираторного дистресс-синдрома у новорожденных детей <i>Нурутдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Рабиева Б.Т.</i>	312
589	Диагностика и коррекция поражений сердечно-сосудистой системы у больных с различными формами гломерулонефрита <i>Рахимова Д.О., Нурутдинов Ф.М.</i>	313
590	Изменение показателей вазоактивных свойств сосудистого эндотелия на фоне терапии гломерулонефрита у детей <i>Рахимова Д.О., Нурутдинов Ф.М.</i>	313
591	Состояние сердечно-сосудистой системы у детей на разных стадиях заболеваний почек <i>Рахимова Д.О.</i>	314
592	Факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений у детей с хронической болезнью почек	314

	<i>Рахимова Д.О.</i>	
593	Эффективность применения далагина при различных формах гломерулонефрита у детей <i>Рахимова Д.О.</i>	315
594	Изменения толстой кишки при сочетанном течении острой дизентерии и энтеробиоза у детей <i>Рашидов Ф.А., Алимов М.М.</i>	316
595	Течение менингитов у детей в разных возрастных группах <i>Рихсиева Г.М., Мустафоева Ф.Б.</i>	316
596	Омфалоцеле билан касалланган беморларда йўлдош нуксонларнинг учраши <i>Рўзматов И.Б., Юсупова З.К.</i>	317
597	Определение антинейтрофильных цитоплазматических антител при заболеваниях с геморрагическим синдромом у детей <i>Рахманова У.Х., Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С.</i>	317
598	Проблемы диагностики митохондриальных заболеваний у детей в клинике инфекционных болезней <i>Рахманова У.Х., Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С.</i>	318
599	Особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей <i>Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р., Юнусов Д.М.</i>	318
600	Выявление предикторов бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста <i>Санакулов А.Б., Абдуллаева М.Э., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.</i>	319
601	Особенности базисной терапии бронхиальной астмы у детей <i>Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Юнусов Д.М., Ботиров А.Р.</i>	319
602	Диагностика синдрома длительного кашля у детей <i>Содиқова Н.Б., Ганиев А.Г., Баховитдинова З.М., Ботиров А.Р.</i>	320
603	Маркеры воспаления бронхообструктивного синдрома у детей грудного возраста <i>Содиқова Н.Б., Абдуллаева М.Э., Ботиров А.Р., Ганиев А.Г.</i>	320
604	Изучение возможных факторов риска респираторного дистресс-синдрома у недоношенных детей <i>Солиева М., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Махмудова Б.Ш.</i>	321
605	Применение препарата офлоксина 200 в лечение урогенитального хламидиоза <i>Солиева Р.Б., Камолова Х.Д., Кучкарова Ш.А., Юлдашева О.С.</i>	321
606	Переломы как возможное осложнение остеопороза у женщин в климактерии <i>Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.</i>	322
607	Профилактика передачи вич-инфекции от матери к ребенку во время беременности и родов <i>Солиева Р.Б., Кучкарова Ш.А., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.</i>	323
608	Факторы риска и исход беременности, осложненной синдромом задержки роста плода <i>Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш., Якубова О.А.</i>	324
609	Факторы риска диабетической фетопатии у беременных с гестационным сахарным диабетом на диетотерапии <i>Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.</i>	324
610	Особенности хронического вирусного гепатита в при беременности <i>Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.</i>	325
611	Часто болеющие дети: иммунокорректирующая терапия препаратами бактериального и растительного происхождения <i>Сахибова М.Д., Абдуллаева М.Э., Бахавадинова З.М., Нишинова Д.В.</i>	325
612	Факторы риска развития у детей при астматическом статусе <i>Сахибова М.Д., Абдуллаева М.Э., Бахавадинова З.М., Нишинова Д.В.</i>	326
613	Особенности развития и распространенности аллергических заболеваний у детей в андижанской области <i>Сахибова М.Д., Абдуллаева М.Э., Бахавадинова З.М., Нишинова Д.В.</i>	326
614	Применение магне В6 с целью коррекции состояния соединительной ткани при ювенильной дисменорее <i>Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.</i>	326
615	Течение скарлатины у детей и современные подходы к их лечению <i>Таджиев Б.М., Ахмеров И.Э.</i>	327
616	Морфологические особенности плаценты во II триместре физиологической беременности <i>Тастанова Г.Е.</i>	328
617	Морфологические особенности плаценты 22-40 недель физиологической беременности <i>Тастанова Г.Э., Юлдашева С.З., Кенжаева Х.Х.</i>	328
618	Анестезиологические осложнения при лапароскопических вмешательствах в педиатрии <i>Тоирова У.Т., Хошимов Т.Н., Комилов С.Ф., Абдуллаев С.Б., Мамадиев А.М.</i>	329
619	К проблеме диагностики и лечения гипоксического поражения сердечно-сосудистой системы у	329

	новорожденных <i>Тошбоев Ш.О., Джалилов Д.А., Кодиров М.А., Усманова М.А., Исмоилов Р.А., Салиева А.А., Солиев О.З.</i>	
620	Анестезиолого-реанимационный риск в периоперационном периоде у новорожденных с абдоминальной хирургической патологией <i>Тошбоев Ш.О., Джалилов Д.А., Кодиров М.А., Гофуров З.И., Исмоилов Р.А.</i>	330
621	Анализ изменения показателей гемодинамики при хирургической коррекции деформаций грудной клетки у детей в зависимости от метода анестезиологического обеспечения Тошбоев Ш.О., Джалилов Д.А., Кодиров М.А., Юлчиев К.С.	331
622	Интегративно-динамическая оценка тяжести болезни у новорожденных в отделении реанимации интенсивной терапии новорожденных <i>Тошбоев Ш.О., Джалилов Д.А., Кодиров М.А., Усманова М.А., Солиев О.З., Исмоилов Р.А.</i>	331
623	Анализ особенностей вколоченных вывихов временных и постоянных зубов у детей <i>Туланов Д.Ш., Мамадиев А.М., Хакимов А.А., Абобакиров Д.М.</i>	332
624	Изменение гиперлипидемии в климактерическом периоде <i>Туланова Д.</i>	333
625	Особенности нарушений функции почек у детей с обструктивным пиелонефритом <i>Туракулова Х, Ганиева М.Ш</i>	334
626	Влияние преждевременного излития околоплодных вод и нарастания безводного промежутка на состояние плода и заболеваемость новорожденных <i>Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А.</i>	334
627	Особенности клиники острого аппендицита у женщин в первой половине беременности <i>Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А.</i>	335
628	Современные методы ранней диагностики гиперпластических процессов эндометрия <i>Тургунова Д.З., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Махмудова К.Ш.</i>	335
629	Лечение сосудистых осложнений во время беременности при сахарном диабете II –типа <i>Тургунова Д.З., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Махмудова К.Ш.</i>	336
630	Методы исследования вегетативной нервной системы <i>Тожибоев Т.Т., Хонкелдиева Х.К.</i>	337
631	Общая характеристика обследованных детей бронхиальной астмой <i>Тожибоев Т.Т., Хонкелдиева Х.К.</i>	337
632	Особенности исходного вегетативного статуса и вегетативной регуляции у детей с различной степенью тяжести БА <i>Тожибоев Т.Т., Хонкелдиева Х.К.</i>	338
633	Особенности клинического проявления бронхиальной астмы при различных функциональных состояниях щитовидной железы <i>Тожибоев Т.Т., Хонкелдиева Х.К.</i>	339
634	Синдром эндогенной интоксикации у детей с ба с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов <i>Тожибоев Т.Т., Хонкелдиева Х.К.</i>	339
635	К оценке эффективности применения препарата «креон» при функциональных нарушениях ЖКТ у детей грудного возраста <i>Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.</i>	340
636	Соғлом она - соғлом фарзанд <i>Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.</i>	340
637	Кизларни турмушга тайёрлаш <i>Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Кузиев Д.</i>	341
638	Чўзилувчан диарея билан оғриган болаларни овқатлантириш <i>Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.</i>	341
639	Эффективность влияния комплексного контрастного закаливания на состояние иммунитета <i>Убайдуллаева С.Ф., Абдулхакова Р.М., Юнусов Д.М.</i>	342
640	Риск инфицирования вирусом гепатита с у беременных <i>Улмасов М., Камилджанова Г., Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.</i>	342
641	Течение беременности и родов у реконвалесцентов вирусного гепатита В <i>Улмасов М., Камилджанова Г., Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.</i>	343
642	Передача инфекции от матери новорожденному при остром вирусном гепатите В <i>Улмасов М., Камилджанова Г., Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.</i>	343
643	Возрастные, половые особенности процентного соотношения длинотных размеров сегментов тела с длиной тела (стоя) <i>Умарова М.А., Махпиева Г.К., Абдуллаева Д.А., Акбарова Р.М.</i>	344
644	Нарушения адаптации у детей школьного возраста	345

	<i>Умарова М.А., Абдуллаева Д.А., Акбарова Р.М., Каримова О.А.</i>	
645	Профилактика остеопении у подростков <i>Умарова М.А., Акбарова Р.М., Абдуллаева Д.А., Каримова О.А.</i>	345
646	Психологическая дезадаптация у детей и подростков школьного возраста <i>Умарова М.А., Ахмеджанова Г.С.</i>	346
647	Преморбид фон касалликлари бўлган болаларда вирусли гепатит а нинг клиник кечиш хусусиятлари <i>Умаров Т.У., Мирхашимов Мирбобур</i>	347
648	Странгуляционная кишечная непроходимость на почве врожденных спаек у детей <i>Усмонов Ш.А., Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Халилов Ш.К., Абдулазизов Ж.Г., Хакимов У.К.</i>	347
649	Темир камконлик касаллигини даволашда ферамед препаратини аскорбин кислотаси билан бирга қўлланиши <i>Умарова М.А., Абдуллаева Д.А.</i>	348
650	Изучение частоты встречаемости оппортунистических инфекций среди пациентов с вич-инфекцией <i>Хайруллина А.Х., Косимов И.А., Хасанова Ш.А., Абдуллаева У.У</i>	348
651	Приводящие факторы развития гипогалактии у кормящих матерей <i>Хахимов Ш.К., Нурутдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Арзобекова У.А.</i>	349
652	К усовершенствованию общей профессиональной подготовки преподавателей – педиатров <i>Хахимов Ш.К., Нурутдинова Г.Т., Инакова Б.Б.</i>	350
653	Иммунномодулирующее свойство препарата гемалин у экспериментальных животных <i>Халилов О.Н., Хашимова З.М., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х.</i>	350
654	Физиотерапевтические мероприятия при реабилитации детей, больных обструктивным бронхитом <i>Халилов О.Н., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М.</i>	351
655	Современные методы диспансерного наблюдения и профилактики пиелонефрита у детей <i>Халилов О.Н., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М.</i>	351
656	Синдром приобретенного иммунного дефицита <i>Халилов О.Н., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М.</i>	352
657	Бронхиал астмага чалинган болаларда вегетатив нерв тизимини текшириш усуллари <i>Ханкелдиева Х.К.</i>	353
658	Бронхиал астмага чалинган болаларда тиреоид статусни текшириш усули <i>Ханкелдиева Х.К.</i>	353
659	Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари билан бронхиал астмали болаларда эндоген интоксикация синдроми <i>Ханкелдиева Х.К.</i>	353
660	Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари билан бронхиал астмали болаларда эритроцитлар мембранасида про- ва антиоксидант тизими фаоллиги. <i>Ханкелдиева Х.К.</i>	354
661	Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари бўлган болалардаги бронхиал астманинг клиник-анамнестик хусусиятлари <i>Ханкелдиева Х.К.</i>	355
662	Оценка состояния больного при помощи диспетчерских протоколов на основе программного обеспечения и ее влияние на оптимизации работы службы скорой медицинской помощи <i>Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Шаукрамов Ш.Ш.</i>	355
663	Клинические проявления аскаридоза в андижанской области <i>Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б., Махмудова Б.Ш.</i>	356
664	Клинико-лабораторные особенности осложненных пневмоний у детей <i>Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б., Махмудова Б.Ш.</i>	356
665	Распространенность лямблиоза у детей андижанской области. <i>Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б., Махмудова Б.Ш.</i>	357
666	Изменения периферической крови у детей раннего возраста с torch инфекцией. <i>Хафизова З.Б., Ибрагимов М.Б., Махмудова Б.Ш.</i>	357
667	Качество здоровья и отдаленные результаты гистерорезектоскопии у больных с доброкачественными заболеваниями матки <i>Ходжаева Ф.Т.</i>	358

