



Tadqiqot uz

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2020

- » Ҳуқуқий тадқиқотлар
- » Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
- » Тарих саҳифаларидаги изланишлар
- » Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
- » Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
- » Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
- » Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар
- » Маданият ва санъат соҳаларини ривожланиши
- » Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
- » Техника ва технология соҳасидаги инновациялар
- » Физика-математика фанлари ютуқлари
- » Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар
- » Кимё фанлари ютуқлари
- » Биология ва экология соҳасидаги инновациялар
- » Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
- » Геология-минерология соҳасидаги инновациялар



№22
30 ноябрь

conferences.uz

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 22-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ**

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
22-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ
ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-18**

**MATERIALS OF THE REPUBLICAN
22-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE
CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL
RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18**

ТОШКЕНТ-2020



УУК 001 (062)
КБК 72я43

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2020]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 22-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 ноябрь 2020 йил. - Тошкент: Tadqiqot, 2020. - 92 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн конференция 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида кўзда тутилган вазифа - илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий конференцияси таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари таҳлил қилинган конференцияси.

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б., ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

PhD Шакирова Шохида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги "Оила" илмий-амалий тадқиқот маркази)

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Хамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

19.Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25.География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot, город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

1. Рузиева Н.Х., Эргашова М.Ш. ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ ҲОМИЛАДОРЛАРДА БАРВАҚТ ТУҒРУҚНИНГ КЎП УЧРАЙДИГАН ХАВФ ОМИЛЛАРИ.....	9
2. С.Р.Назаров, Ё.Б.Гулямов, М.Ю.Каримов СРЕДНЕСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПУТЕМ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО РЕЛИЗА ЛАТЕРАЛЬНОГО РЕТИНАКУЛЮМА.....	12
3. Нозима Садриддиновна Асадова, Азиза Тохировна Джурабекова, Гулжаҳон Холмуминовна Утаганова БОЛАЛАРДА ЮЗ НЕРВИ НЕВРОПАТИЯСИНИ КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОМИОГРАФИК КУРСАТКИЧЛАРИ.....	18
4. Бобоев Аскар Ибодуллаевич ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДОШКОЛЬНИКОВ.....	22
5. Джураев Миржалол Дехконович, Кулиев Азиз Абдумажидович, Орипова Озода Олимовна, Меликулов Аслиддин Хамрокулович СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....	25
6. Ш.Зуфарова, К. Исмоилова, Ш.Холматова ВАЖНОСТЬ ВИТАМИНА Д ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	26
7. Джураев Миржалол Дехконович, Кулиев Азиз Абдумажидович, Орипова Озода Олимовна, Меликулов Аслиддин Хамрокулович НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА.....	28
8. Джураев Миржалол Дехконович, Кулиев Азиз Абдумажидович, Меликулов Аслиддин Хамрокулович, Шомуродов Илхом Исмоилович РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ОСЛОЖНЕННЫМ СВИЩЕМ.....	29
9. Мирсаидова У.А., Халимова З.Ю. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АКТГ-ЗАВИСИМЫМ СИНДРОМОМ КУШИНГА.....	30
10. Джураев Миржалол Дехконович, Кулиев Азиз Абдумажидович, Орипова Озода Олимовна, Меликулов Аслиддин Хамрокулович РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗИРОВАННОГО РАКА ЖЕЛУДКА В ПЕЧЕНИ.....	32
11. Ш.Зуфарова, Ш.Холматова КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ.....	33
12. Джураев Миржалол Дехконович, Кулиев Азиз Абдумажидович, Меликулов Аслиддин Хамрокулович, Шомуродов Илхом Исмоилович ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПИЩЕВОДА ОСЛОЖНЕННЫМ СТЕНОЗОМ III-IV СТЕПЕНИ.....	35
13. Раъно Рахимовна Бобоева, Анвар Ахмадович Мавлонов ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ РУТАНА.....	36
14. Джураев Миржалол Дехконович, Кулиев Азиз Абдумажидович, Орипова Озода Олимовна, Меликулов Аслиддин Хамрокулович ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.....	38

15. Жуманазаров С.Б СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭРИТРОПОЕТИНА И ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА У БОЛНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.	39
16. Захидова К.Ш., Муминова Н.Х. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ФЕРТИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.....	41
17. Исмаев Ф. А., Хасанова Л. Э. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ	42
18. Urunbayeva Dilorom Anvarovna, Murodova Hurriyat Baxodirovna “2-TIP DIABET BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA DISTAL DIABETIK POLINEYROPATIYANING RIVOJLANISHIDA B12 VA D VITAMINLARINING AXAMIYATINI O‘RGANISH”	43
19. Сайфутдинова С.Р. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЕЙ.....	44
20. Алиева Назокат Мураджановна, Якупов Искандар Тахирович ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ ВОЗНИКАЮЩИХСЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	45
21. Azizova Noila Mirali qizi TURLI QON GURUHLARIDAGI ODAMLAR ERITROSITLARINING METOBOLIK VA FUNSIONAL HOLATI	47
22. Kenjaeva Charos Baxtiyorovna HELMINTHIASIS.....	50
23. Sodikova Nigora G‘ayratovna, Jarkinova Shohsanam Abdurashidovna QANDLI DIABET 2 TIP BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA VILDAGLIPTIN PREPARATINING EFFEKTIVLIGI VA XAVFSIZLIGI	52
24. Юлдашева С.З., Аскарова Ж.А., Кучкарова Д.А ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИНСЕМИНАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОЙ МЕТОДИКИ ВЫДЕЛЕНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ	54
25. Закирова Ф. Н., Садыкова Г. К. КОГНИТИВНО- ВОЗРАСТНАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АУТИЗМОМ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ.....	56
26. Zakhidova K.Sh. MANIFESTATIONS OF POLYCYSTIC OVARY SINGROME AT REPRODUCTIVE AGE.....	61
27. Ismoilova Umeda Ixomovna, Djamaldinova Shaxlo Obloberdiyevna BIOMEDITSINA VA AMALIYOT SOHASIDAGI ILMIY IZLANISHLAR.....	62
28. Каримова Ф.Д., Умаров А.С., Жураев Н.Б., РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОШИБОК ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ	64
29. Сергей Валерьевич Сим ОБЗОР НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ В КАРДИОХИРУРГИИ.....	68
30. Сүпижанова Саломат Жололдиновна, Ғойипов Азизбек Рахматиллаўгли ТИББИЁТ СОҲАСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШДА ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАРНИ АМАЛИЁТГА ЖОРИЙ ЭТИШНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ.	70
31. Тилавова Азиза, Джамалдинова Ш.О. МОЯ БУДУЩАЯ КАРЬЕРА ПЕДИАТРА	72
32. Тошқулова Малика Икромовна, Джамалдинова Ш.О. СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН УЧАСТИЕ ФОЛАТОВЫХ КИСЛОТ В ПАТОГЕНЕЗЕ.....	74

33. Холбеков Ахлидин Валижон ўғли, Закирходжаев Рустам Асралович АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ РОГОВИЦЫ	75
34. Алиева Назокат Мураджановна, Якупов Искандар Тахирович СОВРЕМЕННЫЕ ПОНЯТИЯ ЭЛАЙНЕРОВ. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ЭЛАЙНЕРАМИ.	79
35. Таджибаева М.Р., Мухамеджанова Н.И БЕМОРЛАРДАН ОЛИНГАН КАПИЛЛЯР ВА ВЕНОЗ ҚОН НАМУНАЛАРИДА ГЕМАТОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ МИҚДОРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ	81
36. Таджибаева М.Р., Курбонова З.Ч., Мухамеджанова Н.И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	83
37. Разокова Ш.Р, Мухамеджанова Н.И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	84
38. Магистр Ахмадова Г. К., Садикова Н. Г НОРЕГУЛЯР МЕНСТРУАЦИЯЛИ КИЗЛАРДА ТИРЕОИД СТАТУС ВА ТАНА ВАЗНИ ИНДЕКСИ БОҒЛИҚЛИГИ.	86
39. Камалова Малика Ильхомовна, Курбанова Зарина Хасановна, Сафаров Сарвар Азаматович, Бурхонов Акбар Шухратович МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАННЕЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	87
40. Муродова Д.С., Кариев Ш.М., Хазраткулов Р.Б НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ГЛИОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА.	88



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ ҲОМИЛАДОРЛАРДА БАРВАҚТ ТУҒРУҚНИНГ КЎП УЧРАЙДИГАН ХАВФ ОМИЛЛАРИ.

*Т.ф.д. доц.: Рузиева Н.Х. , Магистрант: Эргашова М.Ш.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон
Телефон: +998998512819
mahbuba1892@e-mail.ru*

Аннотация: Муддатдан олдинги туғруқ тиббий-ижтимоий жиҳатдан катта аҳамиятга эга бўлиб, перинатал паталогияларнинг юқори кўрсаткичига сабабдир. Шу билан бирга Муддатдан олдинги туғруқ постнатал ривожланиш муаммоларига олиб келади.

Калит сўзлар: Ҳомиладорлик, муддатдан олдинги туғруқ, хавф омиллар.

Тадқиқот мақсади: Муддатдан олдинги туғруқ хавф омилларини аниқлаш учун ретроспектив анализ ўтказиш.

Мавзунинг долзарблиги: Бир қанча адабиётлар бўйича ҳозирги кунда муддатдан олдинги туғруқ дунё бўйича кенг тарқалган бўлиб, ўртача 5-11% ни ташкил қилади [2,3,9,11.]. Муддатдан олдинги туғруқ ва унинг оқибатида келиб чиқадиган асоратлар перинатал ўлимнинг асосий сабаби, бундан ташқари чала туғилган болалар орасида касалланиш ва ногиронлик кўп учрайди [1]. Мазкур ҳомиладорликнинг кечиши, зарарли одатлар, соматик касалликлар, асоратланган акушерлик анамнези, ижтимоий-иқтисодий омиллар, касби, ҳомиладорнинг ёши муддатдан олдинги туғруқ келиб чиқишида она томонидан асосий хавф омиллари ҳисобланади [1,2,5,6.]. Муддатдан олдинги туғруқлар содир бўлган ҳомиладорларда ҳар учинчи ҳолат жинсий аъзолар яллиғланиши, сийдик йўллари инфекцияси, ўз-ўзидан ҳомила тушиши ёки анамнезида артифициал абортлар бўлган аёлларда кузатилади [7, 10, 13, 14.]. Муддатдан олдинги туғруқ муаммоси синдром сифатида қаралади ва унинг ривожланишида инфекция ёки яллиғланиш, бачадон ва йўлдошда қон оқимининг пасайиши, йўлдошга қон қуйилиши, бачадоннинг ҳаддан ташқари чўзилиши, стресс ва иммун ҳолат бузилиши билан боғлиқ турли механизмлар иштирок этади [12.]. Сўнги йилларда олимларнинг ушбу муаммога жиддий эътибор қаратишига қарамай муддатдан олдинги туғруқ частотаси юқори даражада сақланиб қолган ва долзарблигини йўқотмаган [4.].

Текширув материаллари ва усуллари. И. Иргашов номидаги шаҳар клиник шифохонаси архивидан 2015-2018 йй оралиғида 130 та аёлларнинг туғруқлар баённомаси таҳлил қилинди шулардан , 100та муддатдан олдинги туғруқ (асосий гуруҳ), 30 та муддатдаги туғруқ (назорат гуруҳи) кузатилган аёллар. Мезонлар: Анамнезида 1 ва ундан ортиқ абортлар ва ҳомиладорликнинг 22-36 ҳафтасида туғруқ, кузатилган аёллар.

Истисно мезонлар: 22 ҳафтадан кичик ҳомиладорлик , бачадон анамалиялари, бачадон ўсмалари, индукцияланган туғруқ (антинатал ўлим, ривожланиш нуқсонлари), ицмик-цервикал етишмовчилик, кўп ҳомилалик, оғир соматик касалликлар, ҳомиланинг нотўғри жойлашиши (кўндаланг), қўғаноқ парданинг туғруқдан олдин ёрилиши, экстракорпарал уруғланишдан кейинги ҳомиладорлик.

Текширув натижалари: Ретроспектив таҳлил шуни кўрсатдики асосий ва назорат гуруҳларидаги аёлларнинг ёши тубдан фарқ қилмаган $27,6 \pm 0.56$ ($p > 0,05$). Ижтимоий ҳолатига кўра асосий гуруҳда ишчи ходимлар юқори фоизни ташкил қилди (63%), ва бу назорат гуруҳига нисбатан 4,7 баравар кўп. ($p < 0,05$). Назорат гуруҳининг асосий қисми уй



бекаларидан (83,3%) иборат ($p < 0,05$). Оилавий ҳолатини баҳолаганимизда асосий гуруҳда 22 та аёлда никоҳ қайд қилинмаган (шулардан 14% 1 никоҳ, 8% никоҳ), назорат гуруҳида 3.3% аёлларда никоҳ қайд қилинмаган ($p < 0,001$). Биринчи никоҳда назорат гуруҳидаги аёлларнинг 96,7% рўйхатга олинган, ($p < 0,001$). Туғруқлар сони бўйича назорат гуруҳида биринчи ва қайта туғувчи аёллар дейарли 1 хил нисбатда, асосий гуруҳда эса қайта туғувчилар биринчи туғувчиларга нисбатан 3.5 барабар кўп. Мудатдан олдинги туғруқ асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 5.6 марта кўп ($p < 0,05$). Акушерлик анамнези бўйича муддатдан олдинги туғруқ бўлган ҳомиладор аёлларда ўз ўзидан ҳомила тушиши (36,0%) ва ривожланмаган ҳомиладорлик (25,0%), гипертензив бузилишлар (44,0%), анамнезида муддатдан олдинги туғруқ (47,0%), оператив туғруқ (70,0%). Бу кўрсаткичлар назорат гуруҳига нисбатан 3,8 юқори ($p < 0,05$). Туғилиш натижалари таҳлил қилинганда асосий гуруҳда – 59,0% аёлларда оператив туғруқ бўлган ва бу назорат гуруҳига нисбатан, 2,6 марта кўп ($P < 0,001$). Муддатдан олдинги жуда эрта туғруқ 22-28 ҳафтада аёлларнинг 6,0% да, 29-32 ҳафтада 35,0% и ва 33-36 ҳафтада 59,0% да содир бўлган. Эрта туғилган чакалоқлар орасида 36,0% перинатал ўлим бўлган. 62,0% чакалоқлар 2 этап парваришига ўтказилган.

Хулоса: Ретроспектив текширув натижасида муддатдан олдинги туғруқ хавф гуруҳлари аниқланди. Уларга: Ҳомиладорнинг касби, қайта туғруқлар шу жумладан абортлар, анамнезида муддатдан олдинги туғруқ мавжудлиги, ҳомиладорлиқнинг 1 ва 2 уч ойлигида муддатдан олдинги туғруқ хавфи, асосий хавф омиллари эканлигини кўрсатди. Шу хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда хавф гуруҳига кирувчи аёлларни қайта ҳомиладорликка тайёрлаш олдимизда турган муҳим вазифалардан бири ҳисобланади.

Адабиётлар.

1. Вереина Н.К. Роль заболеваний внутренних органов, факторов тромботического риска и состояния гемостаза в развитии осложнений беременности, ассоциированных с тромбофилией : автореф. дис.. д-ра мед. наук. - Челябинск, 2012. - 46 с.
2. Ляличкина Н.А. Причинные факторы преждевременных родов (новый взгляд на проблему) / Н.А. Ляличкина, Л.П. Пешев, Г.В. Фоминова // Фундаментальные исследования. - 2015. - №1-2. - С. 294-297.
3. Пекарев О.Г. Проблема XXI века: преждевременные роды / О.Г. Пекарев, Н.В. Оноприенко, П.Ю. Штуккина, Н.В. Стариков Н.В. и др. // Медицина и образование в Сибири. - 2013. - № 4. - С. 39.
4. Профилактика невынашивания и преждевременных родов в современном мире. Резолюция Экспертного совета в рамках 16 -го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека (Берлин, 18-21 март 2015 г.). Информационное письмо. – Москва :StatusPraesens, 2015. – 4 с.
5. Ходжаева З.С. Клинико-анамнестические особенности женщин с идиопатическими преждевременными родами на примере славянской популяции / З.С. Ходжаева, О.И. Федотовская, А.Е. Донников // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 3. - С. 28-32.
6. Чулков В.С. Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин с избыточной массой тела и ожирением / В.С. Чулков, Н.К. Вереина, С.П. Сеницын // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. - № 10 (2). – С. 29-32.]. Каждый третий случай преждевременных родов происходит у первобеременных, у которых к факторам риска следует отнести ранее перенесенные аборт или самопроизвольные выкидыши, инфекцию мочевыводящих путей, воспалительные заболевания гениталий [
7. Шалина Р.И., Курцер М.А., Плеханова Е.Р. и др. Несвоевременное излитие околоплодных вод: активная и выжидательная тактика ведения преждевременных родов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006. Т. 5, № 1. С. 27–32.
8. Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth /WHO. – 2014. – 123 p. 6 million neonatal deaths – what is progressing and what is not? /J.E. Lawn [et al.] //Seminars in Perinatology. – 2010. – V.34, N 6. – P. 371386.



9. Goldenberg R.L. Epidemiology and causes of preterm birth / R.L. Goldenberg, J.F. Culhane, J.D. Iams, R. Romero // *Lancet*. – 2008. - Vol. 371. –. 75–84. P
10. Monaghan S., Little R., Hulchiy O. et al. Preterm birth in two urban areas of Ukraine // *Obstet. Gynecol.* 2000. Vol. 95. P. 752–755.
11. Morin M. Preterm birth: evolution 1994 to 2006 / M. Morin, C. Arnaud, L. Germany, C. Vayssiere // *Gynecol. Obstet. Fertil.* – 2012. – Vol. 40 (12). – P. 746–752.
12. Preterm labor: One syndrome, many causes /R. Romero [et al.] // *Science*. – 2014. – V. 345, N 6198. – P. 760764
13. Ramsey P.S., Lieman J.M., Brumfield C.G. et al. Chorioamnionitis increases neonatal morbidity in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes // *Am. J. Obstet. ecol.* 2005. Vol. 192 (4). P. 1162–1166.
14. Wolf H., Schaap A.H.P., Bruinse H.W. et al. Vaginal delivery compared with caesarean section in early preterm breech delivery: a comparison of long term outcome // *Br. J. Obstet. aecol.* 1999. Vol. 106. P. 486–491.]



СРЕДНЕСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПУТЕМ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО РЕЛИЗА ЛАТЕРАЛЬНОГО РЕТИНАКУЛЮМА

*С.Р.Назаров, Ё.Б.Гулямов, М.Ю.Каримов.
Ташкентская Медицинская Академия,
Республика Узбекистан nsash90@list.ru
nsardor@yahoo.com*

Аннотация Ключевые слова: артроскопия, пателлофemorальный синдром, латеральный релиз ретинакулюма, коленный сустав.

Цель. Улучшить результаты лечения и оптимизировать тактику ведения пациентов с пателлофemorальным синдромом.

Материалы и методы. Проведен ретро-, проспективный анализ результатов лечения 125 пациентов с диагнозом «пателлофemorальный артроз, пателлофemorальный болевой синдром» с июня 2018 года по август 2020 года на базе Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Из них 35 мужчин и 90 женщин. Всем пациентам была проведена операция – артроскопический релиз латерального ретинакулюма. Для оценки эффективности результатов лечения и состояния пателлофemorального сустава были применены шкала Кужала, Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).

Результаты. Средний срок наблюдения составил 22 ± 8 месяцев. У 90,47% пациентов ($n=113$) снизился уровень боли в переднем отделе коленного сустава и у 95,23% пациентов ($n=119$) улучшилась функциональная характеристика по шкале Кужала и ВАШ. Тем не менее, у 7,14% пациентов развилась послеоперационная гематома. Инфекция области хирургического вмешательства, глубокая инфекция, тромбоз глубоких вен конечности и другие осложнения отсутствовали в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Заключение. Артроскопический релиз латерального ретинакулюма при лечении пателлофemorального синдрома с повышенным латеральным давлением в передней области коленного сустава может эффективно улучшить функциональные результаты и снизить болевой синдром. Все же остается открытым вопрос о доступности артроскопического оборудования в региональных больницах, а также необходима более объемная выборка пациентов с группой сравнения для дальнейшего усовершенствования и анализа данного метода.

Введение

Пателлофemorальный артрит является довольно распространенным заболеванием, и он приобретает все больший интерес с увеличением числа исследований из-за его разнообразных методов лечения. Пателлофemorальный артрит имеет широкий спектр вариантов лечения в зависимости от особенностей отдельных заболеваний. В настоящее время благодаря современным технологиям качество лечения больных с пателлофemorальным остеоартрозом, таким как артроскопический метод, является одним из наиболее используемых по сравнению с традиционными подходами. Определение того, является ли пателлофemorальный артрит основной причиной боли в колене и является ли он компартмент-артритом, необходимо для установления адекватного метода лечения. В результате изучения литературы были изучены вопросы современных знаний о феморопателлярном артрите, диагностике и лечении которого проводилось исследование. Однокомпонентный артрит коленного сустава обычно относится не только к тибеофemorальному артриту, но и к нарушениям надколенника и хряща. В частности, изолированный пателлофemorальный артрит является относительно распространенным заболеванием, для которого проводится все больше исследований относительно методов его лечения. Пателлофemorальный артрит возникает из-за потери хряща надколенника и вертлужной впадины примерно у половины пациентов с диагнозом дегенеративный артрит коленного сустава. Изолированный пателлофemorальный артрит не является редкостью, и рентгенологические признаки деформации могут наблюдаться у 17,1-34% пациенток женского пола и 18,5-19% пациентов мужского пола в возрасте ≥ 55 или ≥ 60 лет по некоторым исследованиям^{1, 2}). Noble and Hamblen²) сообщили о пателлофemorальном остеоартрозе у 79% из 100 трупов в возрасте



≥65 лет. Несмотря на свою распространенность, лечение этого болезненного расстройства является сложной задачей из-за разнообразия причин этого расстройства и отсутствия знаний о регенерации суставов. Сообщалось, что вальгусное выравнивание колена ускоряет латеральный пателлофemorальный артрит и дисплазию надколенника или вертела, мальротацию большеберцовой кости. Направление или сила четырехглавой мышцы бедра также могут влиять на прогрессирование этого заболевания. Известно, что пателлофemorальный артрит, распространенная причина передней боли в колене, рефрактерен к лечению. Это можно объяснить сложностью структуры пателлофemorального сустава и недостаточным признанием биомеханики сустава. В этой статье я буду обсуждать диагностику и варианты лечения пателлофemorального артрита на основе последних исследований биомеханики пателлофemorального сустава и нарушений, связанных с пателлофemorальным артритом. В настоящее время распространенность передней боли в колене во всей популяции достигает 8,5–17,0%, но у женщин она явно выше, чем у мужчин.

Материал и методы

Это исследование было проспективным. Авторы выполнили артроскопическую ЛПРР и ПФБС ОСМ или ТСМ в сочетании с санацией суставов у 125 пациентов ЛПРР и ПФБС с июня 2018 года по август 2020 года (Рис. 1). Метод простой случайной выборки был использован для случайного разделения пациентов на артроскопическую группу ЛПРР и ПФБС ОСМ (OSM group) и группу ТСМ (TSM group). Сборщики данных были слепы к назначению лечения при сборе любого из результатов. Это исследование было одобрено институциональным наблюдательным советом (IRB) больниц авторов, и информированное согласие было получено от всех пациентов.

Критерии включения были следующими: 1 симптомы передней боли в колене в одностороннем коленном суставе не были значительно облегчены после 3–6 месяцев стандартизированного нехирургического лечения; 2 предоперационное обследование показало, что ПФБС была затянута; 3 визуализирующее исследование показало наклон надколенника наружу и угол Q был нормальным. Критерии исключения были следующими: 1 пациент имел в анамнезе вывих или подвывих надколенника, или чрезмерный угол Q ($> 20^\circ$); 2 Тяжелый пателлофemorальный артрит подходил только для ЛПРР; 3 других заболевания не подходили для хирургического лечения. В группу ТСМ были включены шестьдесят шесть пациентов (23 мужчины и 43 женщины) в возрасте от 16 до 65 лет со средним возрастом 48,3 года. Тридцать два случая были в левых коленях и 34 случая в правых коленях. Анамнез заболевания составлял 6–29 месяцев, в среднем 18,5 месяца. Тридцать случаев имели травматическую историю. Артроскопическое повреждение суставного хряща оценивали по классификации Аутербриджа [11]. Степень I–II была в 51 случае, степень III – в 10 случаях и степень IV – в 5 случаях. В двадцати одном случае наблюдалось повреждение мениска, в 10 случаях – гиперплазия синовиальной складки и в 8 случаях – свободное тело (табл. 1). Пятьдесят девять пациентов были включены в группу ОСМ, в том числе 18 мужчин и 41 женщина. Этот возраст колебался от 17 до 66 лет, при среднем возрасте 49,2 года. Двадцать восемь случаев были в левом колене и 31 случай в правом колене. Анамнез заболевания составлял 7–29 месяцев, в среднем 19,1 месяца. Двадцать семь случаев имели травматическую историю. Outbridge классификации распределились следующим образом: I степень – II был в 45 колена, раздел III, 8 колена, и IV 6 колена. В двадцати случаях имела травма мениска, в 8 случаях – гиперплазия синовиальной складки и в 8 случаях – свободное тело.

Хирургические приемы

Больные укладывались навзничь, а жгут завязывался у основания бедра. Пораженная конечность свисала у постели больного или в конце кровати после непрерывной эпидуральной анестезии. Обычный портал переднебоковой (Аль), переднемедиальной (АМ), портал superolateral (SL) и superomedial портал (см) были использованы для проведения операции. АЛ-подход применялся для комплексного обследования полости сустава, а затем применялся для проведения пателлопластики дегенерированной суставной поверхности, очистки гипертрофированной воспалительной синовиальной ткани и синовиальной складки пателлофemorального сустава, обрезки разорванного мениска и удаления свободного тела и нестабильных фрагментов хряща. Взаимосвязь между надколенником и латеральным мышечком бедренной кости и хрящевыми изменениями суставной поверхности



латеральной надколенницы наблюдали при сгибании и разгибании коленного сустава для определения локализации и протяженности ЛППР. Группа ТСМ вводила высвобождающий нож через АЛ-подход, а ам или СМ-подход под артроскопией использовали для наблюдения за процессом разреза синовиальной оболочки, суставной капсулы и ЛППР послойно на расстоянии 1 см от наружного и верхнего края надколенника. LPRR была разрезана в продольном направлении от проксимального конца к дистальному концу. Поверхностную фасцию рассекали до подкожной клетчатки, пока коленная чашечка не возвращалась в нормальное положение. Удовлетворительное высвобождение должно позволить коленной чашечке двигаться более чем на 12 мм внутрь и наклонять коленную чашечку на 90 градусов. Диапазон высвобождения обычно включает неглубокий и глубокий слой ЛППР и частичную фиброзную капсулу сустава, часть латеральных мышц бедра и частичную структуру точки прикрепления подвздошно-бедренной кости. Чтобы предотвратить послеоперационное кровотечение, была использована специальная газификационная абляционная электрокоагуляция для разрезания и остановки кровотечения. Хирург промывает полость сустава, прижимает боковой край надколенника небольшим кусочком марли, а затем прижимает эластичный бинт, чтобы немного сместить медиальную сторону надколенника. В группе OSM поверхность ЛППР была тупо разделена через SL и AL подходы, чтобы сформировать полость для артроскопической операции на поверхности ЛППР. Электрическая горелка использовалась для удаления ЛППР, частичных фиброзных капсул суставов, частичных латеральных мышц бедра и частичной структуры точки прикрепления подвздошно-подвздошной кости. Синовиальная оболочка была сохранена. Диапазон высвобождения простирается до бугристости большеберцовой кости и до сухожильного соединения латеральной бедренной кости и прямой мышцы бедра. Дренажная трубка была помещена в точку выхода, и не было никакой необходимости помещать дренаж в полость сустава.

Послеоперационное ведение

Дренажная трубка была удалена через 24-48 ч после операции. Силовая тренировка четырехглавой мышцы, тренировка медиального толчка надколенника и прогрессивная тренировка активности коленного сустава были начаты под опорной защитой через 48 ч после операции. Активность коленного сустава контролировалась в пределах 0-90 градусов в течение 2 недель после операции. Активность коленного сустава увеличилась до 0-120 градусов в течение 3-4 недель. Через 4 недели начиналась комплексная тренировка активности и мышечной силы, а нормальная активность возобновлялась после полного восстановления диапазона движений и мышечной силы.

Оценка клинического лечебного эффекта

Каждый пациент наблюдался по телефону или амбулаторно каждый месяц после операции и каждые 3 месяца через 3 месяца после операции. Для оценки эффективности использовали балл Lyshohn (отлично: более 90 баллов, хорошо: 80-90 баллов, лучше: 70-79 баллов, плохо: менее 70 баллов), медиальный сдвиг надколенника, балл Kujala, VAS и хирургические осложнения [6, 12-15].

Статистический анализ

Все статистические анализы проводились с использованием статистического программного обеспечения SPSS 13.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Данные измерений были выражены в виде среднего $\pm$ стандартного отклонения, а для статистического анализа использовались t-критерий и парный z-критерий. Частота осложнений анализировалась с помощью хи-квадрата с поправкой Йейтса и точного критерия Фишера. G*программное обеспечение Power 3.1.9.2 (<http://www.gpower.hhu.de/>) был использован для статистического анализа мощности. $P \leq 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты

В группе ТСМ все пациенты наблюдались в течение 1,5– 5 лет, в среднем 3,4 года. Шестьдесят шесть пациентов испытывали боль, поднимаясь и спускаясь по лестнице и присаживаясь на корточки перед операцией. Передняя боль в колене была значительно уменьшена или исчезла у всех пациентов через 1 месяц после операции. Через 1 год после операции 55 (83,3%) пациентов смогли нормально подниматься и спускаться по лестнице, а в 11 случаях наблюдалась боль при подъеме и спуске по лестнице и незначительное ограничение функции. 51 случай передней боли в колене в основном исчез через 1 год после



операции, а 15 случаев были случайными болями. Результаты Lysholm были следующими: 44 случая были превосходными, 12 случаев хорошими, 7 случаев лучше и 3 случая плохими. Эффект только ЛППР в 3 случаях сильно поврежденного суставного хряща был слабым, но боль была в некоторой степени облегчена. Отличный показатель составил 84,8%. У пяти пациентов в послеоперационном периоде развился гемартроз, и симптоматическое лечение, такое как пункция и дренирование, было улучшено. Три случая адгезии суставов были устранены после ручного ослабления. Инфекции, тромбоза глубоких вен и других осложнений не наблюдалось. Баллы по шкале Lysholm составили $77,4 \pm 2,7$ балла до операции и $94,3 \pm 3,4$ балла при последнем наблюдении, причем разница была статистически значимой ($P < 0,05$). Медиальные расстояния проталкивания надколенника составили $0,76 \pm 0,21$ см до операции и $1,25 \pm 0,27$ см при последнем наблюдении ($P < 0,001$). Баллы по шкале Куяла составили $60,4 \pm 8,6$ балла до операции и $84,5 \pm 9,2$ балла при последнем наблюдении ($P < 0,001$). Ваш составил $7,5 \pm 2,5$ до операции и $2,3 \pm 1,3$ при окончательном наблюдении ($P < 0,001$) (табл. 2). Все случаи в группе ОСМ наблюдались в течение 1,5–5 лет со средним сроком наблюдения 3,5 года (Рис. 2). Пятьдесят девять пациентов испытывали боль, поднимаясь и спускаясь по лестнице и присаживаясь на корточки перед операцией. Передняя боль в колене была значительно уменьшена или исчезла у всех пациентов через 1 месяц после операции. В первый год после операции 50 (84,7%) пациентов могли нормально подниматься и спускаться по лестнице, а у 9 пациентов наблюдалась боль при подъеме и спуске по лестнице, и ее функция была слегка ограничена. Пятьдесят случаев передней боли в колене были в основном исчезли через 1 год после операции, и в 9 случаях были случайные боли. Баллы лисхолм были отличные в 43 случаях, в 8 случаях лучше в 6 случаях, в 2 случаях. Эффект только ЛППР в 2 случаях сильно поврежденного суставного хряща был слабым, но боль была ниже, чем раньше. Отличный показатель составил 86,4%. Послеоперационные осложнения, такие как инфекция, Спайка суставов, гематома суставов и тромбоз глубоких вен, не сообщались. Баллы по шкале Lysholm составили $76,7 \pm 2,8$ до операции и $95,4 \pm 3,5$ при последнем наблюдении, причем разница была статистически значимой ($P < 0,05$). Медиальные расстояния проталкивания надколенника составили $0,78 \pm 0,23$ см до операции и $1,28 \pm 0,19$ см при последнем наблюдении ($P < 0,001$). Баллы Kujala составили $60,7 \pm 8,7$ в предоперационном периоде и $84,2 \pm 8,9$ в окончательном наблюдении ($P < 0,001$). Баллы по ваш составили $7,4 \pm 2,4$ балла до операции и $2,1 \pm 1,2$ балла при окончательном наблюдении ($P < 0,001$) (табл. 2). Достоверных различий по шкале Lysholm rating and scoring, медиальному расстоянию проталкивания надколенника, баллу Kujala и Ваш до операции и при последнем наблюдении между группой ОСМ и группой ТСМ не было ($P > 0,05$ соответственно). Однако количество встречаемости суставной гематомы и адгезии было достоверно выше в группе ТСМ, чем в группе ОСМ ($P = 0,024$, табл. 2).

Обсуждение

Все случаи в этом исследовании наблюдались в течение 1,5–5 лет. У всех пациентов наблюдалось значительное уменьшение или исчезновение передней боли в колене через 1 месяц и 1 год после операции. Оценка Lysholm, медиальное расстояние проталкивания надколенника, оценка Kujala и VAS в группе ОСМ и группе ТСМ были значительно улучшены в последнем наблюдении по сравнению с дооперационным периодом ($P < 0,05$). В группе ТСМ у пяти пациентов после операции развился гемартроз, и им были назначены комплексные методы лечения, такие как отдых, локальная компрессионная повязка, ледяной компресс, поднятие пораженной конечности, пункция и дренирование полости сустава, а также гипсовое или бандажное торможение. Все пациенты почувствовали облегчение и вернулись к нормальной жизни. После того, как симптомы были устранены, функциональные упражнения были восстановлены. Три случая адгезии суставов в группе ТСМ и 1 случай в группе ОСМ были купированы после ручного разрыхления. Инфекция, тромбоз глубоких вен и другие осложнения в группе ТСМ не наблюдались. Послеоперационные осложнения, такие как инфекция, гематома сустава и тромбоз глубоких вен, не были зарегистрированы в группе ОСМ. Артроскопическое закрытие ЛППР для лечения ЛПК позволяет эффективно улучшить функцию и симптомы пателлофemorального сустава с преимуществами небольшой травмы, быстрого восстановления и меньшего количества осложнений. Но количество гемартрозов и адгезии суставов было достоверно выше в группе ТСМ, чем в группе ОСМ. При нормальных обстоятельствах спаечные от-



ношения между пателлофemorальным суставом обладают хорошей адаптивностью. Когда нормальное анатомическое выравнивание пателлофemorального сустава было нарушено по различным причинам, мышечная сила вокруг надколенника будет несбалансирована, и ЛПР будет сокращен, что приведет к аномальной траектории надколенника и аномальному контакту поверхности пателлофemorального сустава во время сгибания и разгибания колена. Напряжение в локальной суставной поверхности надколенника будет увеличиваться, а распределение внутреннего и наружного давления будет неравномерным, что приводит к повреждению вторичного суставного хряща [1]. Со временем повреждение хряща будет усугубляться, и возникнет боль в колене, которая перерастет в ЛПК. Артроскопия может непосредственно измерять контактное давление хряща во время операции, чтобы направлять точное высвобождение ЛПР, которое может сбалансировать напряжение внутри и снаружи пателлофemorального сустава, чтобы уменьшить дальнейшую дегенерацию хряща.

В этом исследовании было 30 и 27 случаев травматического анамнеза в группе ТСМ и группе ОСМ соответственно. Таким образом, травма была важной причиной ЛРС. Исследователи впервые предположили, что ЛПР должен быть освобожден от причины этого расстройства, чтобы латерально смещенная коленная чашечка вернулась в свое нормальное положение, а давление между пателлофemorальным суставным хрящом имело тенденцию быть сбалансированным [16]. Метод высвобождения включает в себя три типа: разрез, артроскопический вспомогательный разрез и артроскопическое освобождение закрытия [14, 17]. Первые два способа нужно вскрыть пателлофemorальный сустав, а его рана большая. Хотя он может непосредственно смотреть на место ЛПР, он не может непосредственно смотреть на улучшение отношений между пателлофemorальным суставом во время процесса высвобождения и часто вызывает недостаточное или чрезмерное высвобождение, чтобы повлиять на прогноз.