668	Последствия неправильного вскармливания - как причина заболеваний в подростковом периоде <i>Хашимова З.М., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Халилов О.Н.</i>	358
669	Изменения биомеханики дыхания человека под влиянием тренировок дыханием через дополнительное мертвое пространство <i>Хашимова З.М., Арзикулов А.Ш., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Халилов О.Н.</i>	359
670	Результаты гистерорезектоскопической абляции эндометрия при гиперплазии тела матки <i>Ходжаева Ф.Т.</i>	359
671	Отдаленные результаты гистерорезектоскопии у больных миомой матки <i>Ходжаева Ф.Т.</i>	360
672	Боаларни семизликка олиб келувчи хавф омиллари <i>Холмурадова З.Э., Санакулов А.Б., Тураева Д.Х.</i>	360
673	Применение а-липоевой кислоты у детей с экзогенно-конституциональным ожирением <i>Холмурадова З.Э., Аиурова А.Ж., Хайдарова Х.Р., Санакулов А.Б.</i>	361
674	Вегетатив ва тиреоид статуслар функциялари бузилишининг, ривожланиш хавфини исботли тиббиёт нуктаи – назарида математик баҳолаш. <i>Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.</i>	362
675	Қалқонсимон безининг турли функционал ҳолатларида бронхиал астма клиник белгиларининг турли функционал хусусиятлари. <i>Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.</i>	362
676	Клинико-anamnesticheskie особенности бронхиальной астмы у детей с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов <i>Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.</i>	363
677	Математическая оценка риска развития нарушения функций вегетативного и тиреоидного статусов с точки зрения доказательной медицины <i>Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.</i>	364
678	Функциональное состояние щитовидной железы при различных степенях тяжести бронхиальной астмы у детей <i>Хонкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т.</i>	364
679	Боалардаги гемолитик анемияни даволашда спиролининг самарадорлиги <i>Худойбердиева Х.Т., Арзикулов А.Ш., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.</i>	365
680	Состояние вегетативного гомеостаза у девочек - подростков с железодефицитной анемией <i>Худойбердиева Х.Т., Арзикулов А.Ш., Касимов Д.С., Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н.</i>	365
681	Поражение сердечно-сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста <i>Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хомидова М.Э.</i>	366
682	Прогнозирование риска возникновения дыхательных расстройств и их осложнений у новорожденных <i>Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хомидова М.Э.</i>	367
683	Состояние сердечно-сосудистой системы при бронхиальной обструкции у детей <i>Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хомидова М.Э.</i>	367
684	Мақтаб ёшидаги боаларда юрак электрик фаоллиги ва турфинлигини ўрганиш масаласи. <i>Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Ахрорхонов Р.А., Мирзаева З.У.</i>	368
685	Юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузулган боаларда дерматоглифик хусусиятларининг текширувларини дастлабки тахлиллари. <i>Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Тогаев Б.К.</i>	368
686	Қоринчаларнинг эрта кўзгалувчанлик синдроми билан оғриган боаларда вегетатив гомеостаз ҳолати. <i>Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Фозилов С.А.</i>	368
687	Боаларда аритмия хавф омиллари. <i>Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Мирзаева З.У., Ахрорхонов Р.А., Фозилов С.А.</i>	369
688	Хаётга хавф солувчи аритмиялар: экстрасистолиялар таркоклиги. <i>Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Тогаев Б.К., Ахрорхонов Р.А.</i>	369
689	Боаларда юрак ритми бузилишининг вужудга келишига вегетатив дисфункция таъсири <i>Холматов Д.Н., Арзикулов А.Ш., Хонкелдиева Х.К., Фозилов С.А., Тогаев Б.К., Ахрорхонов Р.А.</i>	369
690	Острые нарушения мозгового кровообращения у новорожденных и детей <i>Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Ходжалиев Б.Г.</i>	370
691	Вирусные гепатиты В и С при беременности <i>Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.</i>	371

692	Гепатит С хасталигига чалинган хомиладор аёлларда лабаратор тахлиллар натижари <i>Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.</i>	371
693	Климактерический синдром в ранней постменопаузе <i>Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р., Мамадиева М.С.</i>	372
694	Климактерический синдром у женщин <i>Шокирова С.М., Ибрагимова С.Р.</i>	372
695	Преэклампсия беременных особенности течение <i>Шакирова С.М., Ибрагимова С.Р.</i>	373
696	Метаболизм железа и его регуляции, причины развития, диагностика и лечение дефицита железа у детей и подростков <i>Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Хомидова М.Э.</i>	373
697	Метаболический синдром у детей и подростков. клинко-генетические параллели <i>Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Хомидова М.Э.</i>	374
698	Нефрогенная анемия - независимый фактор прогрессирования хбп у детей <i>Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Хомидова М.Э.</i>	375
699	Причины преждевременных родов <i>Юлдашева О. С., Негматшаева Х. Н.</i>	375
700	Особенности течения предменструального синдрома при приеме гормональных контрацептивов <i>Юлдашева О.С., Негматшаева Х. Н.</i>	376
701	Факторы риска угрозы невынашивания беременности <i>Юлдашева О.С., Негматшаева Х. Н.</i>	376
702	Акушерская тактика у вич инфицированных женщин <i>Юлдашева О.С., Негматшаева Х. Н.</i>	376
703	Значение кандидозной инфекции половых путей в преждевременном излитии околоплодных вод <i>Юлдашева О. С., Негматшаева Х. Н.</i>	377
704	Лечение больных урогенитальным трихомониазом <i>Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н.</i>	377
705	Проблема пубертатных менорагий у девочек <i>Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н.</i>	378
706	Лечении гонореи женщин препаратом мегасеф <i>Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н.</i>	378
707	Лечение чрез- и надмышелковых переломов плечевой кости у детей <i>Юлдашев В.Б., Исмоилов О.О., МамажоновУ.Р., Уринбоев О.А., Усмонов Э., Хасанов Х.</i>	378
708	Изменение гемодинамики в условиях комбинированной анестезии центральными анальгетиками при урологических операциях у детей <i>Юсупова З.К., Собиров Э.Ж.</i>	379
709	Оценка факторов локального иммунитета до и после введения вмс <i>Юсупова У.М., Мамажорова С.О.</i>	380
710	Влияние ВМС на контаминацию влагалища в послеродовом периоде. <i>Юсупова У.М., Мамажорова С.О.</i>	380
711	Лечение чрез- и надмышелковых переломов плечевой кости у детей. <i>Юлдашев В.Б., Исмоилов О.О. МамажоновУ.Р., УринбоевО.А., Усмонов Э., Хасанов Х.</i>	380
712	Лечение сосудистых осложнений во время беременности при сахарном диабете II –типа <i>Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.</i>	381
713	Мембрано-деструктивные нарушения у больных с хроническим аднекситом <i>Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.</i>	382
714	Оптимизация ведения послеродового периода у женщин с врожденными пороками сердца <i>Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш.</i>	382
715	Современное лечение нарушения менструальной функции у девочек – подростков <i>Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Тургунова Д.З., Махмудова К.Ш., Мамадиева М.С.</i>	383
III-ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ		
716	Особенности хирургического лечения гнойно-септических ран у больных с сахарным диабетом <i>Абдуллаев С.А., Ахмедов Г.К., Жалолов С.И., Алимов Ж.И.</i>	385
717	Битишма касаллигини даволаш ва профилактика усуллари <i>Абдуллаев С.А., Ахмедов Ф.К., Алимов Ж.И.</i>	385
718	Осложнения и их профилактика у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами <i>Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н., Бозоров Н.Э., Рустамжонов А.Б.</i>	386
719	Инвагинационная кишечная непроходимость у взрослых <i>Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н., Нуманов Э., Рустамжонов А.Б.</i>	387
720	Роль ультразвуковой диагностики в хирургии эхинококкоза печени	388

	<i>Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З.</i>	
721	Сут беги ракида ташхис қўйиш масалалари <i>Абдурасулов Х.Х., Ибрагимов С.С.</i>	389
722	Обследование больных после операций молочной железы <i>Абдурасулов Х.Х., Ибрагимов С.С.</i>	389
723	Компьютерная томография органов брюшной полости <i>Абдурахманов А.Х.</i>	390
724	Магнитно – резонансная томография при позвоночника <i>Абдурахманов А.Х.</i>	390
725	Методы диагностики пояснично-крестцового отдела позвоночника <i>Абдурахманов А.Х.</i>	391
726	Анатомия аневризм синуса вальсальвы и их сочетаний <i>Абралов Х.К., Алимов А.Б., Муротов У.А., Холмуротов А.А., Пирназаров Ж.Т.</i>	391
727	Результаты реконструктивных вмешательств при аневризме синуса вальсальвы и восходящего отдела аорты <i>Абралов Х.К., Алимов А.Б., Муротов У.А., Пирназаров Ж.Т., Инагамов С.А.</i>	392
728	Результаты хирургического лечения аневризм восходящей части аорты <i>Абралов Х.К., Муротов У.А., Алимов А.Б., Исмаилов Т.Б., Кобилжонов Б.Х.</i>	392
729	Хирургическое лечение тотального аномального дренажа легочных вен <i>Абралов Х.К., Холмуратов А.А., Ибрагимов Н.Ш., Бердиев К.Б., Мирсаидов М.М.</i>	393
730	Лечение гнойно-септических осложнений огнестрельных ран <i>Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.</i>	393
731	Фармакокинетика антибиотиков при огнестрельных повреждениях <i>Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.</i>	394
732	Современные аспекты лечения гнойно-некротических процессов стоп у больных сахарным диабетом II типа <i>Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Умурзаков С.К.</i>	395
733	Отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава в зависимости от степени его дисплазии <i>Азизов М.Ж., Хакимов А.Д.</i>	395
734	Частота переломов шейки бедренной кости в андижанской области <i>Азизов М.Ж., Хакимов А.Д.</i>	396
735	Хирургическое лечение рака молочной железы <i>Акбарова М.А., Абдурасулов Х.Х., Мамарасулова Д.З., Султонкулова М.К.</i>	396
736	Отдалённые результаты специального лечения рака молочной железы при применении реконструктивно - пластических операции <i>Акбарова М.А., Ахмадалиев А.К., Мамарасулова Д.З., Султонкулова М.К.</i>	397
737	Современная хирургическая лечения при раке молочной железы <i>Акбарова М.А., Абдулхамидов М.А., Мамарасулова Д.З., Ибрагимов С.С.</i>	398
738	Особенности лечения посттромбофлебической язвы голени у больных пожилого возраста. <i>Алимов Ж.И., Худайназаров У.Р.</i>	398
739	Хирургическое лечение больных с последствиями ожогов сгибательных контрактур пальцев кисти <i>Асханов З.П., Абдукадиров Д.А., Мадазимов К.М.</i>	399
740	Результаты применения мембранного плазмафереза при синдроме гийена-барре <i>Атаханов Ш.М., Ходжиматов Н.Б., Газизов Б.А., Имомбердиев М.У.</i>	400
741	Анализ результатов различных методов лечения варикоцеле <i>Ахмедов А.И., Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Махмудов С.Б.</i>	400
742	Осложнения после операций при эхинококкозе печени <i>Ахмедов Р.М., Муаззамов Б.Б., Шарипов И.И.</i>	401
743	Пути улучшения диагностики кровотечений из нижних отделов ЖКТ <i>Ахунова И.А., Икрамова Ф.Д., Эгамов С.Ш., Урмонова Н.М.</i>	401
744	Абу Али Ибн Сино о структуре и функции почек, регуляции гомеостаза, гепаторенальном синдроме <i>Батырбекова Г.М., Рахманов Р.Р., Юлдашев Т.А.</i>	401
745	Эндовидеохирургическое лечения при сочетанных осложнениях гастродуоденальных язв <i>Бахрамов А.А., Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Мустафаев А.Л.</i>	402
746	Лечение при частичных стриктурах мочеточника <i>Бобоев Р.А., Садиқова Д.И., Хамраев О.А., Рустамов У.М., Хамдамов Ш.У.</i>	402
747	Координация действий скорой медицинской помощи в условиях call-центра <i>Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М., Махмудов А.А.</i>	403

748	Методы лечения вентральных грыж у больных с ожирением III-IV степени <i>Бутаёров З.С., Ахмедов Г.К., Бабажанов А.С.</i>	403
749	Хирургическое лечение больных с расслаивающей аневризмой аорты тип а по стэнфорду в условиях умеренной гипотермии <i>Бучнева О.В., Мишенина Е.В.</i>	404
750	Патогенетический подход к лечению эндогенной интоксикации при остром панкреатите <i>Василевский Э.А., Дадабаев О.Т., Мусашиайхов Х.Т., Салахидинов С.З.</i>	404
751	Патогенетический подход к лечению варикозной болезни нижних конечностей <i>Василевский Э.А., Михайлович И.Е., Дадабаев О.Т., Мусашиайхов Х.Т.</i>	405
752	Основные деонтологические аспекты в деятельности хирурга <i>Василевский Э.А., Мусашиайхов Х.Т., Дадабаев О.Т., Икрамова Ф.Д.</i>	405
753	Сравнительные аспекты применения передовых технологий в коррекции стрессового недержания мочи. <i>Гафуров Ж.М.</i>	406
754	Оперативные методы лечения грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника <i>Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М., Расулов Ж.</i>	407
755	Посттравматический спондилолистез и его оперативное лечение <i>Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М., Расулов Ж.</i>	408
756	Хирургические методы лечения внутричерепных гематом у детей <i>Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М., Расулов Ж.</i>	408
757	Иммунологические методы диагностики осложнений внутричерепных кровоизлияний у больных с ЧМТ <i>Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М., Расулов Ж.</i>	409
758	Эффективность энтеросорбента АУ-К в комплексном лечении острого панкреатита <i>Дадабаев О.Т., Василевский Э.А., Мусашиайхов Х.Т., Бутабаев Ж.М.</i>	409
759	Обоснование выбора уровня ампутации при диабетических гангренах <i>Дадабаев О.Т., Мусашиайхов Х.Т., Василевский Э.А., Косимов А.Л.</i>	410
760	Влияние полифепана на заживление гнойных ран у больных сахарным диабетом. <i>Дадабаев О.Т., Мусашиайхов Х.Т., Василевский Э.А., Маткаримов Б.М.</i>	410
761	Оценка эффективности эндоскопического гемостаза при кровоточащих острых гастродуоденальных язвах у тяжелообожженных <i>Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Эшмуродов О.А., Хидиров М.С.</i>	411
762	Методы превентивной лимфатической терапии в системе экстренной медицинской помощи <i>Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Ж.Г., Михайлович И.Е.</i>	412
763	Превентивная региональная лимфотропно – клеточная терапия третичного перитонита <i>Джумабаев Э.С., Саидходжаева Д.Г., Хакимов В.А., Джумабаева С.Э.</i>	412
764	Эффективность ЭВЛК при лечении варикозной болезни <i>Жураева Б., Алимов Ж.И., Тухтаев Ж.К., Тоиров А.С.</i>	413
765	Анастомоз бок в конец при резекциях прямой кишки <i>Зияев Ш.А., Уринов Ф.А., Солиев Г.З.</i>	414
766	Лечение и профилактика язвенной болезни, осложненной желудочно-кишечными кровотечениями <i>Зияев Ш.А., Уринов А.Я., Солиев Г.З.</i>	415
767	Андижон вилоятида туғма ва орттирилган юрак нуксонларини даволашни замонавий усуллари <i>Зияев Ш.А., Тургунов А.И., Салиев Г.З.</i>	415
768	Применение факичных иол при миопии высокой степени <i>Икрамов А.Ф., Икрамов Д.А., Икрамов О.А.</i>	416
769	Выбор метода локальной анестезии и оптимизация технологии её проведения в зависимости от вида фоторефракционной операции <i>Икрамов Д.А. Бузруков Б.Т., Икрамов А.Ф.</i>	416
770	Выявление причин рецидива варикозной болезни после флебэктомии <i>Икрамова Ф.Д., Эгамов С.Ш., Зияев Ш.А., Ибрагимова М.А.</i>	417
771	Диагностика и лечение хронического запора <i>Икрамова Ф.Д., Эгамов С.Ш., Умурзаков С.К., Урмонова Н.М.</i>	417
772	Варикозная болезнь и беременность <i>Икрамова Ф.Д., Мусашиайхов Х.Т., Зияев Ш.А., Ахмадалиев С.М.</i>	418
773	Хирургическое лечение аденоидов у взрослых <i>Иминов А.О., Норбоев З.К.</i>	418
774	Опыт хирургического лечения варикоцеле <i>Ирназарова А.А., Асраров У.А., Сохибоев Д.П., Турижанов У.Ж.</i>	419
775	К вопросу хирургических методов лечения инсульта гематом	419

	<i>Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Мадаминжонов У. О., Исаков К.Б., Мамажанов К.Х., Ботиров Н.Т.</i>	
776	Хирургические малоинвазивные методы лечения инсульт гематом <i>Исаков Б.М., Мамадалиев А.Б., Исаков К.Б.</i>	420
777	Клинические проявления грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника <i>Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Ташланов Ф.Н., Мамадалиев А.Б., Мамаджанов К.Х.</i>	420
778	Осложнения дегенеративно-воспалительных процессов позвоночника и их хирургическое лечение <i>Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р., Мамадалиев А.Р.</i>	421
779	К вопросу хирургического лечения нетравматических субдуральных кровоизлияний у детей <i>Исаков Б.М., Худойбердиев К.Т., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Исаков К.Б., Ташланов Ф.Н., Ботиров Н.Т.</i>	422
780	Сурункали йирингли ўрта отитларни даволашнинг самарадорлиги <i>Исмоилов М.Ж., Абдумаликов И.М., Юсупов М.М.</i>	422
781	Йирингли ўрта отитларда микрофлоралар ва уларни антибиотикларга сезувчанлиги <i>Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.</i>	423
782	ЛОР касалликларига бурун тўсиғи патологиясининг ахамияти <i>Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.</i>	423
783	ОД-ЛЕВОКС дори воситасини ўткир ангиналарда қўллашни самарадорлиги <i>Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.</i>	424
784	Субатрофик ринофарингитларни келтириб чарувчи омилларда зарarli одатларнинг таъсири <i>Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.</i>	424
785	Сурункали йирингли эптитпанитларда даволашнинг долзарблиги <i>Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.</i>	425
786	Тозаден дори воситасини оториноларингология амалиётида қўллаш <i>Исмоилов М.Ж. Абдумаликов И.М.</i>	425
787	Применение видеолaparоскопии в диагностике и хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки <i>Исхаков Б. Р., Абдуллаев Ж.С., Рузматов А.Э., Исманов А.А., Курбонбоев Б.Н., Исхаков Н.Б.</i>	425
788	Применение видеоторакоскопии в диагностике и лечении спонтанного пневмоторакса <i>Исхаков Б.Р., Джурабоев А.М., Жалилов Э.Т., Абдуллаев Ж.С.</i>	426
789	Тактика лечения при травмах груди с применением видеоторакоскопии <i>Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Абдуллаев Ж.С., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б.</i>	427
790	Лапароскопическая аппендэктомия <i>Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э., Исманов А.А., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.</i>	427
791	В комплексном профилактике послеоперационной спаечной болезни при перитоните <i>Кадиров Ш.Н., Эгамов Ю.С., Йўлдошева А.А.</i>	428
792	Причины возникновения постпротезных грыж <i>Калиш Ю.И., Хан Г.В., Абдалов Т., Шаюсупов А.Р.</i>	428
793	Тактика лечения пациентов с кожно-протезными свищами после аллогерниопластики <i>Калиш Ю.И., Хан Г.В., Абдалов Т., Шаюсупов А.Р., Ахмедов А.Р., Эгамов Б.Ю.</i>	429
794	Использование синтетических протезов в герниопластике ущемленных грыж <i>Калиш Ю.И., Шаюсупов А.Р.</i>	430
795	Анализ ближайших результатов протезной пластики у пациентов страдающих ожирением 3 СТ <i>Калиш Ю.И., Шаюсупов А.Р., Эгамов Б.Ю., Йигиталиев С.Х.</i>	431
796	Применение синтетических сеток при инфицированности вентральных грыж <i>Калиш Ю.И., Шаюсупов А.Р., Ахмедов А.Р.</i>	432
797	Малоинвазивная хирургия ожогов <i>Карабаев Х.К., Авазов А.А., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Жумагелдиев Ш.Ш.</i>	432
798	Лапароскопическая диагностика хилезного перитонита <i>Карабаев Х.К., Тияков А.Б., Турсунов О.А., Эгамов Б.Т., Захидова С.Х.</i>	433
799	Гемангиомаларни замонавий давosi <i>Каримов М.А., Садыков Р.Р.</i>	433
800	Диагностический алгоритм при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки <i>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Ашууров Ш.Э., Нишанов М.Ф.</i>	433
801	Гибридные вмешательства в лечении ишемии нижних конечностей при высоком риске осложнений <i>Каримов Ш.И., Ирнараров А.А., Рахманов С.У., Асраров У.А.,</i>	434

	<i>Турижанов У.Ж.</i>	
802	К вопросу о классификации острого панкреатита <i>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А.</i>	435
803	Изучение путей компенсации начальной стадии открытоугольной глаукомы <i>Касимов А.К.</i>	435
804	Результаты применения клапанной синусотрабекулоиридэктомии и фистулизирующей иридоциклоретракции <i>Касимов А.К.</i>	436
805	Клиническая оценка методов обеззараживания полости фиброзной капсулы при рецидивном эхинококкозе печени <i>Касимов А.Л., Ниязов У.О., Тургунова Д.А., Салиев Г.З., Мансуров Ш.Ш.</i>	436
806	Эффективность методов обеззараживания полости фиброзной капсулы при рецидивном эхинококкозе печени. <i>Касимов А.Л., Мусашияхов Х.Т., Ниязов У.О., Тургунова Д.А., Салиев Г.З., Мансуров Ш.Ш.</i>	437
807	Профилактика и лечения больных с нейросенсорной тугоухости травматического генеза <i>Касимов К.К., Ш.Р.Хусанов., Каримова З.Х., Касимов Х.К.</i>	438
808	Кожная пластика пальцев при травмах кисти <i>Касимов У.А., Гафуров З.К., Усмонов А.К., Низамиддинов Д.Р.</i>	439
809	Ведение беременности и родов у женщин с бронхиальной астмой <i>Касимова Ш., Каримов А.Х.</i>	439
810	Ведение беременности и родов у женщин с пневмонией <i>Касимова Ш., Каримов А.Х.</i>	440
811	Ведение беременности и родов у женщин с осложнениями легочными эмболиями <i>Касимова Ш., Каримов А.Х.</i>	441
812	Лечение врожденного вывиха бедра у новорождённых <i>Касимходжаев М.И., Эшонхужаев К.О., Уринов Ж.З., Джураев А.М., Давлатов Б.Н.</i>	441
813	Динамика фенотипа моноцитов периферической крови у детей с аллергическими заболеваниями <i>Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.</i>	442
814	Влияние полиморфных вариантов гена р53 на характер течения ювенильного идиопатического артрита у детей <i>Кодиров Х.С., Махсудова Х.Ф., Рахманова У.Х.</i>	442
815	Применение декасан как антисептик при лечения перитонита, различного генеза <i>Кодиров Ш.Н., Эгамов Ю.С., Йулдошев А.А.</i>	443
816	Аспекты лимфотропной терапии в остром периоде сочетанных черепно-мозговых травм <i>Кулдашев К.А., Худойбердиев К.Т., Хакимова З.К.</i>	443
817	Пути улучшения лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами <i>Курбанов Х.А., Салахитдинов К.З., Пакирдинов А.С., Суянов Д.М., Киличев М.Р.</i>	444
818	Ways to improve of treatment approach in patients with postoperative ventral hernias <i>Kurbanov H.A., Salahitdinov K.Z., Pakirdinov A.S., Suyunov D.M., Kilichev M.R.</i>	446
819	Результаты микроскопического исследования мазков из урогенитального тракта клинически здоровых женщин репродуктивного возраста <i>Кучкарова Ш.А., Юлдашева О.С.</i>	446
820	Оценка эффективности лечения бактериального вагиноза <i>Кучкарова Ш.А., Юлдашева О.С.</i>	447
821	Остеопенический синдром у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузе <i>Кучкарова Ш.А., Солиева Р.Б., Камолова Х.Д., Юлдашева О.С.</i>	447
822	Куйик асоратларини даволаш инновацион ёндашув <i>Мадазимов М.М., Орипов Д.У., Тешабоев М.Г.</i>	448
823	Оптимизация хирургического лечения больных с последствиями ожогов век <i>Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г.</i>	448
824	Хирургическая тактика больных с последствиями ожогов носа и губ <i>Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г., Мадазимов К.М., Исмоилов Н.У.</i>	449
825	Оптимизация хирургического лечения больных с послеожоговыми трофическими язвами и остеомиелитами <i>Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Хурбаева М.А., Мадазимов К.М.</i>	450
826	Хирургический подход к лечению больных с последствиями ожогов области свода черепа <i>Мадазимов К.М.</i>	450
827	Йўгон ичак рак касаллигининг клиник кечиши ва унда комплекс ташхис қўйиш масалалари <i>Мадаминов Р.Х., Рашидова Ш.У., Абдурахмонов А.Х.</i>	451