Закрытый релиз ЛПР при артроскопии мог непосредственно наблюдать изменение положения надколенника, корректировать локализацию и степень релиза, а также не нуждаться в локальном наложении швов [18]. После операции эластичный бинт был наложен и зафиксирован в слегка медиальном смещении надколенника, что может предотвратить образование крови и гемартроз. Кроме того, раннее активное реабилитационное обучение пациентов после ЛПР позволит значительно повысить эффективность и предотвратить послеоперационную релаксацию. Пациенты в группе ТСМ и группе ОСМ наблюдались в среднем в течение 3,4 и 3,5 лет без серьезных осложнений. Положение коленной чашечки было в основном нормальным. 3 и 2 случая соответственно в группе ТСМ и группе ОСМ с сильно поврежденным суставным хрящом работали плохо. Так, пациенты с Аутербридж IV степени надколенника не подходят для самостоятельного лечения ЛПР артроскопической. Fulkerson et al. [19] обнаружили, что ЛПР может эффективно корректировать боковой наклон лепестка с помощью компьютерной томографии до и после операции. В группе ТСМ синовиальная оболочка, капсула сустава и ЛПР были разрезаны под артроскопией из сустава, что привело к частичной потере синовиальной оболочки, что легко вызвало внутрисуставное кровоизлияние и адгезию сустава, влияющие на хирургический эффект. Самой большой особенностью группы ОСМ было сохранение синовиальной оболочки, что может уменьшить кровоизлияние в сустав и послеоперационную адгезию за счет интактной синовиальной оболочки. Таким образом, мы обнаружили, что частота суставных кровоизлияний и спаек суставов была значительно выше в группе ТСМ, чем в группе ОСМ. Преимущества закрытой ЛПР при артроскопии заключаются в следующем: - небольшая травма хороша для быстрого восстановления, реабилитации и функциональных упражнений. Кроме того, артроскопическая санация может быть выполнена под артроскопией, которая может удалить остатки суставного хряща, воспалительные факторы и кристаллы соли кальция, вызывающие боль в коленном суставе, а также удалить отек и дегенерацию суставного хряща, разрыв мениска, гиперпластические синовиальные складки и остеофиты и т. д. для улучшения внутренней среды сустава. - Пателлопластика может быть выполнена одновременно, чтобы уменьшить воздействие между боковой суставной поверхностью пателлофemorального сустава. - Артроскопическая закрытая ЛПР позволяет динамически и интуитивно наблюдать траекторию движения надколенника, контактное давление в пателлофemorальном суставе и степень дегенерации хряща пораженной суставной поверхности. Кроме того, он также может точно определять состояние и дина-



мически наблюдать эффект высвобождения во времени, что полезно для точной работы.

Хирурги должны обратить внимание на следующие моменты во время операции. (1) очевидно, гиперплазия и деформация боковой коленной чашечки следует проводить patelloplasty. (2) остеофит траектории надколенника должен быть удален; (3) гемостаз с помощью артроскопической электрокоагуляции должен быть тщательным, чтобы снизить риск попадания крови в сустав и ускорить послеоперационное восстановление. (4) объем выпуска должен быть тщательным. Большинство ученых рекомендуют начинать с 1-2 см проксимального конца надколенника, по крайней мере, до переднебокового входа. Marumoto и соавт. [20] обнаружили, что retinacula вырезать от нижней трети сухожилия vastus lateralis вниз до бугорка большеберцовой кости. Недостатками данного исследования является малое количество случаев. Кроме того, это не было рандомизированным контролируемым исследованием (РКИ); клиницисты и пациенты не были полностью слепы к групповому назначению. Все эти наблюдения нуждаются в дальнейшем подтверждении в крупномасштабных многоцентровых проспективных рандомизированных контролируемых исследованиях.

Вывод

Артроскопическое закрытие ПФОА для лечения ЛПК позволяет эффективно улучшить функцию и симптомы пателлофemorального сустава с преимуществами небольшой травмы, быстрого восстановления и меньшего количества осложнений. Но количество случаев гемартроза и спаивания суставов в группе ТСМ было достоверно выше, чем в группе ОСМ.

Рекомендации

1. Smith BE, Selfe J, Thacker D, Hendrick P, Bateman M, Moffatt F, Rathleff MS, Smith TO, Logan P. частота и распространенность пателлофemorальной боли: систематический обзор и метаанализ. PLoS One. 2018;13(1):e0190892.
2. Сапер М. Г., Шнейдер Д. А. диагностика и лечение синдрома латеральной компрессии надколенника. Arthrosc Tech. 2014;3(5):e633–8.
3. Rothermich Ma, Главиано НР, Ли Дж, Харт ДМ. Пателлофemorальная боль: эпидемиология, патофизиология и варианты лечения. Клин Спортивный Мед. 2015;34(2):313–27.
4. Болинг М, Падуа Д, Маршалл С, Гускевич К, Пайн С, Бейтлер А. Пол различия в частоте и распространенности пателлофemorального болевого синдрома. Scand J Med Sci Sports. 2010;20(5):725–30.
5. Петерсен III, Эллерман а, Госеле-Коппенбург а, Бест Р, Рембицкий IV, Bruggemann GP, Liebau C. пателлофemorальный болевой синдром. Хирургия Колена Спортивные Травматолог Артроск. 2014;22(10):2264-74.
6. Dixit S, DiFiori JP, Burton M, Mines B. лечение пателлофemorального болевого синдрома. Я-Семейный Врач. 2007;75(2):194–202.
7. Merchant AC, Mercer RL. Боковое высвобождение надколенника. Предварительный доклад. Clin Orthop Relat Res. 1974;103:40-5.
8. Wu T, Tang S, Wang F. лечение синдрома латерального надколенника с помощью артроскопической латеральной пателлопластики: двунаправленное когортное исследование. J Orthop Surg Res. 2017;12(1):173.
9. Ли ч., Ву копия, кладовая, Лу ХТ, Шен УВ. Медиальное продвижение ретинального лоскута и артроскопическое латеральное высвобождение при симптоматическом хроническом латеральном подвывихе надколенника с наклоном. Коленная Хирургия Спортивная Травматология Артроскоп. 2014;22(10):2499–504.
10. Фу ФХ, Мадай мг. Артроскопическое латеральное высвобождение и синдром латеральной компрессии надколенника. Orthop Clin North Am. 1992;23(4):601-12.
11. Слэттери к, Квеон ки. Классификация вкратце: Аутербриджская классификация Хондральных поражений. Clin Orthop Relat Res. 2018;476(10):2101-4.
12. Чжон Ин, Чанг МДЖ, Король СБ Чанг КБ, Юн Си, парк Дж, ли са. Распространенность синдром чрезмерного бокового давления на кандидатов остеоартритом Варус для высокая большеберцовая остеотомия. Колено. 2018;25(6):1192-6.
13. Logan CA, Bhashyam AR, Tisosky AJ, Haber DB, Jorgensen A, Royal, Provencher MT. систематический обзор влияния методов тейпирования на Пателлофemorальный болевой синдром. Спортивное Здоровье. 2017;9(5):456-61.



БОЛАЛАРДА ЮЗ НЕРВИ НЕВРОПАТИЯСИНИ КЛИНИКО- ЭЛЕКТРОМИОГРАФИК КУРСАТКИЧЛАРИ

*Нозима Садриддиновна Асадова
Азиза Тохировна Джурабекова
Гулжахон Холмуминовна Утаганова
Неврология ва нейрохирургия кафедраси,
Самарканд Тиббиет Институтини, Ўзбекистон.
davronovtemurbek0@gmail.com
Телефон: +998933369107*

Аннотация: Замонавий тиббий адабиётларда келтирилган муҳокамаларга болаларда юз нерви невропатиясининг келтириб чиқарувчи омиллар, клинико-неврологик хусусиятлари, кечиш оғирлиги, мураккаб диагностикаси ва В современной медицинской литературе продолжают дискуссии о невропатиях лицевого нерва у детей, факторах заболевания, клинико-неврологических особенностях, тяжести течения, трудностях диагностики и прогноза заболевания. Работа посвящена анализу невропатии лицевого нерва у детей и подростков в зависимости от клинических форм заболевания, с использованием электро-нейросимпатических показателей, латентного периода, мигательного рефлекса и характер поражения лицевого нерва сопровождающиеся болевым синдромом.

Ключевые слова: дети, подростки, невропатия лицевого нерва, клиника, диагностика.

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

*Нозима Садриддиновна АСАДОВА
Азиза Тохировна ДЖУРАБЕКОВА
Гулжахон Холмуминовна УТАГАНОВА
Кафедра неврологии и нейрохирургии,
Самаркандский Медицинский Институт, Ўзбекистон.
davronovtemurbek0@gmail.com
Телефон: +998933369107*

Аннотация: В современной медицинской литературе продолжают дискуссии о невропатиях лицевого нерва у детей, факторах заболевания, клинико-неврологических особенностях, тяжести течения, трудностях диагностики и прогноза заболевания. Работа посвящена анализу невропатии лицевого нерва у детей и подростков в зависимости от клинических форм заболевания, с использованием электро-нейросимпатических показателей, латентного периода, мигательного рефлекса и характер поражения лицевого нерва сопровождающиеся болевым синдромом.

Ключевые слова: дети, подростки, невропатия лицевого нерва, клиника, диагностика.

CLINICAL AND ELECTROMYOGRAPHIC PREDICTION OF FACIAL NERVE NEUROPATHY IN CHILDREN

*Nozima Sadriddinovna Asadova
Aziza Tohirovna DJURABEKOVA
Guljakhon Kholmuminovna UTAGANOVA
Department of Neurology and Neurosurgery,
Samarkand Medical Institute, Uzbekistan.
davronovtemurbek0@gmail.com
Телефон: +998933369107*

Abstract: In the modern medical literature, discussions continue about neuropathies of the facial nerve in children, disease factors, clinical and neurological features, the severity of the course, the difficulties of diagnosis and prognosis of the disease. The work is devoted to the



analysis of the neuropathy of the facial nerve in children and adolescents, depending on the clinical forms of the disease, using electroneurosympathetic indicators, the latency period, the blinking reflex and the nature of the lesion of the facial nerve accompanied by pain syndrome.

Key words: children, adolescents, neuropathy of the facial nerve, clinic, diagnosis.

Невропатиялар клиник неврологиянинг муҳим муаммоларидан бўлиб, уларнинг ичида моновневропатиялар энг кўп учрайдигани юз нерви невропатиясидир. Ушбу касаллик борасида, олиб борилган қўлаб илмий тадқиқотларга биноан, касалликнинг этиологияси борасида, французлар касалликни вирусли этиологияли, в Японияда отоген келиб чиқишга эга деган фикрни илгари суришган.

Юз нервнинг бирламчи зарарланиши- идиопатик невропатия бўлиб, касалликнинг ривожланиш механизми бўйича ягона фикр билдирилмаган. Катталарда касаллик кўп айланишининг бузилиши билан, болаларда эса аутоиммун жараёнларга етарлича эътибор қаратилади. [4,9].

Болалар уртасида касалликнинг қайталаниши, асоратлари, оқибатлари борасида ҳам қўлаб баҳс-мунозаралар мавжуд. Касалликнинг рецидивланувчи кечиши локал ангионевротик юз шиши – Мелькерссон-Розенталя синдроми юзага келади. рецидивланувчи кечишида яллигланиш факторлари ва ирсий мойиллик-анатомик суяк каналининг тор бўлиши муҳим омил ҳисобланади. [1,6,14].

Касалликнинг патогенезида Луче-де-Векс патогенез лимфогенная теория ҳам назарда тутилади. Адабиётларда келтирилишича, касалликнинг асоратлари, юз мимик мушаклари асоратлари контрактура еки синкинезиялар 1-2 % ҳолларда учрайди, усмир кизларда гормонал узгаришлар туфайли келиб чиқадиган хусусият ҳам ахамиятлидир, жинсий безлар гормонлари пролиферация жараёнини оширади. Баъзан биринчи ҳомиладорликда ҳам невропатиянинг қайталаниш эҳтимоли назарда тутилган.

Юз нерви невропатияси диагностикасида замонавий текширувлардан электронейромиография (ЭНМГ) муҳим бўлиб ҳисобланади. Мушаклар активлигини регистратсия қилиш мобайнида, нерв зарарланиш соҳасини топик диагностика қилиш, касалликнинг кечиши, даври, оғирлик ҳолати ва динамикада даволаниш самарадорлигини курсатади. ЭНМГ дан натижаларидан фойдаланиб, мотор еки сенсор бузилишлар тугрисида фикр юритилади

Олинган ҳулосалар асосида этиологик омил тугрисида фикр юритилади. (яллигланиш еки модда алмашинувининг бузилиши). Юз мимик мушаклари да ҳаракат қўзғалишлари нерв утқазувчанлиги, М- жавобнинг миелинизацияланган нерв толалари бўйлаб утқазилишини аниқлайди. [2,8,11].

Цель. Юз нерви невропатияси билан беморларда ЭНМГ қўлланилишининг натижалари ва имкониятларидан фойдаланиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. 38 та бемор идиопатик юз нерви невропатияси билан, 2018-2020 йилларда, СамМИ 1- клиникаси болалар неврологияси бўлимида етиб даволанишган. Угил болалар 18 та (47,36%) киз болалар 20 та (52,63%) 6 ешдан катта 17 ешгачани ташкил қилади.

Тадқиқот учун 6 ешгача бўлган болалар олинмади, (электронейромиографияни утқазуш имкони мураккаблиги учун);

Касаллик белгилари сезилгач, мурожаат қилиш вақти бўйича, 5 кун ичида 22 та бемор – (57,89%) 10 кундан сўнг, (26,31%), 20 кундан сўнг, амбулатор даво олгач, 6 та бемор - (15,78%).

Юз нерви парези оғирлик даражасини баҳолаш Roscer шкаласи бўйича утқазилади (0-, I-енгил, II-нисбатан енгил, III-оғир, IV-парез ута оғир).

Барча қўзғатувдаги беморларга клинко-неврологик текширув анамнез, беморларнинг шикоятлари (оғрик, қўзғатув еки оқиши, эшитиш узгариши), парезнинг характери, локализацияси, ҳаракат ва сезги бузилишларини аниқлаш ва бошқа неврологик зарарланиш белгилари аниқланди. [5,10,12].

Беморларга ЭНМГ динамикада, стационарга келган вақтда, ҳамда даволаниш тугагач, электромиограф «МБН-нейромиовок»(Россия)да текширув утқазилди. Стандарт усулда мимик мушаклар, парездан қарама қарши томонга тери электродлари қўйилди. Для изучения М-волны раздражение наносилось максимальное, а исследование экстероцен-



тивную супрессию (ЭС) раздражение было пороговым. Статистиг тахлил индивидуал компьютерда олиб борилган [3,7,13].

Результаты исследования. СамМИ клиникаси, болалар неврология булимида текширилган ва кузатилган юз нерви невропатияси билан 38 та бемор, ҳамда 20 та еш ва жинси буйича тугри танланган назорат гурухи танлаб олинди. Асосий ва назорат гурухи стандарт клиничко-неврологик текширувдан анамнез, эпидемиологик анамнезни ҳисобга олган ҳолда утказилди, таххис МКБ-10 буйича олиб борилди. 38 та бемордан 18 тасида (47,36 %) парез унгдан, 20 тасида эса (52,64%) чап томонлама парез кузатилди. Барча ҳолатларда юз нервнинг идиопатик невропатияси аникланди, анамнездан купгина беморларда парез шаклланмасдан олдин респиратор яллигланиш белгилари аникланди.

Асосий гуруҳда парез даражаси турлича, I даража кузатилмади, II даража 3-та беморда (7,89%), III даража – энг куп фоиз беморларда кузатилди – 27 (71,05%) IV даража мимик мушаклар плегияси – 8 та (21,05 %) беморда кузатилди.

Катта (усмирлар) гуруҳдаги беморлар уртасида 14 та – (36,84%), тилда таъм билишнинг узига хос хусусиятлари аникланди. 14 тадан – 4 та беморда (28,57%) таъм билиш пасайиши; куз еш оқиши у 2-та беморда (14,28%) ; сулак оқиши 3-та (21,42%) да, булиб, n.pertrosus majorнинг юкори қисми зарарланганлигини курсатади Гирепакузия 7 та беморда (18,42%) , n.stapedius. ажралмасдан олдин кузатилади, Яна бир муҳим синдром огрик синдроми булиб, 6 та беморда (15,78 %) парез юзага келмасдан олдин, яккол огриклар кулок ортига иррадиацияланган. 10 та беморда (26,31%) огрикдан ташқари, сезги бузилишлари юздаги турли нохуш сезгилар билан намоен булган.

Барча асосий ва назорат гуруҳидаги беморларга ЭНМГбуйича утказилган. дастлаб мурожаат қилишганда, динамикада зараурат тугилганда утказилган. Солиштирувчи формула ердамида фалажланган ва соғлом томондаги мушакларда парезнинг даражаси аникланди.

Юз нервни стимуллаш буйича М-жавоб барча беморларда, лекин соғлом томонга нисбатан 0,4 дан 0,8 мВ га фарк қилди. , назорат гуруҳида бу курсаткич 2 дан 2,5 мВни ташқил қилди. М – жавоб давомийлиги буйича урганилганда, Подтверждались данные и по длительным М-ответа (на основании литературных источников), давомийлиги 9 мсга, соғлом болаларда 77 мсга ортди. Ушбу натижалар нервнинг демиелинизацияси еки нерв толалари нотекис миелинизацияланганлигидан дарак беради. Кузни пирпиратиш рефлекси текширилганда зарарланган томонда ушбу рефлекснинг блокировкаси, 13 та (34,21%) болаларда аникланди Ушбу рефлекснинг биринчи ва иккинчи компоненти тугрисида фикр юритганда, биринчи компонент натижаси- нервнинг рефлексор активлигига боглик. Давомийлигининг камайиши . патологик жараен тугрисида билдиради. Асосий гуруҳда давомийлигининг камайиши, иринчи компонент 5 мс, соғлом болаларда 9 мс, латент даври эса парез билан болаларда 12 мс, назорат гуруҳида 9 мсни ташқил қилади. Рефлекснинг иккинчи компоненти тугрисида фикр юритилганда, асосий гуруҳда 40 мс, назорат гуруҳида эса - 42 мс, латентт давр асосий гуруҳда 32 мс, назорат гуруҳида 31 мсни ташқил қилди. . Экстероцептив супрессии тахлил қилинганда, латентт даврнинг пасайиши соғлом болалар гуруҳига нисбатан, 11 мс, назорат гуруҳида бу курсаткич 14 мсни ташқил қилди. .

Хулоса: Шундай қилиб, болалар ва усмирла уртасида юз нерви невропатиясининг идиопатик шакли етакчи уринни эгаллайди. Парез огирлик даражаси буйича, III даражаси кузатилиб, огрик синдроми билан бирга кечади. Электронеуромиография натижаларига кура, латент давр оралиги, М-жавоб давомийлиги аномал миелопатияларга, баъзи ҳолларда эса, экстероцептив супрессия фаоллигининг блокланганлиги қайд этилди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Алексеева Л.А., Мазаева Е.М., Скрипченко Н.В. и др. Цитокины в цереброспинальной жидкости при менингитах у детей // Журнал Инфектологии. 2014. 1. С. 54-60.
2. Врожденные инфекции: клиника, диагностика, лечение, профи-лактика. Учебное пособие для врачей. Издание 2-е, исправленное и дополненное / под ред. академика РАМН Лобзина Ю.В. СПб. 2013. 102 с. Говорова Л.В. и др. Характеристика гормонального ста-



туса детей различного возраста при невропатиях лицевого нерва // Ж. Детские инфекции, 2012, № 3, 8-13

3. Войтенков В.Б., Вильниц А.А., Климкин А.В. и др. Клинические и нейрофизиологические особенности полиневропатии критических состояний у детей с инфекционными заболеваниями // Медицина экстремальных ситуаций. 2015. 2. С. 33-37.

4. Голяков Д.А. Клинико-этиологические и патогенетические особенности невропатий лицевого нерва у детей и лиц молодого возраста: Автореф. дисс. ... к.м.н. СПб., 2010. 25 с.

5. Исакова Л.А., Пенина Г.О. - Использование электронейромиографии для оценки тяжести параличей Белла // ж. ORIGINAL ARTICLES, BISSA 2017 Vol. 6 № 2, с. 12-17

6. Лобзин Ю.В., Иванова М.В., Скрипченко Н.В. и др. Опыт применения роботизированной механотерапии в реабилитации детей с двигательными нарушениями различного генеза // Медицина экстремальных ситуаций. 2015. 1. С. 22-27.

7. Неотложные состояния при нейроинфекциях у детей (клиника, патогенез, диагностика, терапия): Медицинское пособие / Скрипченко Н.В., Команцев В.Н., Вильниц А.А. с соавт. СПб. 2013. 72 с.

8. Савицкая Н.Г., Супонева Н.А., Остафийчук А.В., Янкевич Д.С. Возможности электромиографии в прогнозировании восстановления при идиопатической нейропатии лицевого нерва. //Нервно-мышечные болезни. – 2012. – 4. – С.36-42.

9. Скрипченко Н.В. и др. - Нейроинфекции у детей // Ж. Детские инфекции, 2017, № 1, с. 8-18

10. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Иванова М.В. с соавт. Тактика системной энзимотерапии при нейроинфекциях у детей. Ж-л Нейроиммунология, том X. № 1-2. 2012. С. 47-54.

11. Скрипченко Н.В., Лобзин Ю.В., Иванова Г.П. с соавт. Цитокилотерапия при лейкоэнцефалитах у детей Ж-л Нейроиммунология. Т. 8. № 3, 45. 2010. С. 31-39.

12. Скрипченко Н.В. и др. - Нейроинфекции у детей в современных условиях // Ж. Педиатрия, 2017, 10(111), с. 7-15

13. Скрипченко Н.В., Дьяконова Е.Н., Гузева В.И. Клинические рекомендации по диагностике и профилактике полиомиелита у детей. Детская неврология. Клинические рекомендации / Под ред. В.И.Гузовой. Вып. 2. М.: ООО «МК», 2014. С. 281-304.

14. Скрипченко Н.В., Пронина Е.В., Лепихина Т.С. и др. Медицинская реабилитация детей - реконвалесцентов инфекционных заболеваний в свете представлений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // Педиатр. 2015. 3. С. 41-48.



ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДОШКОЛЬНИКОВ

Бобоев Аскар Ибодуллаевич
Сиябский техникум общественного здравоохранения
имени Абу Али ибн Сины Узбекистан, г. Самарканд

Аннотация. Изучены особенности детей дошкольного возраста - высокая степень зависимости их образа жизни от поведения окружающих взрослых. В ходе проведенного исследования разработана методика комплексной оценки уровня сформированности здорового образа жизни у дошкольников, позволившая проанализировать организацию этой работы в старшем дошкольном возрасте с учетом гигиенических факторов.

Ключевые слова. Гигиена, здоровье, дошкольники, подростки.

Актуальность проблемы. Любой способ жизнедеятельности, в том числе и составляющий основу здорового образа жизни, предполагает взаимодействие организма с окружающей средой [1-5]. Именно поэтому проблему формирования здорового образа жизни следует рассматривать с позиций управления этим взаимодействием. Такой подход важен и с точки зрения гигиены детей и подростков.

Предпосылкой для определения основных задач гигиены детей и подростков по формированию здорового образа жизни подрастающего поколения может служить система управления состоянием здоровья детских и подростковых коллективов, разработанная А.К. Габченко, может служить. В частности, влияние гигиены детей и подростков на формирование окружающей ребенка среды осуществляется путем обоснования и контроля за соблюдением её параметров, оптимальных с точки зрения здоровья. Значение гигиены детей и подростков в формировании здорового образа жизни состоит в обеспечении такого динамического равновесия между ребенком и окружающей средой, при котором последняя должна создавать оптимальные условия для его роста и развития, а адаптационные возможности организма расширяются, повышая уровень здоровья.

Объект и методы исследования. В связи с изменяющимися анатомо-физиологическими возможностями организма ребенка на разных этапах онтогенеза необходимы возрастные гигиенические критерии, позволяющие оценить, насколько соответствует имеющийся у ребенка способ жизнедеятельности здоровому образу жизни. С этой целью можно предложить использование 4 групп показателей:

- 1) наличия привычки, положительного отношения к поддержанию оптимального двигательного режима, режима дня, питания, т.е. уровня развития соответствующих нравственно - волевых качеств, эмоциональной сферы;
- 2) параметров психического развития;
- 3) двигательных качеств, антропометрических данных, т.е. уровня физического развития;
- 4) состояния здоровья.

Для детей среднего и старшего дошкольного возраста первая из указанных групп (с учетом действующей в детском саду программы воспитания и обучения) включает следующие показатели: наличие привычки к выполнению режимных моментов и положительное отношение к смене видов деятельности; желание и умение трудиться, доводить начатое посильное дело конца, проявляя при этом инициативу и самостоятельность; наличие навыков культурного поведения и общения со сверстниками и взрослыми, навыков самообслуживания, культуры деятельности и навыков её самоконтроля (умение прогнозировать, организовать игру, труд, свободное время, направлять свои действия на достижение поставленной цели), привычек систематически выполнять физические упражнения, закалывающие процедуры.

Внедрение разработанных гигиенистами рекомендаций по формированию здорового образа жизни дошкольников во многом зависит от родителей, медицинских работников, воспитателей детского сада. В связи этим нами были исследованы уровень сформированности здорового образа жизни дошкольников, а также гигиенические факторы.

С этой целью проведено анкетирование 486 воспитателей дошкольных учреждений,



изучена работа по формированию здорового образа жизни в 96 семьях, воспитывающих старших дошкольников, посещающих детские сады. Среди опрошенных воспитателей имели стаж работы в дошкольном учреждении до 5 лет – 38,2%, от 5 до 10 лет – 23,7%, более 10 лет – 38,1%. У 78,6% воспитателей было среднее специальное образование, у 9,9% - высшее, а 11,5% опрошенных воспитателей закончили педагогические классы. Около 63% опрошенных воспитателей работали в городских ДУ, а 27% - в сельских.

Условия формирования здорового образа жизни изучены в городских семьях, дети из которых посещали старшие группы 2 детских садов, построенных по типовому проекту. Возраст этих детей в момент обследования составлял 5 лет. Среди изучаемого контингента детей 7,3% относились к часто болеющим, 11,5% детей имели I группу здоровья, 84,4% - II, 4,1% - III группу.

Физическое развитие оценивали с учетом рекомендаций. Комплексную оценку образа жизни ребенка давали по специально разработанной схеме (табл.).

Критерии оценки здорового образа жизни ребенка

Степень сформированности здорового образа жизни	Возможные сочетания критериев
Высокая	IV. 2В. 3Г, 1Гр
Средняя	1В-1С, 2С, 3Г, I-III гр, 1 В, 2В, 3Г II гр.
Низкая	1В-1С-1Н . 2В-2С-2Н. 3Г-3Д, II-IV гр. 1Н, 2В-2С-2Н, 3Г- 3Д, 1-Vгр 1В-1С-1Н, 2В-2С-2Н. 3Д, I-Vгр.

Примечание: Развитие нравственно-волевых качеств, имеющих отношение к здоровому образу жизни: 1В - высокое, 1С - среднее, 1Н - низкое; психическое развитие, 2В – высокое, 2С – среднее, 2Н - низкое, физическое развитие, 3Г - гармоничное. 3 Д - дисгармоничное; группы здоровья: I гр., II гр., III гр., IVгр., Vгр.

На основании проведенной комплексной оценки выявлено, что высокой степенью сформированности здорового образа жизни обладали всего 5,2% старших дошкольников, средней – 21,9%, низкой – 72,9%. Это свидетельствует о существенных недостатках в работе по формированию здорового образа жизни детей дошкольного возраста.

Особенностью детей дошкольного возраста является высокая степень зависимости их образа жизни от поведения окружающих взрослых создаваемых ими условий. При изучении организации двигательного режима детей установлено, что лишь 12,5 % родителей постоянно занимаются физическим воспитанием своих детей, не систематически – 62,5% и вообще не занимаются - 25%. В определенной степени, видимо, это связано с недопониманием родителями значения физической культуры. Об этом свидетельствует тот факт, что лишь 8,3% родителей сами утром выполняют гимнастические упражнения, 51% выполняют их не систематически, а 40,7% вообще не делают утреннюю гимнастику. Родители зачастую не могут оказать помощь ребенку в овладении соответствующими возрасту двигательными навыками, так как 46,9% опрошенных не знают возрастных требований к ним. Лишь 12,5% родителей постоянно занимаются закаливанием детей в домашних условиях, несистематически – 46,9%, а вообще не закаливают своих детей 40,6% опрошенных родителей.

Недостатки в организации физического воспитания в семье зачастую не устраняются и в ДУ. Так, утреннюю гимнастику в детском саду проводили лишь 21,4% опрошенных воспитателей. Знали тесты до дозирования нагрузки на физкультурных занятиях 42% воспитателей, но использовали их на практике еще меньше - 26%. Всего 45% воспитателей знали методику проведения закаливающих процедур в детском саду, еще 16,8% ответили, что знают ее не в полном объеме 48,9% воспитателей считают, что выполняют программу физвоспитания в детском саду не более чем на 60%.

Как свидетельствуют результаты исследования, работники дошкольных и медицинских учреждений не уделяют достаточного внимания гигиеническому обучению родителей. Так, только 14% опрошенных родителей получили информацию о физическом и психическом



развитии детей от педиатров и 43% - от работников детских садов. В ходе проведенного исследования разработана методика комплексной оценки уровня сформированности здорового образа жизни у дошкольников, позволившая проанализировать организацию этой работы в старшем дошкольном возрасте с учетом гигиенических факторов.

Литература

1. Т.Н. Сердюковская Всесоюзная науч.-практ. конф.: Тез. докл., М., 1989, Ч. 1. 3
2. С.С. Солихожаев, Руководство по общей гигиене, Ташкент, 1992
3. Б.Р. Кучма, А.К. Демин, Руководство по гигиене и охране здоровья школьников. М., 2000
4. Н.М. Демиденко, Гигиена, Т., 2002
5. Хусанов Э. У., Коржавов Ш. О., Сулейманов Р. И. Исследование экскреции лактата кожей в зависимости от различных факторов //Re-healthjournal. – 2019. – №. 2.
6. Коржавов Ш. О. и др. Роль латинского языка в медицине и в современном мире // International Scientific and Practical Conference World science. – ROST, 2017. – Т. 5. – №. 6. – С. 40-42.
7. Тошмаматов Б. Н. и др. Макроскопическое строение и леоцекальной заслонки у кроликов //International Scientific and Practical Conference World science. – ROST, 2017. – Т. 5. – №. 5. – С. 58-59.
8. Рахмонов З. М., Коржавов Ш.О. и др. Компенсаторно-приспособительная реакция сосудистого русла внутренних органов при резекции желудка //International Scientificand Practical Conference Worldscience. – ROST, 2017. – Т. 5. – №. 6. – С. 42-44.
9. Шамсиев А. М., Давранов Б. Л., Шамсиев Ж. А. Репродуктивное здоровье женщин, перенесших аппендикулярный перитонит и первичный перитонит в детском возрасте // Детская хирургия. – 2008. – №. 3. – С. 35-39.
10. Шамсиев А. М., Стреляева А. В., Расулов С. М. Применение реакции антигенс-вязывания лимфоцитов (АСЛ) для диагностики эхинококкоза //Проблемы эхинококкоза. Махачкала. – 2000. – С. 137-138.



СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

*Т.Ф.Д. проф: Джурсаев Миржалол Дехконович
Ассистент Кулиев Азиз Абдумажидович
Ассистент Орипова Озода Олимовна
Абдоминал онкохирург Меликулов Аслиддин Хамрокулович
Самаркандский филиал Специализированного
Научно-Практического медицинского центра
радиологии и онкологии СамМИ*

Цель: Улучшить результат диагностики объёмных образований печени.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы результаты ПЭТ-КТ исследований пациентов за один год. У 67 из них были выявлены объёмные образования печени, женщин было 36 (53,73 %), мужчин – 31 (46,26 %). Средний возраст пациентов составил 60 ± 18 лет. До проведения ПЭТ-КТ пациентам выполнялось предварительное клинично-инструментальное обследование: рентгенография, УЗИ, МСКТ, МРТ. Подготовка пациентов к ПЭТ-КТ исследованию состояла из подготовки кишечника и голодания в течение 6 ч перед исследованием. ПЭТ-КТ выполнялась с радиофармпрепаратом (РФП) ^{18}F -ФДГ, который вводился внутривенно в дозе 370–480 МБк. Исследование выполнялось единый диагностический комплекс ПЭТ-КТ GE 128 Discovery MI DR - гибридный сканер с увеличенным полем обзора TrueV. ПЭТ-данные оценивались визуально с учетом интенсивности накопления РФП по цветовым шкалам и полуколичественным методом с определением SUVmax. Основные характеристики патологических очагов включали: локализацию, размеры, соотношение с соседними структурами, наличие и интенсивность гиперметаболизма РФП.

Результаты исследования. Из 67 пациентов у 40 (59,70 %) на момент исследования имелся гистологически верифицированный онкологический диагноз. Среди основных онкологических заболеваний преобладали: колоректальный рак (13 пациента) и злокачественные новообразования молочной железы (8 пациентов). Несколько реже встречались злокачественные новообразования желудка (7 пациент), злокачественные лимфомы (3 пациента). В меньшем количестве случаев встречались злокачественные новообразования предстательной железы (3 пациентов), злокачественные новообразования почки (1 пациент). У наименьшего числа пациентов основным заболеванием являлись гепатоцеллюлярный рак (как первичный), поджелудочной железы и пищевода (по 4 пациентов), щитовидной железы (1 пациента).

По данным ПЭТ-КТ метаболических активные образования были выявлены у 36 пациента. Из них у 33 пациентов было выявлено метастатическое поражение печени.

У 2 пациентов было выявлено сочетание метаболически активных и метаболически неактивных образований: кисты (у 2 пациентов) – метаболически не активные объёмные образования с чёткими ровными контурами, жидкостной плотности, не накапливающие контрастное вещество ни в одну из фаз контрастирования.

У остальных 31 пациентов образования в печени не имели ПЭТ-признаков гиперметаболизма ^{18}F -ФДГ. Однако у 13 из этих пациентов был выставлен диагноз метастатического поражения печени: у 9 из них метастатическое поражение печени было выявлено ранее и стало метаболически неактивным на фоне успешно проведённой химиотерапии «полный метаболический ответ». У 1 пациента были выставлены кисты печени, у 8 – гемангиомы, у 6 – участки фокального жирового гепатоза печени, у 3 – биллиарные кисты.

Заключение. Таким образом, позитронно-эмиссионная томография оказалась высокоэффективным методом в выявлении метастазов в печень и дифференциальной диагностике их от доброкачественных очаговых образований. ПЭТ позволяет выявить внепечёночные метастазы, тем самым изменяя стадию заболевания и позволяя скорректировать проводимую терапию и тактику хирургического вмешательства. Метод ПЭТ позволяет неинвазивно оценивать степень поражения печени и других органов за одно исследование, сокращая время постановки диагноза. Применение ПЭТ является необходимым методом диагностики у пациентов с очаговыми образованиями печени, несмотря на высокую стоимость исследования.



УДК 577.161.2-07:618.2.3

ВАЖНОСТЬ ВИТАМИНА Д ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.

Ш.Зуфарова¹, К. Исмоилова² Ш.Холматова³

*¹Доцент кафедры Акушерство и Гинекологии
Ташкентского Педиатрического Медицинского Института*

*^{2,3}Студент магистратуры кафедры
Акушерство и Гинекологии Ташкентского
Педиатрического Медицинского Института*

Телефон: +998974479911

komolaismoilova621@gmail.com

Аннотация: В этой тезисе обсуждается влияние витамина Д на рост и развитие плода во время беременности.

По оценке исследователей, имеется связь дефицита витамина Д в ранние сроки беременности с бактериальным вагинозом, который широко распространен среди женщин репродуктивного возраста и приводит к развитию акушерских и перинатальных осложнений. [М.А.Игнатьева, С.В.Новикова, М.П.Костинов, Метаболизм витамина Д, 2018].

Ключевые слова: беременности, витамин Д, женщин, шкале Апгар, дефицит, новорожденных.

Актуальность темы: Результаты исследований, изучающих связь между 25(ОН) уровнями Д и частотой неблагоприятных исходов беременности, не всегда однозначны. Причина этому малый размер выборки, неадекватный контроль внешних факторов, значимая неоднородность исследованных популяций. Остаются неясными оптимальные сывороточные уровни 25(ОН) в репродуктивном периоде, особенно во время беременности, для достижения неклассических эффектов витамина Д [[Снопов С.А. 2014; Choi B., 2012; Talat N., 2010]].