828	Аномалии развития толстой кишки: рентгенологическая диагностика <i>Мадаминов Р., Рашидова Ш.У., Рахимова К., Абдурахманов А.Х.</i>	451
829	Эндоскопическое удаление полипов толстой кишки <i>Мадаминов Р., Рашидова Ш.У., Абдурахманов А.Х., Рахимова К.</i>	452
830	Современные методы диагностики рак толстого кишке <i>Мадаминов Р., Рашидова Ш.У., Абдурахманов А.Х., Рахимова К.</i>	452
831	Ultrasonic elastography of breast cancer <i>Madumarova Z.Sh., Umrzakov A.I., Matajonov Z.A., Vaxromov S.T.</i>	453
832	Новые ультразвуковые методы в диагностике рака груди <i>Мадумарова З.Ш., Умрзаков А.И., Бахромов С.Т., Мамажонов З.А.</i>	453
833	Совершенствование ультразвуковой диагностики при узловых образованиях щитовидной железы <i>Мадумарова З.Ш., Умрзаков А.И., Мамажонов З.А., Бахромов С.Т.</i>	454
834	Результаты комплексного лечения больных раком молочной железы <i>Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Хасанов Д.Ш.</i>	455
835	Тактика ведения больных диссеминированным раком молочной железы <i>Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.</i>	455
836	Значение диаметра коллоидных радиофарм – препаратов при подготовке у больных раком молочной железы <i>Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Хасанов Д.Ш.</i>	456
837	Реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы <i>Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.</i>	456
838	Эффективность химиотерапии рака молочной железы <i>Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Хасанов Д.Ш.</i>	457
839	Лечение конъюнктивитов у детей больных туберкулезом <i>Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.</i>	457
840	Профилактика осложнений астигматизма у детей больных туберкулезом <i>Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.</i>	458
841	Лечение спазма аккомодации у детей больных туберкулезом <i>Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.</i>	458
842	Методы лечения гиперметропии у детей больных туберкулезом <i>Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.</i>	459
843	Лапароскопические операции больных острой кишечной непроходимостью <i>Маткаримов Б.Х., Мусашияхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.</i>	459
844	Лечение осложнений острого панкреатита <i>Маткаримов Б.Х., Мусашияхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.</i>	460
845	Лечения хронического билиарного панкреатита <i>Маткаримов Б.Х., Мусашияхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.</i>	460
846	Осложнения острого аппендицита и аппендэктомии <i>Маткаримов Б.Х., Мусашияхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.</i>	461
847	Результаты аппендэктомии в лечении больных острым аппендицитом <i>Маткаримов Б.Х., Мусашияхов Х.Т., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.</i>	461
848	Роль эндоскопического клиппирования при кровотечениях из пептических язв <i>Маткулиев У.И., Аиуров Ш.Э., Имамов А.А., Нишанов М.Ф.</i>	462
849	Онкологик касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси <i>Матназарова Г.С., Кенжаева М.А.</i>	462
850	ОИВ-инфекциясининг эпидемиологик хусусиятлари <i>Матназарова Г.С., Абдукахарова М.Ф., Неъматова Н.Ў.</i>	463
851	Клинические проявления грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника <i>Махкамов Н.Ж., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Эшматов М.М., Расулов Ж.</i>	464
852	Лечение посттравматического остеомиелита с применением региональной лимфотропной антибиотикотерапии <i>Махкамов Н.Ж., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Эшматов М.М., Расулов Ж.</i>	465
853	Микроциркуляторное русло костной ткани <i>Махмуров А.М., Юлдашева М.А., Юлдашев Т.А.</i>	465
854	Особенности иммунологической реактивности у детей с последствиями перинатальных нарушений <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	466
855	Показатели конденсата выдыхаемого воздуха у детей при эозинофильном фенотипе бронхиальной астмы <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	466

856	Оценка и характеристика систолической функции правого желудочка у детей с бронхиальной астмой <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	467
857	Диагностика нарушений систолической функции левого желудочка у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	467
858	Этиологическая характеристика внебольничной пневмонии у детей в зависимости от возраста <i>Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С., Рахманова У.Х.</i>	468
859	Интенсивная терапия инфекционных осложнений огнестрельных переломов костей конечностей <i>Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.</i>	468
860	Патогенетические особенности гистореанимации тканей в лечении огнестрельных ран <i>Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.</i>	469
861	Профилактика и лечение инфекционных осложнений огнестрельных переломов костей <i>Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К., Мамадалиев Б.Б.</i>	469
862	Результаты изучения показателей фосфорно-кальциевого обмена и обмена соединительной ткани у подростков с близорукостью <i>Мирзаева Р.З., Умарова Б.В., Маматходжаева Г.Н., Курбанова З.Р.</i>	470
863	Иммункорректирующее лечение больных с первичной открытоугольной глаукомой <i>Мирзаева Р.З., Икромов А.Ф., Мирзаева А.М., Кодиров М.Ш., Курбонова З.</i>	471
864	Эффективность применения препарата коллалазин при помутнениях роговицы <i>Мирзаева Р.З., Икромов А.Ф., Маматхужаева Г.Н., Кодиров М.Ш., Курбонова З.</i>	471
865	Сравнительный анализ способов пластики дефектов костей свода черепа <i>Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков Б.М., Исаков К.Б., Ташланов Ф.Н., Шарипов А.А., Мамаджанов К.Х., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р., Мадаминжонов У.О.</i>	471
866	Профилактика тромбозомболических осложнений в хирургии гигантских грыж <i>Мирходжаев И.А., Комилов С.О., Хикматов Ж.С.</i>	472
867	Активная тактика в лечении острого илиофemorального венозного тромбоза <i>Мишенина Е.В.</i>	473
868	Причины осложнений после герниопластики передней брюшной стенки и пути их профилактики <i>Муаззамов Б.Б., Хикматов Ж.С., Юлдашев У.Х.</i>	474
869	Обследование больных после операций молочной железы <i>Мулладжанова С.Р., Абдурахманов А.Х.</i>	474
870	Роль цифровой маммографии в диагностике новообразований молочной железы <i>Мулладжанова С.Р., Абдурахманов А.Х.</i>	475
871	Обоснование использования методов сорбционной детоксикации при эндогенных интоксикациях <i>Мусаишайхов Х.Т., Василевский Э.А., Дадабоев О.Т., Икрамова Ф.Д., Мусаишайхов У.Х.</i>	475
872	О диагностике и лечении демпинг-синдрома <i>Мусаишайхов Х.Т., Уринов А.Я., Василевский Э.А., Дадабоев О.Т., Бутабоев Ж.М.</i>	476
873	Особенности течения и комплексного лечения синдрома «диабетической стопы» <i>Мусаишайхов Х.Т., Василевский Э.А., Дадабоев О.Т., Бутабоев Ж.М.</i>	477
874	Пути улучшения результатов лечения больных бронхоэктатической болезнью <i>Мусаишайхов Х.Т., Маткаримов Б.М., Василевский Э.А., Дадабоев О.Т.</i>	477
875	Применение малоинвазивных вмешательств при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки <i>Мусаишайхов Х.Т., Маткаримов Б.Х., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.</i>	478
876	Санация брюшной полости при распространённом перитоните <i>Мусаишайхов Х.Т., Маткаримов Б.Х., Тургунов А.И., Тургунов Б.А.</i>	478
877	Роль и место лапароскопии в диагностике и лечении абдоминальной травмы <i>Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Мухаммадиев М.Х., Сатторов Б.С., Саидов Ш.А., Жумагелдиев Ш.Ш.</i>	479
878	Использование лапароскопических технологий при повреждениях селезенки <i>Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Хужамов О.Б., Мухаммадиев М.Х., Хидиров М.С.</i>	479
879	Эффективности лечебной видеолапароскопии при травмах печени <i>Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Эгамов Б.Т., Авазов А.А., Хужамов О.Б.</i>	480
880	Распространенность рака шейки и тела матки и яичников у больных проживающих в андижанской области	480

	<i>Мухтаржанова Х.Н., Якубекова С.С., Эрматова Г.В., Мамарасулова Д.З.</i>	
881	Гормональные нарушения у больных с доброкачественными и злокачественными опухолями яичника <i>Мухтаржанова Х.Н., Якубекова С.С. Мамарасулова Д.З.</i>	481
882	Оценка риска заболеть раком яичников по данным индивидуального и семейного анамнезов <i>Мухтаржанова Х.Н., Якубекова С.С., Каюмова Д.Б., Саидалиев С.С., Мамарасулова Д.З.</i>	481
883	Эффективность торакоскопии в диагностике разрывах диафрагмы <i>Назаров Н.Н., Саидходжаева Ж.Г., Гафуров З.К., Курбанов Х.А.</i>	481
884	Стратификация факторов риска развития кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с циррозом печени <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Носиров М.М.</i>	483
885	Эндоскопические критерии оценки риска пищеводно-желудочных геморрагий <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Носиров М.М.</i>	483
886	Первый опыт выполнения лапароскопической нефрэктомии у живого родственного донора в республике узбекистан <i>Назыров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.</i>	484
887	Результаты экстирпации пищевода в хирургическом лечении больных с ахалазией кардии <i>Назыров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.</i>	484
888	Первые результаты лапароскопической продольной резекции желудка (laparoscopic sleeve gastrectomy) в лечении морбидного ожирения в республике узбекистан <i>Назыров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р., Нишанов М.Ф.</i>	485
889	Баллонный метод в хирургической коррекции избыточной массы тела и ожирения <i>Назыров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Джуманиязов Ж.А., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.</i>	486
890	Анализ причин летальности после экстирпации пищевода с гастропластикой <i>Назыров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Музаффаров Ф.У., Гарумов В.Г., Бабаханов А.Т., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И.</i>	487
891	Лапароскопические вмешательства у больных с новообразованиями надпочечников <i>Назыров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.</i>	488
892	Дифференцированная тактика хирургического лечения кардиоспазма и ахалазии кардии <i>Назыров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.</i>	488
893	Хирургическое лечение кардиоспазма и ахалазии кардии <i>Назыров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А.</i>	489
894	Структура специфических осложнений усовершенствованной методики формирования трансплантата при экстирпации пищевода с гастрозофагопластикой <i>Назыров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гарумов В.Г., Бабаханов А.Т., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И.</i>	490
895	Хирургическое лечение больных синдромом миризи <i>Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Д.М., Байбеков Р.Р.</i>	490
896	Перспективные направления декомпрессивных операций в хирургии портальной гипертензии <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Салимов У.Р., Хакимов Д.М.</i>	491
897	О состоянии проблемы пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза в различных регионах ферганской долины <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М.</i>	491
898	Совершенствование способа тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с синдромом портальной гипертензии <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Байбеков Р.Р.</i>	492
899	Ограничения портокавального сброса при формировании портосистемного шунта у больных циррозом печени <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Султанов Л.Л., Мардонов Л.Л., Байбеков Р.Р., Хакимов Д.М.</i>	492
900	Сравнительный анализ методик разобщения гастроэзофагеального коллектора у пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Салимов У.Р., Хакимов Д.М.</i>	493
901	Эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений портального генеза <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Салимов У.Р., Хакимов Д.М.,</i>	494

	<i>Файзуллаев О.А.</i>	
902	Возможности эндовидеохирургической технологии при лечении послеоперационного перитонита <i>Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Курбонов Н.А., Нормаматов Б.П., Шомуродов Х.А.</i>	494
903	Эффективность видеолапароскопического вмешательства в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом <i>Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Саттаров Б.С., Курбонов Н.А., Шомуродов Х.А., Нормаматов Б.П.</i>	495
904	Диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости (собственное наблюдение) <i>Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З.</i>	495
905	Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки <i>Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Нишанов М.Ф., Каримжонов Х. Ибрагимов Б.</i>	496
906	Пути улучшения результатов лечения кровоточащих пилородуоденальных язв <i>Нишанов М.Ф., Рахмонов Б.Б., Робиддинов Б.С.</i>	497
907	Место иссечения язвы + пдп при кровоточащих пилородуоденальных язв <i>Нишанов М.Ф., Хожиметов., Д.Ш., Робиддинов Б.С.</i>	498
908	Применение резекционных методов лечения при кровоточащих пилородуоденальных язв <i>Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Робиддинов Б.С., Рахманов Б.Б.</i>	499
909	Коррекция нарушений иммунного статуса больных при рецидивном и диссеминированном эхинококкозе печени <i>Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Нишанов М.Ф.</i>	499
910	Определение качества жизни у больных рецидивным эхинококкозом печени <i>Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Усмонов У.Д., Хожиметов Д.Ш.</i>	500
911	Организация неотложной помощи в оториноларингологии <i>Норбаев К.П., Касимов К., Хусанов Ш.Р., Нарбаев З.К., Каримова З.Х.</i>	500
912	Ультразвуковой и микроволновой терапии при хроническом тонзиллите <i>Норбаев К.П., Касимов К., Хусанов Ш.Р., Нарбаев З.К., Каримова З.Х.</i>	501
913	Тутканокда куйиши ва унинг асоратларини тахлили <i>Орипов Д.У., Тешабоев М.Ф., Исмоилов Н.У.</i>	502
914	Верификация факторов, влияющих на прогноз и качество хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени <i>Отакузиев А.З., Бозоров Н.Э., Усмонов У.Д., Хожиметов Д.Ш.</i>	502
915	Лимфотропная антибиотикотерапия при аппендикулярном инфильтрате <i>Пакирдинов А.С., Саидходжаева Ж.Г., Суюнов Д.М., Курбанов Х.А., Сайфутдинова М.А.</i>	503
916	Выбор региона лимфотропно-антибактериальной терапии при остром аппендиците, сочетанным с воспалительными заболеваниями органов гениталий <i>Пакирдинов А.С., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Курбанов Х.А., Умматалиев Д.А.</i>	503
917	Лимфотропная антибиотикотерапия при аппендикулярном инфильтрате <i>Пакирдинов А.С., Саидходжаева Ж.Г., Суюнов Д.М., Курбанов Х.А., Сайфутдинова М.А.</i>	504
918	Кичик ёшдаги болаларда кариес таркалганлик кўрсаткичи <i>Пулатов Н.Х., Хакимов А. А., Абобакиров Д.М.</i>	504
919	Восстановление стенок верхнечелюстного синуса при переломах средней зоны лицевого черепа <i>Пулатов Н.Х., Хакимов А.А., Хакимова З.Қ.</i>	505
920	Современные методы клиничко-лучевой диагностики переломов по левору <i>Пулатов Н.Х., Хакимов А.А.</i>	506
921	Оценка выраженности ремоделирования, систолической и диастолической функции правого желудочка у пациентов с идиопатической легочной гипертензией <i>Ражабалиев Ж.М., Ражабалиева М.Э., Рашидова Ш.У., Абдурахмонов А.Х.</i>	507
922	Аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника и клиничко – диагностические аспекты болевого синдрома <i>Расулов Ж., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.</i>	507
923	К вопросу удаления эпи- и субдуральных гематом при черепно-мозговой травме в условиях экстренной медицинской помощи. <i>Расулов Ж., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.</i>	508
924	Определение возможностей ультразвуковой диагностики механической холестаза при паразитарных заболеваниях печени <i>Расулов Ж.М., Ибрагимова З.А.</i>	508
925	Possibility of magnetic resonanse tomography in the diagnosis of tumors of the lumbar-sacral spine <i>Rasulov J.M., Ibragimova Z.A.</i>	509
926	Особенности хирургической тактики при желчнокаменной болезни у мужчин	509

	<i>Рахманов Б.Ж. Курбанов Ш.П. Хакимов О.С. Носиров М. Рахманов Б.Б.</i>	
927	Видеоторакокопическая фенестрация перикарда в лечении экссудативных перикардитов <i>Рахманов Б.Ж. Курбанов Ш.П. Хакимов О.С. Тургунов Н. Рахманов Б.Б.</i>	510
928	Определение антинейтрофильных цитоплазматических антител при заболеваниях с геморрагическим синдромом у детей <i>Рахманова У.Х., Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С.</i>	511
929	Проблемы диагностики митохондриальных заболеваний у детей в клинике инфекционных болезней <i>Рахманова У.Х., Махсудова Х.Ф., Кодиров Х.С.</i>	511
930	Статистической обработки с бесплодием, обусловленным миомой матки <i>Рашидова М.Б., Рашидова Ш.У., Рахимова К., Абдурахманов А.Х.</i>	512
931	Томография пояснично-крестцового отдела позвоночника <i>Рашидова М., Абдурахманов А.Х.</i>	512
932	Новые методы диагностики заболеваний околоносовых пазух <i>Рашидова М., Абдурахманов А.Х.</i>	513
933	Статистическая обработка с бесплодием, обусловленным эндометриозом матки <i>Рашидова М.Б., Рашидова Ш.У., Рахимова К., Абдурахманов А.Х.</i>	514
934	Результаты компьютерной диагностики при деструктивных формах панкреатита <i>Рузматов А.Э., Исманов А.А., Масаидова Х.О., Долгимов Л.М.</i>	514
935	Prophylaxis of recurrent volvulus of the sigmoid colon and postoperative complications <i>Ruzmatov A.E., Iskhakov N.B., Husainov A.A., Pulatov H.N., Jabborov B.A.</i>	515
936	Возможные осложнения при оперативном лечении резидуальных камней почек <i>Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Юлдашев Х.Ж., Турсунов Г.М.</i>	515
937	Сравнительный анализ методов лечения камней мочевого пузыря <i>Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.А., Юлдашев Х.Ж., Хамраев О.А.</i>	516
938	Малоинвазивные вмешательства при лечении эмпием плевры <i>Рустамов М.И., Шеркулов К.У., Муртазаев З.И.</i>	516
939	Инфракрасный луч в комплексном лечении острого парапроктита <i>Рустамов М.И., Юнусов О.Т., Дусяров М.М.</i>	517
940	Оптимальные методы лечения околопочечной клетчатки <i>Садикова Д.И., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Юлдашев Х.Ж.</i>	518
941	Стентирование при гестационном пиелонефрите <i>Садикова Д.И., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Юлдашев Х.Ж., Хамдамов Ш.</i>	518
942	Последовательность диагностики аномалии контрлатеральной почки при мультикистозной дисплазии <i>Садикова Д.И., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Юлдашев Х.Ж. Турсунов Г.М.</i>	519
943	Возможности использования устройство доставки в лапароскопической хирургии <i>Садыков Р.А., Исмаилов Б.А.</i>	519
944	Возможности лазеров в лечении гемангиом ротовой полости у детей <i>Садыков Р.Р., Каримов М.А.</i>	520
945	Новые методы в лечении доброкачественных сосудистых опухолей. <i>Садыков Р.Р., Каримов М.А.</i>	520
946	Фотодинамическая терапия в лечении гнойных послеоперационных осложнений. <i>Садыков Р.Р., Каримов М.А.</i>	521
947	Синдром гепатопатии при ожоговой болезни <i>Саидов Ш.А., Карабаев Х.К., Кенжемуратова К.С., Карабаев Н.М., Джураева З.А.</i>	521
948	Профилактика осложнений в хирургическом лечении эхинококкоза лёгких <i>Саидходжаева Д.Г., Хакимов В.А., Джумабаев Э.С., Назаров Н.Н., Суюнов Д.М.</i>	521
949	К профилактике воспалительных заболеваний брюшной полости <i>Саидходжаева Д.Г., Хакимов В.А., Джумабаев Э.С., Курбанов Х.А., Умматалиев Д.А.</i>	522
950	Лимфатическая терапия в профилактике и лечении моторно – эвакуаторных нарушениях желудочно-кишечного тракта после резекции желудка <i>Саидходжаева Ж.Г., Джумабаев Э.С., Курбанов Х.А., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.</i>	523
951	К вопросу лечения острого тромбоза <i>Саидходжаева Ж.Г., Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Хакимов В.А., Кличев М.Р., Курбанов Х.А.</i>	524
952	Тактика при гнойном холангите <i>Саидходжаева Д.Г., Джумабаев Э.С., Хакимов В.А., Умматалиев Д.А., Курбанов Х.А.</i>	524
953	Новый комбинированный подход при лечении демпинг-синдрома <i>Салахидинов С.З., Икрамова Ф.Д., Исакова Д.З., Зайнобиддинова Д.С.</i>	524
954	Тактика и лечение при гастродуоденальных кровотечениях <i>Салахидинов С.З., Икрамова Ф.Д., Эгамов С.Ш., Абдуллаев Р.Н.</i>	525

955	Миокард шикастланишлар билан яширин юрак етишмовчилиги, миокардит, миокардик кардиосклероз касаллар эрта диагностикасидаги доплерэхокардиография <i>Салиев Г.З., Тургунов А.И., Зияев Ш.А.</i>	526
956	Хирургическое лечение послеоперационных и рецидивных грыж <i>Саматов Ф., Юлдошев Ф.Ш.</i>	526
957	Одамларда эхинококкоз эрта таъхислашда махаллий антигенларни қўллаш. <i>Саттарова Х.Г., Сувоноккулов У.Т.</i>	527
958	Крон хасталини даволаш ва уни асоратларини олдини олиш чоралари <i>Суюнов Д.М., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Пакирдинов А.С., Умматалиев Д.А.</i>	527
959	Мейгс синдроми дагностика ва даволаш муаммолари <i>Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Саидходжаева Ж.Г., Нурутдинов О.Т., Курбанов Х.А.</i>	528
960	Ошкозон ичак йуллари юкори каватидан кон кетишида фармакотерапияда фермент ингибиторларини қўллаш <i>Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Умматалиев Д.А., Хасанов Х.Х.</i>	529
961	Сигмасмон ичак буралишини радикал хирургик ёндашувнинг ўрни. <i>Темиров Р.И., Хўжамбердиев И.Р., Саидметов Ш.М.</i>	529
962	Крон касалигини интенсив даволашда специфик давони роли <i>Темиров Р.И., Абдуллаев У.У., Жаббаров Б.Р., Худойбердиев Б.А.</i>	530
963	Ўтқир битишмали ичак тутилишини оператив даволашда назоинтестинал интубациянинг ўрни. <i>Темиров Р.И., Абдуллаев У.У.</i>	530
964	Хирургической тактики при закрытых повреждениях двенадцати перстной кишки. <i>Темиров Р.И., Ходжаев Х.Б.</i>	531
965	Изучение оценки качества жизни пациентов с последствиями ожогов носа и губ <i>Тешабоев М.Г., Мадазимов К.М.</i>	532
966	Предотвращение осложнений антеградных холангиостомий при обструктивной желтухе опухолевого генеза <i>Тилемисов С.О., Хаджибаев Ф.А.</i>	532
967	Особенности диагностической лапароскопии при забрюшинных гематомах при сочетанных травмах органов брюшной полости <i>Тиляков А.Б., Х.К.Карабаев., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А., Мухаммадиев М.Х., Мардонов В.Н.</i>	533
968	Эндовидеохирургия перфоративных гастродуоденальных язв <i>Тиляков А.Б., Бахрамов А.А., Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Жабборов З.И., Саттаров Ш.Х.</i>	533
969	Применение неотложных лапароскопических вмешательств при тонкокишечной непроходимости <i>Тургунов Б.А., Маткаримов Б.Х.</i>	534
970	Комплексный подход к хирургическому лечению митральных пороков сердца <i>Тургунов А.И., Мусашияхов У.Х., Дадабев О.Т., Василевский Э.А.</i>	534
971	Диагностика и хирургическое лечение «трудных» язв желудка, сочетанных С <i>Турсуметов А.А.</i>	535
972	Выбор метода операции при вторичных язвах желудка <i>Турсуметов А.А.</i>	536
973	Диагностика и хирургическое лечение сочетанных язв желудка, осложненных кровотечением <i>Турсуметов А.А.</i>	536
974	Особенности клинического течения бескаменной обструкции желчевыводящих путей <i>Турсунов А.У., Мусашияхева Ш.М.</i>	537
975	Способы лечения назальной обструкции <i>Турсунов Д.К., Далиев А.Г.</i>	537
976	Хирургическое лечение атрезий перепончато-хрящевого отдела наружного слухового прохода <i>Турсунов Д.К., Далиев А.Г.</i>	538
977	Лечение хронического аденоидита у детей <i>Турсунов Д.К., Далиев А.Г.</i>	539
978	Способы надлобковой цистостомии при внутрибрюшинных травмах мочевого пузыря <i>Тухтаев Ф.М., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А.</i>	539
979	Применение региональной лимфатропной терапии в комплексном лечении острого панкреатита <i>Умматалиев Д.А., Хасанов Х.Х., Саидходжаева Ж.Г., Суюнов Д.М., Курбанов Х.А.</i>	540
980	Комплексное лечение при острой непроходимости кишечника осложненной перитонитом. <i>Умматалиев Д.А., Саидходжаева Ж.Г., Курбанов Х.А., Михайлович И.Е., Хасанов Х.Х.</i>	540

981	Результаты комплексного лечения больных сахарным диабетом (ii) типа с синдромом диабетической стопы <i>Умурзаков С.К., Мирзаев К.К., Азизов Д.Т.</i>	541
982	Современные аспекты консервативного лечения плоскостопия у детей. <i>Уринов Ж. З., Джурраев А. М., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Эшонхужаев К. О.</i>	541
983	Экспрессии и метилирование промоторов генов лекарственной устойчивости в опухоли молочной железы при неoadьювантной химиотерапии <i>Урманбаева Д.А., Хасанов Д.Ш.</i>	542
984	Женской репродуктивной системы и опухолей молочных <i>Урманбаева Д.А.</i>	543
985	Химиотерапия рака молочной железы I-III стадии. <i>Урманбаева Д.А.</i>	543
986	Современные методы лечения рака молочной железы <i>Урманбаева Д.А.</i>	544
987	Значение динамических изменений цитокинового профиля крови при узловой форме рака молочной железы <i>Урманбаева Д.А.</i>	544
988	Генетический скрининг больных раком молочной железы <i>Урмонбоева Д.А.</i>	545
989	Цифровая маммография рака молочной железы <i>Урмонбоева Д.А.</i>	545
990	Электронная карта анализа эффективности протекторной терапии у больных с раком молочной железы, проходящих химиотерапевтическое лечение <i>Урмонбоева Д.А.</i>	546
991	Расширенные хирургические вмешательства по поводу местнораспространённого рака молочной железы. <i>Урмонбоева Д.А.</i>	546
992	Особенности современного лечения на иммунофенотип рака молочной железы <i>Урмонбоева Д.А.</i>	547
993	Предварительная декомпрессия с применением эндобилиарного лаважа при холедохолитиазе осложненной желтухой и холангитом <i>Усмонов У.Д., Нишинов Ф.Н., Отакузиев А.З., Зияев Ш.А.</i>	547
994	Индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика при механической желтухе неопухолевого генеза <i>Усмонов У.Д., Нишинов Ф.Н., Отакузиев А.З., Зияев Ш.А.</i>	548
995	Повреждения печени при сочетанной кататравме <i>Хаджибаев А.М., Султанов П.К.</i>	548
996	Эффективность применения кава-фильтров в профилактике тромбоэмболии легочной артерии <i>Хаджибаев А.М., Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Йулдошев А.Х.</i>	549
997	Профилактика демпинг синдрома путем применения нового способа наложения гастродуодено и гастроэнтероанастомоза <i>Хаджибаев А.М., Пулатов Д.Т., Тилемисов С.О.</i>	550
998	Комбинированные методы эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях <i>Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Шелаев О.И., Ешмуратов А.Б., Джамалдинов И.М., Мирахмедов Н.Н.</i>	550
999	Современные методы диагностики рака пищевода <i>Хайитова О., Рашидова Ш.У., Рахимова К., Абдурахмонов А.Х.</i>	551
1000	Возможности современных методов диагностики рака пищевода <i>Хайитова О.Ш., Рашидова Ш.У., Абдурахмонов А.Х.</i>	551
1001	Комплексные методы диагностика рака пищевода <i>Хайитова О.Ш., Рашидова Ш.У., Абдурахмонов А.Х.</i>	552
1002	Применение физиотерапевтических методов при лечении одонтогенных воспалительных процессов в челюстно-лицевой области <i>Хакимов А. А., Пулатов Н.Х., Абобакиров Д.М.</i>	552
1003	Ўткир йирингли периостит билан зарарланган болаларда прикус патологиялари <i>Хакимов А.А., Абобакиров Д.М., Хакимова З.Қ.</i>	553
1004	Лечение озонотерапевтическим методом гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у лиц пожилого возраста <i>Хакимов А.А., Абобакиров Д.М.</i>	553