Если в первом триместре беременности у пациенток наблюдается дефицит витамина Д, то риск рождения ребенка с дефицитом роста и массы тела у них в два раза выше. В этом исследовании [23] под наблюдением находились 2146 женщин, у которых определяли уровень витамина Д в первом или втором триместре. Масса детей была оценена сразу после рождения, а окружность головы ребенка и вес плаценты — в течение 24 часов после рождения. Оказалось, что при дефиците витамина Д в плаценте снижается уровень D-рецепторов, что приводит к преждевременному неконтролируемому апоптозу клеток плаценты, развитию плацентарной недостаточности, а также задержке роста плода и низкой оценке по шкале Апгар у новорожденных. Тесная взаимосвязь между матерью и плодом приводит к тому, что материнский дефицит витамина Д во время беременности создает дефицитное состояние у ребенка с периода внутриутробного развития. Но даже дети, рожденные у матерей с достаточным уровнем витамина Д, после 8 недель жизни начинают испытывать его дефицит, если питание не дополняется витамином [Bandeira C, и др. 2006; Bodnar L.M., и др. 2007; Platt R.W. и др. 2015].

Цель исследования: изучить клинико-прогностическое значение недостаточности витамина Д на развития перинатальных осложнений при беременности.

Материал и методы исследования: Настоящая научно-исследовательская работа проведена за период с 2018 по 2019 годы. Основные клинические исследования выполнялись на базе кафедры Акушерства и гинекологии ТашПМИ.

В исследовании приняли участие 58 беременных женщин. Все обследованные женщины проживали в одинаковых климатогеографических условиях - преимущественно в г. Ташкенте и Ташкентской области, получили среднее, среднее специальное и высшее образование. Клинико-лабораторное обследование включало: сбор анамнестических данных, исследование уровня витамина Д. Инструментальные методы обследования включали: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза.

Результаты: Таким образом, как показали наблюдения, у беременных, принимавших витамин Д, течение беременности было более благоприятным. Лишь у 1 (5,3%) развилась поздняя преэклампсия на сроках 35-36 нед. умеренной степени, в связи, с чем женщины



были госпитализированы и родоразрешены в 37-38 недель.

Среди применявших витамин D в 2 раза реже наблюдались многоводие, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в 1,4 раза реже изменения плаценты в виде уменьшения или увеличения ее объема, в 1,7 раза — синдром задержки развития плода.

При оценке состояния новорожденных у родильниц, принимавших витамин D, было установлено, что оценку по Апгар 7-9 баллов имели 97 (85,8%) детей. Церебральная ишемия 1 степени наблюдалась у 15 (13,3%), 2 степени — у 4 (3,5%), 3 степени — не наблюдалось. У 20 (17,7%) диагностирован синдром задержки развития плода 1 степени, у 4 (3,5%) — кефалогематома, у 15 (13,3%) — гипербилирубинемия, у 12 (10,6%) — ВУИ.

У женщин сравниваемой группы (не принимавших витамин D) с оценкой по Апгар 7-9 баллов родились 41 детей (63,1%, $p < 0,01$). В целом гипоксия плода наблюдалась в 2 раза чаще, отсюда в состоянии церебральной ишемии 1-2 степени родились 19 (29,2%, $p < 0,01$), 3 степени — 2 (3,1%) детей. Синдром задержки роста плода 1 степени наблюдался у 22 (33,8%), 2 степени — у 2 (3,1%). Кефалогематома диагностирована у 9 (13,8%), внутрижелудочковое кровоизлияние — у 6 (9,2%), гипербилирубинемия — у 15 (23,1%), ВУИ — у 17 (26,2%).

Выводы: Доказано, что патологическое течение беременности чаще отмечается у женщин с дефицитом витамина D. У беременных с дефицитом витамина D риск развития прерывания беременности был в 9 раз выше, чем у беременных с недостаточной обеспеченностью витамина D в крови.

Список использованной литературы

1. Bandeira F, Griz L, Dreyer P, Eufrazino C, Bandeira C, Freese E. Vitamin D deficiency: A global perspective. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2006; 50(4): 640-646. PMID: 17117289.
2. Bodnar L.M., Catov J.M., Simhan H.N. Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2007, vol. 92, no. 9, pp. 3517-3522. DOI: 10.1210/jc.2007-0718.
3. Bodnar L.M., Platt R.W., Simhan H.N. Early-pregnancy vitamin D deficiency and risk of preterm birth subtypes. *Obstet Gynecol.* 2015; 125(2): 439-447. -URL: <https://doi.org/10.1097/AQG.0000000000000621> PMID: 25569002
4. М.А.Игнатъева, С.В.Новикова, М.П.Костинов, Метаболизм витамина D, 2018.



НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Т.Ф.Д. проф: Джуроев Миржалол Дехконович

Ассистент Кулиев Азиз Абдумажидович

Ассистент Орипова Озода Олимовна

Абдоминал онкохирург Меликулов Аслиддин Хамрокулович

Самаркандский филиал Республиканского Специализированного

Научно практического медицинского центра Онкологии и Радиологии.

Самаркандского Государственного Медицинского Института

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка путем применения комбинированного хирургического вмешательства.

Материал и методы: Нами изучены результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка у 36 больных, подвергшихся комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией, за периода с сентября 2017 года по январь месяца 2020 года в отделении Торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР. Большую часть оперированных больных составили мужчины – 25 (69,4%). При распределения больных по возрасту, основную массу составили лица 40-70 лет. По гистологической структуре опухоли – аденокарцинома различной дифференциации была у 28 (77,7 %), скirrрозный рак у 4 (11,1%), перстневидно клеточный рак у 4 (11,1 %) больных. Все больные в дооперационном периоде прошли обследование согласно стандарту диагностики. По локализации опухоли в желудке у 26 (72,2%) больных первичная опухоль локализовалась в теле и проксимальном отделе желудка с прорастанием в хвостовую часть поджелудочной железы, а у 10 (27,8%) больных тотальное поражение желудка с прорастанием частично в тело и хвостовую часть поджелудочной железы. Все прооперированные больные соответствовали по стадиям $T_{4b}N_{0-2}M_0$. У всех больных в динамике отмечалось желудочное кровотечение различной интенсивности, стенозом и дисфагия III-IV стадия было показанием к проведению оперативного вмешательства без проведения неадьювантной химиотерапии.

Результаты: Количество послеоперационных осложнений после комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией наблюдалось у 4 х (11,1%) больных. Из хирургических осложнений у 1 (2,7%) больного развился панкреатический свищ который закрылся самостоятельно в течение 4 х недель. Терапевтические осложнения были представлены в виде тромбоэмболии у 1 (2,7%) больного, бронхопневмонии и нарушения сердечного ритма у 2 х (5,6%) больных. Всего терапевтические осложнения развился у 3 (8,3%) больных. В последней обеих случаях осложнения были ликвидированы консервативным лечением. Так, после комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией из-за тромбоэмболий легочной артерии умер 1 (2,7%) больной. Послеоперационная летальность составила 2,7%.

Вывод: Комбинированная гастрэктомия с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией обеспечивает радикальности хирургического лечения, при местное распространеном раке желудка и свою очередь достоверно улучшает непосредственные результаты предотвращает осложнениями связанном с развитием опухоли и улучшает качества жизни пациентов.



РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ОСЛОЖНЕННЫМ СВИЩЕМ

*Т.Ф.Д. проф: Джураев Миржалол Дехконович
Ассистент Кулиев Азиз Абдумажидович.
Абдоминал онкохирург Меликулов Аслиддин Хамрокулович
Врач эндоскопист Шомуродов Илхом Исмоилович.
Самаркандский филиал Специализированного
Научно-Практического медицинского центра
радиологии и онкологии Республики Узбекистан.
Кафедра Онкологии Самаркандского Государственного
Медицинского Института*

Цель исследования – восстановление функции полого органа, ликвидировать фистулу сообщающийся с другим органом или полостью и улучшение качества жизни онкологических больных с опухолями пищевода осложнившимися свищем.

Материалы и методы исследования: В отделении эндоскопии Самаркандского филиала РСНПМЦО и Р в период с 2019 года 9 больным установлены саморасширяющиеся покрытые нитиноловые стенты, при нерезектабельном раке пищевода осложненным свищем в III-IV- (T3-4vN2M0-1) с дисфагии III- IV стадии. Все стенты оснащены доставляющим устройством, которое легко в управлении. Так же все стенты имеют антимиграционный механизм, который заключается в расширении его дистальных краев, а сам стент состоит из нескольких сегментов, предотвращающих его миграцию при перистальтике. Установку стентов мы проводили под контролем эндоскопа фирмы Pentax FD34V2 Япония и рентген аппарата С-Дуга КМС-650.

Результаты исследования: Нами проанализированы результаты лечения 9 больных раком пищевода, осложненным образования свища. По данным нашего исследования из 9 больных, мужчины составили – 6 (66,6%), а женщины - 3 (33,4%), средний возраст составил 65-70 лет.

В случае злокачественных опухолей среднего и нижнего отделов пищевода, всем 9 пациентов в зависимости от локализации свища мы использовали покрытые стенты и стенты с антирефлюксным механизмом фирмы (FLEXTENT). Покрытые нитиноловые стенты позволяют ликвидировать свищевой ход, что обеспечивает предотвратить осложнения вызывающий свищом, стенты с антирефлюксным механизмом позволяют снизить заброс кислого желудочного содержимого в пищевод.

Рак пищевода осложненным свищем могут вызвать осложнение такие как, аспирационная пневмония, вторичные гнойные осложнения, гангрена легкого, эмпиема плевры, гнойный перикардит и т. д. что может быть причиной гибели пациентов.

Так же следует отметить, что стенты на проксимальных краях оснащены яркими, хорошо визуализируемыми нитями, при помощи которых можно изменять его, положение или удалить при необходимости. В своей работе мы не применяли непокрытые стенты у пациентов с опухолями пищевода осложненным свищем. После установления стентов у всех больных общее состояние и качество жизни значительно улучшилось.

Наблюдение больных показало, что из 9 больных в сроке до 1 года жили 6 пациентов (66,6%), больше 1 года на фоне проведения паллиативной химиотерапии и симптоматическое лечение живут 3 (33,4%) больных.

Вывод: Анализ результатов стентирование опухолевых свищей у неоперабельных больных под эндоскопическим и рентгенологическим контролем позволяет сделать выводы о том, что метод стентирование является высоко безопасным и адекватным паллиативным методом лечения рака пищевода осложненным свищем. Данный метод достоверно улучшает качество жизни и продолжительность ее.



КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АКТГ-ЗАВИСИМЫМ СИНДРОМОМ КУШИНГА

Мирсаидова У.А., Халимова З.Ю.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр эндокринологии, Ташкент, Узбекистан*

научный отдел нейроэндокринологии

с хирургией гипофиза,

тел +99890-9525598, email zam-nar777@mail.ru

Аннотация. Для реализации поставленной цели исследуемые пациенты (42 пациента) в зависимости от уровня послеоперационного кортизола в крови, согласно Клиническим Практическим Рекомендациям Общества Эндокринологов (2015 год), были разделены на 2 группы: I гр.- больные с уровнем базального кортизола крови ≤ 138 нмоль/л, которые были расценены, как достигшие ремиссии – 18 больных, II гр.- пациенты с уровнем базального кортизола крови ≥ 138 нмоль/л, то есть не достигшие биохимической ремиссии – 24 больных. Группу контроля составили 20 здоровых лиц (10 мужчин и 10 женщин) аналогичного возраста. По данным исследований, в постоперационном периоде отмечалось достоверное снижение гормональных показателей крови и мочи (АКТГ, кортизол) по сравнению с дооперационными данными у больных обеих групп – с ремиссией и без ремиссии. Ранний послеоперационный уровень кортизола у больных I группы был в пределах $75,2 \pm 8,78$ нмоль/л, а во II группе гораздо выше – $412,87 \pm 55,7$ нмоль/л. Изучение корреляционной связи между гормонами показало сильную корреляционную связь между значениями АКТГ до и после операции: АКТГ (до и после) $r=0,9$, кортизол (до и после) и СКМ (до и после) $r=0,01$ и $r=0,069$ соответственно.

Ключевые слова: синдром Кушинга, гормоны, динамика

Результаты исследования: Было обследовано 42 пациента, подвергнутых ТАГ, из которых 71,4% (30 больных) составили – женщины, 28,6% – мужчины (12 больных). Средний возраст женщин составил $32,4 \pm 3,1$ лет (от 15 до 49 лет), мужчин – $32,0 \pm 1,75$ (от 26 до 39) года. Длительность заболевания с момента установления диагноза составила $41,6 \pm 9,2$ мес (от 7 до 131 мес). I группу пациентов составили 18 больных (42,8%), которые согласно Клиническим Практическим Рекомендациям Общества Эндокринологов от 2015 года, имели уровни кортизола ≤ 138 нмоль/л в первые 1-3 дня после трансфеноидальной аденомэктомии гипофиза. Из них женщин – 12 (70%), мужчин – 6 (30%). Средний возраст женщин составил – $36,75 \pm 5,87$ лет (от 20 до 49 лет), мужчин – $31,5 \pm 0,35$ лет (от 23 до 36 лет). Длительность заболевания с момента установления диагноза – $34,6 \pm 13,4$ мес (от 7 до 96 мес), возраст пациентов на момент постановки диагноза в среднем был – $29,33 \pm 4,26$ лет, $32,25 \pm 6,35$ лет – у женщин и $23,5 \pm 0,35$ лет – у мужчин. Длительность дооперационного периода болезни была в пределах $32,3 \pm 3,81$ мес (от 19 до 53 мес), продолжительность послеоперационного периода – $29,83 \pm 10,79$ мес (от 8 до 80 мес).

Нами изучена корреляционная связь (КС) отдельно между гормональными показателями в до- и послеоперационном периоде. Так, КС в дооперационном периоде между базальным кортизолом и АКТГ крови, составила $r=0,316$, между КСМ и АКТГ $r=0,015$, между СКМ и кортизолом $r=0,055$, т.е. тесная связь обнаружена между базальным кортизолом и АКТГ. В послеоперационном же периоде КС между данными показателями выглядела следующим образом: между АКТГ и КСМ $r=0,682$, между кортизолом и КСМ $r=0,706$, между АКТГ и базальным кортизолом $r=0,753$. Отсюда видно, что в послеоперационном периоде между гормональными показателями имеется сильная корреляционная связь. Если сравнить до и послеоперационные изменения в КС между гормонами, то мы получим следующие данные: АКТГ (до и после) $r=0,9$, кортизол (до и после) и СКМ (до и после) $r=0,01$ и $r=0,069$ соответственно. Очень сильная корреляционная связь была установлена между значениями АКТГ до и после операции. Таким образом, по данным наших исследований, в постоперационном периоде отмечалось достоверное снижение гормональных показателей крови и мочи (АКТГ, кортизол) по сравнению с дооперационными



данными у больных обеих групп – с ремиссией и без ремиссии. Но при этом, во второй группе средние значения АКТГ и кортизола крови после операции были достоверно выше, оставаясь в пределах нормы. Следует отметить, что ранний послеоперационный уровень кортизола у больных 1 группы был в пределах $75,2 \pm 8,78$ нмоль/л, а во 2 группе гораздо выше - $412,87 \pm 55,7$ нмоль/л.

Выводы:

1) По данным наших исследований, в послеоперационном периоде отмечалось достоверное снижение гормональных показателей крови и мочи (АКТГ, кортизол) по сравнению с дооперационными данными у больных обеих групп – с ремиссией и без ремиссии.

2) Ранний послеоперационный уровень кортизола у больных 1 группы был в пределах $75,2 \pm 8,78$ нмоль/л, а во 2 группе гораздо выше - $412,87 \pm 55,7$ нмоль/л.

Список использованной литературы:

1. Григорьев АЮ, Азизян ВН, Иващенко ОВ, Надеждина ЕЮ. Повторная трансфеноидальная аденомэктомия при рецидиве и персистирующем течении болезни Иценко-Кушинга. Нейрохирургия. 2014;2:49-53

2. Халимова З.Ю., Наримова Г.Д. Современные аспекты хирургического лечения синдрома Кушинга по Республике Узбекистан // Сборник статей по материалам XLI-XLII Международной заочной научно-практической конференции. – Москва, 2015. – №10-11(30). – С. 62-78.

3. Кирилук, М. Л. Диагностика и лечение гипофизарного синдрома Кушинга / // Международный эндокринологический журнал. – 2014. – № 6 (62). – С. 182-193.

4. Alexandraki KI, Kaltsas GA, Isidori AM, Storr HL, Afshar F, Sabin I, et al. Long-term remission and recurrence rates in Cushing's disease: predictive factors in a single centre study. // European Journal of Endocrinology. 2013;168:639–648.

5. Aranda G, Enseñat J, Mora M, Puig-Domingo M, Martínez de Osaba MJ, Casals G, et al. Long-term remission and recurrence rate in a cohort of Cushing's disease: the need for long-term follow-up. // Pituitary. 2015;18(1):142–9

6. Arnaldi G, Angeli A, Atkinson AB, Bertagna X, Cavagnini F, Chrousos GP, et al. Diagnosis and complications of Cushing's syndrome: a consensus statement. // Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2003;88:5593–5602.

7. Atkinson AB, McCance DR, Kennedy L, Sheridan B. Cyclical Cushing's syndrome first diagnosed after pituitary surgery: a trap for the unwary. // Clinical Endocrinology. 1992;36(3):297–299

8. Atkinson AB, Kennedy A, Wiggam MI et al. Long-term remission rates after pituitary surgery for Cushing's disease: the need for long-term surveillance. // Clin Endocrinol (Oxf). 2005;63:549–559

9. Batista DL, Oldfield EH, Keil MF, Stratakis CA. Postoperative testing to predict recurrent Cushing disease in children. // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2009;94(8):2757–2765.

10. Benvensite RJ, King WA, Walsh J et al. Repeated transsphenoidal surgery to treat recurrent or residual pituitary adenoma // Neurosurg. 2005;102,:10041012.

11. Biller BM, Grossman AB, Stewart PM, Melmed S, Bertagna X, Bertherat J. Treatment of adrenocorticotropin-dependent Cushing's syndrome: a consensus statement. // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2008;93:2454–2462;

12. Blevins LS, Jr., Christy JH, Khajavi M, Tindall GT. Outcomes of therapy for Cushing's disease due to adrenocorticotropin-secreting pituitary macroadenomas. // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 1998;83:63–67.



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗИРОВАННОГО РАКА ЖЕЛУДКА В ПЕЧЕНИ

*Т.Ф.Д. проф: Джуроев Миржалол Дехконович
Ассистент Кулиев Азиз Абдумажидович
Ассистент Орипова Озода Олимовна
Абдоминал онкохирург Меликулов Аслиддин Хамрокулович
Самаркандский филиал Республиканского
Специализированного Научно практического медицинского
центра Онкологии и Радиологии.
Самаркандского Государственного Медицинского Института*

Цель исследования: Оценить результаты хирургического лечения метастазированного рака желудка в печен.

Материал и методы: Нами за периода с 2014 года по 2020 года изучены результаты хирургического лечения рака желудка с метастазированием в печень у 51 больных в отделении Торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР. Пациенты были разделены на две группы: в основную группу, включены пациенты $n=28$ (54,9%) которым одномоментно произведено удаление желудка с резекций метастатических узлов печени. Во второй контрольной группе $n=23$ (45,1%) пациенты которым учитывая общее состояние больных, наличия осложнения (кровотечения, стеноз, дисфагия) произведена гастрэктомия или резекция желудка без удаления метастатических узлов печени. В зависимости от локализации и гистологической структуре опухоли 22 (43,1%) пациентом была выполнена дистальная субтотальная резекция желудка и 29 (56,9%) больных гастрэктомии. Основной группа большую часть оперированных больных составили мужчины – 18 (64,2%). При распределения больных по возрасту, основную массу составили лица 35-70 лет. По гистологической структуре опухоли – аденокарцинома различной дифференциации была у 21 (75,0 %), скirrрозный рак у 4 (14,3%), перстневидно клеточный рак у 3 (10,7 %) больных. Диагноз рак желудка установлен на основе клинико-рентгенологии, морфологических данных с использованием современных методов лучевой диагностики (МСКТ, МРТ, ПЭТ КТ) и лапароскопических данных. Все оперированные больные соответствовали стадиям $T_{3-4a}N_{0-2}M_{1(hepar)}$.

Результаты: Согласно полученным данным метастатическое поражение левой доли выявлено у 9 (32%) и правой доли у 12 (43%) больных, а у 7 (25%) х больных билобарное поражение. Метастазы поражения одного сегмента у 5 (17,9%) х больных, которым произведена анатомическая резекция печени. У 13 (46,4%) х больных поражения двух сегмента, произведена бисегментэктомия. У 10 (35,7%) х больных поражения три сегментов, произведена бисегментэктомия. Всем пациентам в послеоперационном этапе произведена адъювантная химиотерапия по схеме (FOLFOX). В основной группе одногодичная выживаемость составила 60,7%, а трёхлетняя выживаемость 17,6%, а пятилетней выживаемость 10,7%. В контрольной группе одногодичная выживаемость составила 45,6%.

Вывод: При раке желудка с метастазами в печени если поражение не боли 3 х сегментов целесообразно одномоментно проведение резекции печени. Так как, данный объём операция не ухудшает непосредственные результаты и по сравнению с контрольной группой достоверно увеличивает трёхлетнюю выживаемость до 17,9%.



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ.

Ш.Зуфарова¹, Ш.Холматова²

¹Доцент кафедры Акушерство и Гинекологии

Ташкентского Педиатрического Медицинского Института

²Студент магистратуры кафедры Акушерство и Гинекологии

Ташкентского Педиатрического Медицинского Института

Телефон: +99894 6667774

Shirinxon677@gmail.com

Аннотация. Хронический пиелонефрит в структуре экстрагенитальной патологии у беременных по праву занимает ведущее место (48-54%) (И.Г.Никольская и др., 2007).

Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода, проявляющееся в значительной частоте угрозы прерывания беременности, преждевременных родов, плацентарной недостаточности, гипоксии плода, его внутриутробного инфицирования, преэклампсии и осложненного течения периода адаптации у новорожденного (В.В. Иремашвили, 2007; L.E. Nicolle, 2008; K. Shea et al., 2008; A.J. Schaeffer et al., 2010).

Ключевые слова: Хронический пиелонефрит, беременность, плод, гемостаз, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

В последние годы отмечен рост инфекционно-воспалительных заболеваний мочевых путей у женщин. Они сравнительно часто встречаются во время беременности. Так, частота развития хронического пиелонефрита во время беременности в последние годы возросла в 3,6 раза, и осложнение заняло второе место в структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных.

Хронический пиелонефрит в структуре экстрагенитальной патологии у беременных по праву занимает ведущее место (48-54%).

Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода, проявляющееся в значительной частоте угрозы прерывания беременности, преждевременных родов, плацентарной недостаточности, гипоксии плода, его внутриутробного инфицирования, осложненного течения периода адаптации у новорожденного.

Сидорова И.С., Кирющенков А.П. и Вартанова А.О. (2010) выделяют факторы, predisposing к возникновению пиелонефрита: нейрогуморальные сдвиги в организме беременной (в 23–28 недель происходят выраженные гормональные изменения в среде плацентарной системы), механический фактор (сдавление мочеточников увеличенной беременной маткой), а также наличие очага инфекции в организме.

При осложненных формах пиелонефрита нарушения гемостаза часто проявляются в виде гиперкоагуляционного синдрома или латентной фазы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Цель исследования. Изучит и анализировать клинические проявления хронического пиелонефрита у 24 беременных женщин.

Материалы и метод. Под нашим наблюдением в отделение патологии беременных Больнице „,“, в период 2018-2019 года было 24 беременных женщин с хроническим пиелонефритом. В возрастном аспекте было от 22 до 36 лет (в среднем 28 ± 1.5).

Всем этим беременным женщинам было проведено ряд обследований, таких как клинический осмотр, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, Ультразвуковое исследование и определение времени свертывания крови.

Результаты. При клиническом осмотре у всех пациентов было выявлено урологическое симптоматика в виде учащенного и болезненного мочеиспускания. Также боли в области поясницы иррадиирующий в паховую область, повышение температуры (в пределах $38-38.5^{\circ}\text{C}$) и АД, бледность кожных покровов и слизистых, слабость, недомогание, отечность в области нижних конечности. У 30 % больных наблюдалось интоксикация сопровождающийся головными болями и рвотой.

В общей анализе крови характерно было снижение гемоглобина ниже 100-90, сдвиг



лейкоформулы влево, снижение показатели гематокрита, наличие токсической зернистых нейтрофилов, повышение лейкоцитов.

В анализе мочи у всех имели место лейкоцитурия, бактериурия и у большинства протеинурия.

При биохимическом анализе крови отмечалось повышение протромбина, общего билирубина.

При Ультразвуковом исследование было выявлено у всех беременных женщин с хронического пиелонефритом увеличение размеров почки, снижение эхогенности паренхимы, появление очагов понижение эхогенности пирамид.

Для определение нарушение свертываемости крови использовали метод Ли – Уайта (время свёртывание венозной крови от ее забора до образование плотности сгустка). Из 24 – беременных женщин с хронического пиелонефритом у 11 было определено снижение скорости свёртываемости крови.

После установления диагноза хронического пиелонефрита у беременных женщин, проводилось прогнозирование возможных осложнений в период беременности. Также следует отметить что при возникновение беременности на фоне хронического пиелонефрита отмечалось преэклампсия и прерывание беременности.

Таким образом, своевременное выявление патологии со стороны почек у беременных женщин позволит акушерам-гинекологам выбрать оптимальную тактику ведения беременности, ее пролонгирования, своевременной коррекции возникающих осложнений и способствовать благополучному завершению родов как для матери, так и плода.

Список использованной литературы

1. Атаджанов Т.В. Давлятов А.Я., Хусейнова Ф.В. Клинико-лабораторное течение хронического гломерулонефрита у родильниц. //Матер.4 съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. -Душанбе, 2013. С.71.
2. Безнощенко Г.Б. Беременность и пиелонефрит. Омск. 1992.
3. Белобородое С.М. Планирование клинического исследования. Часть №2. Проб л. репрод. 2013; 3: С.6-10.
4. П.Булгаков Р.В., Гальцова Н.Е., Гуревич К.Г. и др. Клиническая оценка лабораторных анализов у женщин. М.: ВЕДИ, 2015. - 96 с.



ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПИЩЕВОДА ОСЛОЖНЕННЫМ СТЕНОЗОМ III-IV СТЕПЕНИ

*Т.Ф.Д. проф: Джурсаев Миржалол Дехконович
Ассистент Кулиев Азиз Абдумажидович
Абдоминал онкохирург Меликулов Аслиддин Хамрокулович
Врач эндоскопист Шомуродов Илхом Исмоилович
Самаркандский филиал Специализированного
Научно-Практического медицинского центра
радиологии и онкологии Республики Узбекистан.
Кафедра Онкологии Самаркандского Государственного
Медицинского Института*

Цель исследования: Улучшить результаты неректабельного рака пищевода осложненного стеноза и свищем путем применения саморасширяющегося эндоскопического стентирования.

Материалы и методы: В Самаркандском филиале РСНПЦО и Р с 2019 года до нынешнего времени в отделении эндоскопии установлено 56 больным саморасширяющиеся нитиноловые покрытые пищеводные стенты со злокачественным неректабельным опухолевым стенозом пищевода III-IV степени осложненным свищем. Все стенты оснащены доставочным устройством, которые легко в управлении и на проксимальных концах имеется ярко хорошо визуализируемый нить, при помощи которого можно изменять его место положение или удалить при необходимости. Стенты устанавливались на 2-3 см выше при условии наличия проксимальной границы опухолевой инфильтрации стенки пищевода. Стентирование выполнено с использованием эндоскопической техники и рентген аппарата С-Дуга КМС-650. Так же все стенты имеют антимиграционный механизм, который заключается в расширении его дистальных краев, а сам стент состоит из нескольких сегментов, предотвращающих его миграцию при перистальтике. Пищеводные свищи могут быть врожденные (0,05%) и приобретенные. Наиболее частой причиной приобретенных свищей могут быть прорастание злокачественной опухоли что приводит к грозным осложнениям. Приобретенные свищи, бывают наружными (сообщающимися с окружающей средой) и внутренние (сообщающиеся с органами дыхания, средостением).

Результаты исследования: Все проведенные эндоскопические стентирование признаны адекватными. Нами было проанализировано у 56 больных результаты стентирования опухолевого стеноза пищевода осложненным свищем. По данным нашего исследования из 56 больных основную группу составили мужчины 39 (69,7%) из них женщин 17 (30,3%) а средний возраст составил 65-70 лет. Вне зависимости от типа контроля за раскрытием стента, его позиционирование было выполнено с необходимой точностью. Из 56 больных злокачественным опухолевым стенозом у 9 были осложнение свищевого хода. Всем больным в зависимости от локализации стеноза мы использовали покрытые нитиноловые стенты, а при опухолевом стенозе осложненным свищем или без него мы применяли покрытые стенты с антирефлюксным механизмом. Покрытые нитиноловые стенты не допускают прорастания опухоли в просвет пищевода а при свищах закрывает свищевой ход. В своей работе мы не применяли непокрытые стенты у пациентов с опухолевым стенозом пищевода осложненным свищем. Наблюдение пациентов показало, что из 56 пациентов в сроке до 1 года жили 29 (51,8%) пациентов, больше 1 года живут 27 (48,2%) больных.

Вывод: Эндоскопическое стентирование с использованием специальных стентов с индивидуальным подбором и характеристик, является высоко безопасным методом позволяющей восстанавливать просвет пищевода обеспечивает полноценное прекращение возникновения туморозных кровотечений и свищей.



ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ РУТАНА

*Бухарский государственный медицинский институт.
Раъно Рахимовна Бобоева
ассистент кафедры оториноларингологии и
офтальмологии ranoboboeva3553@gmail.com
Анвар Ахмадович Мавлонов
к.м.н. ассистент кафедры пропедевтика
внутренних болезней. email:anvar.mavlonov@minzdrav.uz*

Резюме. В данной работе оценивается фармакологического действия Рутана на желче-выделительную функцию печени у белых крыс при экспериментальных острых гепатитах. В начале работы у белых крыс моделировали токсическое поражение печени подкожным введением тетрахлорметаном. После этого в течение 5 дней вводили препарат рутан в дозе 25 мг/кг. Результаты исследований показали, что на 6-й день после токсического поражения наблюдали повышенный уровень АЛТ, пониженный уровень коэффициента де Ритиса и уровня общего белка в сыворотке крови. На гистологических срезах печени белых крыс наблюдали очаги жировой дистрофии и некроза гепатоцитов обуславливающее нарушение структурной организации органа. Под влиянием рутана увеличилась выживаемость крыс с токсичным гепатитом и улучшилось состояние биохимических параметров крови (АЛТ, АСТ, общий белок). В эксперименте выявлено, что препарат рутан перспективен в профилактике и лечение заболеваний гепатобилиарной системы.

Ключевые слова: индукторы интерферона, рутан, токсический гепатит, АЛТ, АСТ.

Актуальность. Заболевания гепатобилиарной системы во всем мире является одной из глобальных медико-социальных проблем. По статистике ВОЗ в мире около 2 млрд человек имеют патологию печени. При этом среди причин не трудоспособности и смерти существенное место занимают такие заболевания печени как цирроз, хронический гепатит, печеночная недостаточность, гепатоцеллюлярный рак и др. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении заболеваний гепатобилиарной системы фармакологическими средствами, показатели развития осложнений от патологии остаются высокими. Хотя и имеется большой арсенал средств и способов лечения, не прекращается поиск эффективных путей коррекции структурно-функциональных нарушений печени при болезнях химической этиологии. При этом наряду с синтетическими важное место занимают природные соединения обладающие антиоксидантными свойствами

Цель данной работы – изучение гепатопротективных свойств рутана.

Материалы и методы: По терапевтической схеме, у животных сначала моделировали токсическое поражение печени подкожным введением тетрахлорметаном. После этого в течение 5 дней вводили соединение препарат рутан в дозе 25 мг/кг. В контрольной группе, у которой было аналогичным образом смоделировано токсическое поражение печени, у которых не проводили лечение. Результаты исследований показали, что на 6-й день после токсического поражения наблюдали повышенный уровень АЛТ, пониженный уровень коэффициента де Ритиса и уровня общего белка в сыворотке крови. На гистологических срезах печени наблюдали очаги жировой дистрофии и некроза гепатоцитов обуславливающее нарушение структурной организации органа. Рутан представляющих двухфрагментный конъюгат лекарственного средства сравнительно с силибором. Из 5 исследованных соединений по влиянию на биохимические показатели крови, измененные в результате острого токсического поражения тетрахлорметаном при профилактической схеме введения, выявлены соединения-лидеры. Наилучший эффект по этой схеме оказало рутана. Под его влиянием наблюдали снижение общего и непрямого билирубина и проявление тенденции к снижению прямого билирубина и маркеров цитолиза гепатоцитов (АЛТ, АСТ).

Результаты: Под действием исследуемых препаратов наблюдали улучшение биохимических показателей и структурно-морфологической организации печени. Выявлено преимущество рутана, особенно в дозе 25 мг/кг по сравнению с силибором, поскольку увеличилась выживаемость животных с токсическим гепатитом биохимических параметров



(АЛТ, АСТ, общий белок), в отличие от препаратов сравнения. Учитывая низкую токсичность высокую фармакологическую активность можно полагать о перспективности Рутана в профилактике и лечении заболеваний гепатобилиарной системы.

Вывод : Рутан в отличие препаратов сравнения обладает низкой токсичностью. Под влиянием рутана в дозе 25 мг/кг увеличилась выживаемость животных с токсичным гепатитом и улучшилось состояние биохимических параметров крови (АЛТ, АСТ, общий белок). Рутан перспективен в профилактике и лечении заболеваний гепатобилиарной системы.

Литература:

1. М.К.Бакиева. Динамика иммунологических параметров больных вирусным гепатитом В при лечении Вирусидом. // Журнал теоретической и клинической медицины. 2007. № 2, с.73-76.
2. В.И.Смолякова, М.Б.Плотников, Чернышева Г.А. и др. Гепатопротекторные эффекты тиофена при экспериментальном поражении печени тетрахлорметаном. // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2011, т.74, №8, с.37-40.
3. Н.А.Дурнов, Г.А.Афанасева, М.Н.Курчатова и др. Содержание маркеров оксидативного стресса в плазме крови под действием экстрактов Аврана лекарственного, бессмертника песчанного, анто-циановой формы кукурузы обыкновенно в условиях индуцированного окислительного стресса. // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2015. т.78, № 7, с.36-40.
4. Э.С.Токаев, Н.П.Блохина, Е.А.Некрасов. Биологически активные вещества, улучшающие функциональное состояние печени. // Вопросы питания. 2007. Т.76., № 4. с.4-9.
5. Н.Ф.Кушнирова, С.А.Федоров, С.А.Фоменко и др. Гепатопротекторные свойства изофлавоноидов из корня МААСКIAAMURESIS при экспериментальном поражении печени четыреххлористым углеродом. // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2014, Т.77, №2., с.26-30.
6. И.В.Сарвилина, М.Г.Романцев. Протеомный профиль и неспецифическая иммунопрофилактика респираторных заболеваний у часто болеющих детей. // Вестник РАМН. 2012, № 2, с.69-74.
7. М.Г.Раманцев, И.М.Лысенко, Мельникова И.Ю. Медикаментозная профилактика и лечение повторных респираторных заболеваний у детей. // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2014, т.77, № 1, с.38-42.
8. А.А.Сарымсаков, С.Ш.Рашидова, Т.У.Арипова. Новое в профилактике и лечении гриппа и ОРВИ. Ташкент. 2010, 112 с.



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Т.Ф.Д. проф: Джураев Миржалоил Дехонович
Ассистент Кулиев Азиз Абдумажидович
Ассистент Орипова Озода Олимовна
Абдоминал онкохирург Меликулов Аслиддин Хамрокулович
Самаркандский филиал Специализированного
Научно-Практического медицинского центра
радиологии и онкологии Республики Узбекистан
Самаркандского Государственного Медицинского Института*

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных опухолями проксимальных отделов желчных протоков путем применения хирургического вмешательства и интервенционной радиологии.

Материал и методы. На базе СФ СНПМЦРиО, имеет опыт комплексного лечения 32 пациентов с опухолями внепеченочных желчных протоков проксимальной локализации за период с 2016 по 2020 гг. Больные были в возрасте от 26 до 87 лет.

Инструментальные методы: УТТ, холангиография – 32, ЭРПХГ – 12, ЧЧХГ – 32. УТТ доплерография сосудов печени применена 19 больным.

При радикальной операции 4 больным произведена холецистэктомия, резекция гепатикохоледохы вместе с опухолью и наложением бигепатикоюноанастомоза, 3 больным после соответствующего формирования гепатикоюноанастомоза во всех случаях с целью профилактики отека и сужения анастомоза, через анастомоза проведена полиэтиленовую трубку соответствующего диаметра. Операцию завершали с дренированием зоны анастомоза. Паллиативные оперативные вмешательства были выполнены у 25 (78,12%) больных с ОПЖП, при этом реканализация опухоли с наружным дренированием желчных протоков на транспеченочных дренажах произведена 15 (46,87%) больным, ЧЧХС – в 10 (31,25%) больным.