1005	Травматическая нейропатия лицевого нерва при операциях на околоушной железе <i>Хакимов А.А., Хакимова З.К.</i>	554
1006	Характеристика функциональных возможностей тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости <i>Хакимов А.Д.</i>	554
1007	Роль и значение видеолапароскопии в хирургическом лечении ущемленных паховых грыж <i>Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Холматов Ш.Т., Саттаров О.Т.</i>	555
1008	Проанализировать разнообразные осложнения по стадиям ожоговой болезни <i>Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Жумагелдиев Ш.Ш., Юлдашева М.</i>	556
1009	Илдиз перфорация сини даволаш усуллари <i>Хакимова З.К., Хакимов А.А.</i>	556
1010	Встречаемость феномена каролини среди спортсменов в зависимости от характера проявляемых нервно-мышечных усилий, связанных со спецификой вида спорта <i>Хакимова З.К., Хакимов А.А.</i>	557
1011	Состояние гайморовы пазухи после проведения современных операций дентальной имплантации и синус-лифтинга <i>Хакимова З.К., Хакимов А.А.</i>	557
1012	Профилактика осложнений ЖКТ у обожженных больных <i>Халиков В.К., Гиясов У.М., Мамадиев А.М.</i>	557
1013	Профилактика гнойно-септических осложнений у обожженных больных <i>Халиков В.К., Гиясов У.М., Мамадиев А.М.</i>	558
1014	Сложности морфологической диагностики заболеваний щитовидной железы <i>Хамидов Ф.Ш., Алимджанов Н.А.</i>	559
1015	Сравнительная оценка результатов аутотрансплантации ткани щитовидной железы у больных с дТЗ после субтотальной тиреоидэктомии. <i>Хамидов Ф.Ш., Алимджанов Н.А.</i>	559
1016	Хирургическое лечение диффузного токсического зоба. <i>Хамидов Ф.Ш., Хакимов О.С.</i>	560
1017	Особенности преимущества и правила дренирования брюшной полости <i>Хамидов Ф.Ш., Курбанов Ш.П.</i>	561
1018	Результаты микробиологического исследования и лечения перитонита <i>Хамидов Ф.Ш., Курбанов Ш.П.</i>	561
1019	Пути улучшения результатов хирургического лечения при опухолевых и неопухолевых заболеваниях правой половине ободочной кишки <i>Хамидов Ф.Ш., Отакузиев А.Ш.</i>	561
1020	Оптимизация диагностики перитонита <i>Хамидов Ф.Ш., Мадвалиев Б.Б.</i>	562
1021	Перкутанная нефростомия у больных с обструкцией мочеточников <i>Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садиқова Д.И., Бобоев Р.А., Юлдашев Х.Ж., Турсунов Г.М.</i>	562
1022	Изучение апоптоза в опухолевых клетках молочной железы больных после полихимиотерапии. <i>Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.</i>	563
1023	Уровень местной анестезии при удалении сигнального лимфатического узла <i>Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.</i>	564
1024	Оценка хирургических гамма-детекторов при раке шейки матки и влагалища <i>Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.</i>	564
1025	Эффективность пластических операций при раке молочной железы после радикальной резекции <i>Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.</i>	565
1026	Методические вопросы биопсии сигнальных лимфоузлов у больных раком молочной железы <i>Хасанов Д.Ш., Урманбаева Д.А.</i>	565
1027	Профилактика тромбоза глубоких вен и легочной артерии у больных с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены <i>Хасанов Х.Х., Азизов Г.А., Суюнов Д.М., Умматалиев Д.А., Курбанов Х.А.</i>	566
1028	Активно-выжидательная тактика в хирургии кровоточащих гастродуоденальных язв. <i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	566
1029	Алгоритм абсолютных и относительных критериев угрозы рецидива кровотечения при определении хирургической тактики у больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза. <i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	567
1030	Тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода <i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	567
1031	Варикозное расширение вен пищевода и желудка при портальной гипертензии	568

	<i>Касимов Н.А.</i>	
1032	Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка <i>Касимов Н.А.</i>	568
1033	Проксимальная резекция желудка при варикозном расширении вен пищевода и желудка <i>Касимов Н.А.</i>	569
1034	Современный подход к лечению кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка <i>Касимов Н.А.</i>	569
1035	Результаты лечения острого деструктивного панкреатита. <i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	570
1036	Клиническое обоснование профилактики рецидивов геморрагических осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки <i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	570
1037	Хирургическая тактика при свернувшемся гемотораксе <i>Холматов Ш.Т., Халиков С.П., Файзуллаев Е.Р.</i>	571
1038	Возможности реконструктивно-пластической хирургии при ликвидации обширных и зияющих дефектов передней стенки трахеи и мягких тканей шеи <i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Каюмходжаев А.А., Пахомов Г.Л., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.</i>	571
1039	Комбинированное эндоскопическое и хирургическое лечение при трахеогортанных, протяженных и мультифокальных рубцовых стенозах трахеи <i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Пахомов Г.Л., Хаялиев Р.Я., Тухтаев Д.Т., Мирзаев Х.А., Мирсидиков М.Т., Эгамов Ф.И.</i>	572
1040	Неотложная хирургия рубцовых стенозов трахеи. <i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.</i>	573
1041	Частота, структура и факторы риска развития внутриплевральных осложнений после операций на легких и органах средостения <i>Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т., Эшонходжаев О.Д., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М.</i>	574
1042	Операция выбора при закрытии обширных дефектов передней стенки трахеи. <i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.</i>	575
1043	Роль декомпрессивно-стабилизирующих операций в профилактике поздних осложнений при позвоночно-спинальной травме. <i>Худойбердиев К.Т., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Ташланов Ф.Н., Мамадалиев А.Б., Мамаджанов К.Х.</i>	576
1044	Значение радиологических методов исследования в диагностике эхинококкоза почек <i>Хужамбердиев У., Наджимитдинов Я.С., Рустамов У.М.</i>	576
1045	Функциональное состояние неспецифических систем мозга у больных с хронической посттравматической головной болью напряжения <i>Хусаинова Л.Т.</i>	577
1046	Профилактика ожогового травматизма. <i>Шарапов П.К., Мамадиев А.М.</i>	577
1047	Профилактика местных осложнений ожоговых ран путем применения региональной лимфотерапии в сочетании с временными раневыми покрытиями. <i>Шарапов П.К., Халиков В.К., Махмудов А.А.</i>	578
1048	Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости <i>Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Хайдаров Г.А., Хужамов О.Б., Рузибоев Ш.Ж.</i>	578
1049	Лапароскопическая коррекция пилоростеноза у новорожденных и грудных детей <i>Эргашев Б.Б., Абдуганиев А.А., Мухтаров Ж.У., Эшкабилов Ш.Д.</i>	579
1050	Диагностика и хирургическое лечение врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных <i>Эргашев Б.Б., Исмадияров Б.У., Фазлиддинова С.Ф.</i>	579
1051	Диагностика и хирургическое лечение врожденной атрезии тонкой кишки у новорожденных. <i>Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б., Абдуганиев А.А., Ихтиёрв Т.В.</i>	580
1052	Диагностика и лечение врожденного вывиха бедра у новорожденных. <i>Эшматов М.М., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Расулов Ж.</i>	581
1053	Комплексное лечение болезни пертеса у детей. <i>Эшматов М.М., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Расулов Ж.</i>	581
1054	Лечение латеральных переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста. <i>Эшматов М.М., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Расулов Ж.</i>	582
1055	Клетки панета и гомеостаз в тонкой кишке <i>Юлдашев А.Ю., Нишанова А.А., Кенжаева Х.Х., Кахаров З.А.</i>	583

1056	Источники морфогенеза кроветворных и соединительнотканых клеток <i>Юлдашев А.Ю., Юлдашева М.А., Махмуров А.М., Ахмедова К.Р., Юлдашева С.З.</i>	584
1057	Морфофизиологические особенности детей раннего возраста и концепция здоровья <i>Юлдашев А.Ю.</i>	585
1058	Концепция сохранения здоровья и профилактики тзаболеваний детей на основе рационализации питания, оптимизации пищеварения и всасывания <i>Юлдашев А.Ю.</i>	585
1059	Функциональная морфология иммунной системы слизистой оболочки тонкой кишки в динамике возраста <i>Юлдашев А.Ю., Рахматова М.Х., Нишанова, А.А. Кенжаева Х.Х.</i>	586
1060	Малоинвазивная хирургия при лечении хронической субдуральной гематомы <i>Юлдашев Ш.С., Махмудов С.Ф., Мустафакулов И.Б.</i>	588
1061	Даво ва диагностика лапраскопиянинг ўткир деструктив панкреатитнинг даволашдаги афзалликлари. <i>Юнусов. Р.С., Темиров Р.И Жаббаров Б. Р., Султонов Ш.И</i>	588
1062	Тактика лечения больных циррозом печени, с кровотечением из врв пищевода <i>Юнусов Р.С., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б.</i>	589
1063	Результаты лечение больных с осложненным эхинококкозом печени и брюшной полости <i>Юнусов Р.С., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Абуллаев Ж.С., Исхаков Н.Б.</i>	589
1064	Деструктивный панкреатит <i>Юнусов Р.С., Рузматов А.Э., Ходжаев Х, Исхаков Н.Б</i>	590
1065	Опыт применения видеолaparоскопии при деструктивном панкреатите <i>Юнусов Р.С., Рузматов А.Э., Жабборов Б., Ходжаев Х., Исхаков Н.Б.</i>	591
1066	Методы цифровой рентгенографии в диагностике осложненной пневмонии <i>Юсупов Ж.Б., Абдурахмонов А.Х., Рашидова Ш.У.</i>	592
1067	Цифровая рентгенография осложненной пневмонии <i>Юсупов Ж.Б., Абдурахмонов А.Х., Рашидова Ш.У.</i>	593
1068	Комплексное лечение больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами <i>Якубов Д., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.</i>	593
1069	Особенности геморрагического шока у детей при сочетанной черепно-мозговой травме (счмт) на догоспитальном этапе. <i>Якубов Д., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.</i>	594
1070	Критерии диагностики сочетанных черепно-мозговых травм в остром периоде. <i>Якубов Д., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.</i>	594
1071	Некоторые аспекты хирургического лечения внутричерепной гипертензии травматического генеза у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой. <i>Якубов Д., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И., Махкамов Н.Ж., Эшматов М.М.</i>	595
IV-РАЗНОЕ		
1072	Микроанатомические аспекты реакции сосудистого русла в несвободном кожно-фасциальном паховом лоскуте после его пересадки <i>Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю.</i>	596
1073	Морфо-топометрическое обоснование выбора методов хирургической коррекции деформаций позвоночного столба <i>Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю.</i>	596
1076	Саматотипологические закономерности формирования стопы человека в постнатальном онтогенезе <i>Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю.</i>	597
1077	Резистентность у детей при бронхиальной астме <i>Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т., Дадаханова Р.А., Ибрагимова Л.М.</i>	597
1078	Микрофлора толстой кишки у морских свинок в зависимости от пищевого рациона <i>Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т., Ибрагимова Л.М., Р.А.Дадаханова</i>	598
1079	Гиперчувствительность немедленного типа при грибково-стафилококковой сенсбилизации в эксперименте <i>Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т., Дадаханова Р.А., Ибрагимова Л.М.</i>	598
1080	Эндемические заболевания и их профилактика <i>Акбаров В. студент 106 гр педиатрического факультета, Абдурахманов У.К</i>	598
1081	Гиперхолестеринемияда хедерагенининг куёнлар жигари гепатоцитлари ва конидаги кимёвий кўрсаткичлари таъсири <i>Асранов С.А., Маматалиева М.А., Сахаталиева Р.Р., Воховов Л,</i>	599
1082	Закономерности макро-микроскопического строения и изменения биомеханических свойств структур сердца в онтогенезе	599