Результаты. При анализе осложнений после всех оперативных вмешательств выявлено, что печеночная недостаточность наблюдалась в 2 (6,25%) случаев, связанных с операционным агрессивным, а также выраженные сдвиги в системе – 2 (6,25%). Умер 1 больной после наружной ЧЧХС и 1 больной после реканализации наружно-внутреннего дренирования в результате печеночной недостаточности (6,3%)

Нами изучены отдаленные результаты хирургического лечения ОПЖП. Рецидивы заболевания после радикальной операции обнаружены в сроки от 1 года до 5 лет. Продолжительность жизни после радикальных операций: 13+2 месяцев жили 5 пациентов, 24+2 месяцев – 3 пациентов, 36 + 2 месяцев – 2 пациентов, 5 летняя выживаемость – 0.

Средняя продолжительность жизни после паллиативной реканализации и наружно-внутреннее дренирование через общим печеночным протоками 4 составляли больных 8,4+0,4 мес.

Вывод. При I и II типах опухоли по Bismuth-Corlette на I–II стадиях рака проксимальных желчных протоков целесообразно выполнять радикальное хирургическое лечение с предварительной декомпрессией внутрипеченочных желчных протоков при выраженной механической желтухе, что позволяет снизить риск операции и количество осложнений у больных с тяжелой степени желтухой.

При диагностике явно нерезектабельной ОПЖП и наличии противопоказаний к операции методом выбора является декомпрессия желчевыводящих путей с помощью ЧЧХС, по возможности с применением наружно-внутреннего дренирования.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭРИТРОПОЕТИНА И ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА У БОЛНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.

*Жуманазаров С.Б.
Ассистент кафедрой 2-факультетского и
госпитального терапии
Ташкентского медицинского академии
Sultanboy3444@gmail.com 97-771-29 04*

Аннотация: В настоящее время хроническая болезнь почек (ХБП) принимает во всем мире эпидемический масштаб. ХБП – независимый фактор риска развития диабетической нефропатии и сердечно – сосудистых заболеваний. Сердечно – сосудистые заболевания являются причиной смертности пациентов с ХБП в 10-20 раз чаще, чем в популяции в целом. Как известно, диабетическая нефропатия и сердечно – сосудистые заболевания характеризуются неуклонным прогрессированием с исходом в терминальную стадию, где одним изусугубляющим фактором тяжести заболевания является анемия. Основной причиной развития анемии при ХПН является снижение синтеза гормона роста эритроцитов эритропоэтина в перитубулярных клетках проксимальной части нефрона при сморщивании почек, в результате чего уровень плазменного эритропоэтина становится относительно низким. В связи с этим на первые позиции выдвигаются различные схемы патогенетического лечения, важнейшим компонентом которых является антианемическая терапия. Такая терапия способствует улучшению сосудистого русла, улучшению клубочковой фильтрации и замедлению прогрессирования заболевания. Связи с этим поиск и разработки новых схем с использованием современных антианемических препаратов, к которым относится «Эритропоэтин» является насущной потребностью и повышают качество жизни больных.

Ключевые слова: хронической сердечной недостаточность, хроническая болезнь почек, диабетической нефропатией, эритропоэтин, анемия.

Цель и задачи. Целью настоящего исследования является изучение сравнительной эффективности препарата эритропоэтина и препарата железа у больных хронической сердечной недостаточностью протекающей с диабетической нефропатией.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных (19 мужчин и 21 женщин) с клинически установленным диагнозом с хроническая сердечная недостаточность протекающей с диабетической нефропатией. Клубочковую фильтрацию рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ. Азотистый обмен оценивался по показателям мочевины, креатинина в сыворотке, определяемых общепринятыми методами. Длительность исследования составила 60 дней. Контрольным точками явились первый, десятый, тридцатый и шестидесятый день. Всем больным проводилось базисное лечение диабетической нефропатии и ХСН, включавшее диету, коррекцию водно-электролитных нарушений, артериальной гипертензии, ацидоза, гипогликемическую, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, а также антианемическое лечение. При этом больные были произвольно разделены на 2 группы (А и В), сопоставимые по полу, возрасту, весу и росту. Больным группы А в составе комплексной терапии назначали парентеральный препарата железа 1 раз в сутки 10 дней и пероральный препарата железа, больным группы В назначали «Репол» по 2000 ЕД 3 раза в неделю и пероральный препарата железа. Курс приема пероральный препарата железа составил 60 дней. Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия t Стьюдента для парных и непарных переменных. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Как показали полученные результаты, СКФ до лечения составили в среднем $55,03 \pm 0,83$ мл/мин, гемоглобина - $95,6 \pm 16,4$ г/л, мочевины - $9,3 \pm 0,85$ ммоль/л, креатинин - $284,5 \pm 4,7$ мкмоль/л. На 10 день лечения получены лабораторные показатели: в группе А СКФ - $55,26 \pm 0,83$ мл/мин, гемоглобина - $98,4 \pm 14,7$ г/л, мочевины - $8,8 \pm 0,83$ ммоль/л, креатинин - $279,7 \pm 5,1$ мкмоль/л. У пациентов группы В эти параметры были следующими: СКФ - $55 \pm 1,16$ мл/мин, гемоглобина - $100,8 \pm 11,5$ г/л, мочевины - $8,9 \pm 1,1$



ммоль/л, креатинин— $279,2 \pm 4,80$ мкмоль/л. На 30 день лечения получены лабораторные показатели: в группе А СКФ - $65,26 \pm 0,83$ мл/мин, гемоглобина - $101,4 \pm 11,7$ г/л, мочевины — $7,8 \pm 0,83$ ммоль/л, креатинин — $119,7 \pm 5,1$ мкмоль/л. У пациентов группы В эти параметры были следующими: СКФ - $67 \pm 1,16$ мл/мин, гемоглобина - $110,5 \pm 11,5$ г/л, мочевины — $7,9 \pm 0,8$ ммоль/л, креатинин — $118,2 \pm 4,80$ мкмоль/л. К концу исследования у больных группы А отмечено недостоверное повышение гемоглобина. У больных группы В такой динамики замечено не было. Очевидно, что в данный срок коррекция анемических нарушений препаратом эритропоэтин в рекомендуемых терапевтических дозировках у больных ХСН протекающей с ДН является безопасной и оказывает антианемический эффект.

Вывод. По результатам нашего исследования уже через 2 мес. отмечено увеличение содержания гемоглобина на фоне применения препаратов железа и его комбинации с ЭПО. Его использование в указанные сроки оказалось безопасным и достаточно эффективным. Для достижения более значимых результатов, вероятно, требуется более длительный курс лечения этим препаратом.



ПРИЧИНЫ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ФЕРТИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Захидова К.Ш.

Соискатель кафедры эндокринологии

Ташкентский институт усовершенствования врачей

zakhidova.kamolola.89@bk.ru 9335340805

Муминова Н.Х.

Доцент кафедры Акушерство и гинекологии

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Nigora-1967@inbox.ru 933784656

Аннотация. Синдром склерокистозных яичников (СПКЯ) в популяционной выборки варьируют от 6–10 до 15 % и оказывает существенное влияние на различные аспекты здоровья и качество жизни женщин репродуктивного возраста. Ряд исследований предполагают, что эндометрий у женщин с СПКЯ отличается от нормального эндометрия морфологически и функционально, с чем связаны проблемы бесплодия у этих пациенток и более высокая частота самопроизвольных выкидышей, хотя имеющиеся данные противоречивы. РЭ у женщин с СПКЯ занимает у данной группы пациенток 1-е место в структуре всех гинекологических злокачественных новообразований, хотя степень риска гиперплазии (ГПЭ) или рака эндометрия и его клинические особенности у женщин с СПКЯ до сих пор дискутируются.

Ключевые слова: склерокистозные яичники, рак эндометрия, гиперандрогения, эндометрий,

Целью нашего исследования явилось выявить связь гиперплазией сложного типа и гиперандрогенией, для профилактики атипических изменений в будущем.

Материал и методы. В связи с чем были обследованы 36 больные с ациклическими кровотечениями, бесплодием и лабораторно доказанной гиперандрогенией.

Из них с первичным бесплодием – 13, остальные 23 с вторичным бесплодием, в анамнезе у которых были эпизоды АМК.

Результаты исследования. Всем больным были произведено УЗИ, где имело место картины СПКЯ (увеличенные яичники с мультифолликулярным изменениями, с плотной капсулой), повышенные концентрации свободного тестостерона (в среднем 4,78 нмоль/л и выше), ДГЭА (580 мкг/л и выше), которые были определены иммуноферментным методом. ДГЭА метаболизируется до андрост-5-ен-3 β ,17 β диола (андростендиол). Именно высокие концентрации ДГЭА и андростендиола подвержены более высокому риску развития ГПЭ. Увеличение синтеза андростендиола в эндометрии женщин с СПКЯ одновременно приводит к увеличению пролиферации клеток. ДГЭА, главный предшественник андростендиола, циркулирует в основном в сульфатированной форме (ДЭА-С), и для его попадания внутрь эндометриальных клеток требуются транспортные системы, которые принадлежат к семейству органических анионовых транспортных полипептидов и органических анионовых транспортеров.

Выводы. Таким образом, доказано, что в эндометрии у женщин с СПКЯ наблюдался более высокий уровень ДГЭА, чем в неизмененном эндометрии в группе контроля и подтверждает, что стероиды могут изменять экспрессию и активность транспортеров в клетках эндометрия и что уровень активности отдельных транспортеров выше в группе женщин с СПКЯ, что указывает на их потенциальную роль в патогенезе гиперплазии эндометрия у этих пациенток.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о большом интересе к поиску специфических маркеров патологии эндометрия при СПКЯ.

Литература

1. Дьяконов С.А. Некоторые патогенетические аспекты синдрома поликистозных яичников // Дьяконов С.А. Долина Т.М., Баканова Д.Н. // Клинический вестник. №4(2), 2017.- С.23-25.

2. Соснова Е.А. СПКЯ // Архив Акушерства и гинекологии им 1.В.Ф.Снегирева 2016 3 (3):116-119. DOI <http://doi.org/10.118821~2313-8726-2013-3-3-29-116>



СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

*Исмамов Ф. А.
Самаркандский государственный
медицинский институт
Хасанова Л. Э.
Ташкентский государственный
стоматологический институт*

Аннотация. Сохранение здоровья полости рта и зубов в молодости предопределяет их состояние на протяжении всей жизни человека. Результаты изучения здоровья студентов, свидетельствуют о том, что наиболее тревожна ситуация среди студентов младших курсов. От 12% до 27% поступивших в ВУЗы имеют ярко выраженные отклонения.

Цель исследования. Изучить стоматологическое здоровье студентов ВУЗов Самарканда и оценить влияние на него организационных, медицинских и социальных факторов риска.

Материал и методы исследования.

Для выполнения поставленных задач нами было обследовано 574 студента ВУЗов Самарканда (Самаркандского Медицинского Института (СамМИ) и Самаркандского Государственного Университета (СамГУ)) среди которых студентов I курса - 193 человека, II курса - 175 человек, студентов III курса, соответственно, – 206. Состояние гигиены полости рта (как основного фактора риска стоматологических заболеваний) оценивали по упрощенной шкале ОНI-S. Для оценки наличия флюороза зубов использовалась международная классификация Dean Н.Т. Для определения нуждаемости в ортодонтическом лечении использовали Dental Aesthetic Index (DAI). Для выявления потребности в восстановительной терапии зубов нами применялся индекс разрушения окклюзионной поверхности зубов – ИРОПЗ Миликевича В.Ю.

Результаты исследования. Распространенность кариеса зубов среди студентов ВУЗов г. Самарканда составляет $91,87 \pm 1,30\%$, а интенсивность кариозного процесса составила $5,31 \pm 0,14$ зуба при $8,34 \pm 0,26$ поверхности. Некариозные поражения твердых тканей зубов констатированы у $56,44 \pm 2,36\%$ на фоне удовлетворительного уровня стоматологической помощи студентам. У $97,49 \pm 0,78\%$ студентов ВУЗов г. Самарканда выявлены признаки заболеваний тканей пародонта с интенсивностью $3,88 \pm 0,06$ сегмента, у $30,70 \pm 2,19\%$ констатировали патологию слизистой оболочки и мягких тканей полости рта. Гигиена полости рта у студентов ВУЗов г. Самарканда находится на удовлетворительном уровне, а хороший уровень гигиены у студентов-медиков зафиксирован в 1,6 раза чаще, чем среди студентов СамГУ. У $53,05 \pm 2,37\%$ студентов зафиксировали зубочелюстные аномалии и деформации, а артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстного сустава выявлены у $22,80 \pm 1,99\%$ учащихся. Имеется прямая зависимость распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний и такими факторами риска как плохая гигиена полости рта, табакокурение, употребление алкоголя. Распространенность различных видов патологии слизистой оболочки и мягких тканей полости рта у студентов Самарканда составила $30,66 \pm 2,19\%$ (176 студентов). Наиболее часто встречали воспалительные изменения десневого края – у 107 ($18,64 \pm 1,85\%$), на втором месте – изменения поверхности языка (десквамативный глоссит или «географический» язык) – у 61 ($10,63 \pm 1,45\%$), поражение красной каймы губ (метеорологический хейлит) диагностировали у 38 ($6,62 \pm 1,18\%$) студентов.

Литература

1. Kotseva K., Wood D., De Backer G. et al. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. -2010.Oct. –Vol.17.-N5.-P.530-540.
2. Li L., Han M.X., Li S. et al. Hypoxia regulates the proliferation and osteogenic differentiation of human periodontal ligament cells under cyclic tensile stress via mitogen-activated protein kinase pathways. J. Periodontol. 2014;3(85):498-508.
3. Liu X, Chen Y, Chen X, Su J, Huang C. Enhanced efficacy of baicalin-loaded TPGS polymeric micelles against periodontitis. Mater Sci Eng C Mater Biol Appl. 2019 Aug;



“2-TIP DIABET BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA DISTAL DIABETIK POLINEYROPATIYANING RIVOJLANISHIDA B12 VA D VITAMINLARINING AXAMIYATINI O‘RGANISH”

1. Urunbayeva Dilorom Anvarovna
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi dotsenti

Telefon: +998(91) 166 51 95

diloromanvarovna@gmail.com

2. Murodova Hurriyat Baxodirovna
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 2 kurs magistranti

Telefon: +998(97) 735 16 18

hurriyatmurodova1618@gmail.com

Anotatsiya: B12 va D vitaminlarini etishmovchiligining 2-turli QD bor bemorlarda diabetik distal polineyropatiyaning rivojlanishiga ta'sirini turli tekshiruv usullari bilan o'rganish.

Kalit so'zlar: QD- Qandli diabet, DPN- distal polineyropatiya, GG- Glikirlangan gemoglobin

Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqot uchun 45 nafar 2-tur QD bemorlari olindi. Hamma QD bemorlarning kasalligi davomiyligi 3 yilgacha bo'lgan. Tekshiruvga og'ir darajali neyro- va angiopatiya bilan asoratlangan bemorlar kirgizilmadi. Hamma bemorlar qand pasaytiruvchi dori vositalari (Metformin, Gliklazid, Glimepirid) qabul qiladi. Ular 2 guruhga ajratildi. 1 guruhga QD 2 tip DPN bilan asoratlangan 23 nafar, 2 guruhga DPN asorati rivojlanmagan 22 nafar bemorlar nazorat guruhi sifatida foydalanildi. Ikkala guruhdagi bemorlarda ham quyidagi tekshiruvlar o'tkazildi: Qonda glyukoza miqdori, glikirlangan gemoglobinni aniqlash, D va B12 vitaminlarini aniqlash. DPN tashxislash maqsadida og'riqli, vibratsion, taktil va harorat sezgirligini aniqlash va TSS so'rovnomasi o'tkazildi.

Natijalar: Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki 1 guruhga kiruvchi bemorlarda och qoringa qondagi glyukoza miqdori $7,8 \pm 1,2$ mmol/l, ovqatdan 2 soatdan keyin $14,5 \pm 1,1$ mmol/l aniqlandi. Oyoqlarda sezuvchanlik pasayishi, oyoqlarning orqa va yon yuzalarida harorat pasayishi, vibratsiya sezgirligi - $4,3 \pm 0,4$ ballni tashkil qildi. TSS so'rovnomasi bo'yicha 8-9 ballni tashkil qildi. Glikirlangan gemoglobin $7,8 \pm 1,2\%$ tashkil qildi. Qonda vitamin B12 o'rtacha $284,1 \pm 15,5$ pg/mlni, vitamin D esa $14,6 \pm 5,9$ ng/mlni tashkil qildi. 2 guruhga kiruvchi bemorlarda och qoringa qondagi glyukoza miqdori $7,5 \pm 1,0$ mmol/l, ovqatdan 2 soatdan keyin - $13,4 \pm 2,9$ mmol/l, oyoqlar sezuvchanligi saqlangan, oyoqlarning orqa va yon yuzalarida harorat sezuvchanligi saqlangan, vibratsiya sezgirligi - $8,7 \pm 1,4$ ballni tashkil qildi. TSS so'rovnomasi bo'yicha 4-5 ballni tashkil qildi. Glikirlangan gemoglobin $7,3\%$ tashkil qildi. Qonda B12 va D vitamin yetishmochiligi 3 ta bemorda nisbatan past ekanligi aniqlandi, shunda vitamin D o'rtacha $27,8 \pm 6,9$ ng/mlni, vitamin B12 o'rtacha - $334,6 \pm 12,2$ pg/mlni tashkil qildi.

Xulosa: 2-tip QD bilan og'rikan bemorlarda distal DPN rivojlanishida giperglikemiya bilan birgalikda B12 va D vitaminlarining ahamiyati borligi aniqlandi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Пигарова Е. А., Рожинская Л. Я., Белая Ж. Е., Дзеранова Л. К. и др. Клинические рекомендации // Проблемы эндокринологии. 2016;

2. Кроненберг Г. М., Мелмед Ш., Полонски К. С., Рид Л. П. Сахарный диабет и нарушения углеводного обмена. 2018.



ГЕНЕТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЕЙ

Сайфутдинова С.Р.

*д.м.н. доцент кафедры неврологии детского возраста
Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей
93-514-11-55*

Применение современных диагностических методов в перинатальной практике позволило углублённо изучить патогенетические механизмы развития перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) у детей раннего возраста.

Ключевые слова: недоношенные дети, полиморфизм генов, перивентрикулярная лейкомаляция, гипоксия.

Роль генетического фона и генетических факторов свертываемости в развитии определенных состояний заболевания у детей. Основным направлением является молекулярно-генетическое исследование по выявлению так называемых генов-кандидатов. Для подтверждения предварительных исследований генетических связей на церебрально-васкулярные нарушения, мы изучили воздействие генетических вариантов, биохимически связанных с гемостазом (фактор V Лейдена, протромбин G20210A и фактор II) у новорожденных детей.

Из 150 больных доношенных было 69, недоношенных 81, родившихся в РСНПМЦ А и Г, изучили влияние вариантов генов, участвующих в гемостазе, (включая критерии: срок гестации с 28 до 36 недель, вес при рождении- 1500г.). Было проведено исследование генетических ассоциаций большого числа комплексных заболеваний, для определения групп повышенного риска. Эти тромбофилические расстройства включают мутацию фактора V Лейдена, которая делает фактор V устойчивым к расщеплению активированного протеина С, и мутации протромбина G20210A, связанными повышенной концентрацией протромбина в плазме.

В обследованных подгруппах и группа контроля характеризовались наибольшей статистической значимостью FII 20210A Генотип G/G52 - 75,4 % - 45 - 90,0% $\chi^2=4,1$; $P=0,04$, т.е., высоко достоверно различались между собой по распределению частот аллелей и генотипов в целом, по данному ДНК-локусу.

Полученные нами факты, доказывают высокую значимость маркера FII 20210A генотип G/G52-75,4 %-45-90,0% $\chi^2=4,1$; $P=0,04$ недоношенных детей и FV- V Лейдена составили в генотипе A/A6-7,4% $\chi^2=3,9$; $P=0,05$; в группе доношенных детей в развитие ПВЛ. Наличие в генотипе молекулярного маркера FII 20210A и FV 1691A ассоциировано увеличением риска развития ПВЛ больше у недоношенных, чем у доношенных детей.

Генетически обоснованные низкие уровни факторов свертываемости, такие, как полиморфизм стимулятора фактора II- могут не только увеличить риск внутримозгового кровоизлияния, но, также, влияют на расстройство мозгового кровообращения у преждевременно родившихся детей, например, на развитие перивентрикулярной лейкомаляции.

Список литературы:

1. Андросова З.П., Софронова Г.И. Особенности соматического здоровья и детей первого года жизни с перинатальной патологией ЦНС. Якутск, 2002.- Тверь, 2002, с. 26-27
2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология.-М.,2009 стр.251-271
3. Banerjee I., Gupta V., Ganesh S. Association of gene polymorphism with genetic susceptibility to stroke in Asian population: a meta-analysis // J. Hum. Genet. – 2007. – Vol. 352, №3. – P. 205-219.
4. Combined carrier status of prothrombin 20210A and XIII-A Leu34 alleles as a strong risk factor for myocardial infarction: evidence of a gene-gene interaction / C. Butt, H. Zheng, E. Randell et al. // Blood. – 2003. – Vol. 8, №101. – P. 3037-3041.



ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ ВОЗНИКАЮЩИХСЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Алиева Назокат Мураджановна
Тошкент давлат стоматология институти доценти
Якупов Искандар Тахирович
Тошкент давлат стоматология институти магистри
Телефон: +998913347999
Ochilova.m@gmail.com

Аннотация. Целью данной научной работы является исследование оптимизации систем мероприятий по профилактике и лечению вторичных деформаций окклюзии, вызванных преждевременным удалением временных зубов.

Ключевые слова: трейнерами д-ра Фаррела, преждевременным удалением временных зубов, формирователи функции Френкеля

Рост и развитие ЗЧС системы находятся под влиянием множества взаимозависимых факторов. Влияние каждого из них на развитие зубочелюстной системы ребенка с преждевременно удаленными молочными зубами, характер взаимодействия этих факторов в этом процессе до настоящего времени изучены недостаточно.

На основании углубленного исследования частоты, структуры и степени выраженности дефектов коронок зубов и зубных рядов у детей и подростков г. Ташкент определена нуждаемость и объем оказания лечебной и профилактической помощи в устранении вторичных окклюзионных нарушений в различные возрастные периоды. Дана комплексная оценка зависимости развития зубочелюстных деформаций от числа разрушенных зубов, сроков их удаления и протяженности образовавшихся дефектов зубных рядов, обоснована возможность прогнозирования нарушений формирования постоянного прикуса, что позволяет определить приоритетные комплексы профилактических и терапевтических мероприятий для восстановления физиологической окклюзии в раннем периоде роста и развития зубочелюстной системы. В результате комплексной оценки зависимости развития зубочелюстных деформаций от числа разрушенных зубов, сроков их удаления и протяженности образовавшихся дефектов зубных рядов, обоснована возможность прогнозирования нарушений формирования постоянного прикуса, что позволяет определить приоритетные комплексы профилактических и терапевтических мероприятий для восстановления физиологической окклюзии в раннем периоде роста и развития зубочелюстной системы.

Практически каждый третий ребенок в возрасте от 4 до 7 лет имел дефекты зубных рядов в результате удаления временных зубов по поводу осложненного кариеса. С 7 до 15 лет наблюдался рост распространенности кариозного поражения от одного до четырех первых постоянных моляров до полного разрушения коронок зубов от 3,55% случаев в начале смены зубов до 22,90% к 15 годам. С возрастом частота удалений первых постоянных моляров увеличилась от 4,83% в 5 - 6 лет до 7,86% в возрасте 10-13 лет и 8,95% в 13-16 лет.

Преждевременное удаление временных зубов составляет одну из основных причин формирования зубочелюстных аномалий. Существенное значение для формирования зубочелюстных деформаций различной степени тяжести имеют возраст ребенка в момент преждевременного удаления молочных зубов, сроки прорезывания постоянных зубов ($r=0,73$); число отсутствующих зубов ($r=0,75$) и интенсивность кариозного процесса ($r=0,64$), а также функциональная группа разрушенных или удаленных временных зубов ($r=0,45$).

Черезгодсначала наблюдения раннее ортодонтическое лечение с помощью функциональных устройств, было в 6 раз эффективнее, чем профилактическое протезирование. Среди применяемых ортодонтических устройств наиболее эффективным был эластомерный трейнер д-ра Фаррела. Для детей 6-7 лет она составила 94,27%. Эффективность аппаратов с системой пружинящих плоскостей равнялась 61,48%, а формирователей функции Френкеля - 19,81%.

Установлены наиболее эффективные меры устранения вторичных зубочелюстных



деформаций и нормализации окклюзии у детей с преждевременно удаленными временными зубами и проведена оценка их эффективности у детей в конце временного, начале сменного прикуса.

Рекомендуется активное выявление, профилактика и лечение кариеса временных зубов, - мероприятия направленные на сохранение полноценной жевательной функции формирующейся зубочелюстной системы.

Для профилактики развития зубочелюстных деформаций и реабилитации основных функций зубочелюстной системы в конце временного и начальном периоде сменного прикуса рекомендуется пользоваться ортодонтическими миофункциональными устройствами -трейнерами д-ра Фаррела.

Литература.

1. Клиника и лечение зубочелюстных аномалий у детей./ Х.А. Каламкарров. -Ташкент. М.: Медицина, 1978. 268 е.: илл. - Библиогр.: с. 262-267
2. Ковальский В.Л. Научное обоснование концептуальной модели реформирования стоматологической помощи детскому населению крупных городов: Автореф. дис. док. мед. наук.: 14.00.33; 14.00.21. Москва. -2002. - 38 с.
3. Кошовская В.А. Показатели кариеса у организованных групп детей, перенесших общие заболевания. / В.А. Кошовская, Л.Н. Тюрева, Т.А. Любимова // В кн.: Проблемы терапевтической стоматологии. Киев. - 1970. -вып 5. — с.49-51.
4. Кротова Я.Р. Нуждаемость в зубном протезировании детей г.Краснодара / Я.Р. Кротова, С.Я. Киселева, В.Ф. Журавская // Материалы 4-го Всеросс. Съезда стоматологов. Ульяновск. - 1982. - с. 169 - 170.
5. Криштаб С.И. Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов / С.И. Криштаб, А.И. Довбенко // Стоматология. -1984. т.63. - №5. - с. 60-61.
6. Кудрявцева Т.Д. Результаты обследования детей из дошкольного учреждения г. Санкт-Петербурга / Т.Д. Кудрявцева // Материалы VIII Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. С-Пб. - 2003. -с. 92
7. Кузьмина Э.М. Профилактика: сегодня и завтра / Э.М. Кузьмина // Достижения и перспективы стоматологии: Сборник тезисов международной научно- практической конференция ММСИ «Мораг-Экспо». Россия. - М., 2000; с. 179-182.
8. Бувальцев Н.Т. Протезирование постоянных зубов у детей дошкольного возраста / Н.Т. Бувальцев // Стоматология. 1973. - т.52. - №4. - с.78; Библиогр.: 6 назв.
9. Бурда Г.К. Организация профилактики зубочелюстных аномалий у детей / Г.К. Бурда, И.В. Герасимова, С.С. Степанова // Ортодент-Инфо. 2001. - №3.- с. 27 29; Библиогр.: 6 назв.
10. Вакушина Е.А. Распространенность аномалий окклюзии среди подростков и взрослых г. Ставрополя / Е.А. Вакушина, Е.А. Брагин // Ортодонтия. 2003.- №2. с.29 - 32; Библиогр.: 5 назв.
11. Вартамян В.С. Особенности восстановительного лечения детей с деформациями зубных рядов: Автореф. . канд. мед наук (14.00.21) М-во здравоохранения СССР. Ставропольский гос. мед. ин-т. - Краснодар. - 1996.- 18 е.: илл.



TURLI QON GURUHLARIDAGI ODAMLAR ERITROSITLARINING METOBOLIK VA FUNSIONAL HOLATI

Azizova Noila Mirali qizi
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti
Tibbiy va biologik kimyo, tibbiy biologiya
umumiy genetika kafedrası asistenti
azizovanoila@gmail.com.tel:+998974508308

Annatatsiya. Aholining sog'lig'i har qanday davlat uchun katta qiziqish uyg'otadi. Bu hozirgi paytda aniq namoyish etilmoqda - koronavirus pandemiyasi ushbu muammoning to'liq ahamiyatini ochib berdi. Shu munosabat bilan somatik va yuqumli kasalliklar profilaktikasi, prenozalogik diagnostikasining yangi, samarali usullarini izlash amaliy tibbiy yordam uchun katta qiziqish uyg'otmoqda shu maqsadda kasalliklarni qon guruhlariga bog'liqligini o'rganishni maqsad qilindi.

Kalit so'zlar: glikoproteid, ABO tizm, Eritrosit, metabolizm, Rh- factor, antigen agglutinin, agglutinin, antikor.

Mavzuning dolzarbligi Hozirgi vaqtda genomika va proteomika kabi ilmlar asosida kelajak tibbiyotining asosi - shaxsiylashtirilgan tibbiyotda shakllanmoqda. Ma'lumki, har bir inson va genomning o'ziga xosligi bir xil omil ta'siriga javoban insoniyat jamiyatidagi fiziologik reaksiyalarning xilma-xilligini belgilaydi. Bu klinik kasallik polimorfizmining asosidir. Diagnostikaning sifati va davolanishning yetarliligi ko'p jihatdan diagnostik tadqiqotlar davomida olingan ma'lumotlarning ma'lum tarkibiga bog'liq (V.V. Menshikov, 2011). Shu bilan birga, norma va patologiya chegaralari ko'pincha juda o'zboshimchalik bilan bo'lishini hisobga olish kerak. Shuning uchun qonning hujayra tarkibidagi individual tebranishlarni, klinik laboratoriya diagnostikasida ishlatiladigan metabolizmning har xil turlari ko'rsatkichlarini o'rganish juda muhimdir, bu to'g'ri klinik qarorlar qabul qilishga imkon beradi. Qurilish, energiya, metabolik va gomeostazni tartibga solishda muhim rol o'ynaydigan qon barcha to'qimalar bilan aloqa qiladi, shuning uchun uning xususiyatlari patologik sharoitda o'zgaradi. Qonning korpuskulyar elementlari organizmning antigen tuzilmalarini tashuvchisi bo'lib, ularda glikoproteidlar mavjud bo'lib, ular guruhga mansubligini aniqlaydi va biologik tur sifatida inson hayotida muhim rol o'ynaydi [S.I. Donskov, V.A. Morokov, 2011]. Ular nafaqat qon guruhlarining markerlari, balki turli xil biologik funksiyalarni bajaradilar: retseptorlari (ximokinlar, ekzogen ligandlar, parazitlar, mikroblar uchun), transport (akvaporinlar, glyukoza, nukleozidlar, karbamid va boshqalar), strukturaviy (GPA, GPC), regulativ (yopishqoq molekulalar, fermentlar), komplementni faollashtirish (CD35, CD55, CD59 va boshqalar), trofik, o'tkazuvchan fermentlar, gormonlar va plazma oqsillari (DJ Anstee, 1990).

Adabiyotda sog'lom odamlarda turli xil qon guruhlarining hujayra va kimyoviy tarkibi to'g'risidagi ma'lumotlar mavjud (F.N. Gilmiyarova va boshq., 2012). Shu bilan birga, eritrotsitlarning holati, ularning zararli omillarga chidamliligi va turli xil qon guruhlarida eritrotsitlaridagi metabolizm o'rganilmagan bo'lib qolmoqda.

AB0 qon guruhi tizimi bir asr oldin Karl Landshtayner tomonidan kashf etilgan va odamlar tomonidan kashf etilgan 35 dan ortiq qon guruhlaridan birinchisi bo'ldi (G. Daniels, M.E. Reid, 2010). Bugungi kunga qadar ma'lumki, AB0 qon guruhlarining antigenik determinantlari nafaqat eritrotsitlarda, balki epiteliy hujayralarida, qon tomir endoteliysida, sezgir neyronlarda va trombositlarda ham namoyon bo'ladi [X. Xu va boshq., 2018]. Bundan tashqari, ushbu antigenlar og'iz, lakrimal va seminal suyuqliklarda, shuningdek ona sutida eriydigan glikoproteinlar sifatida topildi (M. Franchini, G.M. Liumbruno, 2013). Bularning barchasi gistio-eritrotsitlar guruhi (gisto-qon guruhi) atamasini AB0 tizimiga nisbatan ishlatishni qonuniy holga keltiradi (M. Franchini, C. Bonfanti, 2015). Ayni paytda yuqumli va yuqumsiz kasalliklar va AB0 tizimining antigenlari ekspressioni o'rtasidagi munosabatlarning mavjudligi jiddiy muhokama qilinmoqda (L. Cooling, 2015) va AB0 tizimining uzoq umr ko'rish va sog'lom qarishdagi o'rni o'rganilmoqda (IA Selezneva va boshq., 2017; ME Brecher, SN Hay, 2011; A. Degarege va boshq., 2018; S. Akin, K. Altundag, 2018). AB0 tizimining antigenlari nafaqat ma'lum bir shaxsning xususiyatlarini aks ettiradi, balki uning yashash muhitiga va organizmning gomeostazini



aks ettiruvchi ko'rsatkichlarning bioxilma-xilligini aniqlashga qarab insonga xos muhim tur va populyatsiyani ham aks ettiradi.

Adabiyotda metabolizm xususiyatlari va turli xil qon guruhleri eritrotsitlari funksiyasi haqida deyarli ma'lumot yo'q. Shuni inobatga olgan holda, kelgusi ishlarda ushbu muammoning ushbu tomonini o'rganish rejalashtirilgan.

Tadqiqot maqsadi: Metabolizmning xususiyatlarini va turli xil qon guruhleri odam eritrotsitlarining zararli omillariga chidamliligini baholash.

Tadqiqot ob'ekti: Turli xil qon guruhlaridagi odam eritrotsitlari.

Materiallar va usullar. Tadqiqot Respublika qon quyish markazida o'tkazildi. Tekshirish uchun donorlar xabardor qilingan rozilik olingan. 2020 yilning shu kuniga qadar hammasi bo'lib, donor sifatida 20-60 yoshgacha bo'lgan erkaklar tekshirildi, ular AB0 tizimiga ko'ra qon guruhi aniqlandi. Qon guruhleri bo'yicha taqsimlanish quyidagicha bo'lib chiqdi: 0 (I) qon guruhi - 32,7%, A (II) qon guruhi - 34,6%, B (III) qon guruhi - 23,1% va AB (IV) qon guruhi - 9,6%. Ulardan rezus musbat 84,8 %, rezus manfiy esa 15,2% ni tashkil etdi.

Qon guruhleri bo'yicha taqsimlanish quyidagicha edi: tekshirilganlarning 42,5% 0 (I) qon guruhiga kiradi; A (II) ga - 31,5%; B (III) gacha - 16,5%; uchun AB (IV) - 9,4%. Ular orasida Rh-musbat - 83,7%; Rh manfiy - 16,3%.

Tekshirilganlarning hammasi AB0 tizimiga va Rh-ga bog'liqligi bo'yicha quyidagi korsatkichlari aniqlandi; eritrotsitlar (RBC) sonini, qizil qon hujayralarining o'rtacha miqdorini (MCV), qizil qon hujayralarining miqdori bo'yicha taqsimlanishini (RDW), gemoglobin (Hb) ni, eritrotsitdagi gemoglobinning o'rtacha miqdori va konsentratsiyasini (MCH, MCHC), gematokrit (Ht) ni aniqlash; Leykotsitlar soni (WBC), neytrofillarining mutloq va nisbiy tarkibi (Neyt abs., Neyt%), limfotsitlar (Lym abs., Lym%), monotsitlar (Mono abs., Mono%), eozinofillar (Eos abs., Eos%), bazofillar (Baso abs., Baso%); trombositlar soni (PLT), ularning o'rtacha hajmi (MPV); aniqlandi.

Tadqiqot uchun material vakuumli qon yig'ish sistemalari yordamida olingan venoz qon edi. EDTA naychasi gematologik tekshiruv va qon guruhini aniqlash uchun ishlatilgan. Qonning to'liq tekshiruvi RAYTO RT-7600 gematologiya analizatorida o'tkazildi. Qon guruhini aniqlash monoklonal antikorlar eritrotest-siklonlar anti-A, anti-B, anti-D Super OOO "Gematolog" va standart eritrotsitlar to'plami 0 (I), A (II), B (III) yordamida amalga oshirildi

Olingan natijalar muhokamasi

Umumiy qon tekshiruvi ko'rsatkichlarida guruhlar bo'yicha farqlar aniqlandi.

Qon guruhleri bo'yicha qonning hujayra tarkibini baholashda quyidagi natijalarga erishildi. Eritrotsitlar va gemoglobin miqdori AB (IV) qon guruhiga ega bo'lganlar orasida eng yuqori va $(4,89 \pm 0,04 \times 10^{12} / l, 142,68 \pm 2,28 g / l)$, bu guruhdagi eritrotsitlarning o'rtacha hajmi ko'rsatkichi ham. maksimal $(87,75 \pm 1,11 fl)$. Eritrotsitlarning minimal tarkibi B (III) $(4,81 \pm 0,05 \times 10^{12} / l)$ qon guruhi bo'lgan odamlar orasida qayd etilgan. Eng past gemoglobin miqdori A (II) qon guruhi ega shahslarda topilgan $(140,84 \pm 1,10 g / l)$. Ushbu guruhdagi eritrotsitlar tarkibidagi o'rtacha eritrotsitlar hajmi va gemoglobin miqdori ko'rsatkichlari ham minimal $(86,54 \pm 0,73 fl, 29,10 \pm 0,24 p g)$.

Qon guruhlariga qarab qonning hujayra tarkibi

UAC parametri	Stat. Indeks	0 (I)	A (II)	B (III)	AB (IV)
RBC, $\times 10^{12} / l$	M $\pm$ m	4.83 ± 0.06	4.85 ± 0.05	4.81 ± 0.05	4.89 ± 0.04
	Men	4.81	4.41	4.52	4, 76
MCV, fl	M $\pm$ m	$87,33 \pm 0,48$	$86,54 \pm 0,73$	$87,27 \pm 0,47$	$87, 75 \pm 1, 11$
	Men	87.65	87.20	86.98	86, 83
Hb, g / l	M $\pm$ m	$141,76 \pm 2,14$	$140,84 \pm 1,10$	$142,61 \pm 1,30$	$142,68 \pm 2,28$
	Men	138.75	141.25	143.75	141.25
MCH, pg	M $\pm$ m	$29,36 \pm 0,23$	$29,10 \pm 0,24$	$29,61 \pm 0,19$	$29, 21 \pm 0,33$
	Men	29.55	29.03	29.68	29, 43
MCHC, g / dl	M $\pm$ m	$33,61 \pm 0,19$	$33,56 \pm 0,22$	$33,94 \pm 0,19$	$33, 29 \pm 0, 19$
	Men	33.55	33.40	33.93	33, 15



WBC, $\times 10^9/l$	M $\pm$ m	6.16 $\pm$ 0.20	6.44 $\pm$ 0.21	6.32 $\pm$ 0.25	6, 18 $\pm$ 0, 39
	Men	5.93	6.73	6.30	5, 98
Neytral abs, $\times 10^9/l$	M $\pm$ m	3.50 $\pm$ 0.20	3.49 $\pm$ 0.19	3.67 $\pm$ 0.24	3, 12 $\pm$ 0,25
	Men	3.43	3.38	3.68	3, 08
Lym ablar, $\times 10^9/l$	M $\pm$ m	2.04 $\pm$ 0.09	2.24 $\pm$ 0.10	2.06 $\pm$ 0.08	2,09 $\pm$ 0,24
	Men	1.93	2,3	2.03	2, 05
PLT, $\times 10^9/l$	M $\pm$ m	250.00 $\pm$ 8.59	262,67 $\pm$ 16,19	238,64 $\pm$ 10,29	267,36 $\pm$ 13,32
	Men	254.75	241.25	243.50	253.50
MPV, fl	M $\pm$ m	10,53 $\pm$ 0,12	10,24 $\pm$ 0,18	10,76 $\pm$ 0,25	10,33 $\pm$ 0,16
	Men	10.55	10.45	12.60	10, 25

Leykotsitlarning eng past miqdori 0 (I) qon guruhiga ega bo'lganlar uchun xos bo'lgan - $6,16 \pm 0,20 \times 10^9/l$, bu guruhdagi limfotsitlarning mutloq tarkibi ham minimal - $2,04 \pm 0,09 \times 10^9/l$ Leykotsitlar tarkibining maksimal qiymati A (II) guruh tashuvchilar guruhida qayd etilgan, qon limfasitlari - $6,44 \pm 0,21 \times 10^9/l$, ularda limfotsitlarning eng yuqori mutloq tarkibi bilan tavsiflanadi - $2,24 \pm 0,10 \times 10^9/l$. Neytrofillarning mutloq miqdori AB (IV) qon guruhi tashuvchilar orasida eng kichigi ($3,12 \pm 0,25 \times 10^9/l$) bo'lib chiqdi, eng ko'p B (III) qon guruhi bo'lganlar orasida qayd etildi - $3,67 \pm 0,24 \times 10^9/l$.

Trombotsitlar baholanganda, B (III) qon guruhi egalarining trombotsitlar soni eng past ($238,64 \pm 10,29 \times 10^9/l$) bo'lganligini ta'kidlaymiz, ammo bu guruhdagi o'rtacha trombotsitlar hajmi m maksimal ($10,76 \pm 0,25$ fl). AB (IV) qon guruhiga ega bo'lgan odamlar eng ko'p trombotsitlar bilan tavsiflanadi ($267,36 \pm 13,32 \times 10^9/l$), shu bilan birga ularning MPV ko'rsatkichi eng past ko'rsatkichlardan biridir ($10,33 \pm 0,16$ gl) ...

Adabiyot / Adabiyotlar

1. Danie ls G, Reid ME. Qon guruhlari: so'nggi 50 yil. *Qon quyish*. 2010; 50 (2): 281-9 DOI: 10.1111 / j.1537-2995.2009.02456.x
2. Xu X, Xu F, Ying Y, Hong X, Liu Y, Chen S, He J, Zhu F, Hu W. AB0 qon guruhining normal va variantli trombotsitlarida AB0antigen darajasi. *Trombotsitlar*. 2018; (26): 1-7 .DOI: 10.1080 / 09537104.20 18.1543863
3. Eastlund T. Gisto-qon guruhi AB0 tizimi va to'qimalarni transplantatsiyasi. *Qon quyish*. 1998; (38): 975-88. DOI: 10.1046 / j.1537-2995.1998.381098440863
4. Franchini M, Liumbruno GM. AB0 qon guruhi: eski dogma, yangi istiqbollar. *Klinik kimyo va laboratoriyalar tibbiyoti*. 2013; 51 (8): 1545-53. DOI 10.1515 / cclm-2013-0168
5. Franchini M, Bonfanti C. Odamlarda AB0 qon guruhining evolyutsion jihatlar. *ClinicaC himicaActa*. 2015 yil; (444): 66-71.Doi: 10.1016 / j.cca.2015.02.016
6. Selezneva IA, Gilmiyarova FN, Gussyakova OA, Kolotyeva NA, Chaulin AM, Potexina VI. AB0-qon guruhi tizimi va kasallanish. *Evropa tabiiy tarixi jurnali*. 2017; (1): 1421. [Selezneva IA, Gylmiyarova FN, Gussyakova OA, Kolotyeva N.A., Chaulin AM, Potexina VI. AB0-qon guruhlari tizimi va kasallanish. *Evropa tabiiy tarixi jurnali*. 2017; (1): 14-21. (Rus tilida)]
7. Brecher ME, Xey SN. AB0 qon turi va uzoq umr ko'rish. *Ameri mumkin Klinik patologiya jurnali*. 2011; 135 (1): 96-8. Doi: 10.1309 / ajcpmihj6l3rphzx
8. Qon guruhlari: sog'liq va kasallikdagi hujayra tarkibi va metabolizmning biologik o'zgaruvchanligi. M.: Izvestiya; 2007: 9-57. [Qon Guruhlar: uyali compositi biologik o'zgaruvchanlik haqida va normal va patologik metabolizm. Moskva: Izvestiya; 2007: 9-57. (Rus tilida)]
9. Yamamoto F, Cid E, Yamamoto M, Blancher A. AB0tekshirish zamonaviy genomika davrida. *Qon quyish bo'yicha tibbiyot mulohazalari*. 2012; 26 (2): 103-18. DOI: 10.1016 / j. tmrv.2011.08.002



HELMINTHIASIS

Kenjaeva Charos Baxtiyorovna
Tashkent Pediatric Medical Institute
Clinical doctor-ordinator 1- course
Faculty of Pediatric Infectious Diseases
Phone+998909214614 ckenjayeva@bk.ru

Annotation: The basic concepts of epidemiology, clinical manifestations, treatment and prevention of the most common helminths are presented in this lecture.

Keywords: helminthes, contamination paths, risk factors, prevention, and treatment.

Helminthiasis is a common parasitic disease human diseases caused by various representatives of the lower worms — helminthes. Also known as worm infection, is any macro parasitic disease of humans and other animals in which a part of the body is infected with parasitic worms, known as helminthes.

There are numerous species of these parasites, which are broadly classified into tapeworms, flukes, and roundworms, parasitic diseases caused by worms – round and flat, rarely ringed and prickly head parasitic worms. For helminthes infections characterized by a chronic course and systemic effects on the body with the development of the abdominal, allergic, anemic syndromes, and chronic toxicity; pulmonary, liver, bleary tract, brain, organ of vision. Helminthiasis – worm infestation caused by different species of lower parasitic worms – helminthes. Helminth infection has a chronic course, accompanied by the exhaustion and decline of its natural defenses.

In the structure of helminthes infections leading places belong to the enterobiasis, ascariasis, hookworm, and toxocariasis trihozefaleza. According to official statistics, the invasion of the Russian population with helminthes infection is 1-2%, but in some regions it reaches 10% or more. The rise in the incidence of helminthiasis is relevant not only for infectious diseases but also Pediatrics, medicine, surgery, gastroenterology, dermatology, Allergology, urology and other practical fields of medicine.

The most common enterobiosis, ascariasis, trematode, trihozefalez and gimenolepidoz. 89% of patients have enterobiosis, 6.8% - ascariasis and 3.1% - trematodoses, mainly opisthorchiasis. Echinococcosis and trichinosis are registered much less frequently. A factor in the spread of helminthiasis is the pollution of the environment by helminth eggs as a result of wastewater discharge, which reveals up to 15 types of eggs of various helminths. The source of helminths is the human or animal body, both domestic and wild, in which worms reach sexual maturity and produce eggs or larvae.

Ways of infection include water, food, household contact, air and dust. Life cycle of helminths includes the egg stage, the larval and adult forms. Depending on the characteristics of the development of parasitic worms, and tract infection parasitic diseases are divided into Bioelements, geohelminths and contagious (contact) helminthiasis. Geohelminths are most roundworms (nematodes).

Stage of development of eggs and larvae of geohelminths are in the soil under certain temperature and humidity conditions. Infection geohelminthoses occurs when the lack of personal hygiene, eating parasites contaminated water, fruits, vegetables or from contact with feces contaminated soil. Geohelminths include such parasitic diseases as ascariasis, ankilostomidoz, trihozefalez, strongyloidiasis. Among Bioelements belong flukes (trematodes) and tapeworms (cestodes) and some species of nematodes. To reach the infective stage they need to change one or two intermediate hosts in which there may be fish, crustaceans, mollusks, insects. Bioelements pathogens penetrate into human body by eating not passed sufficient heat treatment of meat or fish, drink raw water.

Representatives of Bioelements are difillobotrio, clonorchiasis, opisthorchiasis, taeniasis, beef tapeworm infection, trichinosis, fascioliasis, echinococcosis. To belong to the contagious helminthiasis infestation transmitted from person to person through personal contact, through shared toilet, kitchenware, linen, or by samsarajade. This enterobiasis, gimenolepidoz, strongyloidiasis, cysticeroids.

The helminths are classified according to the biological characteristics of helminths, method



of existence in the environment, routes of infection, habitat in the human body. Given the biological characteristics of pathogens isolated nematodes (ascariasis, enterobiasis, trihozefalez, ankilostomidoz, necatoroz, etc.); cestodosis (taeniasis, cysticercosis, gimenolepidoz, beef tapeworm infection, echinococcosis); the trematode (opisthorchiasis, clonorchiasis, schistosomiasis, fascioliasis). By way of the existence of parasitic worms in the environment are distinguished geohelminths, Bioelements and contact helminthiasis. Infection with helminths may occur through food, water, percutaneous way.

Depending on the localization of pathogens in the human body helminth infections are subdivided into intestinal and extraintestinal. Human intestinal parasites are the causative agents of ascariasis, enterobiasis, hookworm, trichuriasis, strongyloidiasis, trichostrongyloidosis, difillobotrioz, teniasis, beef tapeworm infection, etc. gimenolepidoz Extraintestinal helminths can live in the liver, gall bladder, blood vessels, subcutaneous tissue. To extraintestinal parasitosis are filaretos, dracunculiasis, opisthorchiasis, schistosomiasis, fascioliasis, clonorchiasis, paragonimoz, trichinosis, cysticercus etc. in addition, in accordance with the localization principle, there are translucent (including enteric) and tissue (cutaneous and visceral) helminthiasis. In the acute phase of helminth infections are the main manifestations are due to toxic-allergic effect of parasitic worms on the body. In patients with marked fever, skin rash, muscle pain, lymphadenopathy. Often develops abdominal syndrome (dyspepsia, abdominal pain), pulmonary syndrome (dry cough, bronchospasm, shortness of breath), hepatolienal syndrome (enlarged liver and spleen), asthenovegetative syndrome (apathy, fatigue, sleep disturbances, irritability).

In the chronic phase of helminthiasis is dominated by organ-specific lesions caused mainly mechanical traumatization of the place of parasitism of helminths. So, in determining the course of intestinal helminths are dyspepsia and abdominal pain. The malabsorption in the intestine is accompanied by the polyhypovitaminosis, progressive weight loss. Frequent companion of intestinal helminth infections is iron deficiency anemia. When a massive parasitic infestation may rectal prolapse, hemorrhagic colitis, intestinal obstruction. In the chronic phase of helminthiasis proceeding with a primary lesion of the hepatobiliary system can occur jaundice, hepatitis, cholecystitis, cholangitis, pancreatitis. In the case of migration of pinworms enterobiasis when perhaps the development of persistent vaginitis, endometritis, salpingitis.

Chronic stage strongyloidiasis proceeds with the formation of gastric ulcers and 12 duodenal ulcer. When trichinosis can affect the cardiovascular system (myocarditis, heart failure), respiratory organs (bronchitis, pneumonia), CNS (meningoencephalitis, encephalomyelitis). As a result of infestation by filarial lymphatic vessels during filariasis often develops lymphangitis, impedimenta with edema of the mammary glands and genital organs. When ehinokokkoze arise cysts of the liver and lungs, when the abscess which is possible complications such as septic peritonitis or pleurisy.

On the background of helminthiasis in children and adults reduced the impact of preventive vaccination and re-vaccination, resulting in not achieved the required protective level of immunity. In the presence of concomitant diseases helminthiasis alter and aggravate them. The outcome of helminth infections may be a recovery (in the natural death or the expulsion of worms) or the residual effects are often disabling effects.

Literature:

1. Parasitic diseases of man (protozoosis and helminthiasis): Guide for doctors / ed. by V. p. Sergiev, Yu. V. Lobzin, S. S. Kozlov. - SPb.: LLC "FOLIANT publishing House", 2006
2. Infectious diseases: national guidelines / Ed. D. Yushchuk, Yu. Ya. Vengerov. — M.: GEOTAR Media, 2009.
3. Guide to infectious diseases / ed. member of the correspondent. Of RAMS, Professor Yuri V. Lobzina. - St. Petersburg:FOLIO Publishing house, 2003.
- 4.Sun C.H., McCaffery J.M., Reiner D.S., Gillin F.D. Mining the Giardia lamblia genome for new cyst wall proteins // J.Biol. Chem. — 2003.
5. Kulakova L., Singer S.M., Conrad J., Nach T.E. Epigenetic mechanisms are involved in the control of Giardia lamblia antigenic variation // Mol. Microbiol. — 2006.



QANDLI DIABET 2 TIP BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA VILDAGLIPTIN PREPARATINING EFFEKTIVLIGI VA XAVFSIZLIGI

1. Sodikova Nigora G‘ayratovna.

Toshkent Tibbiyot akademiyasi

Endokrinologiya kafedrasi dotsenti.

2. Jarkinova Shohsanam Abdurashidovna

Toshkent Tibbiyot akademiyasi

Endokrinologiya kafedrasi 2 kurs magistranti

Telefon: +998903937818

shahzodr71@gmail.com

Dolzarbli: Qandli diabet bilan kasallanganlar soni oxirgi 10 yil ichida 2 barobar oshdi va Butunjahon Diabetiklar assotsiatsiyasi 2030 yilga kelib aholining har 10- odami bu kasallik bilan kasallanishini bashorat qilishmoqda. An’anaviy preparatlar uzoq vaqt mobaynida glikemik kontrol qilishga va qandli diabetning yaxshi kechishini ta’minlashga qodir emas. Yaxshi qand miqdorini pasaytiradigan preparatlar effektiv, xavfsiz, B- hujayralarning progressiv funksiyasini pasayishini oldini olishi kerak. Oxirgi 10 yil mobaynida inkretinlarni qo‘llash qandli diabetni davolashda yangi perspektiv yo‘nalish bo‘lmoqda. Hozirda milliy va umumjahon tavsiyanomalarida dipeptidilpeptidaza-4 ingibitorlari (DPP-4 ingibitorlari) yuqori effektiv, xavfsiz, maqsadga qaratilgan glikemik kontrolga nojo‘ya ta’sirlarsiz va asoratsiz erishishi aniqlandi.

Maqsadi: Vildagliptin preparatining effektivligi va xavfsizligini qandli diabet 2 tip bemorlarda aniqlash

Kalit so‘z: Qandli diabet, Vildagliptin, sulfonilmochevina preparatlari, qonda glyukoza, glikirlangan gemoglobin HbA1c, lipid spektr.

Tadqiqot materiali va usullari : Tadqiqot uchun QD 2 tipli 30 nafar bemor olindi. Bemorlarda QD davomiyligi $7,2 \pm 2,8$ yildan oshmagan. Barcha bemorlar 2 guruhga ajratildi. I guruh vildagliptin+metformin qabul qiladigan bemorlar. II guruh sulfonilmochevina+metformin preparatlarini qabul qiluvchi bemorlar nazorat guruhi sifatida foydalanildi. Ikkala guruhdagi bemorlarda ham quyidagi tekshiruvlar o‘tkazildi: qonda glyukoza, glikirlangan gemoglobin HbA1c, AlaT, AcaT, lipid spektr, TVI kg/m^2 .

Natijalar: Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, I guruhga kiruvchi bemorlarda och qoringa qondagi glyukoza miqdori $8,56 \pm 1,04$ mmol/l, ovqatdan 2 soatdan keyin $12,17 \pm 1,2$ mmol/l, 12 haftadan keyin och qoringa qondagi glyukoza miqdori $7,9 \pm 0,24$ mmol/l, ovqatdan 2 soatdan keyin $10,9 \pm 0,24$ mmol/l. II guruhga kiruvchilarda bemorlarda och qoringa qondagi glyukoza miqdori $9,02 \pm 1,4$ mmol/l, ovqatdan 2 soatdan keyin $13,17 \pm 1,2$ mmol/l 12 haftadan keyin och qoringa qondagi glyukoza miqdori $8,9 \pm 0,24$ mmol/l, ovqatdan 2 soatdan keyin $11,8 \pm 0,24$ mmol/l HbA1c I guruhga kiruvchilarda $7,2 \pm 0,24$ mmol/l, II guruhga kiruvchilarda $7,5 \pm 0,28$ mmol/l, Tana vazni indeksi I guruhga kiruvchilarga boshlang‘ich $31,69 \pm 2,72$ kg/m^2 tekshiruv oxirida $30,89 \pm 2,65$ kg/m^2 II guruhdagilarda boshlang‘ich $31,89 \pm 2,72$ kg/m^2 tekshiruv oxirida $31,79 \pm 2,65$ kg/m^2 . I guruhda qonda boshlang‘ich AlaT $27,0 \pm 2,8$, 12 haftadan keyin $26,2 \pm 1,8$, AcaT $24,0 \pm 1,2$, 12 haftadan keyin $23,2 \pm 1,8$ II guruhga kiruvchilarda esa qonda boshlang‘ich AlaT $29,0 \pm 1,2$, 12 haftadan keyin $28,2 \pm 1,8$, AcaT $22,0 \pm 1,2$, 12 haftadan keyin $21,8 \pm 1,4$ Lipid spektrdagi o‘zgarishlar:

Ko‘rsatkich	1 grupp(P 10) n-15		2 grupp(P10/E5) n-15	
	Boshlang‘ich	Davo muolajalaridan so‘ng	Boshlang‘ich	Davo muolajalaridan so‘ng
Umumiy xolesterin (mmol/l)	$6,8 \pm 2,2$	$5,78 \pm 0,5$	$6,9 \pm 1,4$	$4,9 \pm 1,5$
XC ЛПНП (mmol/l)	$3,5 \pm 1,2$	$3,1 \pm 0,1$	$3,7 \pm 1,5$	$2,87 \pm 0,1$
XC ЛПВП (mmol/l)	$0,8 \pm 0,5$	$1,02 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,07$
XC ЛПОНП (mmol/l)	$2,1 \pm 0,5$	$1,4 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,7$	$1,1 \pm 0,1$
ТГ (mmol/l)	$2,39 \pm 0,5$	$2,0 \pm 0,4$	$2,49 \pm 0,9$	$1,8 \pm 0,2$



Eslatma: n- bemorlar soni; ishonchlilik ko'rsatkichi ($P < 0.05$)

Tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki Vildagliptin preparatini qabul qilayotgan bemorlarda gipoglikemiya kuzatilmadi, II guruhda 3 kishida kuzatildi. normoglikemiyaga 33% ($p < 0.005$) bemorlarda II guruhda esa 22% ($p < 0.001$) ga ortishi kuzatildi I guruhga kiruvchilarda HbA1c 0.9% ($p < 0.02$) gacha II guruhga kiruvchilarda HbA1c 0.7% ($p < 0.016$) gacha kamayganligi kuzatildi. . Lipid spektrda o'zgarishlar asosiy guruhda 28.6% pasaygani, II guruhda esa 19.2% o'zgargani aniqlandi.

Xulosa: Vildagliptin preparatini qabul qiluvchi bemorlarda gipoglikemik holatlar kuzatilmaganligi, TVI sezilarli pasayganligi, jigar fermentlarida o'zgarishlar bo'lmaganligi, preparatning nafaqat effektivligini balki xavfsizligini ko'rsatadigan muhim xulosadir. Bu natijalar Vildagliptinni qandli diabetning barcha etaplarida qo'llashda yaxshi samara berishini taminlaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Инкретины: новая веха в лечении сахарного диабета 2-го типа.
2. Fonseca V., Schweizer A., Albrecht D. et al. Addition of vildagliptin to insulin improves glycaemic control in type2 diabetes // Diabetologia. – 2007 Jun. – Vol. 50 (6). –P. 1148–1155.
3. Галстян Г.Р. Российские результаты международного исследования EDGE: эффективность и безопасность вилдаглиптина в сравнении с другими ПССП у пациентов с СД2 // Сахарный диабет. – 2013. – № 2. – С. 82–87.



ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИНСЕМИНАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОЙ МЕТОДИКИ ВЫДЕЛЕНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ

Юлдашева С.З

Аскарова Ж.А, Кучкарова Д.А

Кафедра акушерства и гинекологии,
детской гинекологии, ТашПМИ

Телефон; +998977121224

jadyaskarova92@gmail.com

Аннотация: Обзор посвящен одному из актуальных разделов современного гинекологий бесплодия.

В данной обзорной статье обобщены данные последних лет об бесплодии, описаны методы вспомогательный репродуктивный технологий, внутриматочная инсеминация, лечение.

Ключевые слова: Бесплодия, методы вспомогательный репродуктивный технологий, внутриматочная инсеминация, лечение

Актуальность. Какой метод подготовки спермы к инсеминации лучше? На данный момент не существует единого мнения по поводу оптимального метода подготовки спермы для внутриматочной инсеминации(ВМИ).

Цель: определить эффективность ВМИ при мужском факторе бесплодия и оценить процент беременности и родов, показателей спермы.

Материалы и Методы исследования: Для выделения сперматозоидов из спермы существуют отмывание от семенной плазмы, центрифугирование эякулята в градиенте плотности и метод «swim-up». Достаточно часто применяется метод отмывания, в результате которого сперму разделяют на сперматозоиды и спермоплазму центрифугированием при 1700 g, после сперматозоиды отмывают дважды физиологическим раствором, или после разведения спермы в 0,9 % NaCl (1:1) отмывание выполняют центрифугированием при 400 g в течение 5 мин. В качестве среды часто используется среда ReadySwimtm («Nidacon International AB», Швеция). Технология центрифугирования сперматозоидов в градиенте плотности возможна с использованием в качестве коллоида «Percolltm» («KABI Pharmacia», Швеция) для исследовательских целей, а для клинического использования в качестве материала для выделения сперматозоидов из спермы применяется «PureSperm» («Nidacon International AB», Швеция). Результаты исследования: проведен анализ 820 анализов спермы за год, из которых у 14% случаев при мужском факторе бесплодия. ВМИ проводили проводили в градиенте плотности Перколь. Процент беременности при мужском факторе бесплодия соответственно – 16%. Оценивалась эффективность ВМИ в зависимости от показателей спермы. Процент беременности (16%) и родов (14%) были практически одинаковыми при следующих показателях спермы после обработки в градиенте плотности: количество сперматозоидов не менее 5 миллионов в 1 мл, прогрессивно-подвижных форм «а» более 5%, морфологически-нормальных форм более 5%. Процент беременности и родов возрастали после 3-й попытки ВМИ. **Заключение.** Применение комбинированного метода выделения прогрессивно подвижных половых клеток позволяет получить популяцию сперматозоидов со значительно лучшими морфологическими характеристиками по сравнению с нативным эякулятом как при нормо-, так и при патоспермии.

Литература

1. Кузьми чев Л.Н., Кулаков В.И., Леонов Б.В., 2001; Леонов Б.В., Беляева А.А., 2000; Медик В.А., Юрьев В.К., Петренко А.А., Прибыш И.А., 2001.
2. Larsen U. Research on infertility: which definition should we use? *Fertil Steril*. 2005;83:846-852. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.11.033>
3. Gurunath S, Pandian Z, Anderson RA, Bhattacharya S. Defining infertility-a systematic review of prevalence studies. *Hum Reprod Update*. 2011;17:575-588. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr015>
4. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных



супружеских пар. Пер. с англ. Нерсеяна Р.А. М.: МедПресс. 1997;10-91. 1997;10-91.

5. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertil Steril*. 2009;92:1520-1524. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>

6. Артымук Н.В., Ушакова Г.А. Гипоталамический синдром и репродуктивное здоровье женщин // Акуш. и гин. — 1997. №4. - С. 3-6.

7. Локшин В.Н., Джусубалиева Т.М., 2005). Василевская Л.Н. (2005) и Подзолкова Н.М. (2005)

8. Исмаилов С.В., Халимова З.Ю., Урманова Ю.М., Алиева Д.А., Сафарова Ш.М., Бабаходжаева Ш.А., Гулямова Х.Р. Международный эндокринологический журнал, ISSN 2224-0721 № 3(59) • 2014



КОГНИТИВНО- ВОЗРАСТНАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АУТИЗМОМ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ

*Закирова Ф. Н. магистр кафедры неврологии с
детской неврологией и медицинской генетики.
Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Узбекистан
Телефон: +998(99)8203333
fgruza.zakirova.91@list.ru
Научный руководитель: д. м .н. проф.
Садыкова Г. К. кафедры неврологии с
детской неврологией и медицинской генетики.
Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Узбекистан.*

Аннотация: В нашей работе отражены проблемы аутизма, которые имеют свою ценность изучения в детской неврологии.

А также нами изучено влияния микротоковой рефлексотерапии у детей дошкольного возраста с аутизмом при этом исследования было проведено у 30 больных детей с аутизмом в возрасте от 4 до 6 лет, которые составили две группы: дети с аутизмом состоявших на учете с диагнозом «F84.0 Детский аутизм» РИА центре Ташкент. В результате исследования нами было выявлено, что аномалии в структурах головного мозга, обнаруженные у детей с аутизмом, позволяют предположить, что причина заболевания, больше связана с нарушениями эмбриональном периоде и в первые месяцы жизни, и конечно же требует дальнейших исследований в этой сфере.

Ключевые слова: аутизм, дети, дошкольный возраст, рефлексотерапия, проблемы, аспекты, развитие, психика, осложнения, население, период, эмбрион, месяцы, беременность, аномалия.

Проблема аутизма в мире начинает приобретать свою остроту по многим параметрам. Увеличивается соотношение числа заболевших по сравнению с прошлыми годами. В 2007 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) заявила, что человечество стоит перед лицом серьезной проблемы: количество людей с умственными и неврологическими проблемами, включающими аутизм, неуклонно растет. Эти болезни составляют 11% всех проблем со здоровьем в глобальном масштабе. ВОЗ утверждает, что в Китае можно насчитать не менее 1 100 000 случаев аутизма, в Соединенном Королевстве - 650 000, на Филиппинах - 500 000, а в Таиланде - не менее 180 000. Уровень распространения аутизма во всем мире возрастает на 14% каждый год. В Китае темпы роста количества случаев аутизма немного выше - около 20% в год. В 2000 году считалось, что распространенность аутизма составляет от 5 до 26 случаев на 10 000 детского населения.

В 2005 году уже на 250-300 новорожденных в среднем приходился один случай аутизма: это чаще, чем изолированные глухота и слепота вместе взятые, синдром Дауна, сахарный диабет или онкологические заболевания детского возраста. По данным Всемирной организации аутизма, в 2008 году 1 случай аутизма приходится на 150 детей. С этого же года Организация Объединенных Наций (ООН), понимая глубину проблемы и тяжесть последствий для общества, провозгласила 2 апреля «Всемирным Днем распространения информации об аутизме».

В 2012 году Центр по контролю за заболеваемостью в американских штатах рапортовал в среднем об 1 случае аутизма на каждые 88 детей. За десять лет количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем. Согласно литературным данным, мальчики в 3-4 раза чаще страдают аутизмом, чем девочки.

Когнитивные нарушения представляют собой актуальную проблему в детской неврологии и встречаются у 20% детей и подростков. Нарушение когнитивной деятельности ведет к трудностям в обучении, девиантному поведению, психоэмоциональным нарушениям и, как следствие, социальной дезадаптации и снижению качества жизни ребенка. В связи с этим, проблема нарушений когнитивного развития выходит за рамки медико-педагогических



вопросов и приобретает социальное значение. Под когнитивными функциями понимают наиболее сложные функции головного мозга, при помощи которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Данный процесс включает несколько основных компонентов, взаимодействующих между собой – восприятие информации, обработка и анализ информации, запоминание и хранение информации, обмен информацией, построение и осуществление программы действий.

Аутизм является сложным первазивным нарушением развития, которое характеризуется затруднениями с социальным взаимодействием, узкими, стереотипными интересами и действиями, различными нарушениями речи. Аутизм проявляется практически во всех формах взаимодействия ребенка с внешним миром. Манифестация симптомов происходит, как правило, к 18 месяцам, именно в это время многие родители начинают замечать странности в поведении ребенка и обращаются за помощью к специалистам. За последние годы отмечается увеличение количества зарегистрированных случаев аутизма в детской популяции.

Целью нашей работы являлось изучение влияния микротоковой рефлексотерапии у детей дошкольного возраста с аутизмом.

Материалами и методы: Для достижения поставленной цели и решения задач исследования проведено обследование 30 больных детей с аутизмом в возрасте от 4 до 6 лет, которые составили две группы: дети с аутизмом состоявших на учете с диагнозом «F84.0 Детский аутизм» РИАцентре Ташкент. Средний возраст детей составил $4.7 \pm 0,75$ год. Отбор детей производился с учетом диагностических критериев детского аутизма по МКБ-10 – F 84.0.

В ходе исследования были использованы клинико-неврологический, нейрофизиологический (ЭЭГ головного мозга) и микротоковая рефлексотерапия (МТРТ) методы исследования. Для постановки диагноза детский аутизм использовалась шкала оценки детского аутизма CARS.

При сборе анамнеза получали сведения не только у родителей, но и у медицинского персонала. Некоторые вопросы уточняли по имеющейся медицинской и другой документации, относящейся к конкретному больному ребенку (объективный анамнез). По возможности в процессе беседы устанавливали психологический контакт с ребенком, который необходим для дальнейшего обследования и лечения.

Важным было выяснить обстоятельства, при которых начиналось заболевание и возможные этиологические факторы. Уточнялось время, когда появились первые признаки настоящего заболевания, характер их возникновения и дальнейшее течение.

Клинические осмотры были стандартизированы, т.е. проводились по одной схеме, с использованием одних и тех же методов.

Клиническая оценка проводилась регулярно.

Неврологическое обследование проводили, последовательно оценивая состояние высших мозговых функций, черепных нервов (ЧМН), двигательной функции (произвольные движения, координация, непроизвольные движения), чувствительность, менингеальный синдром, вегетативно-трофические функции.

Объективное обследование начинали с общего осмотра и оценки сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, мочевыделительной, опорно-двигательной системы.

Результаты и их обсуждения: в группу сравнения вошло 30 детей с задержкой психоречевого и моторного развития возрасте от 4 до 6 лет (средний возраст $5.4.7 \pm 0,74$ лет).

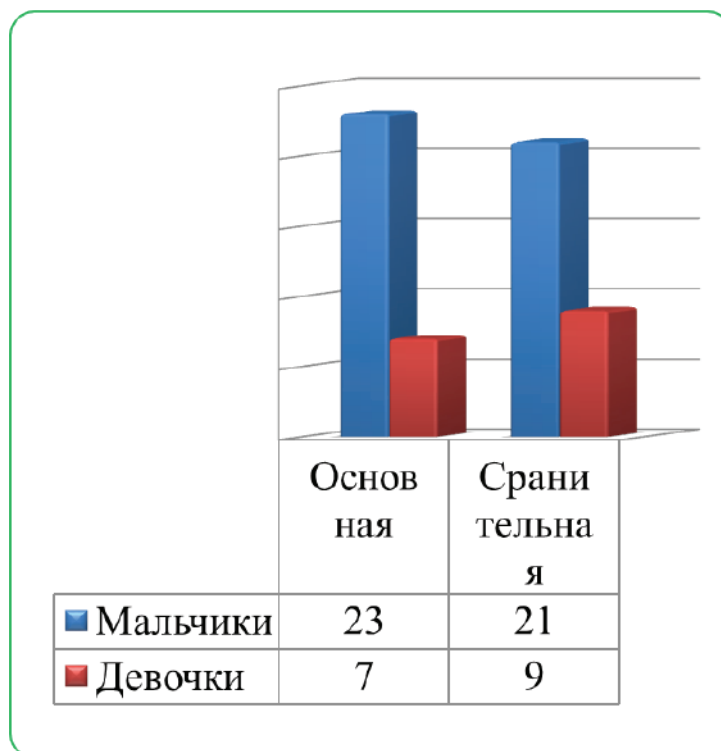


Рис. 1. Распределение обследованных больных по полу.

Согласно распределению по полу среди 60 обследованных установлено преобладание мальчиками над девочками 54 (73,3%) против 16 (26,7%) соответственно. В основной группе мальчиков было 23 (76,7%), а девочек 7 (23,3%). В группе сравнения лиц мужского пола было 21 (70%), девочек 9 (30%) (рис. 1).

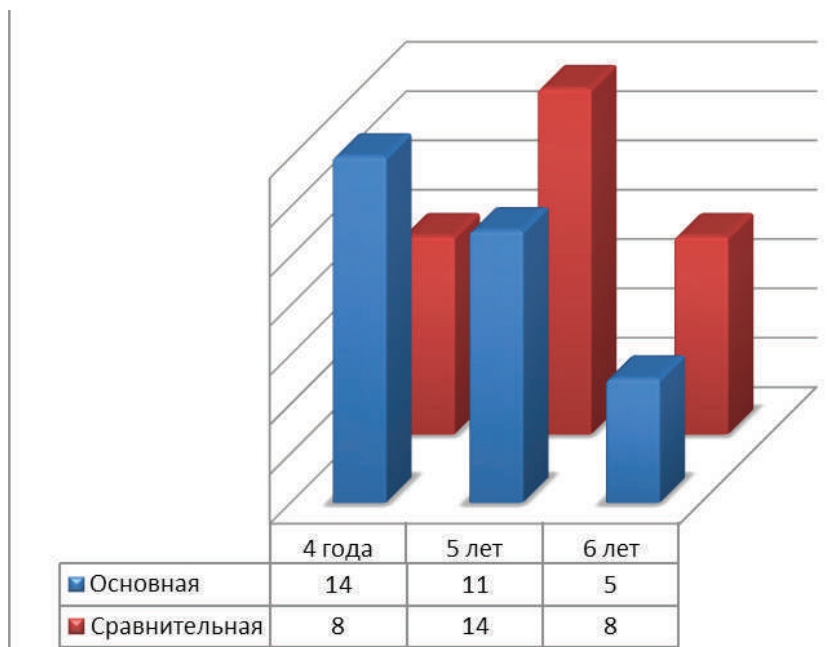


Рис. 2. Распределение обследованных больных по возрасту.