	<i>Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М.</i>	
1083	Закономерности нефрогенеза в процессе формирования окончательной почки человека в пренатальном периоде онтогенеза <i>Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М.</i>	600
1084	Анатомия канала и структурно-морфометрические особенности внутриканального отдела позвоночных артерий у человека <i>Ахмедов Ш.С., Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М.</i>	600
1085	Инновационная деятельность педагога <i>Ахмедова Н.Д. Мамаджанова М.Р.</i>	601
1086	Основные закономерности развития критического мышления <i>Ахмедова Н.Д.</i>	602
1087	Преимущество применения метода «мозгового штурма» перед классическим <i>Ахмедова Н.Д., Хомидов М.Э., Шухратов Ш.Ш., Абдурахимов А.Х.</i>	603
1088	Развитие критического мышления как современное требование обучения <i>Ахмедова Н.Д., Мамаджанова М.Р.</i>	603
1089	Til o`qitish metodikasi tarixiga bir nazar <i>Axunova M., Rahmatova Z., Qo`ziboyeva M.</i>	604
1090	Zamonaviy ta'lim texnologiyalari: dars samaradorligini oshirishda ko'rgazmali qurollar va o'quv vositalaridan foydalanish tajribasidan <i>Axunova M., Qo`ziboyeva M., Rahmatova Z.</i>	605
1091	Kasbiy ta'limda innovatsion axborot va pedagogik texnologiyalar <i>Axunova M., Qo`ziboyeva M., Rahmatova Z.</i>	606
1092	Kasbiy ta'limda tarbiyani to'g'ri tashkil etish <i>Axunova M., Rahmatova Z., Qo`ziboyeva M.</i>	607
1093	Метод проектов в образовании <i>Буранова Н.Ш., Кузибаева М.М.</i>	608
1094	Новые методики преподавания в вузе <i>Буранова Н.Ш.</i>	609
1095	Дамас автомашинаси автохалокатларида жабрланувчилар шикастланишларининг статистикаси <i>Вохобов Л, Маматалиева М.А., Сахаталиева Р.Р., Асранов С.А.</i>	610
1096	Tibbiyot amaliyotida elektromagnit nurlanish, infraqizil, ultrabinafsha va yorug'lik nurlari bilan davolash usullari <i>Gulamov SH.A., Jo'rayev D.D.</i>	610
1097	Перспективы развития клинической инженерии <i>Гуламов Ш.А., Жўраев З.Б., Айдаров О.Б.</i>	611
1098	Исследование механических свойств рогоза <i>Гуламов Ш.А., Муминова Г.М., Жўраев Д.Д</i>	612
1099	Влияние стрессорных факторов на развитие онкозаболеваний <i>Джалалова О.К., Косимова Д.С., Хамрокулов Ш.Х., Чартаков К.Ч., Тоджибаева Н.Л.</i>	612
1100	Зависимость состояния иммунного статуса и метаболизма лимфоцитов от метастази рования при немелкоклеточном раке легкого <i>Джалалова О.К., Косимова Д.С., Хамрокулов Ш.Х., Чартаков К.Ч., Тоджибаева Н.Л.</i>	613
1101	Ташхиллаш ва даволашда қўлланиладиган лазерли курилмалар <i>Жўраев Д.</i>	613
1102	Тиббиётда электромагнит нурланиш, инфрақизил, ултрабинафша ва ёруғлик нурлари билан даволаш усуллари <i>Жўраев Д.</i>	614
1103	Электрофорез ва электрофотограмма усули ёрдамида днк ни топиш <i>Жўраев Д.</i>	614
1104	Лазер нурланишини биотўқималар билан таъсир механизмларини гурухлаш <i>Жўраев Д.</i>	615
1105	Замонавий тиббиёт амалиётида нанорободларнинг қўлланилиши <i>Жўраев Д.</i>	616
1106	Та'limda axborot texnologiyalari <i>Jo'raev D.D., Xomidov M.E., Turg'unboyev D.D</i>	616
1107	Mahalliy va turli etnik guruh aholi toj tomirlaridagi aterosklerotik o'zgarishlar tahlillari <i>Imotov N., Matataliyeva M.A., Matataliyev A.R.,</i>	617
1108	Изучение и оценка чувствительности различных штаммов e.coli к антибиотикам <i>Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Ибрагимова Л.М., Дадаханова Р.А.</i>	617
1109	Изменения минимальной подавляющей концентрации антибиотиков в эксперименте <i>Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Ибрагимова Л.М., Дадаханова Р.А.</i>	618

1110	Дезинфицирующие свойства некоторых органических соединений мочевины <i>Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Р.А.Дадаханова., Ибрагимова Л.М.</i>	618
1111	Research methods of microflora of the urinary tract <i>Isanova D.T., Azizov Y.D., Ibragimova L.M., Dadaxanova R.A.</i>	619
1112	Диодный газоанализатор в биоанализе <i>Жураев Дилмурод</i>	619
1113	Dezoksiribonuklein kislotalarni poliakrilamid gelida elektroforez qilish yo'li bilan fraksiyalash. elektroforez va elektrofotogrammada dnk ni topish <i>Jo'rayev Dilmurod, Xomidov Mavlonbek</i>	620
1114	Lazer nurlanishini bioto'qimalar bilan ta'sir mexanizmlari <i>Jo'rayev Dilmurod</i>	621
1115	Qon, tomir kassaliklarida nanorobodlarning qo'llanilishi <i>Jo'rayev Dilmurod</i>	622
1116	Tibbiy diagnostika va davolashda qo'llaniladigan lazerli qurilmalar <i>Jo'rayev Dilmurod</i>	622
1117	Tibbiyot amaliyotida elektromagnit nurlanish, infraqizil, ultrabinafsha va yorug'lik nurlari bilan davolash usullari <i>Jo'rayev Dilmurod</i>	623
1118	Ферменты крови при различной внешней температуре и инсоляции <i>Кадиров Ш.К., Мирзарахимова М.А., Кадиров Р.Ш.</i>	623
1119	Влияние абиотических веществ, содержащихся в окружающей среде зоны приаралья на животных разного возраста <i>Камолдинова Р.А., Умарова З.М., Умарова Н.А.</i>	624
1120	Коррекция рациона лактирующего животного, потребляющего абиотические вещества, с добавлением белков и углеводов <i>Камолдинова Р.А., Умарова З.М., Умарова Н.А.</i>	624
1121	Факторы патогенности микрофлоры кишечника у детей при ожоговой болезни <i>Касьмова И.К.</i>	625
1122	Особенности микробного пейзажа толстого кишечника у детей с ожоговой болезнью до года <i>Касьмова И.К.</i>	625
1123	Factors of pathogenous of microorganisms isolated from the intestines of children with burn diseases <i>Kasimova I.K.</i>	626
1124	Peculiarities of colon's microflora of children up to one year in burn diseases <i>Kasimova I.K.</i>	626
1125	К методу исследования антропометрических показателей физического развития у детей младшего школьного возраста в андижанской области <i>Кахаров З.А., Саттибаев И.И., Абдурахимов А.А.</i>	627
1126	Оммавий очик онлайн курслар асосида анатомия фанидан талабаларнинг мустақил таълимини ривожлантириш (моок). <i>Қахаров З.А., Салиева М.Ю., Тўланова Д.Я.</i>	627
1127	Тиббий таълим сифатини оширишда ахборот технологияларидан фойдаланиш <i>Комилова Д.Т.</i>	627
1128	Тиббий таълим сифатини оширишда янги “one step ahead medical education” педагогик технологиясидан фойдаланиш <i>Комилова Д.Т.</i>	628
1129	Морфологические и морфометрические показатели коры энторинальной области большого мозга у детей разного возраста <i>Косимов З.О., Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я.</i>	628
1130	Тонзиллярная доля мозга мозжечка после ампутации правой задней конечности у собак <i>Косимов З.О., Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я.</i>	629
1131	Морфометрические показатели типов и размеров ворот печени <i>Косимов З.О., Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я., Убайдуллаев Р.Л.</i>	629
1132	Турли ёшдаги организмларнинг физиологик кўрсаткичларига ксенобиотикларнинг таъсири <i>Қурбонова Н.К., Мамадиев М.Р., Мўминова К.Т., Юнусова Д.Д.</i>	629
1133	Состояние физиологических показателей у взрослых крыс, потреблявших ксенобиотики, содержащихся в донных отложениях аральского моря <i>Курбанова Н.К., Муминова К.Т., Юнусова Д.Д., Жалолов К.Б.</i>	630
1134	Тиббийёт олий таълимида инновацион педагогик технологияларни қўллаш <i>Қўзиева М., Раҳматова З., Ахунова М.</i>	630

1135	Ноанъанавий усуллардан замонавий дарсларда фойдаланиш <i>Қўзибоева М., Раҳматова З., Ахунова М.</i>	632
1136	Оила-жамиятни ривожлантирувчи куч <i>Қўзибоева М., Ахунова М., Раҳматова З.</i>	632
1137	Олий таълимда замонавий дарсларга қўйилаётган талаблар <i>Қўзибоева М., Ахунова М., Раҳматова З.</i>	633
1138	Вопросы профилактической медицины в регионах: в фокусе естественные целительные средства <i>Мадаханов А.С., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Сайитжонов Л.С., Шокирова С.М.</i>	636
1139	Распространённость наследственных и врождённых нефритов среди детей ферганской долины и алгоритмы раннего их выявления <i>Маджидова Н.М., Ахмедова Н.Д.</i>	636
1140	Prevalence of hereditary nephritis in children of the ferghana valley and algorithms for their detection <i>Madjidova N.M., Matveeva I.A.</i>	637
1141	Коррекция нарушений желчевыделительной функции печени при экспериментальном гепатите <i>Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Якубова Р.М., Рахмонова У.Х.</i>	638
1142	Изучение уровня кортизола в зависимости от содержания cd4-лимфоцитов при вич/спид заболеваниях <i>Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Собиров К.Г.</i>	638
1143	Определение уровня антигенсвязывающих лимфоцитов у больных острым бруцеллезом <i>Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Якубова Р.М., Кодиров Х.С.</i>	639
1144	Критерии аллергенности производственной пыли на экспериментальных моделях анафилактических реакций морских свинок разного возраста <i>Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.</i>	639
1145	Изучение роли пылевых аллергенов в развитии аллергических заболеваний у рабочих хлопчатобумажного комбината <i>Мадумарова М.М., Жуманова Л.А., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.</i>	640
1146	Изучение антигенности производственной пыли хлопчатобумажного комбината <i>Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.</i>	640
1147	Растительные средства при бронхолегочной патологии у детей. <i>Мадумарова М.М., Урманов Ф.М., Собиров К.Г., Якубова Р.М.</i>	640
1148	Экспериментальное моделирование невродов у животных <i>Мадумарова М.М., Ибрагимова Л.М., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.</i>	641
1149	Частота нарушений адаптации у детей школьного возраста. <i>Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Дадаханова Р.А., Урманов Ф.М.</i>	641
1150	Эпидемиология профессиональной аллергии у рабочих хлопчатобумажного комбината <i>Мадумарова М.М., Хожиматов Р.С., Собиров К.Г., Урманов Ф.М.</i>	643
1151	Влияние ксенобиотиков, содержащихся в растворе донных отложений аральского моря, на физиологические показатели старых животных <i>Мамадиев М.Р., Курбонова Н.К., Муминова К.Т., Юнусова Д.Д.</i>	643
1152	Проблемы СПИДа в современном обществе <i>Мамаджанова М.Р., Хаитбаева Г.И.</i>	643
1153	Значение личностных качеств преподавателя в повышении воспитательного влияния <i>Мамаджанова М.Р., Ахмедова Н.Д.</i>	644
1154	Компетентность преподавателя - критерий эффективности обучения русскому языку в медицинском вузе <i>Мамаджанова М.Р., Ахмедова Н.Д.</i>	645
1155	Чўкиш холатларида суд тиббий экспертизасининг статистик таҳлиллари <i>Мамажонов С., Маматалиева М.А., Сиддиқов К., Ҳақимов З.К.</i>	646
1156	Нобарқарор иқлимий шароитда профилактик моҳиятли эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш йўллари. 1 Ахборот: устувор худудий ечимлар <i>Мамасалиев Н.С., Утанов З.М., Мамасалиев З.Н., Ибрагимова С.Р., Сайитжонов Л.С.</i>	646
1157	Осилишлардаги патоморфологик ўзгаришлар <i>Маматалиева М.А., Мамажонов С., Сиддиқов К., Ҳақимов З.К.</i>	647
1158	Влияние хедерагенина на морфо- и планиметрические показатели аорты кроликов при экспериментальном холестеринном атеросклерозе <i>Маматалиева М.А., Сахаталиева Р.Р., Вохобов Л, Асранов С.А.</i>	647

1159	Чекишининг долзарб масалалари тамаки чекиш зарар. нос истеъмол килишчи? <i>Маматова Н.М.</i>	648
1160	Тиббий маданият – асосий тушунча ва тамойиллари <i>Маматова Н.М.</i>	649
1161	Морфометрические параметры коры собственного энторинального поля ерг ¹ энторинальной области мозга детей различного возраста <i>Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я., Косимов З.О.</i>	649
1162	Ширина нейронов коры пирамидного слоя поля са ² гиппокампа мозга человека в постнатальном онтогенезе <i>Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я., Косимов З.О.</i>	650
1163	Высота нейронов коры пирамидного слоя поля са ² гиппокампа мозга человека в онтогенезе <i>Махмудова К., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Туланова Д.Я., Косимов З.О.</i>	650
1164	Зож - основа здорового поколения <i>Мирзаева М.М., Салиева М.Х., Солиев И.</i>	651
1165	Особенности использования силлабуса по предмету «общая гигиена экологией» на медико профилактическом факультете <i>Мирзаева М.М., Салиева М.Х., Холмирзаева С.С.</i>	651
1166	Адаптационные особенности амилолитической активности поджелудочной железы и крови к качеству пищи в условиях высокой температуры и инсоляции <i>Мирзарахимова М.А.</i>	652
1167	Секреция ферментов поджелудочной железы при высокой температуре и инсоляции <i>Мирзарахимова М.А., Кадилов Ш.К., Кадилов М.Ш.</i>	653
1168	Влияние гипокинезии на секреторную деятельность поджелудочной железы <i>Мирзарахимова М.А., Кадилов Ш.К., Кадилов Р.Ш.</i>	653
1169	Изменение массы крыс и их поджелудочной железы при гипокинезии, высокой температуре и инсоляции <i>Мирзарахимова М.А., Кадилов Ш.К., Кадилов М.Ш.</i>	654
1170	Озуқанинг сифат ва микдорига кўра ошқозон ости безининг мосланиш хусусиятлари. <i>Мўминова К.Т., Мамадиев М.Р., Қурбонова Н.Қ., Юнусова Д.Д., Хайдаров М.А.</i>	654
1171	Биологик фанларни ўқитишда экология масаласини талабалар онгига сингдириш. <i>Мўминова К.Т., Аманов К., Қурбонова Н.Қ., Юнусова Д.Д., Жалолов К.Б.</i>	655
1172	Профилактика ангиоспазма мозговых сосудов при инсультах <i>Нишанов Ш.Ю., Пахмурин И.Р., Бутаева Г.Г.</i>	655
1173	Хирургическое лечение больных с последствиями ожогов контрактур голенного суставов <i>Нурддинов А.С., Бахритдинов Т.Т., Мадазимов М.М.</i>	656
1174	Дамас автомашинасидаги автотравмаларининг суд тиббий текширувлари статистикаси <i>Нурматов Х.В., Маматалиева М.А., Мамажонов С., Сиддиков К., Хакимов З.К.</i>	656
1175	Профилактика гиперазотемических осложнений при острой абдоминальной патологии <i>Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Артикова Н.А.</i>	657
1176	Модификация дифференцированной ивл при операциях на грудном отделе позвоночника <i>Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	657
1177	Кетофоловая анестезия у больных с высоким коронарным риском при операциях на печени и желчевыводящих путях <i>Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	658
1178	Способ профилактики декомпенсации дыхания при переводе на инвазивную вентиляцию легких <i>Пахмурин И.Р., Шевкетова Л.Ш., Мамадиев А.М.</i>	659
1179	Анестезиологическое обеспечение экстренных лапароскопических вмешательств <i>Пахмурин И.Р., Бурибаев Д.Г., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	659

1180	Профилактика постуральных осложнений при экстренных операциях на позвоночнике <i>Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Касимов Н.А.</i>	660
1181	Баркамол авлодни тарбиялашда ахлоқий тарбиянинг ўрни <i>Раҳматова З.М., Ахунова М., Қўзибоева М.</i>	661
1182	Ёшлар маънавиятида комиллик фазилатлари ва аждодлар мероси <i>Раҳматова З.М., Қўзибоева М., Ахунова М.</i>	662
1183	Фарзанд тарбиясида психологик ёндашув <i>Раҳматова З.М., Ахунова М., Қўзибоева М.</i>	663
1184	Muammoli ta'limdan foydalanish yo'llari <i>Rahmatova Z.M., Qo'ziboyeva M., Axunova M.</i>	664
1185	Амалий машғулотларда компьютер технологияларини қўллашнинг фойдали ва зарарли томонлари <i>Раҳматова З.М.</i>	665
1186	Некоторые вопросы обработки видеосигналов <i>Рустамов М.М., Гуламов Ш.А.</i>	666
1187	Замонавий педагогик технологиялар асоси <i>Сайдуллаев Т.С., Курбонова Н.К., Муминова К.Т., Юнусова Д.Д.</i>	667
1188	О моделировании атеросклероза в эксперименте. <i>Сайдуллаев Т.С., Мўминова К.Т., Курбанова Н.К., Юнусова Д.Д.</i>	667
1189	Характеристика мер эффективной антиинфекционной защиты медперсонала <i>Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Бутабаев М.Т.</i>	668
1190	Факторы повышения эффективности противоэпидемической работы медицинского персонала стационара <i>Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Бутабаев М.Т.</i>	668
1191	Ретроспективный анализ некоторых показателей деятельности эпидотдела многопрофильной клиники <i>Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Холмирзаева С.С.</i>	669
1192	Анатометрическая характеристика пищевода в грудном возрасте <i>Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.</i>	670
1193	Морфология краниального шейного узла и функциональные характеристики его нейронов в постнатальном онтогенезе крысы <i>Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.</i>	670
1194	Конституциональные особенности строения костей верхней конечности мужчин <i>Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.</i>	671
1195	Клинико-анатомические особенности топографии желчных протоков у новорожденных, детей и подростков <i>Салиева М.Ю., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.</i>	672
1196	Чўкишларнинг юзага келиш механизмлари тахлиллари <i>Сиддиков К., Маматалиева М.А., Мамажонов С., Хакимов З.К.</i>	672
1197	Кичик мактаб ёшидаги болалар пешона соҳасининг краниометрик кўрсаткичлари <i>Туланова Д.Я., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К.</i>	673
1198	Морфологические изменения плотности нейронов коры зернистого слоя мозжечка после ампутации у собак <i>Туланова Д.Я., Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К.</i>	673
1199	Морфометрические параметры нейронов зернистого слоя тонзиллярной долики мозжечка после ампутации правой задней конечности у собаки <i>Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К., Туланова Д.Я.</i>	674
1200	Изменение параметров нейронов зернистого слоя верхней полулунной долики мозжечка после ампутации правой задней конечности у собаки <i>Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К., Туланова Д.Я.</i>	674

1201	Кичик мактаб ёшидаги болалар бош соҳасининг ривожланиш даражаси кўрсаткичлари <i>Улугбекова Г.Ж., Хатамов А.И., Косимов З.О., Махмудова К., Туланова Д.Я.</i>	675
1202	Ўн бешинчи суткада оксил юкламали тажриба гуруҳ хайвонлари йўғон ичак деворидаги гистоструктуравий силжишлар <i>Умарова Н.А., Умарова З.М., Камолдинова Р.А.</i>	675
1203	Ўттиз кунлик оксил юкламали тажриба гуруҳи хайвонлари йўғон ичагидаги гистоструктуравий силжишлар <i>Умарова Н.А., Умарова З.М., Камолдинова Р.А., Жалолов И.А.</i>	676
1204	Нравственное воспитание студентов на занятиях русского языка <i>Хаитбаева Г.И., Мамаджанова М.Р.</i>	676
1205	Илдиз перфорациясини даволаш усуллари <i>Хакимова З.К., Хакимов А.А.</i>	677
1206	Изменение плотности нейронов ганглионарного слоя квадратугольной, верхней полулунной и тонзиллярной долек мозжечка после ампутации задней конечности у собаки <i>Хатамов А.И., Улугбекова Г.Ж., Туланова Д.Я., Махмудова К., Косимов З.О.</i>	677
1207	Плотность нейронов молекулярного слоя коры мозжечка после ампутации правой задней конечности у собаки <i>Хатамов А.И., Улугбекова Г.Ж., Туланова Д.Я., Косимов З.О., Махмудова К.</i>	678
1208	Кичик мактаб ёшидаги болалар ёнок диаметрини, юзнинг тўлик баландлиги ва юзнинг юкори қисми баландлигининг кўндаланг диаметрини ўсиш динамикаси <i>Хатамов А.И., Улугбекова Г.Ж., Туланова Д.Я., Косимов З.О., Махмудова К.</i>	678
1209	Электронный комплекс (модуль) как средство обеспечения качества подготовки по предмету “гигиена с экологией” <i>Холмирзаева С.С., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.</i>	679
1210	Сестринский персонал многопрофильного стационара и его медицинская активность <i>Холмирзаева С.С., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.</i>	679
1211	Использование 3d принтеров в медицине. от протезов до продвинутой техники <i>Хомидов М.Э.</i>	680
1212	Структурные изменения стенки тонкой кишки и её лимфатическое русло после резекции желудка <i>Чартақов К.Ч., Хамрақулов Ш.Х., Чартақова Х.Х., Юсупова Ш.К.</i>	680
1213	Компенсаторные механизмы толстого кишечника и его лимфатической системы после резекции желудка <i>Чартақов К.Ч. Хамрақулов Ш.Х. Чартақова Х.Х.</i>	681
1214	Giyohvandlikning jamiyatga yetkazadigan zararlari <i>Yunusova D.D., Amanov K., Mo'minova K.T., Kurbonova N.K.</i>	681
1215	Современные вопросы диагностики и лечения переломов костей у детей <i>Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Хожиматов Р.С.</i>	682
1216	Особенности распространенности “скрытой” формы вирусного гепатита у детей <i>Якубова Р.М., Мадумарова М.М., Собиров К.Г., Байбекова Г.Д.</i>	682
1217	Достижения медицины в узбекистане и ее предвосхищение абу али ибн сино <i>Юлдашев У.А., Чиниева М.И., Таринова М.В.</i>	682
1218	Консультирование – важнейший компонент стратегии ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией <i>Юсупов К.М., Садикова У.М., Усманова Г.К., Хожиматов Р.С.</i>	683
1219	Некоторые особенности сбора анамнеза при первичном обследовании пациентов с вич/спид <i>К.М.Юсупов, Г.К.Усманова, Р.С.Хожиматов, У.М.Садикова</i>	684
1220	Опасность инфекций передаваемых половым путём <i>Юсупов К.М., Усманова Г.К., Хожиматов Р.С., Садикова У.М.</i>	684
1221	Значение инструкции по утилизации медицинских отходов для профилактики вич/оитс инфекции <i>Юсупов К.М., Усманова Г.К., Хожиматов Р.С., Садикова У.М.</i>	685
1222	“N-диметилгелиамин-из растений berberis amurensis”. <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	685
1223	“N- метилдигидроберберин из растений berberis heteropoda”. <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	686
1224	“Алкалоиды барбариса” <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	686
1225	“Изучение методики выделения алкалоида берберина” <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	686

1226	“Исследование алкалоидов berberisheteropoda”. <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	687
1228	“Исследование алкалоидов berberisvulgaris”. <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	687
1229	“Новый алкалоид из berberisvulgaris”. <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	688
1230	“Способ получения магнофлорин йодида”. <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	688
1231	“Способ получения пальматин йодида”. <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	689
1232	“Строение амуренина”. <i>Юсупов М. М., Кодиров Р.Ш.</i>	689
1233	Эффективность препарата метиоприл и его влияние на показатели вариабельности сердечного ритма при гипертонической болезни <i>Абдуназаров Т.А., Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.</i>	690
1234	Метаболик синдром гипертониясида телмисартанни клиник самарадорлигини бахолаш <i>Абдуназаров Т.А., Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.</i>	690
1235	Ялиғланишга қарши ностероид дори воситаларини анальгетик сифатида харид қилишга бўлган ҳаражатларнинг фармакоэкономик таҳлили <i>Абдуназаров Т.А., Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.</i>	691
1236	Кардиоревматологияда ялиғланишга қарши ностероид дори воситаларининг салбий таъсирларини кузатилиш ҳолатлари <i>Зияева Д.Ф.</i>	691
1237	Замонавий доришуносликда «сайдана»нинг тутган ўрни <i>Мамадов Ю.М., Туланова Д.Я., Эшонхужаев О.О.</i>	692
1238	Меъда-ичак тизими касалликларида «тошбулок» маъданли сувини қўлланилиши <i>Парпиева С.Б.</i>	692
1239	<i>Клиническая диагностика и неотложная помощь при тепловых и солнечных ударов у детей</i> <i>Эргашева З.А., Солиев Д.М., Тўрақулова Ф.М.</i>	693
1240	Оила аъзоларисаломатлигига чекувчи ота-оналарнинг салбий таъсирлари <i>Эргашева З.А., Солиев Д.М., Тўрақулова Ф.М.</i>	693
1241	Стратегия назначения антибиотиков при остром бронхите у детей <i>Эшонхужаев О.О.</i>	694
1242	Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики бронхиальной астмы <i>Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т.А., Олимов А.А.</i>	694
1243	Аминогликозидларнинг ноҳўя таъсирлари <i>Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т.А., Халилов А.Н.</i>	695
1244	Современные методы лечения токсикомании <i>Эшонхужаев О.О., Мамадов Ю.М., Туланова Д.Я.</i>	695
1245	Оценка рациональности и безопасности антибактериальной терапии в педиатрии <i>Эшонхужаев О.О., Олимов А.А.</i>	696
1246	Наш метод восстановления застарелых разрывов собственной связки надколенника <i>Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н.</i>	696
1247	Послеоперационная реабилитация больных с кистами мениска коленного сустава. <i>Ирисметов М.Э., Холиков А.М., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б.</i>	697
1248	Контрастный мультиспиральной компьютерной томографии при застарелых разрывах собственной связки надколенника. <i>Азизов М.Ж., Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н., Исमतов М.М.</i>	697
1249	Применение артроскопии в лечении внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости <i>Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Холиков А.М., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н.</i>	698
1250	Эндоскопический подход лечение патологической медиопателлярной складки коленного сустава <i>Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Холиков А.М., Ражабов К.Н.</i>	699
1251	Лечение врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста <i>Тилавов Р.Х.</i>	699