В группы исследования не вошли дети с органическими заболеваниями нервной системы, аномалиями развития нервной системы, с наследственными и генетическими заболеваниями, при которых отмечается задержка психоречевого развития.

Лечебное воздействие оказывается на БАТ, нейрорефлекторные зоны и зоны проекций коры головного мозга на кожный покров. Воздействие оказывается сверхмалыми электрическими импульсами постоянного знакопеременного тока не превышающими нормы.



Воздействие не инвазивное, практически безболезненное. Возможно применение данного метода начиная с 6-ти месячного возраста, так как ранее кожный покров считается не сформированным для оказания на него электрофизиологического воздействия. При наличии у ребенка судорожных приступов, лечение проводится на фоне приема ранее назначенного противосудорожного препарата, перед началом лечения проводится ЭЭГ, лечения БАТ в проекции очагов эпилептической активности не проводится. Так же отмечается хорошая сочетаемость с лекарственной терапией, логопедическим массажем, ЛФК, общим массажем, хвойными ваннами. Одновременное проведение микротоковой рефлексотерапии и электромагнитных физиопроцедур не рекомендуется. Перед лечением проводится обследование позволяющее составить индивидуальную схему лечения. Длительность каждого курса лечения 15 сеансов (3 недели). Для достижения стойкой положительной динамики необходимо проведение повторных курсов.

Противопоказания для проведения Микротоковой рефлексотерапии:

- Острые инфекционные заболевания.
- Злокачественные новообразования любой локализации.
- Хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации.

При первом обращении каждому ребенку составляется индивидуальная схема лечения, которая учитывает не только установленный диагноз, но и индивидуальные особенности нарушения развития: У детей с Аутизмом, ЗППР, ЗРР, алалией с различными речевыми нарушениями проводится рефлекторная активизация речевых зон головного мозга, отвечающих за:

1. дикцию (моторная зоны коры головного мозга)
2. словарный запас (область Брока)
3. понимание обращенной речи (область Вернике)
4. навык построения предложений (Ассоциативная зона речи).

При необходимости дополнительно используются БАТ снижающие возбудимость нервной системы и степень агрессивных проявлений у гипервозбудимых детей.

У детей с проблемами обучения с нарушением когнитивных функций дошкольного и школьного возраста проводится рефлекторная активизация зоны коры головного мозга, отвечающих за:

1. запоминания чисел и математические действия (зона счета)
2. логическое мышление (префронтальная кора)
3. навык написания букв и слов (зона письма)
4. навык пересказа текста, построения рассказа, написания сочинений (Ассоциативные речевые зоны),
5. логическое мышление, концентрацию внимания, познавательную активность (префронтальная кора).

В данном случае приведены рефлекторные зоны, используемые при наиболее распространенных заболеваниях нервной системы.

Расстройства аутистического спектра (РАС) это неврологические расстройства, которые начинаются в раннем детстве и характеризуются расстройством социального общения и стереотипными движениями, сопровождающиеся гиперактивностью, раздражительностью, нарушением сна, судорогами, нарушениями функции желудочно-кишечного тракта и иммунной системы.

Выводы: Таким образом, подводя итог нашего исследования можно отметить, что типичные нарушения определяющие типы поведения при РАС, неврологическую симптоматику позволяют предположить, что аутизм -это расстройство, связанное с нейронной обработкой информации. Аномалии в структурах головного мозга, обнаруженные у детей с аутизмом, позволяют предположить, что причина заболевания, больше связана с нарушениями эмбриональном периоде и в первые месяцы жизни, и конечно же требует дальнейших исследований в этой сфере.

Аутизм – это расстройство развития ребенка, сохраняющееся на протяжении всей жизни. Но благодаря своевременной диагностике и ранней коррекционной помощи можно добиться многого: адаптировать ребенка к жизни в обществе; научить его справляться с собственными страхами; контролировать эмоции.



Литература

1. Уханова Т. А., Горбунов Ф. Е. Микротоковая рефлексотерапия в восстановительном лечении нарушений речевой функции, ФГУ Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития, журнал Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры № 1 2011.
2. Крюков Н. Н., Уханова Т. А., Гарилов А. П. и соавт., Учебно-методическое пособие для врачей: Электрпунктурная диагностика и терапия заболеваний нервной системы и расстройств психологического развития у детей, ГОУ ВПО Министерства здравоохранения и социального развития РФ СамГМУ, Самара 2008.
3. T.A. Ukhanova, A.P. Gavrilo, Neue formen der rehabilitation der kinder mit einer infantilen zerebralparese (IZP) unter der Anwendung von einer mikrostromreflexotherapie, Internationaler Kongress Fachmesse, Hannover 2011, 163—166.



MANIFESTATIONS OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AT REPRODUCTIVE AGE

Zakhidova K.Sh.

*Applicant for the Department of Endocrinology
Tashkent institute for advanced training of doctors
zakhidova.kamola.89@bk.ru935340805*

Annotation. As medical practice shows, over a long period of time of research and study of the polycystic ovary syndrome, a sharp increase in the number of patients was revealed, which seriously affects the health of not only women, but also the development of this disease in the next generation. The problem with polyendocrine syndrome lies in its complications, such as anovulation, multiple metabolic disorders, irregular menstrual cycle, which together lead to infertility. Many authors believe that women with polycystic ovary disease have a high risk of impairment to glucose susceptibility and the development of type II diabetes. This is due to an increase in the hormone testosterone, which is the main male hormone, and as we know, in healthy women of reproductive age, its concentration is a small amount of 0.13 - 3.09 pg / ml.

Key words: hyperandrogenism, reproductive age, ovarian sclerocystic disease, type 2 diabetes mellitus

Research objective. To establish a connection between hyperandrogenism of various origins and other endocrinopathies

Material and methods. We conducted a survey of patients who applied to the Republican Reproductive Center for the period 2019-2020. about awareness of polycystic ovary syndrome. It was found that 80% of women and girls are informed about this syndrome. 50% are familiar with the factors that affect the development of the syndrome, out of 50% - 20% indicated a violation of the hormonal background of women, 30% of the respondents indicated heredity. We can also say that most of the respondents are aware of the ultrasound method - 80%. The interviewed girls know that with polycystic ovary syndrome, fertility is impaired during reproductive age, and that one of the characteristic features is the absence of the menstrual cycle (100%). Also, the results of the questionnaire showed that the main methods of prevention are to visit a doctor - gynecologist (60%), the rest - endocrinologist (40%).

Conclusions. Thus, polycystic ovary syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons. Thus, PCOS syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons.

Literature

1. Atykanov A.O. Clinical and diagnostic characteristics of polycystic ovary syndrome in women of reproductive age / Atykanov A.O. Dzhanuzakov N.T., Batyrkhanov Sh.K. // Bulletin of the KRSU. 2017. Volume 17. No.

2. Dyakonov S.A. Some pathogenetic aspects of polycystic ovary syndrome / Dyakonov S.A. Dolina T.M., Bakanova D.N. // Clinical Bulletin. No. 4 (2), 2017.-C.23-25.



BIOMEDITSINA VA AMALIYOT SOHASIDAGI ILMIY IZLANISHLAR

Ismoilova Umeda Ilxomovna

SamDTI pediatriya fakulteti

314 guruh talabasi

Ilmiy rahbar: O'zbek tili va adabiyoti, rus tili kafedrası mudiri

Djamaldinova Shaxlo Obloberdiyevna

Ismailova.umeda2000@gmail.com

Annotatsiya: Ushbu maqola Biomeditsina va amaliyot sohasidagi ilmiy izlanishlar. Genetik muhandislik, uning yutuqlari. Biomeditsinaning ustuvorligi haqida.

Kalit so'zlar: biomeditsina, genetik muhandislik, nanatexnologiya, proteomika.

Tibbiyot — kishilar sog'lig'ini saqlash va mustahkamlash, umrni uzaytirish, kasalliklarning oldini olish, davolash haqidagi bilimlar va shu sohadagi amaliy tadbirlar majmui. Tibbiyot insoniyatning nazariy va amaliy faoliyatida muhim ahamiyatga ega. Har bir kishi o'z sog'lig'ini saqlash va uni mustahkamlash, shuningdek, betob bo'lib qolganida tezda tuzalishni istaydi. Kasallikni aniqlash, uning oldini olish va davolashda zamonaviy usullarni qo'llash inson hayotini saqlab qolish, shuningdek, ilgari davolab bo'lmaydigan kasalliklarni davolash imkonini berdi.

Lekin tibbiyot o'z oldiga qo'ygan hamma maqsadlariga erishdi, deb bo'lmaydi. Hali ham kishilar orasida uzoq umr ko'rmay, og'ir xastaliklar va uning yomon oqibatlaridan bevaqt nobud bo'lish, barvaqt qarish hollari uchray turibdi. Ma'lumki, kishining sog'lig'i ko'p jihatdan uning o'ziga bog'liq, chunki kasallikka ko'pincha kishi hayot tarzining noto'g'ri yo'lga qo'yilganligi, o'z salomatligini himoya qila bilmagani, salomatlik uchun zararli omillarga bilar-bilmay ruju qo'yish va shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, noto'g'ri ovqatlanish kabi omillar sabab bo'ladi.

Tibbiyotning qanday ahvolda bo'lishi va rivojlanish darajasi, mazmuni va usullari, avvalo, ijtimoiy tuzum va moddiy sharoitlar bilan belgilanadi. Tibbiyot fanlari umumiy biologiya, genetika, anatomiya, fiziologiya kabi tabiiy fanlar va shuningdek, fizika, kimyo fanlari bilan chambarchas bog'langan. Tibbiyot o'zining ko'p asrlar tarixida juda murakkab yo'lni bosib o'tdi. Bu asosan, kasallikni aniqlash, oldini olish, davolash, uning kelib chiqish sabablari va rivojlanish mexanizmlarini o'rganish, shuningdek, har bir shaxs yoki butun jamoa sog'lig'ini saqlash va mustahkamlashga qaratilgan tadbirlarni ishlab chiqish va ularni takomillashtirishga oid talaygina bilim va tajribalardan iboratdir.

O'zbekistonda ham gen muhandisligi bo'yicha qator islohotlar amalga oshirildi. Professor Sh. S. Azimova rahbarlik qilayotgan laboratoriya olimlari gen va hujayra muhandisligi usullarini qo'llab, xalqimizda «sariq kasallik» deb ataluvchi jigar uchun xavfli bo'lgan gepatit B xastaligini tashxis qilish va bu xastalikning oldini olish uchun zarur vaksina yaratish bo'yicha ilmiy loyihalarni muvaffaqiyatli yakunladilar. Biologiya fanlari doktori R. S. Muhamedov, yetakchi ilmiy xodim B. Irisboyevlar rahbarlik qilayotgan ilmiy guruh PCR texnologiyasini qo'llab, o'nlab xavfli yuqumli va irsiy kasalliklarning gen muhandisligi tashxisi biotexnologiyasini keng tatbiq qilishdi. Respublika kardiomarkazi bilan hamkorlikda kardiomiopatiya kasalligining irsiylanish qonuniyatlari o'rganilmoqda (B. Irisboyev, G. Hamidullayeva). Adliya vazirligining Sud tibbiyoti ekspertizasi instituti «Geninmar» markazi bilan hamkorlikda gen daktiloskopiya (gen daktiloskopiya – genning DNK izchilligi va genlar spektriga binoan noma'lum shaxsni aniqlash) usulini tatbiq etdilar va yanada takomillashtirdilar (R.S. Muhamedov va A. Ikromov).

Organizmlar genlari yoki genlar majmuasining faoliyatini inson manfaatlarini ko'zlagan holda o'zgartirilishiga gen muhandisligi (gen injeneriyasi yoki genetik injeneriya) deb ataladi. Gen muhandisligi – rekombinant RNK va DNKlar olish, organizm (hujayra)dan genlarni ajratish, genlarni boshqarish (manipulatsiya), genlarni boshqa organizmlarga kiritish va DNKdan tanlangan genlarni olib tashlash yo'li bilan sun'iy organizmlar yaratish texnologiyalari va usullari jamlanmasidir. Bir molekula oqsilning biologik sinteziga javobgar bo'lgan, DNK zanjiridagi nukleotidlar qatori gen deb ataladi. Murakkab biologik jarayon ketma-ketligini boshqarishda ishtirok etadigan, genetik tuzilishi bo'yicha deyarli bir-biriga o'xshash bo'lgan bir necha genlar, genlar majmuasi yoki oilasini tashkil qiladi. Gen muhandisligi fanining maqsadi genlarning ichki tuzilishini va xromosomada tutgan o'rnini ehtiyojga mos ravishda o'zgartirib, ularning



faoliyatini idora etishdir. Natijada har qanday tirik mavjudotni, albatta, imkoniyat darajasida maqsadga yanada ko'proq muvofiqlashtirish yo'li bilan sanoat miqyosida oqsil moddalar ishlab chiqarish, o'simlik va hayvon turlarini inson ehtiyojiga mos ravishda o'zgartirish, irsiy va yuqumli kasalliklarni aniq va tez tashxis qilish hamda sabablarini aniqlash usullari yaratildi. Gen muhandisligi (gen injeneriyasi) fani irsiyatning moddiy asosi – DNK molekulasi spetsifik tarzda bo'laklarga bo'luvchi va har qanday DNK bo'lagini bir-biriga uchma-uch biriktiruvchi enzimlar hamda DNK bo'laklarini uzunligi bo'yicha bir-biridan o'ta aniqlik bilan ajrata oluvchi elektroforez usulining kashf etilishi oqibatida vujudga keldi. Ayniqsa, DNK molekulasi tashkil etuvchi nukleotidlarning spetsifik ketma-ketligini (izchilligini) aniqlash hamda xohlagan DNK bo'lagini avtomatik tarzda sintez qilish usullarining va uskunalarining kashf etilishi bu fanning jadal sur'atlar bilan rivojlanishini ta'minladi.

Biomeditsinik o'rganishlar va texnologiyalarga butun dunyoda katta e'tibor berilishining sababi katta. Xususan biomeditsina va amaliy islohotlari bugungi kunda davlat siyosatlaridan biri hisoblanadi. Sohada strategik ahamiyatga ega bo'lganligi sababli davlat siyosati ijtimoiy farovonlik va milliy mustaqillikni ta'minlashdir. Salomatlik darajasi yuqori aholi nafaqat turli sohalarga foydali bo'lgan bebaho resursdir, balki davlatlar iqtisodiyoti, shuningdek, umuman jamiyat, sog'liqni saqlash yaxshilanishiga yordam beradi, mehnat unumdorligi, yanada samarali mehnat resurslarini shakllantirishga turtki bo'ladi. Bugungi kunda biomeditsina sohasi tez o'sish bosqichida. Antibiotiklar ixtiro qilinishi va ularni ommaviy qo'llanilishi, hamda sintetik dorilarni ishlab chiqarish, genetik muhandislik va genomikani chuqur o'rganish va amaliyotda qo'llash biomeditsinaning yutuqlari hisoblanadi. Bugungi kunda DNK ni sekverillash texnologiyasi ya'ni tez fursatda bemor genetik kodini tahrirlash va davolash usullari tanlash, no'jo'ya ta'sirlarni oldini olish hamda maksimal natijaga erishish imkonini berishi mumkin. Ishlab chiqarilgan metod amaliyotda hamda tibbiyotda samarali foydalaniladi. Biomeditsinada qo'llanilayotgan yana bitta amaliyotlardan biri mikrochiplash hisoblanadi. Mikrochiplash – genlar eksperimentini o'rganuvchi qurilma bo'lib, hozirda amaliyotda muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda; proteomika – oqsillarni o'rganadigan amaliy fan bo'lib, unig asosiy o'rganish nuqtasi biomarkerlar sintezi hisoblanadi. Farmasevtikada yangi dorilarni ishlab chiqarish va diagnostikada kasalliklarga aniq tashxis qo'yishda qo'llaniladi; nanotexnologiya- kichik konsentratsiyadagi biologik aktiv moddalarni arzonroq, hamda tezroq spetsifik usullar bilan o'rganishga imkon beradi. Nanotexnologiya tufayli hozirgi zamon tibbiyotida katta muammolarga sabab bo'layotgan ayrim kasalliklar, o'sma, neyrodegenerativ kasalliklarini davolash yo'llari o'rganib chiqilmoqda. Hujayra, to'qima injeneriyasi – biologiya faning yo'nalishlaridan bo'lib, keyingi 5-10 yil ichida klinik jihatdan maqbul yondashuvlarni taqdim etish mumkin. Hayotiy muhim to'qima va organlarni tiklash: yurak muskullari, jigar, oshqozon osti bezining insulin chiqaruvchi hujayralari, nerv hujayralari va boshqalar. Bundan tashqari biomeditsinaning yangi sohalardan bo'lgan nanotexnologiya butun dunyoda mashhur bo'ldi. U tibbiyotning barcha ishlab chiqarish tarmoqlarida, shu jumladan, biomateriallar, elektronika va magnit rezonans tomografiya (MRT) uchun kontrast moddalar ishlab chiqarishda keng qo'llaniladi.

XXI asr tibbiyoti bir tomondan misli ko'rilmagan rivojlangan kasalliklarni tashxislash va davolash usullari to'plamiga egadir. An'anaviy tibbiyot bo'lishiga qaramasdan tibbiyotning turli yo'nalishlarida inqilobiy o'zgarishlar bo'lmoqda. Yangi preparatlar, yangi davolash usullari, yangi texnologiyalar, yot, eskirgan davolash usullaridan voz kechish tibbiyot sohasida tub o'zgarishlarni keltirib chiqarmoqda va tibbiyotning rivojlanishiga sabab bo'lmoqda. Boshqa tomondan qaralganda, deyarli barcha tibbiyot tarmoqlarida hali qanchadan –qancha yechimi topilmagan muammolar bor. Ilmiy- texnika nuqtai nazaridan hali butunlay progressga erishildi deb hisoblab bo'lmaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Xoliqov P.X. va boshqalar. "Biologiya" Davlat ilmiy nashriyoti. Toshkent, 2005. Darslik.
2. Nishonboyev K.N, Hamidov J.H.-"Tibbiy biologiya va genetika" Davlat ilmiy nashriyoti. Toshkent, 2005. Daslik.



РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОШИБОК ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ

*Каримова Ф.Д., Умаров А.С., Жураев Н.Б.,
Заведующий кафедры Акушерства и гинекологии 2
Ташкентского Института Усовершенствования врачей,
Заместитель директора Республиканского центра
Судебно-медицинской экспертизы,
Главный гинеколог ОЗО Бухары,
94-650-51-55*

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы анализа ошибок при оказании акушерско-гинекологической помощи у женщин, погибших в течение беременности, родов и послеродовом периоде. Проведен анализ ошибок при оказании акушерско-гинекологической помощи пациенткам, погибшим от основных акушерских причин: сепсиса, кровотечений, преэклампсии, эклампсии во время беременности, родов, в послеродовом и послеабортном периодах с 2015 по 2019 г. Также в структуре материнской смертности (МС) важное значение имела и экстрагенитальная патология. Женщины, погибшие от декомпенсации соматической патологии, также были включены в анализ допущенных ошибок. За основу были приняты материалы клинических и клинико-морфологических разборов и клинико-экспертных комиссий, организованных РНПЦ судебно-медицинской экспертизы и областными филиалами.

Ключевые слова: материнский смертность, септические состояние, критическое состояние, интенсивная реанимация.

Важнейшим обобщающим демографическим показателем является материнская смертность – индикатор социального благополучия и один из наиболее надежных критериев оценки качества и уровня организации охраны здоровья матери и ребенка. Снижение показателей материнской смертности являются приоритетными и актуальными задачами на протяжении многих лет существования акушерства. Не смотря на значительные успехи, достигнутые за последние годы, в плане изучения причин материнской смертности, создания и внедрения протоколов, к сожалению, показатели материнских потерь остаются относительно высокими. Проблема снижения материнской смертности и поиск путей решения организационных, лечебно-диагностических, тактических задач диктует необходимость проведения анализа ошибок акушерско-гинекологической помощи, а также акцентирования внимания на выявлении предотвратимых случаев смертности в течение беременности, родов или в послеродовом периоде. Все это позволит определить резервы в снижении и профилактике материнской смертности. Профилактика материнской смертности, уменьшение вероятности летального исхода и улучшение результатов лечения у акушерских больных остаются актуальными вопросами качества медицинской помощи в практике здравоохранения. Для своевременной профилактики неблагоприятного исхода и выработки рациональной тактики интенсивной терапии несомненно важна важность определения наиболее часто встречающихся ошибок в оказании акушерско-гинекологической помощи у женщин, которые погибли.

Критический анализ качества диагностических и лечебных мероприятий, проводимый с систематическим пересмотром эффективности вносимых усовершенствований позволяет провести комплексную оценку результативности и доступности медицинской помощи при родовспоможении.

На основании проведенных клинических разборов МС большинство случаев – 34 (70,8%) были признаны условно предотвратимыми, 10 (20,8%) – непредотвратимыми, 4 (8,3%) – предотвратимыми. Основными проблемами при оказании медицинской помощи этим пациенткам были позднее обращение – 62,5%, неполный объем оказанной помощи – 43,7%, неадекватное клинико-лабораторное обследование – 33,3%, недооценка тяжести состояния – 31,2% и связанное с этим отсроченное оперативное вмешательство – 31,2%, а также ошибки, заключающиеся, в основном, в поздней диагностике критического состояния – 20,8%.



При анализе МС, развившейся в результате сепсиса, рассмотрено 7 случаев. На основании клинических разборов материнских потерь очевидно, что большинство из них – 5 (71,5%) были признаны условно предотвратимыми и 2 (28,5%) – непредотвратимыми, в следствие развития у пациентки рефрактерного септического шока. Неудержимость каскадных процессов, быстрое развитие полиорганной недостаточности и несостоятельности, не позволило даже на ранних этапах поступления в стационар оказать результативную помощь и стабилизировать состояние пациенток.

Анализ качества оказания медицинской помощи позволил выявить следующее: в большинстве случаев –практически в каждом втором случае определялась поздняя диагностика септического процесса, приводившая к запоздалому проведению радикальной операции. Недооценка тяжести состояния сочеталась, как правило, с поздней диагностикой септического процесса.

Самым частым проявлением гнойно-септических осложнений послеродового периода явился эндометрит 9,9%, однако при несвоевременной, запоздалой диагностике и не адекватном лечении данного осложнения не удалось избежать генерализации септического процесса, что и послужило причиной потерь родильниц. Особо хотелось бы отметить, что инфекционные риски, как в целом риски на предстоящую беременность и роды также необоснованно не учитываются, что как следствие приводит к поздней диагностике и неадекватному лечению гнойно-септических осложнений с генерализацией инфекции и развитием в финале сепсиса. В последние годы в документации историй родов, ни в одном случае не удается найти сопутствующей или хронической инфекции, тогда как количество преждевременных родов остается стабильно высокой, а в статистике причин перинатальной смертности на первом месте внутриутробное инфицирование. Этиология пуэрперальных гнойно-септических осложнений характеризуется постоянно изменяющимся смешанным составом бактериальной флоры с большим количеством антибиотико-устойчивых форм. В настоящее время возросла роль возбудителей, вызывающих инфекции, передаваемые половым путем, которые персистируют в организме, вызывая воспалительные заболевания органов малого таза у 35–65% беременных. Особое значение приобрели хламидии, микоплазмы и уреаплазмы, которые стали встречаться чаще гонореи. Так, в настоящее время, среди инфекций, передаваемых половым путем, хламидийная составляет в США 15%, а в России – 19%, в РУз как микст инфекция встречается до 22%. Однако существует позиция «не лечить» имеющуюся инфекцию во время беременности, не учитываются возможные осложнения для плода и дальнейшие риски на предстоящие роды. В связи с вышеизложенным необходимо усилить работу первичного звена здравоохранения с целью углубленного обследования беременных начиная с ранних сроков гестации на предмет имеющихся экстрагенитальных заболеваний, имеющихся инфекций и уточнения рисков на предстоящую беременность и роды. Пристального внимания заслуживает проблема «чистоты» влагалища. По современным данным, присутствие во влагалище условно-патогенной флоры (*E.coli*, *proteus*, *staphylococcus aureus*), а также увеличение количества анаэробных бактерий типа гарднерелл, бактероидов, вибрионов резко повышают риск послеродового эндометрита. По данным разных авторов при бактериологическом исследовании полости матки на 3–4-е сутки после родов при неосложненном течением послеродового периода рост микроорганизмов обнаруживался в 72% случаев. Большое значение имеет задержка в полости матки сгустков крови и тканевого детрита, которые создают благоприятную среду для размножения микроорганизмов, в особенности анаэробов. Способствуют гнойно-септическим осложнениям длительный безводный промежуток, атония матки, затяжные роды, неадекватное обезболивание, кесарево сечение, большая кровопотеря, ряд инструментальных медицинских процедур. По сути, послеродовый эндометрит является особым видом раневой инфекции, которая может стать первичным очагом в развитии сепсиса (маточный или акушерский сепсис). Кроме того, необходимо учитывать и документировать инфекционные риски на предстоящие роды, тщательно описывать и учитывать акушерский анамнез беременных, перенесенные инфекционные заболевания. Сбор анамнеза позволит анализировать причины репродуктивных потерь, если они имели место, установить возможные риски не только для матери, но и для плода, выбрать адекватную тактику ведения в послеродовом периоде. Необходимо пересмотреть причины и частоту хориоамнионитов развившихся в родах, имеющийся стандарт пред-



усматривает начало антибактериальной терапии при появлении клинических признаков манифестации инфекции, (повышение температуры и рост лейкоцитоза), по имеющемуся стандарту клиницист встречается с уже манифестацией септического осложнения и возникает вопрос о дальнейшей тактике родоразрешения.

На основании клинических разборов МС от кровотечений, только 1 (10,0%) случай признан непредотвратимым (смерть ненаблюдавшейся беременной женщины на дому, причина смерти – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), 8 (80,0%) – условно предотвратимыми и 1 (10%) случай – предотвратимым. Анализ качества оказания медицинской помощи позволил установить, что основными проблемами в оказании медицинской помощи женщинам с кровотечениями являлись недооценка объема кровопотери (90,0%) и связанная с этим недооценка тяжести состояния (90,0%), а также отсроченная радикальная операция (70,0%). Реже мы видели неадекватный выбор объема и качественного состава инфузионно-трансфузионной терапии (30,0%) и позднее обращение (10,0%). На основании клинических разборов МС от эклампсии и тяжелой преэклампсии в большинство случаев – 7 (77,7%) были признаны условно предотвратимыми, 1 (11,1%) – непредотвратимыми и 1 (11,1%) – предотвратимым. Анализ качества оказания медицинской помощи позволил выявить недостатки, из которых основными являлись: недооценка тяжести состояния – в 8 (88,8%) случаях, запоздалое родоразрешение – в 6 (66,6%) случаях, поздняя госпитализация в связи с отказом беременной женщины от своевременной госпитализации в 6 (66,6%) случаях. При оценке тяжести состояния пациентки недооценивались такие критерии тяжелой преэклампсии, как повышение содержания трансаминаз (в 5 случаях), внезапно появившиеся и быстро нарастающие отеки (в 6 случаях), олигурия (в 2 случаях). Основными ошибками в лечении эклампсии и преэклампсии у погибших женщин являлись: полипрагмазия – 4 случая (44,4%), отсутствие в лечении сульфата магния или его недостаточная доза – в 3 случаях (33,3%), и также в 3 случаях (33,3%) – необоснованное ограничение жидкости. Следует особо отметить, что в 6 (66,6%) случаях имело место позднее обращение, которое у этих пациенток могло быть обусловлено недостаточной информированностью о возможных угрожающих жизни симптомах.

На основании клинических разборов МС от декомпенсации экстрагенитальной патологии большинство случаев – 14 (63,6%) были признаны условно предотвратимыми, 6 (27,2%) – непредотвратимыми и 2 (9,1%) – предотвратимым. Первое место в экстрагенитальной патологии занимает дисфункция сердечнососудистой системы (22,7%), затем в одинаковой степени представлены патология дыхательной, выделительной системы и печени (18,2%), чуть реже – инфекционная патология (13,6%), и наиболее редки заболевания крови (9,0%). Анализ качества оказания медицинской помощи позволил выявить недостатки, из которых основными являлись: поздняя госпитализация (72,7%), в основном, связанная с нежеланием женщины госпитализироваться в стационар заблаговременно до родов, и связанное с этим запоздалое родоразрешение (63,6%), которое часто совпадало с недооценкой тяжести состояния и влекло за собой неполный объем помощи, выполненной в первые часы (45,4%). Реже мы видели диагностические ошибки и неполное обследование, связанное, как правило, со сложностью патологии и междисциплинарными контактами (36,3% и 27,2% соответственно). Таким образом, 38 (79,1%) случаев МС из 48 анализируемых за период 2015–2019 гг. были предотвратимыми и условно предотвратимыми, следовательно, необходим поиск механизмов снижения МС, направленный именно на управляемые причины – более ранняя госпитализация, адекватная оценка тяжести состояния, отказ от консервативного ведения и наблюдательной тактики при развитии состояний, угрожающих жизни. Огромную роль также имеет и налаживание междисциплинарных контактов, так как это позволит повысить качество оказания медицинской помощи женщинам с экстрагенитальной патологией. Основной проблемой оказания медицинской помощи умершим женщинам была недооценка тяжести состояния – 20,8%, на втором месте находились позднее обращение и соответственно, поздняя госпитализация – 18,7% и следующее за этим – отсроченное оперативное вмешательство (20,1%). Важным моментом также явился неполный объем помощи (16,1%), реже – неполное обследование (13,4%) и диагностические ошибки (10,7%). Таким образом, ведущими причинами МС в 2015 – 2019 гг. являлись акушерские кровотечения (20,8%), сепсис (14,6%), эклампсия и преэклампсия (18,7%). Тем не менее, первое место уверенно представляет экстрагенитальная



патология, занимая в структуре 45,8%. В структуре соматической патологии, которая явилась основной причиной МС, преобладают заболевания сердечнососудистой системы, болезни органов дыхания, печени и почек. Основной непосредственной причиной гибели пациенток в большинстве случаев являлся синдром полиорганной недостаточности, развитие которого являлось закономерным в течение всех акушерских осложнений и декомпенсации экстрагенитальных заболеваний.

Список литературы:

1. Анализ причин материнской смертности: рук. для врачей / А.П.Милованов . – М.: МВД, 2008. – 228 с.
2. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода: автореф. дис. канд. мед. наук / Е.И. Боровкова. – М., 2004. – 22 с.
3. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции // Анест. Реаним. – 2000. – № 3. – С. 38–46.
4. Патоморфологические и гормональные критерии в диагностике причин самопроизвольных выкидышей / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, В.Н. Тарасов //Архив патологии. – 2001. – №5. – С. 31–35.
5. Хламидиозы / В.М. Гранитов. – М.; Н. Новгород, 2000. – 148с.
6. Милованов А.П. Патологоанатомический анализ причин материнских смертей. – Прил. к журн. «Арх. патол.». – 2003. – 76 с.
7. Милованов А.П. и др. – Патологоанатомическое исследование маток, удаленных при различной акушерской патологии. – Метод. реком. ЦПАЛ ГУ НИИ морфологии человека РАМН. – 2006. – 39 с.



ОБЗОР НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ В КАРДИОХИРУРГИИ

Сергей Валерьевич Сим
Медицинский Центр «American Hospital», стажер
e-mail: kimnd69@gmail.com

Аннотация. Научные исследования в кардиохирургии представляют особую актуальность, обоснованную необходимостью реализации в клинической практике. В настоящей статье предложен обзор научно-исследовательских работ кардиохирургической тематики за последние годы в России. Динамичное развитие кардиохирургии показывает недостаток разного рода исследований для возможности эффективным способом увеличивать продолжительность и улучшить качество жизни пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: кардиохирургия, исследования, сердечно-сосудистая, заболевание, патология, медицинские инновации

Обзор научных исследований в кардиохирургии за период с 2014 по 2018 гг. показал, что хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов, благодаря стремительному развитию кардиохирургии стало возможно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Однако, частота осложнений и летальность при оперативном лечении заболеваний сердца до сих пор остается достаточно высокой.

С начала 90-х годов предыдущего столетия возросло внимание ученых и практиков к изучению механизмов внедрения и оценке результатов инноваций в сфере здравоохранения. Сущность и особенности научной деятельности, как начальных этапов инновационных процессов исследованы В.В.Налимовым(1969) и С.Р.Микулинским(1966). Рядом авторов изучены вопросы преобразования научной деятельности в инновации (С.Д.Ильенкова, А.И.Пригожин, М.Догсон и др.), изучены особенности инновационных процессов в здравоохранении и разработана классификация инноваций по пяти функционально-однородным группам: технические, организационные, медицинские, социальные, экономические(Е.И.Нестеренко и др.).

Как известно, сердечно-сосудистая хирургия относительно молодое и чрезвычайно ресурсоемкое научно-практическое направление в медицине, и в целом, здравоохранении. В научных работах Л.А.Бокерии (2001г.), И.Н.Ступакова(2000, 2001г.), И.В.Самородской(2002г.), А.Д.Попова(2001г.) выявлены особенности инноваций в сердечно-сосудистой хирургии. Однако, до сих пор мало изучены как объекты исследования, внутриорганизмный и межорганизмный инновационные процессы в кардиохирургии, взаимосвязи научно-практической деятельности, степень восприимчивости практикующих врачей к инновациям; нет научно-методического обоснования оценки и организации процесса внедрения медицинских инноваций в этой области. Кроме того, в литературе имеется большое разнообразие терминов и категорий, определяющих инновационные процессы в медицине. В то же время хорошо известно, что наибольшие трудности при изучении проблемы и реализации в практическую деятельность возникают на стыке специальностей.

Другой раздел научных исследований, посвященных послеоперационным осложнениям в кардиохирургии показал, что этот раздел также остается актуальным и малоизученным. Как следует из источников, большинство этих осложнений являются результатом развития системной воспалительной реакции организма (СВР), которая зачастую приводит к развитию мультиорганной дисфункции или недостаточности. Операции на сердце сопровождаются системной воспалительной реакцией, в той или иной степени выраженности, у всех пациентов, так как СВР развивается в ответ на действие всех вместе взятых агрессивных факторов. По своей сути, системная воспалительная реакция является приспособительным ответом, способствующим активизации компенсаторных возможностей организма, защите от агрессивного воздействия и нивелированию негативного влияния. Однако, о позитивной роли СВР следует говорить только в случаях контролируемого сбалансированного воспалительного ответа. В случае ее патологической трансформации, системная воспалительная реакция становится причиной возникновения вторичных повреждающих



факторов, приводящих к развитию полиорганной недостаточности.

И в заключении, выделим основную проблематику научно-исследовательских работ, посвященные не только медицинским инновациям, но положению послеоперационной клинической картины – это и вопросы классификаций инноваций по пяти функционально-однородным группам: технические, организационные, медицинские, социальные, экономические; поиск оптимальных решений в кардиохирургии в вопросах патогенеза инфекционных осложнений после кардиохирургических операций, ряд вопросов диагностики, антимикробной терапии и профилактики инфекционных осложнений у кардиохирургических пациентов.

Список использованной литературы

1. Лейдерман И.Н. Синдром полиорганной недостаточности, метаболические основы. Ч.1. // Вестник интенсивной терапии: Научно-практический журнал. Уральская государственная медицинская академия. – Екатеринбург. [Дата обращения 12.06.2020 <https://medi.ru/info/1110>
2. Попов Д.А. Оптимизация диагностики, антимикробной терапии и профилактики инфекционных осложнений в кардиохирургии. Автореф. дисс...докт.мед.н. – М.: Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, 2014. - 48 с.
3. Ступаков С.И. Комплексное исследование инновационных процессов в сердечно-сосудистой хирургии. Автореф. дисс...канд.мед.н. -М.: Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, 200. -28 с.
4. Филипповская Ж.С. Оксидантный стресс в кардиохирургии: новые маркеры предикторы развития осложнений. Автореф. дисс...канд.мед.н. – М.:Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, 2018. – 24 с.



ТИББИЁТ СОҲАСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШДА ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАРНИ АМАЛИЁТГА ЖОРИЙ ЭТИШНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ.

*Супижанова Саломат Жололдиновна
Инновацион соғлиқни сақлаш Миллий палатаси
Наманган вилоят ҳудудий бўлини маси*

*“Тиббиёт муассасалари билан ҳамкорлик қилиш бўлими бошлиғи,
Ғойинов Азизбек Раҳматиллаўгли
Тошкент кимё-технология институти. Юқори молекулали
бирикмалар ва пластмассалар кимёвий технологияси
таълим йўналиши магистранти
тел: +998 91 9944777
эл.почта: gayipovuz@gmail.com*

Аннотация: Сўнгги йилларда дунё тиббиёти жадал суръатда тараққий этиб бормоқда. Жаҳон тиббий салоҳиятининг бу қадар ортиши барча медицина соҳаси вакилларида тинимсиз ўз устида ишлашни тақозо этмай қолмайди. Изланишдан тўхтаган шифокор эса, замонавий касалликлар олдида енгилиши ҳеч гап эмас. Равшанки, ҳозирги паллада инсониятнинг жонига оро бўладиган бирдан-бир чора, юксак илмий салоҳиятдир.

Калит сўзлар: Тиббиёт соҳасидаги долзарб муаммолар; Медицина соҳасига доир инновацион тавсия ва таклифлар; Тиббий соҳадаги илмий изланишларни қўллаб-қувватлаш; Тиббиёт соҳасида миллий тажрибаларни яратиш; Тиббиёт соҳасидаги миллий тажрибаларни истиқболлари; Тиббиёт соҳасида илмий тадқиқот ишлари самарадорлигини ошириш;



Айниқса, ҳозирги “коронавирус” пандемияси даврида аксарият давлатларнинг танг аҳволга тушиб қолиши, бевосита ушбу мамлакатларнинг ўзида илмий салоҳиятнинг ривожланмагани, ёки соҳадаги илмий изланишларни қўллаб-қувватланмагани билан боғлиқдир.

Кун сайин тез-тез қулоғимизга чалиниб келаётган фикрлар: маҳаллий шифокорларимизни чет элга юбориш, малакасини ошириш (қайта тайёрлаш), чет элдан кимларнидир олиб келиш лозим ва ҳоказо. Бу эса ўз навбатида, маҳаллий тиббиёт соҳаси вакилларига бўлган ишончни йўқолишига

олиб келади. Ишончнинг йўқолиши билан эса, совуққонлик келиб чиқаверади.

Аслини олганда, юқоридаги омилларнинг кўпчилиги ноўрин деб айтиш мумкин. Жумладан, касбимиз юзасидан тиббиёт соҳасига оид илмий тадқиқот институтларида бўлганимиз ва бу ерда фаолият олиб бораётган ходимларнинг илмий салоҳияти юқоридаги барча фикрларимизнинг мутлақо ўринсиз эканлигини исботлайди. У ерда олиб борилаётган илмий изланишлар билан яқинроқ танишганимизда эса, уларнинг нақадар долзарблиги ва замонавий медицина соҳасида жорий этишнинг муҳим аҳамият касб этиши мумкинлигини аниқлаш қийин эмас.

Шундан келиб чиққан ҳолда, айтиш мумкин малака ошириши лозим бўлган кадрларни фалон пулга, қайсидир чет давлатларига юборишдан кўра, уларнинг салоҳияти, вақти, билимларидан шу қаби маҳаллий илмий текшириш институтларида ёки, институтдаги илмий ишланмаларни амалиётга жорий этишда муҳим воситачи сифатида сақлаб қолиш мақсадга мувофиқ бўлса керак. Бу йўл билан бир тарафдан, мамлакатимиз бюджетини тежашда фойда келтирилса, иккинчи тарафдан: юртимизнинг илмий салоҳиятини ҳам олға силжишига туртки бўлади.

Бундан ташқари, касб эгаларини қайта-қайта бир ҳил тартибда малакасини оширавергандан кўра ҳам уларни илмий тадқиқотларни реализациялаштиришга кўмаклашишга жалб этишнинг истиқболли эканини тахмин қилиш қийин эмас. Лекин, танганинг икки



томони бўлгани каби, ҳамма мутахассисларни ҳам савияли деб бўлмайди. Яхшиси, улар учун анъанавий тизимни бузмаган маъқул...

Агар биз айтгандек, соҳани мураккаблаштириб юборилса-чи? У ҳолда нима бўлади?

- Бу ҳолда ҳам жамият учун яна бир қўштирноқ ичидаги муаммо юзага келади, яъни: Жамият учун савияси паст кадрлар етказиб бериш сезиларли даражада камайиб кетиш хавфи юзага келиш эҳтимоли юқори.

Сўнгги йилларда урфга айланиб бораётган яна бир масала, бу – тиббиёт муассасаси талабаларини ҳам чет элларда малака ошириши ҳисобланади. Бу борада ҳам худди юқоридаги фикрларни билдириш мумкин. Зеъро, илм талабида юрган иқтидорли ёшлар, чет эл тажрибаларини ўзлаштиришлари яхши-ку, лекин қачонгача бошқаларнинг тажрибасини ўрганамиз? Неча йиллар мобайнида хориж тажрибасини ўзлаштирганлар қаерда? Ўзимизнинг салоҳиятимизни қачон намоён этамиз? Кимдир бизнинг тажрибаларимизни ҳам ўрганадими? Юқоридаги саволлар эса, афсуски ҳанузгача ўз ечимини топгани йўқ.

Биз таклиф этмоқчи бўлган тизимни самарали йўлга қўйиш орқали эса, юқоридаги саволларга босқичма-босқич ечим топишни кўзда тутати. Шунингдек, тиббий салоҳиятнинг юксалишига замин яратади. Бу эса ўз навбатида, мамлакатимиз иқтисодиётининг барқарорлашувига, охир оқибатда эса, халқимиз фаровонлигини таъминланишига омил бўлса ажабмас...

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ўзбекистон Республикаси президенти Ш.М.Мирзиёевнинг Олий мажлисга Мурожаатномаси, Тошкент. УзА - 24.01.2020 й.

2. Рафиқов А.А., Абиркулов Қ.Н., Ҳожиметов А.Н., Ресурслардан фойдаланиш иқтисодиёти. Ўқув қўлланма. Ёзувчилар уюшмаси нашриёти Т.-2004.



МОЯ БУДУЩАЯ КАРЬЕРА ПЕДИАТРА

Тилавова Азиза

Студентка педиатрического факультета 314-группы

Эл.почта: atilavova@gmail.com

*Научный руководитель: заведующий кафедрой
узбекского языка и литературы, с русским
языком Джамалдинова Ш.О.*

Самаркандского государственного медицинского института

Педиатры - это врачи, которые оказывают помощь младенцам, детям, подросткам. Они специализируются на диагностике и лечении проблем, характерных для молодых людей. Большинство педиатров лечат общие болезни, легкие травмы и инфекционные заболевания и проводят вакцинацию.

Многие педиатры работают долгое время без перерыва, и даже в ночные часы. Во время вызова им может потребоваться обсудить проблемы пациента по телефону или срочно посетить больницу независимо о

Какими навыками должен обладать педиатр?

Коммуникативные навыки: педиатры должны быть отличными коммуникаторами. Они должны эффективно общаться со своими пациентами и другим вспомогательным медицинским персоналом.

Сострадание: больные или раненые пациенты могут испытывать сильную боль или страдания. Педиатры должны относиться к пациентам и их семьям с сочувствием и пониманием.

Ориентация на детали: пациенты должны получать соответствующее лечение и лекарства. Педиатры должны точно отслеживать и записывать различную информацию, относящуюся к уходу за пациентом.

Ловкость: педиатры могут работать с очень точными, а иногда и острыми инструментами, а ошибки могут иметь серьезные последствия.

Лидерские навыки: педиатры, которые работают в своей практике, должны управлять штатом других специалистов.

Организационные навыки: хорошее ведение документации и другие организационные навыки имеют решающее значение как в медицине, так и в бизнесе.

Терпение: педиатры могут длительное время работать с пациентами, которым требуется особое внимание. Людям, которые опасаются лечения, может потребоваться больше терпения.

Физическая выносливость: педиатрам должно быть комфортно поднимать или переворачивать пациентов с ограниченными возможностями или выполнять другие физические задачи. Хирурги могут проводить много времени, наклоняясь над пациентами во время операции.

Навыки решения проблем: педиатрам необходимо оценивать симптомы пациентов и назначать соответствующее лечение. Сделать это нужно быстро, если жизни пациента угрожает опасность.

Оказывая физическую, психологическую и эмоциональную помощь своим пациентам, педиатры заботятся о здоровье младенцев, детей и подростков. Они проводят диагностические тесты, чтобы получить информацию о состоянии здоровья пациента и назначить лечение, терапию, лекарства и вакцинацию для лечения болезней, расстройств или травм. Они также лечат детей, страдающих от легких травм, острых и хронических проблем со здоровьем, а также с проблемами физиологического и психологического роста и развития.

Педиатры консультируют и направляют детей и их родителей или опекунов по вопросам питания, гигиены и профилактики заболеваний. Педиатрия - это совместная специализация: педиатры первичного звена могут направлять пациентов к медицинскому специалисту, если у них проявляются симптомы серьезного заболевания, для эффективного решения проблемы.

Педиатрия - это увлекательная и сложная область для работы. Это также невероятно обширная область, которая может предоставить врачам множество вариантов на выбор.



Детский аллерголог / иммунолог.

Основная задача детского аллерголога / иммунолога - помочь ребенку. Это делается с помощью специализированных тестов для диагностики состояния и последующего выбора подходящего лечения. Лечение может включать выявление и предотвращение того, что вызывает аллергический симптом(ы), введение уколов от аллергии (иммунотерапия) или назначение лекарств.

Детский кардиолог

Детские кардиологи могут работать с пациентами еще до их рождения, в детстве и во взрослом возрасте. Особое состояние каждого ребенка требует комплексного и индивидуального плана лечения.

Детский эндокринолог

Детский эндокринолог занимается проблемами или нарушениями, связанными с детскими гормонами и железами, которые их вырабатывают.

Неонатолог

Неонатологи обучены справляться с самыми сложными ситуациями с повышенным риском, связанными с новорожденными. Они работают в основном в отделениях интенсивной терапии новорожденных или в специальных детских больницах.

Неонатологи могут лечить такие состояния, как врожденные дефекты, нарушения дыхания и инфекции, и помогают координировать уход и лечение недоношенных новорожденных, новорожденных с критическими заболеваниями или новорожденных, нуждающихся в хирургии.

Детский нефролог

Лечит детей с заболеваниями почек или мочевыводящих путей, проблемами мочевого пузыря, камнями в почках.

Детский пульмонолог

Лечит детей с заболеваниями дыхания и легких

Детский ревматолог

Лечит детей с заболеваниями суставов, мышц и костей, артритом и т.д.

Детский гастроэнтеролог

Лечит детей с пищеварительной системой, Проблемы с печенью или питанием

Детский гематолог / онколог

Лечит детей с заболеваниями крови и раком

Педиатр по вопросам развития и поведения детей.

Лечит детей с дислексией, проблемами с письмом и другими школьными проблемами

Специалист по детским инфекционным заболеваниям

Лечит детей с повторяющимися или хроническими заболеваниями, вызванными бактериями, грибами, паразитами или другой редкой инфекцией.

Педиатры проводят большую часть своего времени, работая с детьми, проводя обследования и собирая данные для диагностики проблем со здоровьем. Они также часто советуются с родителями, чтобы обсудить варианты лечения и определить, какие шаги лучше всего подходят для здоровья и благополучия ребенка.

Возможности карьерного роста для педиатров практически безграничны. От частной клиники до государственной больницы, на руководящих и административных должностях вплоть до исследовательской области - педиатры могут найти множество перспектив трудоустройства.



СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН УЧАСТИЕ ФОЛАТОВЫХ КИСЛОТ В ПАТОГЕНЕЗЕ

Тошкуллова Малика Икромовна

Студентка 316 – группы

педиатрического факультета

Самаркандский государственный медицинский институт

Научный руководитель: заведующий кафедрой узбекского

языка и литературы, с русским языком

Джамалдинова Ш.О.

Актуальность исследования. Ухудшение репродуктивного здоровья женщин - одна из самых актуальных проблем во всем мире. Многочисленные исследования показывают, что женщины имеют проблемы с репродуктивным здоровьем и зависят от экологических и социальных факторов, включая дефицит фолиевой кислоты.

Репродуктивное здоровье женщины – это неотъемлемая составляющая общего здоровья организма, которое подразумевает под собой отсутствие заболеваний репродуктивной системы, способность к воспроизведению потомства, а также возможность жить половой жизнью и получать от нее удовлетворение. Женское репродуктивное здоровье зависит от многих факторов: наследственности, образа жизни, профессиональных вредностей, заболеваний других органов и систем.

В последние годы были проведены исследования влияния фолиевой кислоты на функцию яичников. По некоторым данным, избыток или недостаток фолиевой кислоты у неполовозрелых суперовулированных крыс частично снижает овуляцию.

Несколько исследований показали, что молодые женщины с синдромом поликистозных яичников имеют разную степень дефицита фолиевой кислоты в плазме крови.

Фолиевая кислота - это водорастворимый витамин, относящийся к группе (В (В9)). Эта кислота - важный компонент питания человека. Фолаты распространены в природе и содержатся в зеленых овощах (шпинат, зеленый лук, чеснок, цветная капуста, бобовые), а также в печени, почках, мясе, твороге, меде и яйцах.

Всасывание фолатов происходит не полностью (около 50%), около 90% разлагается под воздействием термической обработки. Кроме того, фолиевая кислота также синтезируется микрофлорой кишечника.

Биологическая активность в организме обусловлена не самой фолиевой кислотой, а ее производными, которые состоят из фолатов, которые в организме превращаются в восстановленную активную форму.

Дефицит фолиевой кислоты приводит к появлению небольших симптоматических комплексов, которые значительно снижают качество жизни и самочувствие женщины (повышенная утомляемость, снижение памяти, утомляемость, головная боль, бледность кожи и слизистых оболочек; нарушение эритропоэза и снижение иммунной системы).

Развитие дефицита фолиевой кислоты в организме может быть не только из-за недостаточного поступления витамина В9 с пищей или мальабсорбции, но и из-за мутации специального гена MTGFR 677TT, которая приводит к нарушению фолатного цикла.

В результате дефицита фолиевой кислоты или нарушения их метаболизма нарушается процесс превращения гомоцистеина в метионин. Этот процесс превращается в гомоцистеин после того, как метионин участвует в реакциях метилирования. В результате нарушается способность гомоцистеина восстанавливаться. В этом случае гомоцистеин накапливается в избытке и оказывает токсическое действие на ряд тканей организма. Гипергомоцистеинемия снижает чувствительность тканей к инсулину, что приводит к гиперинсулинемии. Высокий уровень инсулина, который имеет синергетический эффект с лютеинизирующим гормоном, активирует синтез андрогенов. Гиперинсулинемия и гиперандрогения лежат в основе патогенеза синдрома поликистозных яичников.

Таким образом, существует риск развития гипергомоцистеинемии в результате дефицита фолиевой кислоты в сыворотке крови. Таким образом, гипергомоцистеинемия приводит к гиперинсулинемии и гиперандрогении, что, в свою очередь, приводит к нарушению развития фолликулов и созревания яйцеклеток, снижению резерва яичников и бесплодию у женщин с синдромом поликистоза яичников.



АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ РОГОВИЦЫ

Холбеков Ахлидин Валижон ўғли
магистр кафедры офтальмологии
Ташкентской Медицинской Академии
Телефон: +998913270320

E-mail: ahlidinholbekov@mail.ru
д.м.н. Закирходжаев Рустам Асралович
доцент кафедры офтальмологии
Ташкентской Медицинской Академии
Телефон: +998931714401
E-mail: oftalmiituv@mail.ru

Актуальность: Изучение профилактики и лечения травматических повреждений роговицы осуществляется с давних пор, но на сегодняшний день это является одной из теоретической и практической актуальной проблемой офтальмологии. На практике ранения роговицы занимают одни из первых мест в офтальмологии, хотя и относятся к легким повреждениям, если своевременно не будут разработаны правильные принципы лечения — это может осложниться инфекционными кератитами. [2,5,9].

Повреждения роговицы по данным, как отечественной, так и зарубежной литературы, встречаются часто и составляют около 10 % всех первичных обращений пациентов с травмой глаза. По данным регистра повреждений органа зрения США (USEUR) роговица повреждается более чем в 50 % случаев серьезной травмы глаза [7,10].

Инородные тела роговицы встречаются как в мирное, так и в военное время. Во время Великой Отечественной войны, по данным Н. А. Вишневого, среди непроникающих ранений глазного яблока, составлявших 17,1 % всех поражений глаз, инородные тела роговицы составляли 52,4 % [1,3,4]. По данным О. Неиер в одной из локальных войн на Ближнем востоке 17 % травм глаза были вызваны ИТ [6,8]. В мирное время при производственной травме частота попадания инородного тела в роговицу больше чем в склеру, тогда как при военной осколочной травме имеется обратная статистика. Так, по данным А.Б. Кацнельсона и С.И. Смелянского частота попадания осколков в роговицу и корнеосклеральную зону при производственной травме составляла соответственно 64,6% и 13%. Согласно данных П.Я. Болгова при осколочных боевых травмах локализация раны в роговице и корнеосклеральной области была в 35,6% и 12% случаев соответственно.

Цель исследования. Изучить особенности течения и разработать алгоритм лечения травматических повреждений роговицы в амбулаторных условиях.

Материал исследования. Клинический материал был собран с 2018 по 2020 годы в кабинетах офтальмолога консультативной поликлиники III клиники Ташкентской Медицинской академии и Городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Под наблюдением находились 40 пациентов (40 глаз) с непроникающими повреждениями роговицы. Они включали 32 мужчин (80%) и 8 (20%) женщин, средний возраст которых составлял $39 \pm 8,2$ лет.

Исследование включало 3 этапа:

1 этап: Оценка состояния переднего отрезка глаза при попадании инородного тела в роговицу.

2 этап: Оценка эффективности корнеопротекторов после удаления инородного тела из роговицы.

3 этап: Оценка глубины поражения глазного яблока при присоединении инфекции после попадания инородного тела в роговицу.

Методы исследования.

1. Общие офтальмологические исследования: визометрия, биомикроскопия.
2. Специальные методы: оценка тяжести воспалительного процесса; окраска роговицы флюоресцеином.

Результаты исследования: Все пациенты были разделены на 2 группы по 20 человек в соответствии с назначаемыми схемами лекарственных препаратов:



Основная группа: местная терапия, включавшая Левофлоксацин (по 2 капли 8 раз в сутки), Дексаметазон (по 2 капли 3 раза в сутки), Корнерегель (3 раза в сутки).

Контрольная группа: местная терапия, включавшая Левофлоксацин (по 2 капли 8 раз в сутки), Дексаметазон (по 2 капли 3 раза в сутки), Солкосерил гель (3 раза в сутки).

Лечение продолжалось от 7 до 10 дней. Контрольные осмотры проводились в сроки 3, 5 и 7 дней.

В основной группе на 5 день после начала лечения у 75% пациентов (15 глаз) по данным биомикроскопии определялась полная эпителизация зоны повреждения, у остальных 25% (5 глаз) — незначительные зоны деэпителизации. В контрольной группе — у 80% пациентов (16 глаз) определялась полная эпителизация зоны повреждения за этот же период, у остальных 20% пациентов — незначительные дефекты эпителия в оптической зоне роговицы, что на 5% меньше, чем у пациентов основной группы.

Через 72 часа после начала лечения в основной группе у 20% (4 глаза) пациентов имела место полная эпителизация роговицы. На 1 глазу (5%) определялась эрозия не более 1 мм в диаметре. У пациентов контрольной группы зона деэпителизации составляла 1-2 мм и определялась на 3 глазах (7.5%), что на 2,5% больше, чем в группе с применением декспантенола.

Оценка субъективных ощущений у пациентов контрольной группы через 48 часов после закапывания препарата.

Группа	Солкосерил		
	Слабо выражено\нет	Умеренно Выражено	Сильно выражено
Сухость	3	8	9
Жжение	5	12	3
Чувство инородного тела	8	9	3

Оценка субъективных ощущений у пациентов основной группы через 48 часов после закапывания препарата.

Группа	Корнерегель		
	Слабо выражено\нет	Умеренно Выражено	Сильно выражено
Сухость	4	8	8
Жжение	4	11	5
Чувство инородного тела	8	8	4

На 7 сутки у пациентов основной группы зона деэпителизации достигла уровня прозрачности всей роговой оболочки и при биомикроскопии не определялась. У пациентов со стандартным ведением зона травмы роговицы представляла собой незначительное субэпителиальное снижение прозрачности роговицы, которое регрессировало к 7му дню и значительно не влияло на остроту зрения.

На 7й день все пациенты имели не скорректированную остроту зрения, соответствующую максимальной скорректированной остроте зрения до операции. За время лечения ни в одном случае не было отмечено плохой переносимости, аллергических реакций у пациентов основной и контрольной групп.

Анализ индекса тяжести воспалительного процесса у больных после извлечения инородного тела показал, что на 1й день у пациентов обеих групп была выраженной и равна 7,83 баллам в среднем. Дальнейшее наблюдение показало, что к концу 3го дня наблюдения у больных основной группы наблюдалось снижение интенсивности воспалительного процесса до 5,35 баллов в среднем, а у больных контрольной группы до 6,46 баллов в среднем. К концу 5го дня индекс тяжести воспалительного процесса в основной группе достиг 3,14 баллов в среднем, тогда как в контрольной группе он был равен 4,75 баллам.



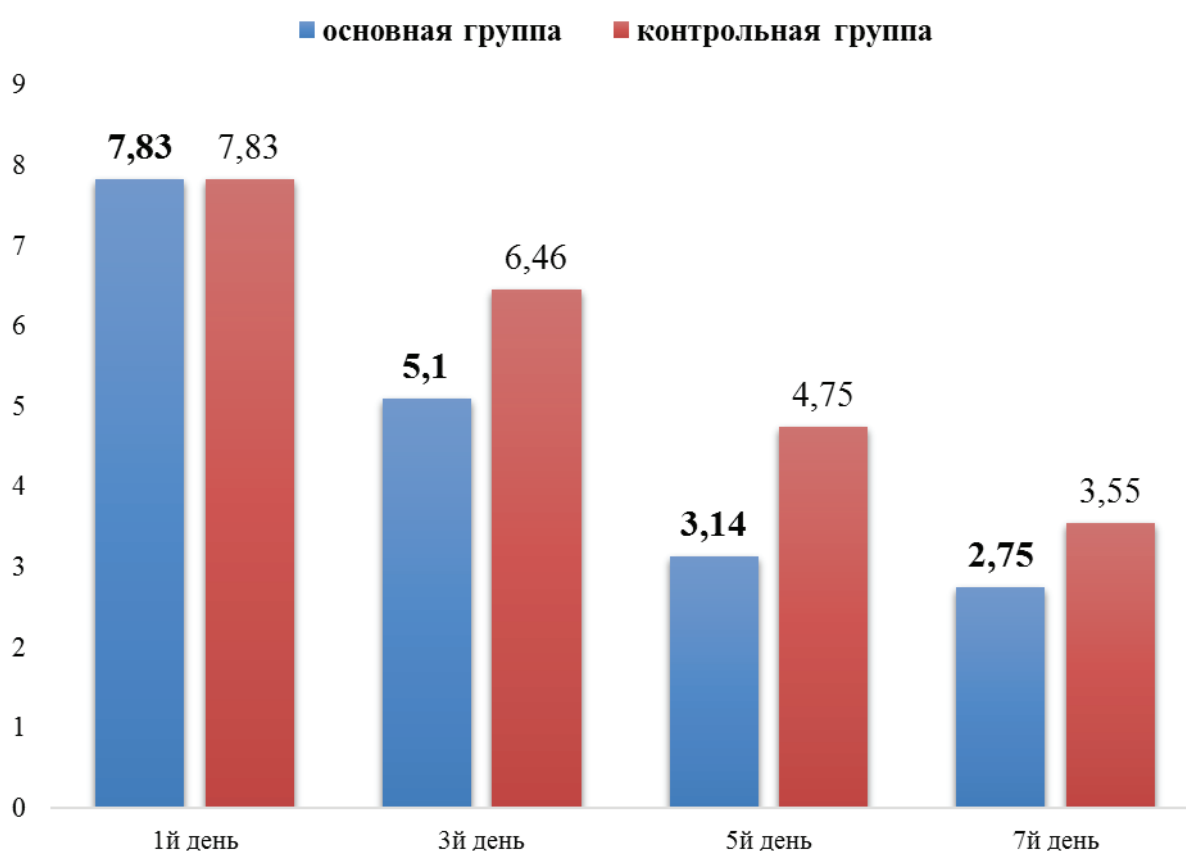
Динамика индекса тяжести воспалительного процесса у больных в исследуемых группах (М+m)

Группа	1й день	3й день	5й день	7й день
Основная группа n=20	7,83±0,69	5,35±0,45	3,14±0,63*	2,75±1,15*
Контрольная группа n=20	7,83±0,91	6,46±1,12	4,75±0,365	3,55±0,85

Примечание: * – достоверно по сравнению с данными контрольной группы ($P < 0,05$)

К концу 7го дня наблюдения в основной группе значение индекса достигло 2,75 баллов, что свидетельствовало о низком уровне воспалительной реакции, тогда как в контрольной группе значение было равно 3,55 баллам, что соответствовало среднему уровню воспалительной реакции. Наконец, к 3 месяцу наблюдения индекс тяжести воспаления достиг уровня 1,2 баллов в основной группе и 1,45 в контрольной группе.

Таким образом, наблюдение за выраженностью проявлений общей воспалительной реакцией после извлечения инородного тела показало, что, начиная с 5го дня индекс тяжести воспалительного процесса был статистически более низким по сравнению с показателями контрольной группы.



Динамика индекса тяжести воспалительного процесса у больных в ходе терапии.

Анализ выраженности отдельных симптомов воспаления показал, что выраженность перикорнеальной и смешанной инъекции у больных основной группы была равна в среднем 2,5 баллам, тогда как в контрольной группе она была равна 2,75 баллам в среднем. Выраженность отека роговицы в основной группе была также значительно меньше чем в группе контроля и равна в среднем 2,35 баллам. В контрольной же группе выраженность отека роговицы составляла 2,43 балла.

Одним из симптомов развившегося воспалительного процесса является наличие болей в поврежденном глазу. Интенсивность и продолжительность данных болей во многом определялись особенностями травмы, ранящим предметом и сроками эпителизации зоны повреждения. Именно от продолжительности сроков эпителизации существенно зависят степень выраженности и продолжительность воспалительной реакции и роговичного син-



дрома в целом. Как показывают некоторые клинические наблюдения, исходная интенсивность и продолжительность роговичного синдрома при воспалении определяют и регенераторную реакцию без развития субэпителиальной или интрастромальной фиброплазии.

Заключение: Особенности течения воспалительного процесса при микротравме роговицы являются основным фактором развития тяжелых осложнений в виде кератита, эрозии, инфильтрата или язвы. Включение в местную терапию препаратов содержащих Дексапантенол (Корнерегель) способствует не только скорейшей эпителизации дефекта, но и купированию воспалительного процесса.

Список литературы:

1. Волков В.В. Открытая травма глаза/ В.В. Волков. – СПб.: ВМедА, 2016. – 280 с.
2. Гундорова, Р.Л. Приоритетные направления в проблеме глазного травматизма / Р.Л. Гундорова // Вестник офтальмологии. 2014.- Т. 120, № 1.-С. 12.
3. Гундорова, Р.А. Травмы глаза / под общ. ред. Р.А.Гундоровой, В.В. Нероева, В.В. Кашникова – М:ГЭОТАР – МЕДИА, 2014 – 560 с.
4. Е.А. Егоров, Ю.С. Астахова, Т.В. Ставицкая Офтальмофармокология, 2014 г.
5. Ермолаев, В.Г. Производственный глазной травматизм. Клинические, статистические и хрономедицинские аспекты / В.Г.Ермолаев, В.Н. Алексеев, В.Ю. Тегза, А.В. Ермолаев.- Астрахань: Изд. Литературный фонд России. 2014.-104 с.
6. Ермолаев, В.Г. Промышленный травматизм органа зрения по данным госпитализации / В.Г.Ермолаев, А.Г. Сердюков, А.В. Ермолаев // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2005. - № 1. – С . 125-128.
7. Либман, Е.С. Слепота и инвалидность по зрению в населении России / Е.С. Либман, Е.В.Шахова // Съезд офтальмологов России, VIII-й: тез. докладов. – М., 2015. – С.78-79.
8. Травмы глаза. Р.А. Гундорова, А.А. Малаев, Л.М. Южанов, Москва «Медицина»2016 г.



СОВРЕМЕННЫЕ ПОНЯТИЯ ЭЛАЙНЕРОВ. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ЭЛАЙНЕРАМИ.

Алиева Назокат Мураджановна
Тошкент давлат стоматология институти доценти
Якупов Искандар Тахирович
Тошкент давлат стоматология институти магистури
Телефон: +998913347999
Ochilova.m@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрена целесообразность применения элайнеров перед протезированием при вторичных деформациях зубного ряда у детей.

Ключевые слова: элайнеры, брекет-система, ортодонтическое лечение.

Технический прогресс интенсифицирует многие сферы деятельности, в том числе и ортодонтию. Ортодонт сегодня становится технологом, т. к. на первый план выходят не навыки в коррекции и активации ортодонтических аппаратов, а умение разрабатывать оптимальные стратегию и тактику лечения. Последовательное применение CAD/CAM технологии в «лингвальной ортодонтии» обеспечило роботизированное изготовление проволочных дуг, исключив участие врача в одной из самых трудоемких операции (Wiechmann D. et al., 2003).

Наиболее полно автоматизированное проектирование и изготовление воплотилось в технологии – Invisalign (Boyd R. L. et al., 2001). Компьютерное моделирование каждой стадии лечения для изготовления серии индивидуальных аппаратов (aligners) заставляет врача определять точный путь для достижения оптимальных результатов еще до начала лечения. Таким образом, планирование и моделирование результатов лечения становится необходимой и важнейшей его частью. Моделирование результатов ортодонтического лечения предполагает алгоритмизацию его планирования (James R. D., 1998).

План лечения обосновывается согласно клинике и данным дополнительных методов обследования. Для достижения наилучших результатов пациент должен быть своевременно «полностью диагностирован» – (Proffit W. R., 1993). Задача ортодонта – спланировать лечение в соответствии с индивидуальными особенностями формирования зубочелюстной системы пациента (Baumrind S. et al., 1996).

Ортодонтическое лечение применяется у миллионов детей, так как улучшение внешнего вида является решающим фактором принятия решения о применении элайнеров при вторичных деформациях зубного ряда. Но лишь некоторые решаются на этот шаг, так как большинство детей страдают от насмешек сверстников, а взрослых пугают большие финансовые затраты на лечение и довольно длительное время ношения традиционных брекетов, что в свою очередь причиняет неудобства. Однако следует отметить, что возросшие требования к улучшению эстетики идут в паре с желанием пациента максимально сохранить свои зубы. Альтернативой брекетам в отдельных случаях стала система капп-элайнеров для выравнивания зубов. Применение ортодонтических брекет-систем обязывает пациента к внимательному и добросовестному соблюдению индивидуальной гигиены с использованием дополнительных средств, в целях профилактики. Зачастую пациенты, в частности дети и подростки, не прислушиваются к рекомендациям врача, поэтому немаловажным фактором является наличие возможности выбора использования ортодонтических аппаратов, не оказывающих существенного влияния на уровень гигиены.

Элайнеры представляют собой прозрачные каппы, которые используются для исправления аномалий прикуса и положения зубов. Фирма Align Technology в 1998 году одна из первых выпустила такие каппы. Конструкция изделия предусматривает слабое постоянное давление на зуб, вызывая рассасывание костной ткани альвеолы в направлении движения данного зуба и образование костной ткани в противоположном направлении. В результате этого обеспечивается постепенное перемещение зуба по заданной траектории.

Ортодонтическое лечение с помощью элайнеров включает в себя следующие этапы:

1. Клинические и дополнительные методы диагностики для постановки диагноза и составления плана лечения.



2. Снятие слепков, изготовление рабочих гипсовых моделей или виртуальных оттисков для печати модели в 3D принтере.

3. Получение виртуальной сетап-модели и составление плана лечения с визуализацией окончательного результата. Ознакомление и согласование плана лечения с пациентом.

4. Изготовление индивидуального набора капп для пациента.

5. Клинические этапы ведения пациента.

Целесообразность применения элайнеров перед протезированием при вторичных деформациях зубного ряда у детей.

В ходе работы над научной статьей был проведен обзор и анализ отечественной и зарубежной литературы.

Исходя из этого, можно выделить определенные превосходства элайнеров перед протезированием при вторичных деформациях зубного ряда у детей над другими ортодонтическими системами :

1. Элайнеры выглядят более эстетично, чем обычные вестибулярные брекет-системы, что намного комфортнее для ребенка.

2. Элайнеры не оказывают существенного влияния на уровень гигиены полости рта и не затрудняют проведение индивидуальной гигиены.

3. Врач имеет возможность показать родителям все запланированные этапы ортодонтического лечения и его итог.

4. Во время лечения элайнерами ребенок не меняет свой обычный режим питания, что позволяет ему не ограничивать прием различных продуктов.

5. При ортодонтическом лечении элайнерами слизистая оболочка полости рта не подвергается травматизации.

6. Поскольку элайнеры изготавливаются из биоинертного медицинского пластика, они безопасны и являются методом выбора ортодонтического лечения у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом, в частности с аллергией на никель, которая встречается все чаще и чаще. Безопасность этой методики коррекции ортодонтических аномалий у детей с аллергией на никель описана в различных публикациях зарубежных авторов, что делает ее порой единственно возможной.

Таким образом, все вышеперечисленное говорит о том, что элайнеры являются достойной заменой брекет-систем при протезировании вторичной деформации зубного ряда у детей.

Литература.

1. Манжуловская В. В. Самое современное в ортодонтии — «Невидимые брекет-ты». — 2013. — С. 143—145.

2. Лихота К. Н. Применение элайнеров в ортодонтии: Лекция. — Октябрь, 2009. — 4 с.

3. Персин Л. С. Ортодонтия, диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. Руководство для врачей. — 2004. — 280 с.

4. Bouchez R. Invisalign Orthodontic Treatment // Private Practice Clinical Professor Universities of Paris, France. — P. 7—12.

5. Аболмасов Н. Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта // Стоматология. — 2003. — №4. — С. 34.

6. Proffit W.R. Contemporary Orthodontics. — Mosby Inc. (US), 2008. — P. 54.

7. Proffit W.R. Modern orthodontics. — 2015. — 320 p.

8. Bouchez R. Invisalign Orthodontic Treatment // Private Practice Clinical Professor Universities of Paris, France. С. 7-12. 2. Лихота К. Н.

9. Применение элайнеров в ортодонтии. Лекция. Октябрь, 2009. 4 с. 3. Хорошилкина Ф. Я.



БЕМОРЛАРДАН ОЛИНГАН КАПИЛЛЯР ВА ВЕНОЗ ҚОН НАМУНАЛАРИДА ГЕМАТОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ МИҚДОРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ

Таджибаева М.Р.¹, Мухамеджанова Н.И.²

¹ Тошкент Тиббиёт академияси

² Тиббиёт ходимларининг касбий
малакасини ривожлантириш маркази

Мақолада гематологик текширувлар учун ишлатиладиган веноз ва капилляр қон намуналарининг бир биридан фарқи изоҳланган. Вена ва капилляр қоннинг шаклли элементлар кўрсаткичлари ўртасидаги фарқ ишончилиги аниқланган. Автоматик гематологик текширувларда капилляр қонни текширилганда таҳлил натижаларининг ўзгариши айнан лейкоцитлар кўрсаткичида фарқлар кўрсатилган.

Калит сўзлар: веноз қон, капилляр қон, лейкоформула, вариация коэффиценти

Гематологик текширувлар— ташхисот жараёнинг муҳим кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Қон умумий қон ташхиси учун бармоқдан, венадан, кулоқнинг юмшоқ қисмидан олинади.

Соғлом одамларда (назорат гуруҳи) хужайра элементларнинг таркибини қиёсий баҳолаганда веноз ва капилляр қонларида ишончли фарқлар топилган (1-жадвал) Вена қонида эркаларда лейкоцитлар сони 15,5% га ($p < 0,001$), аёлларда эса капиллярга қараганда 13,2% ($p < 0,001$) паст.

Гематокрит кўрсаткичида ҳам веноз қонида ва капилляр қонида тафовутлар топилди, унинг ўртача қиймати капилляр қонда эркаларда 4,5% га кам, аёлларда эса 4,2% га кам, бу капилляр қонда қўшимча тўқима суюқлиги мавжудлиги билан тушунтирилади. Бундан ташқари капилляр таркибидаги эритроцитлар ва лейкоцитлар кўрсаткичларнинг веноз қонидан фарқи ҳам худди шу сабаб билан тушунтириш мумкин. Вена қонидаги тромбоцитлар сони, аксинча, ишончли равишда юқори.

Тромбоцитлар сонининг веноз-капилляр фарқи эркалар 16,5% ($p < 0,001$), аёллар - 14,0% ($p < 0,001$). Бундай фарқ кўрсаткичлар, эҳтимол, тромбоцитларнинг агрегацияси ва адгезияси жараёнлари билан боғлиқ, яъни бармоқни механик тешилганда хужайралар бузилиши натижасида тромбоцит агрегацияси тўқима омиллари ажралиб чиқиши билан боғлиқ деб ўйлаш мумкин.

1-жадвал. Нисбатан соғлом одамларда капилляр ва веноз қони гематологик кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	Веноз қон		Капилляр қон	
	M±m	m±2sd	M±m	m±2sd
Эркалар				
Эритроцитлар, $\times 10^{12}/л$	4,77±0,02	4,03-5,17	4,87±0,02	4,21-5,59
Гемоглобин, г/л	145,9±0,54	123,4-167,2	148,1±0,51	126,1-164,3
Гематокрит, %	40,3±0,14	34,7-47,2	42,9±0,14	36,9-47,44
mcv, фл	85,54±0,19	77,74-93,34	87,9±0,22	79,3-94,92
MCH, пг	30,40±0,11	27,9-34,4	28,12±0,11	24,67-33,89
MCHC, г/л	347,6±0,53	3,11-7,65	336,9±0,61	316,7-356,4
Лейкоцитлар $\times 10^9/л$	5,50±0,06	3,11-7,66	6,02±0,05	3,87-8,88
Тромбоцитлар $\times 10^9/л$	233,4±2,5	129,5-331,5	192,1±2,79	99,87-287,1
Аёллар				
Эритроцитлар, $\times 10^{12}/л$	4,07±0,02	3,77-5,07	4,47±0,02	3,81-5,09
Гемоглобин, г/л	127,9±0,54	103,4-147,2	130,1±0,51	111,1-164,3
Гематокрит, %	36,9±0,14	32,7-43,2	38,9±0,16	33,9-43,44
mcv, фл	86,54±0,19	76,74-96,34	87,1±0,22	76,3-95,92
MCH, пг	29,14±0,11	3,11-7,65	27,9±0,51	26,1-33,01
MCHC, г/л	340,6±0,5	317,9-363,4	6,35±0,04	3,57-8,89
Лейкоцитлар $\times 10^9/л$	5,60±0,06	3,07-8,61	6,52±0,05	3,57-8,98
Тромбоцитлар $\times 10^9/л$	263,4±235	137,5-389,5	222,1±3,79	102,87-345,1

Вена ва капилляр қоннинг бошқа параметрлари ўртасидаги фарқ шунингдек ишончли эди, аммо клиник жиҳатдан унчалик аҳамиятга эга эмас эди. Эркаларнинг веноз қонидаги эритроцитлар миқдори капилляр қонга нисбатан 2,9% ($p < 0,001$) кам. Вена ва капиллярда гемоглобин таркибидаги фарқаёлларда қон 1,6% ни ташкил этди, бу ҳам клиник аҳамиятга эга эмас.



Эритроцитларнинг ўртача ҳажмини аниқлаганимизда, эркакларнинг веноз қонидаги кўрсаткич 2% га паст ($p < 0,001$), аёлларда эса -1,1% ($p < 0,001$). Эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача таркиби ва ўртача концентрацияси текширилаётган одамларнинг веноз ва капилляр қонларида ҳам ишончли фарқ қилади: эркакларда - 3,3% ($p < 0,001$), аёлларда - 2,7% ($p < 0,001$). Шундай қилиб, деярли амалда бўлишига қарамай соғлом одамлар, капилляр ва веноз қоннинг шаклли элементларнинг таркиби мавжуд референс оралиғидан ташқарига чиқмади. Хужайра таркиби кўрсаткичларининг фарқлар ишончилилик даражасини ҳисобга олган ҳолда такрорий гематологик текширувлар учун капилляр ёки веноз қоннинг фойдаланиш мақсадга мувофиқдир, лекин шунда бўлса ҳам веноз қони устунроқ ҳисобланади. Тромбоцитлар сонини ўрганиш учун фақат веноз қон олиш керак, бунга сабаб капилляр қондан фойдаланилганда гематологик таҳлил натижаларининг бузилишига олиб келиши мумкин. Автоматик гематологик текширувларда капилляр қонни текширилганда анализаторнинг ингичка тешигида (капиллярнинг диаметри 75 микрон) терининг бўлакчалари тиқилиб қолиши мумкин; бундан ташқари, бу бўлакчаларни автоматик гематологик анализатор лейкоцит деб ҳисоблаш мумкин, бу эса таҳлил натижаларининг ўзгаришига олиб келади. Веноз ва капилляр қон текширув натижалари статистик ишлов берилганда замонавий компьютер дастурлари ёрдамида ҳисобланганда ҳар бир кўрсаткич учун ўртача квадратик оғиш $\pm 2SD$ ҳисоблаб чиқилган, ва бу маълумотнома референс сифатида қабул қилиш тадқиқот олиб борилган муассаса лабораторияси учун тавсия этишимиз мумкин.

Юқоридигаиларни инобатга олиб, шундай хулосага келдиканда, веноз қон нафақат биокимёвий, гормонал, серологик, иммунологик кўрсаткичларни аниқлаш учун, балки умумий қон таҳлили учун ҳам энг яхши материал ҳисобланади. Веноз қонни олиш, сақлаш, ташиш жараёнларини стандартлаштириш имкони борлиги, хужайраларни минимал даражада ўзгариши ва фаоллашуви, бошқа моддаларнинг аралашмалари (тўқима суюқлиги) тушмаслиги, ва бундан ташқари таҳлилни такрорлаш ва / ёки кенгайтириш (масалан, ретикулоцитлар текширувини қўшиш) имконияти борлиги билан устун туради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Балаховский И.С. Границы нормы и точность лабораторных анализов. Ж: Клиническая лабораторная диагностика №10 2007
2. Гематологические показатели здоровых лиц/А.А. Мингачева, Н.И.гергель, Ю.А.Косякова и др.//Медицинский альманах.-2011.-№3 (16)-С.175-176
3. Долгов В.В., Меньшиков В. В.,2012; Клиническая лабораторная диагностика. Национальное руководство в 2-х томах. Т.
4. Меньшиков, В. В., О. Г. Кадашева Качество лабораторных исследований и современные подходы к его оценке Ж: Клиническая лабораторная диагностика. – 2009. – N 6. – С. 25– 32.
5. Санжиева Д. Ч., Батоева Г. Ц., Салдамаева Е. Я. Контроль качества в клинической лабораторной диагностике – 2009. – № 2. – С. 71–72



ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Таджибаева М.Р.¹, Курбонова З.Ч.,¹ Мухамеджанова Н.И.²

¹Ташкентская медицинская Академия

*²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников*

В работе рассматриваются базовые вопросы и основные требования контроля качества лабораторных исследований, выполняемых в клинко-диагностических лабораториях медицинских организаций. Контроль проводился для определения гемоглобина в клинко-диагностических лабораториях ТМА.

Ключевые слова: Внутренний контроль качества, внешний ВОК, клинко-диагностическая лаборатория

Совершенствование работы КДЛ включает непрерывное улучшение качества лабораторных исследований за счёт использования новых технологий, нового анализирующего оборудования, усовершенствования методик исследования. Однако, расширение диапазона исследований за счёт внедрения новых лабораторных технологий, увеличение количества лабораторных тестов не исключает возможности возникновения ошибок на всех этапах исследования и требует постоянного и своевременного контроля качества. На сегодняшний день процент охвата лабораторий в клинике ТМА внутренним и внешним контролем качества остаётся на низком уровне. Ежедневная работа КДЛ сопровождается проведением внутри лабораторного контроля качества (ВКК). В процессе внедрения контроля качества, как обязательного элемента в ежедневной работе лаборатории, а также повышения квалификации и получения своего собственного опыта работы, мы стали использовать в своей работе контрольные материалы разных производителей. При проведении ежедневных исследований и при решении возникающих проблем возникла необходимость создания постоянно действующей системы оценки качества лабораторных исследований. Для эффективного управления качеством лабораторных исследований в КДЛ руководством клиники не была выделена ставка врача по контролю качества. П.э нет оптимизация системы контроля качества для исследований, не организован внутрилабораторный контроль и внешняя оценка качества (ВОК), не проводится постоянный анализ результатов контрольных измерений. Только для проведения внутреннего контроля качества используются контрольные материалы для определения гепатитов, гормонов, показателей гемостаза, КЩС. Кроме этого, для оценки правильности лабораторных исследований необходимо проведение внешней оценки качества и сравнение с лучшими лабораторными практиками. Регулярно проводимая внешняя оценка качества и ежедневный внутри лабораторный контроль качества дополняют, но не заменяют друг друга: внешняя оценка качества направлена на выявление систематических ошибок лабораторных методов, а внутрилабораторный контроль качества предназначен для поддержания стабильности аналитической системы, выявления и устранения недопустимых случайных и систематических погрешностей. Таким образом только обеспечение качества на всех этапах лабораторного исследования позволит гарантированно предоставлять диагностическую информацию высокого качества.



КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Разокова Ш.Р¹ Мухамеджанова Н.И²

¹Ташкентская медицинская Академия

*²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников*

Установлено взаимосвязь хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов у больных с хроническими болезнями почек и мочекаменной болезнью. Адекватное и своевременно проведенная терапия позволит облегчить течение заболевания, способствует выздоровлению и удлиняет период ремиссии при хроническом пиелонефрите. У больных с ХП анемия встречается достоверно чаще, чем в контрольной группе, что свидетельствует о развитии анемии у больных с заболеваниями почек с сохранной функцией.

Ключевые слова: лабораторная диагностика, пиелонефрит, мочекаменная болезнь

Патология органов мочевой системы в настоящее время относится к одной из важнейших проблем медицинской науки и практики, и в структуре заболеваемости в республике Узбекистан занимает одно из ведущих мест. Исход многих заболеваний почек - хроническая почечная недостаточность, является наиболее трагичным патологическим состоянием. Для разработки научно-обоснованного комплекса мероприятий по снижению потерь здоровья населения от хронических болезней почек и их осложнений, необходимо усовершенствовать алгоритм ранней диагностики и ведения таких пациентов, что определило актуальность настоящего исследования.

Всего обследовано 381 пациентов (235 женщины и 156 мужчины), которые были разделены на две группы: с МКБ и хронический пиелонефрит(ХП). В группе с МКБ (n=307) было 124 мужчины и 183 женщины, их средний возраст составил 43,7 года (от 18 до 82 лет). Группа с ХП (n=74) включала 41 мужчину и 49 женщин, средний возраст которых составил 43,3 года (от 18 до 82 лет). Всем проводился комплексный анализ мочи с определением цвета, относительной плотности, ее реакции (pH), присутствия белка, наличия слизи, бактерий, солей. Исследовался общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, определением гемоглобина, СОЭ;

Для уточнения характера сопутствующей патологии были использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования УЗИ органов мочевыделительной системы, консультации специалистов по профилю сопутствующих заболеваний. Нами проведен сравнительный анализ частоты отдельных заболеваний в рамках каждой группы, первая группа МКБ с анемией выявлено у 14(4,6%) больных, а у больных с хроническим пиелонефритом анемия выявлено у 9 (12,1%) больных. У больных с ХП анемия встречается достоверно чаще, чем в контрольной группе, что свидетельствует о развитии анемии у больных с заболеваниями почек с сохранной функцией.

У больных обеих группах в общей анализе мочи до стандартного лечения с МКБ отмечалось изменение мочевого осадка, что проявлялось макрогематурией, лейкоцитурией, протеинурией, кристаллурией, уратурией и фосфатурией. Проведенная терапия способствовала изменению мочевого осадка у всех групп. Наибольшие изменения выявлены при исследовании микрогематурии (в I группе снижение показателя на 29%, во II группе на 52,5%). Лейкоцитурия снизилась на 19,4% в I группе, на 12,5% во II группе. Оксалатно-кальциевая кристаллурия снизилась на 35,5% в I группе, на 55% во II группе. В целом выявлено, что наибольшие изменения в мочевом осадке в процессе лечения произошли в группе больных с ХП. Наименее выраженные изменения мочевого осадка отмечены у больных с МКБ.



Список литературы

1. Александров, Н.С. Оптимизация антибактериальной терапии больных пиелонефритом на фоне мочекаменной болезни: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.23/Александров Николай Сергеевич. — Москва, 2014. — 114 с.
2. Аль-Шукри, С.Х. Литолитическая терапия уратного нефролитиаза / Аль-Шукри С.Х., Слесаревская М.Н., Кузьмин И.В. // — Урология. — 2016. — №2. — С. 23-27.
3. Аляев, Ю.Г. Мочекаменная болезнь. Современные методы диагностики и лечения / Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.А. — Москва; 2010. — 224с.
4. Кондакова, В.В. Клинико-лабораторные критерии тяжести течения мочекаменной болезни: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.23 / Кондакова Виктория Викторовна. — Москва, 2010. — 104 с.
5. Клинико-лабораторные методы диагностики мочекаменной болезни: учебное пособие / Сулейманов С.И., Кадыров З.А., Истратов В.Г., Рамишвили В.Ш. — М.: Издательство БИНОМ, 2014. —146с.



НОРЕГУЛЯР МЕНСТРУАЦИЯЛИ КИЗЛАРДА ТИРЕОИД СТАТУС ВА ТАНА ВАЗНИ ИНДЕКСИ БОҒЛИҚЛИГИ.

*Магистр Аҳмадова Г. К.
доцент Садиқова Н. Г.
Тошкент Тиббий Академияси.
Тошкент ш. Ўзбекистон.
Телефон +998903528685
gulbahorahmadova1993@gmail.com*

Аннотация: Ушбу тезисда кизларда менструал циклниги бузилиши қалқонсимон без фаолияти бузилиши ва тана вазни индексига боғлиқлиги физик-объектив ва клиник-лаборатор-инструментал текширувлар натижалари орқали аниқланганлиги ҳақида маълумот берилган.

Калит сўзлар: нерегулярменструал цикл, тана вазни индекси қалқонсимон без фаолияти, гипотериоз, эутериоз, диффуз токсик буқоқ.

Тақдиқот мақсади. Йоддефицит регионда яшовчи нерегулярменструал циклли кизларда тиреоид статус ва тана вазни индексини боғлиқлигини ўрганиш.

Текширув усули ва материаллари. Ушбу текширув 18-24 ёшли 50 нафар кизларда ўтказилди. Ушбу кизларда физик-объектив (тери ранги, куруқлиги, Кетле бўйича тана вазни индекси); лаборатор (ТТГ, эркинТ4, анти-ТПО, эстрадиол, ЛГ ва ФСГ кондаги миқдори); инструментал (қалқонсимон без ва бачадон ва унинг ортиғи УТТ) текширувлар ўтказилди ва қуйидагилар аниқланди: гипотиреоз 30 та(60%), 7та (14%) диффуз токсик буқоқ (ДТБ), 5 та (10%) аутоиммун тиреоидит (АИТ), диффуз эутиреоз буқоқ (ДЭБ) 8 та (16%) холатлар беморларда кузатилди.

Натижалар. Қалқонсимон без фаолиятига қараб кизлар 3 гуруҳга бўлинди:

1-гуруҳдаги кизларда қалқонсимон без фаолияти пасайган (гипотериоз); 2-гуруҳдаги кизларда без фаолияти кучайган (ДТБ);

3-гуруҳдаги кизларда без фаолияти ўзгармаган.

Манифест гипотериоз холатдаги кизлар 20 та (66,66%) бўлиб, уларнинг 3 тасининг(15%) тана вазни индекси (ТВИ) ≤ 25 кг/м² (норма); 10 тасининг (50%) $\text{ТВИ} \pm 25-29,9$ кг/м² (ортиқча вазн); 7 тасининг (15%) $\text{ТВИ} \pm 30-34,9$ кг/м² (I даражали семириш). Бу кизларнинг менструал цикли 15 нафарида (75%) амнорея; 5 нафарида (25%) опсоменорея кўринишида бузилган. Субклиник гипотериоз холатидаги кизлар 10 та (33,33%) ва уларнинг 7 тасининг $\text{ТВИ} \leq 25$ кг/м² (норма), 3 тасида $\text{ТВИ} \geq 25$ кг/м² (ортиқча вазн). Бу кизларнинг менструал цикли 8 нафарида (80%) аминорея, 2 нафарида (20%) опсоменорея кўринишида бузилган.

Субклиник ДТБ холатидаги кизлар 6 та (85,7%) бўлиб ва уларнинг 3 таси (50%) $\text{ТВИ} \leq 18,5$ кг/м² (вазн етишмовчилиги); 3 тасида $\text{ТВИ} \geq 18,5$ кг/м² (норма). Бу кизларнинг 5та (83,33%) менструал цикли аминорея кўринишида бузилган. Манифест ДТБ холати 1 нафар (15,3%) кизда кузатилди. Унинг $\text{ТВИ} \leq 18,5$ кг/м² ва менструал цикли бузилмаган.

АИТ холатидаги кизларнинг 4 таси (80%) гипотиреоид фазада бўлиб ва уларнинг $\text{ТВИ} \pm 25-29,9$ кг/м² (ортиқча вазн); 1 таси(20%) эутиреоид фаза бўлиб ва $\text{ТВИ} \pm 18,5-25$ кг/м² (норма). Бу кизларнинг менструал цикли 3 тасида (60%) аминорея ва 1 тасида (20%) опсоменорея холатида бузилган.

ДЭБ холатидаги кизлар 8 та бўлиб шу кизларнинг 6 тасининг (75%) $\text{ТВИ} \pm 18,5-25$ кг/м² (норма); 1тасининг (12,5%) $\text{ТВИ} \leq 18,5$ кг/м² (вазн етишмовчилиг) ва 1 тасининг (12,5%) $\text{ТВИ} \pm 30-34,9$ кг/м² (I даражали семириш). Бу кизлар-нинг 6 тасида (75%) менструал цикл бузилмаган. 2 тасида (25%) менструал цикл аминорея кўринишида бузилган.

Хулоса. Олинган натижаларга кўра кизларда менструал цикл бузилиши (60%) ва ТВИ ортиши (48%) қалқонсимон без фаолиятини пасайиши билан боғлиқлиги аниқланди.

Фойданилган адабиётлар рўйхати.

1. Базисная и клиническая эндокринология-Д. Гарднер, Д. Шобек. 2015г.
2. Оценка тиреоидного статуса у девушек с нарушением менструального цикла, проживающих в йоддефицитном регионе. Константинова О.Д. Коц. Я.
3. Нарушения менструального цикла, поэтапная терапия В. А. Заболотов



МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАННЕЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*Камалова Малика Ильхомовна
Курбанова Зарина Хасановна
Сафаров Сарвар Азаматович
Бурхонов Акбар Шухратович
Самаркандский Государственный
медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан*

Введение. В развитии цереброваскулярной патологии большое значение имеют не только структурные изменения сосудистой стенки, но и нарушения функциональных свойств церебрального сосудистого русла. Частой причиной инсультов, в основном является гипертоническая болезнь и аневризмы сосудов, где наблюдается истончение определенных участков сосуда.

Ключевые слова: ишемический инсульт, головной мозг, гипертоническая болезнь

Цель исследования: Микроскопическое исследования ткани головного мозга при ишемическом инсульте, микроциркуляторного барьера.

Материалы и методы исследования. В качестве материала проведен ретроспективный анализ 40 протоколов патологоанатомического исследования Республиканского патологоанатомического центра в период 2019-2020 гг. Для изучения гистологических препаратов применялись общепринятые методы исследования, с изучением гистологических препаратов, заключенных в парафин. Которые окрашивались гематоксилином и эозином, по методам ван Гизона, Вейгерта. При этом особое внимание обращалось на сосуды микроциркуляторного русла в пределах гематом, в перифокальной зоне, а также на отдалении от гематом.

Результаты. Результаты микроскопического исследования головного мозга при ишемии мозговой артерии показали, что в ранние сроки ишемии во всех отделах головного мозга отмечались распространенные дисциркуляторные изменения в виде паралитического расширения сосудов, особенно сосудов микроциркуляторного барьера. При этом более выраженное расширение кровеносных сосудов наблюдалось в области ядерных структур промежуточного мозга и в глубоких слоях коры головного мозга. Стенки артерии несколько утолщены за счет отека и разрыхления эндотелия и базальной мембраны с образованием светлой отечной зоны в периваскулярной зоне. Сосуды микроциркуляторного русла в состоянии неравномерного кровонаполнения, если в некоторых из них отмечается стазы, то в других сосудах просвет пуст и спавший. Со стороны специализированных клеточных элементов нервной ткани в начальные сроки после острой ишемии лишь отмечалось некоторое разрыхление межклеточного мозгового вещества.

Выводы. Таким образом, при ишемии мозговой артерии в ткани головного мозга в ранние сроки после ишемии первоначально развиваются дисциркуляторные и отечные явления.

Литература:

1. Верещагин Н. В., Гулевская Т. С., Миловидов Ю. К. Приоритетные направления научных исследований по проблеме нарушений мозгового кровообращения / /Ж. невропат. и психиат. - 1990. - Т. 90, в.1. - С. 3-8
2. Kamalova Malika Ilkhomovna, Islamov Shavkat Eriyigitovich, Khaidarov Nodir Kadyrovich. Morphological Features Of Microvascular Tissue Of The Brain At Hemorrhagic Stroke. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 2020. 2(10), 53-59
3. M. I. Kamalova, N.K.Khaidarov, Sh.E.Islamov, Pathomorphological Features of hemorrhagic brain strokes, Journal of Biomedicine and Practice 2020, Special issue, pp. 101-105



УДК 616.831-006.6-073.756.8

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ГЛИОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Муродова Д.С.

*PhD , доцент кафедры нейрохирургии
Ташкентского института усовершенствования врачей
dilorom412@mail.ru 97-748-08-74*

Кариев Ш.М.

*Д.м.н, профессор кафедры нейрохирургии
Ташкентского института усовершенствования врачей
Хазраткулов Р.Б.*

*К.м.н, доцент кафедры нейрохирургии
Ташкентского института усовершенствования врачей*

Аннотация: В диагностике опухолей головного мозга в последние годы все большее значение приобретает позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) с радиофармпрепаратами класса аминокислот, и во многих диагностических центрах она уже стала дополнительным методом обследования наряду с магнитно-резонансной томографией (МРТ). ПЭТ обеспечивает важными дополнительными сведениями при диагностике изменений головного мозга неясного генеза и предоставляет более точную информацию о границах опухоли, что необходимо при проведении биопсии, нейрохирургического вмешательства и лучевой терапии. Кроме того, ПЭТ с мечеными аминокислотами помогает оценить прогноз заболевания, дифференцировать продолженный рост опухоли от неспецифического лечебного патоморфоза головного мозга, а также оценить эффективность проводимого лечения в более ранние сроки, чем это возможно при МРТ.

Ключевые слова: позитронно-эмиссионная томография; MR- томография; опухоли головного мозга; радиофармпрепараты

OUR EXPERIENCE OF USING POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY IN CEREBRAL GLIOMAS

*D.S. Murodova, Sh.M. Kariev, R. B. Hazratkulov,
Tashkent institute for advanced training of doctors*

Resume: In recent years, positron emission tomography (PET) with amino acid radiopharmaceuticals has assumed increasing importance in the diagnosis of brain tumors and it has already become an additional method of examination along with magnetic resonance imaging (MRI) in many diagnostic centers. PET provides important additional information in the diagnosis of brain changes of unknown origin and more accurate information about tumor boundaries, which is necessary for biopsy, neurosurgery, and radiation therapy. In addition, labeled amino acid PET aids in the assessment of disease prognosis, in the differentiation of continued tumor growth from nonspecific therapeutic pathomorphism of the brain, and in the evaluation of treatment efficiency at an earlier time than is possible with MRI.

Keywords: positron emission tomography; MR- tomography; brain tumors; amino acid radiopharmaceuticals.

Введение. Глиомы являются вторыми по распространенности первичными опухолями головного мозга после менингиом и занимают 4–5-е место по встречаемости на 100 тыс. населения в год [1], при этом частота встречаемости метастазов в головной мозг все же выше и составляет 8–14 случаев на 100 тыс. населения в год [2]. Традиционная терапия церебральных глиом включает в себя хирургическое лечение, облучение и химиотерапию [3]. Успехи лечения измеряются продолжительностью и качеством жизни пациента, но и сегодня эти показатели для злокачественных глиом остаются неудовлетворительными. На сегодняшний день магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастным веществом (КВ) является основным методом в диагностике и дифференциальной диагностике опухо-



лей головного мозга, оттеснившим на второй план компьютерную томографию (КТ). Применение контрастного усиления при МРТ позволяет уточнить структуру, локализацию и объем образований, взаимоотношения с окружающими тканями, состояние гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). КТ по-прежнему имеет большое значение в экстренной диагностике при подозрении на объемное образование головного мозга, если требуется оптимальное отображение костных структур, а также при наличии противопоказаний к проведению МРТ. Кроме того, КТ необходима при планировании лучевой терапии (ЛТ) и проведении стереотаксических хирургических вмешательств. Хотя МРТ позволяет получить изображения с высоким разрешением анатомических изменений в головном мозге, дифференцировать опухоль от неспецифических изменений все-таки сложно. Такая дифференцировка затруднена, например, при отеке окружающих тканей мозга, вызванных опухолями с интактным ГЭБ. Хирургическое вмешательство, лучевая и химиотерапия могут привести к появлению неспецифических изменений мозга, обусловленных проведенным лечением, с нарушением ГЭБ и, следовательно, накоплением КВ при МРТ, которые сложно отличить от рецидива опухоли [4]. В настоящее время значительный вклад в решение этой диагностической проблемы может внести позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) с радиофармпрепаратами (РФП) класса аминокислот. Особым свойством аминокислот является то, что они проходят неповрежденный ГЭБ, и таким образом могут быть визуализированы контрастнонегативные участки опухоли [5]. Кроме того, с помощью меченых аминокислот можно с высокой точностью дифференцировать продолженный рост опухоли (ПРО) от терапевтически индуцированного накопления КВ в ложе первичной опухоли в результате некроза после химиолучевого воздействия(6).

В центре внимания данной статьи находится ПЭТ с аминокислотами, которая отличается расширенным диагностическим спектром в нейроонкологии и может внести свой вклад в уточнение диагноза у значительной части пациентов при неясном результате МРТ.

Цель работы. Провести сравнительный анализ и диагностическую значимость ПЭТ с другими методами нейровизуализации у больных с глиомами головного мозга.

Материалы и методы: В работе анализируются результаты нейровизуализации 24 больных с новообразованиями различной локализации, находящихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии МЗ РУз за период 2019-2020гг.

Результаты и обсуждение. Большинство объемных образований головного мозга хорошо выявляется и характеризуется при помощи КТ, МРТ и МРТ 3DTI-режима с ДТ-трактографией (визуализация проводящих путей головного мозга). Тем не менее встречаются сложные ситуации, когда должно быть решено, нуждается ли пациент в инвазивной диагностике с помощью биопсии, или же он может быть оставлен под динамическим наблюдением. В этих случаях ПЭТ с аминокислотами эффективна для выбора диагностической тактики. В 97% случаев неопластического процесса средний индекс накопления радиофармпрепарата (отношение опухоль / неизменная кора головного мозга) выше чем 1,9 был прогностически неблагоприятным показателем и указывал на необходимость гистологической верификации [1,2]. Низкое или отсутствующее накопление аминокислоты не исключает опухолевого процесса, так как 30% всех доброкачественных глиом и примерно 5% всех глиом не накапливают радиофармпрепарат [6, 8], что, однако, является благоприятным прогностическим фактором [3,4,9]. Одним из важных аспектов в диагностике глиом является определение границ опухоли и выявление наиболее агрессивных внутриопухолевых участков. Получение репрезентативных проб ткани имеет решающее значение для гистологической диагностики, прогноза и планирования дальнейшего лечения. Известная гистологическая неоднородность глиальных опухолей не находит своего достоверного отображения при МРТ, особенно при отсутствии накопления КВ. При ПЭТ-исследованиях глиом локальный максимум накопления ^{18}F -ФДГ и меченых аминокислот, как правило, топографически совпадает. Однако ПЭТ с мечеными аминокислотами обладает более высокой чувствительностью. Точное определение распространенности опухолевого процесса с помощью ПЭТ имеет большое значение при планировании лучевой терапии [11,12]. В некоторых онкологических центрах ПЭТ с аминокислотами применяется на этапе подготовки к лучевому лечению[10,11,13]. Различия в визуализации глиобластомы с помощью МРТ и ПЭТ продемонстрированы на рисунке 1,2.

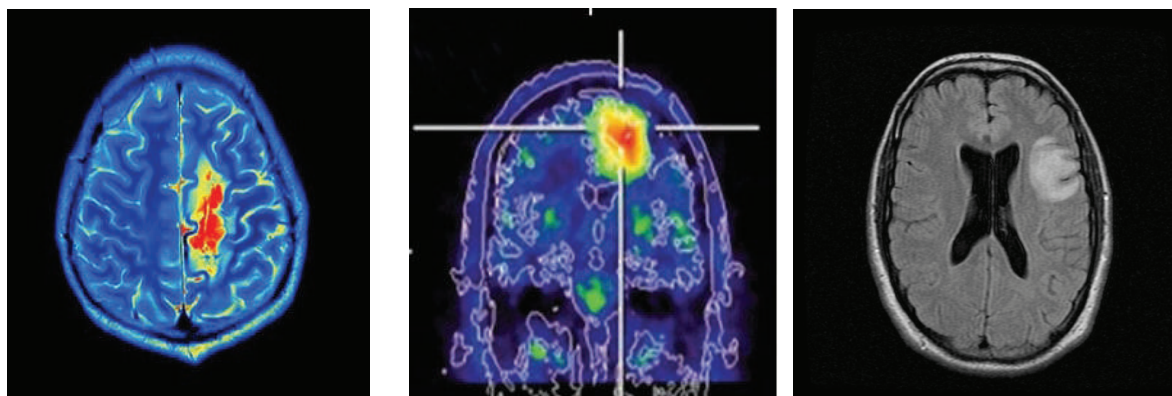


Рис 1. Больной Н. 32 года. ПЭТ – исследование головного мозга. Глиобластома..

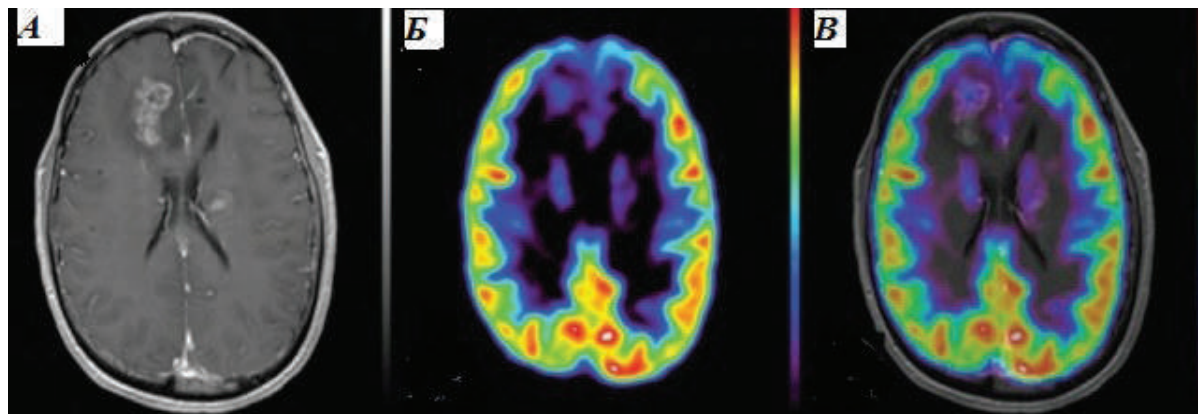


Рис 2. Больная К. . 56 лет . ПЭТ – исследование головного мозга. Олигодендроглиома.

Точность статической ПЭТ с аминокислотами для дифференцирования злокачественных глиом от доброкачественных составляет 70–80% [9,11,13]. ПЭТ с аминокислотами играет важную роль прежде всего при оценке прогноза у пациентов с доброкачественными глиомами, на долю которых приходится примерно 15% всех астроцитарных и олигодендроглиальных опухолей. Больные с доброкачественными глиомами и низким захватом ^{11}C -MET имеют более длительную продолжительность жизни, чем пациенты с высоким захватом ^{11}C -MET [13].

В одном исследовании установлено, что преимущество от оперативного вмешательства будут иметь лишь больные с гиперфиксацией ^{11}C -MET в глиоме [12]. Кроме того, ПЭТ с аминокислотами может быть использована для дифференциации между рецидивом опухоли и некрозом тканей после радиохирургии метастазов головного мозга. ПЭТ с аминокислотами, позволяет получить информацию о метаболизме мозга, которая обеспечивает более точное разграничение между опухолью и неспецифическими изменениями. Хотя МРТ доступна уже много лет и ее важность неоспорима, этот метод сфокусирован на оценке локализации функций мозга и не является альтернативой ПЭТ-диагностике. Тот факт, что ПЭТ с аминокислотами используется прежде всего нейроонкологическими центрами, которые обладают полным спектром функциональной МР-диагностики, говорит о востребованности ПЭТ в диагностике новообразований головного мозга.

Диагностика церебральных опухолей в эпоху высокоточных структурных МРТ-изображений связана с многочисленными проблемами, которые можно решить благодаря использованию ПЭТ с аминокислотами. Этот метод позволяет получить специфическое представление о распространении опухолевой ткани, что дает неоспоримые преимущества при планировании биопсии, нейрохирургического вмешательства и лучевой терапии. Кроме того, метод дает возможность с высокой специфичностью дифференцировать рецидивы опухолей от неспецифических посттерапевтических изменений, дает ценную прогностическую информацию в диагностике доброкачественных глиом и полезен для оценки эффективности проводимой терапии.



Целесообразно использовать ПЭТ с аминокислотами: при первичной диагностике опухолей головного мозга – для дифференцирования новообразований при неясной МРТ; после постановки диагноза – для определения границ опухоли при планировании хирургического вмешательства и лучевой терапии; на ранних стадиях лечения – для дифференциации между псевдопрогрессией и истинной прогрессией опухоли; на поздних стадиях – для дифференциации между рецидивом и радионекрозом,

Выводы. Таким образом, следует отметить, что улучшение диагностической точности может существенно повлиять на тактику лечения пациентов с новообразованиями головного мозга. Внедрение ПЭТ/МРТ-сканеров позволяет комбинировать высокую специфичность ПЭТ с высокой разрешающей способностью МРТ и может способствовать более широкому внедрению ПЭТ со специфическими опухолетропными РФП в клиническую практику.

Список литературы.

1. Berntsson S.G., Falk A., Savitcheva I., Godau A., Zetterling M., Hesselager G., Alafuzoff I., Larsson E.M., Smits A. Perfusion and diffusion MRI combined with ¹¹C-methionine PET in the preoperative evaluation of suspected adult low-grade gliomas // J Neurooncol, 2013, vol. 114, no. 2, pp. 241–249.
2. Brandsma D., Stalpers L., Taal W., Sminia P., van den Bent M.J. Clinical features, mechanisms, and management of pseudoprogression in malignant gliomas // Lancet Oncol, 2008, vol. 9, no. 5, pp. 453–461.
3. Charnley N., West C.M., Barnett C.M., et al. Early change in glucose metabolic rate measured using FDG-PET in patients with high-grade glioma predicts response to temozolomide but not temozolomide plus radiotherapy // Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2006, vol. 66, pp. 331–338.
4. Chen W. Clinical Applications of PET in Brain Tumors // J Nucl Med, 2007, vol. 48, no. 9, pp. 1468–1481.
5. Floeth F.W., Pauleit D., Sabel M., et al. Prognostic value of O-(2-¹⁸F-fluoroethyl)-L-tyrosine PET and MRI in low-grade glioma // J Nucl Med, 2007, vol. 48, pp. 519–527.
6. Fougère C., Suchorska B., Bartenstein P., Kreth F.W., Tonn J.C. Molecular imaging of gliomas with PET: opportunities and limitations // Neuro Oncol, 2011, vol. 13, no. 8, pp. 806–819.
7. Galldiks N., Ullrich R., Schroeter M., Volumetry of [(11)C]-methionine PET uptake and MRI contrast enhancement in patients with recurrent glioblastoma multiforme // Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2010, vol. 37, pp. 84–92.
8. Возможности использования методов молекулярной визуализации с комплексом современных радиофармацевтических препаратов в нейроонкологии / Тютин Л.А., Станжевский А.А., Панфиленко А.Ф., Костеников Н.А., Илющенко Ю.Р. // Вопросы онкологии. 2013. Т. 59. №4. С. 420–427.
9. Гранов А.М., Тютин Л.А., Станжевский А.А. Применение технологий ядерной медицины в неврологии, психиатрии и нейрохирургии // Вестник РАМН. 2012. № 9. С. 13–18.
10. Журавлева А., Шершевер А. С., Бенцион Д. Л. Возможности перфузионной КТ в оценке результатов комбинированного и комплексного лечения глиом головного мозга // Лучевая диагностика и терапия. 2012. № 2 С. 81–84).
11. Марусина М.Я., Казначеева А.О. Современные виды томографии. СПб.: СПбГУ ИТМО, 2006. 132 с.
12. Трофимова Т.Н., Трофимов Е. А. Современные стратегии лучевой диагностики при первичных опухолях головного мозга // Практическая онкология. 2013 Т. 14, №3 С. 141–147.

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 22-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

(18-қисм)

Масъул мухаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусахҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 30.11.2020

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot, город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000
