

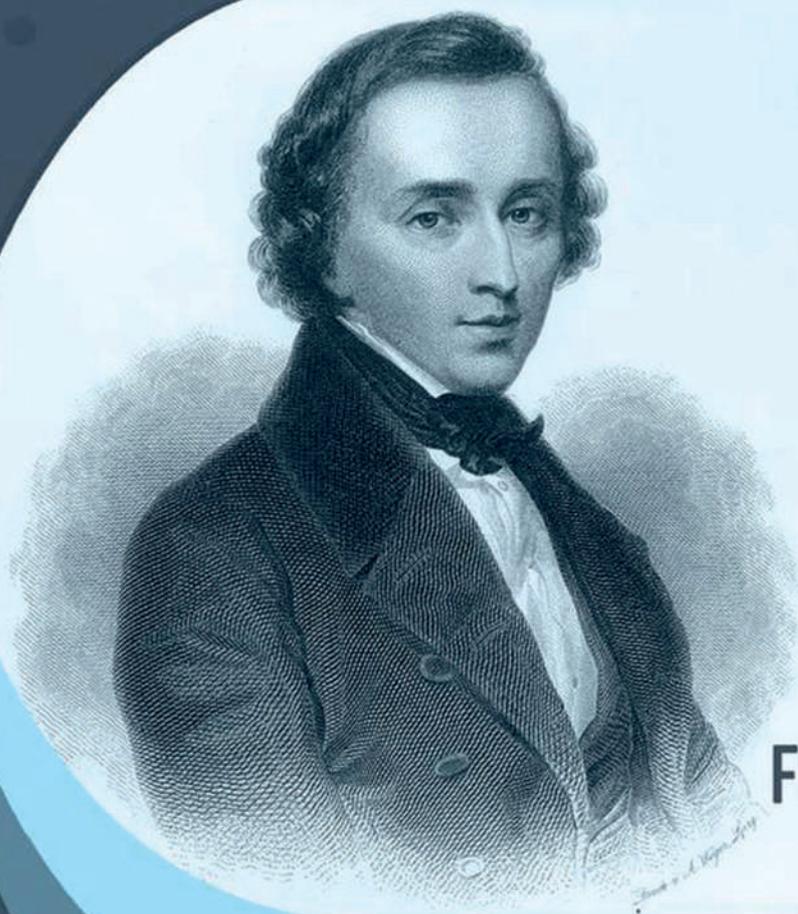
ANJUMAN | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES

O'ZBEKISTONDA ILMIY TADQIQOTLAR:

DAVRIY ANJUMANLAR

DAVRIYLIGI: 2018 | 2022

2022



Nocturne No. 20 in C Sharp Minor, Op. posth
Frédéric François Chopin



FRIDERIK SHOPEN
(1810-1849)

NOYABR

№46



CONFERENCES.UZ

Toshkent shahar, Amir
Temur ko'chasi, pr.1, 2-uy.

+998 97 420 88 81
+998 94 404 00 00

www.taqiqot.uz

www.conferences.uz



**ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ
ТАДҚИҚОТЛАР: ДАВРИЙ
АНЖУМАНЛАР:
18-ҚИСМ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
УЗБЕКИСТАНА: СЕРИЯ
КОНФЕРЕНЦИЙ:
ЧАСТЬ-18**

**NATIONAL RESEARCHES OF
UZBEKISTAN: CONFERENCES
SERIES:
PART-18**

ТОШКЕНТ-2022



УУК 001 (062)
КБК 72я43

“Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” [Тошкент; 2022]

“Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” мавзусидаги республика 46-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 ноябрь 2022 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2022. - 33 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар 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 анжуманлари 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 таҳтил 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

Доцент Шакирова Шохида Юсуповна «Тараққиёт стратегияси» маркази муҳаррири

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 туган 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 Раҳмонович (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

Раҳмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Проф. Хамидов Муҳаммадхон Хамидович «ТИИМСХ»

24. Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

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

25. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпلامга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шаҳрам 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. Abdukadirova D.T., Fazlitdinova R .S. RESTORATION OF SPEECH FUNCTIONS IN PATIENTS WITH POST-STROKE APHASIA, DEPENDING ON THE SEVERITY OF ATHEROSCLEROTIC PARALYSIS OF THE CEREBRAL ARTERIES.....	7
2. Abdukadirova D.T., Axmadjon A.I. REHABILITATION OF POST-STROKE SPASTICITY BY KINESITHERAPY.....	9
3. Abdukadirova D.T., Axmadjon A.I. KINESITHERAPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH POST-STROKE MOTOR DISORDERS	10
4. Абдукадирова Д.Т., Ибрагимова Г.Ш., Ибрагимова Д.Ш. ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ НЕЙРОПСИХОЛО- ГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	11
5. Назиров Сирожиддин Назирович, Бахриев Иброхим Исмадинович ЧЎКИШ ҲОЛАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШДА СУД ТИББИЙ ТАДҚИҚОТЛАР ТАҲЛИЛИ	12
6. Abdukadirova D.T., Nematov J.E. URINATION DISORDERS IN TUMORS OF THE SPINAL CORD CONE AND A PONYTAIL.....	14
7. Abdukadirova D.T., Nematov J.E. THE ROLE OF COMPLEX URODYNAMIC RESEARCH IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FREQUENT URINATION IN ADULTS	15
8. Yusupova Sh.K., Tajibaeva I.A PHARMACOEPIDEMOLOGICAL AND PHARMACOECONOMICAL ANALYSIS OF CONSUMPTION HYPOGLYCEMIC DRUGS IN PATIENTS TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN ANDIJAN.....	16
9. Тохтаева Доно Махмуджоновна, Убайдуллаева Севара Абдуллаевна БОЛАЛАР ЎРТАСИДА РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА ОИЛА ХАМШИРАСИНИНГ РОЛИ	17
10. Абдукадирова Д.Т., Фазлитдинова Р.С. РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕ- РАПИИ АФАЗИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНСУЛЬТА: ОЧЕНЬ РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕЧИ	18
11. Enazarov D.I. YUZ NERVINI OLISHDAN KEYIN REINERVASIYA UCH SHOXLI NERVNING NEYRINOMASI.....	19
12. Зупаров К.Ф., Йўлдошева Д.Б., Хусанов У.С., Нурмухамедов Х.Н. ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПРИ НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ «ЭСФИЛ» ЛЕГКИЙ И «ЭСФИЛ» СТАНДАРТ	21
13. Адилова Нилуфар Шухратовна, Шагазатова Барно Хабибуллаевна ВЛИЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СО- СУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	25
14. Зупаров К.Ф., Хасанова С.С., Ахаткулова Р.А., Амонов А.А. ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛ- ЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	27
15. Kudratova Nasiba Alisherovna, Shagazatova Barno Xabibullaevna TANA VAZNINI KAMAUTIRISHDA OPERATIV VA NOOPERATIV USULLARNING SAMARADORLIGINI TAQQOSLASH	31
16. Рахимова Ситора Хикматовна, Шагазатова Барно Хабибуллаевна ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ НА УРОВ- НЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	32



БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

RESTORATION OF SPEECH FUNCTIONS IN PATIENTS WITH POST-STROKE APHASIA, DEPENDING ON THE SEVERITY OF ATHEROSCLEROTIC PARALYSIS OF THE CEREBRAL ARTERIES

Abdukadirova D.T., Fazlitdinova R .S.

c. m. s., associate professor
Andijan State Medical Institute

The purpose of the study. To study the effect of stenosing lesions of the carotid arteries on the restoration of aphasic disorders in the acute period of stroke.

Key words: aphasia, stroke, carotid stenosis.

Materials and methods. The case histories of 253 patients admitted to the neurological department were analyzed Of the Kemerovo Cardiology Center for acute cerebral stroke, 136 men and 117 women (56.8 and 43.2%, respectively), the median age was 58 [52; 63] years. The criteria for inclusion in the study were ischemic or hemorrhagic stroke up to 24 hours from the moment of development, the presence of aphasia, the initial severity of the condition from 9 to 20 points according to NIHSS stroke scale, absence of previous cognitive impairment. The exclusion criteria were transient ischemic attacks, repeated stroke, severe traumatic brain injury or neuroinfection, the presence of focal brain changes preceding the stroke according to the results of neuroimaging, impaired consciousness, the presence of post-stroke depression (more than 6 points on the Hamilton depression scale).

All patients were examined for the presence of atherosclerotic process in extracranial vessels. The degree of stenosing BCA lesion was determined by the CDR method. In 55% of patients, the presence and nature of BCA stenoses were confirmed by multispiral X-ray computed tomography (MSCT) and MRA. Based on the results of the CDB BCA, 3 were identified groups of patients: 1st — without extracranial artery stenosis; 2nd — with carotid artery stenosis <50% of the vessel lumen; 3rd — with carotid artery stenosis >50%. The patients of the studied groups were they are comparable in age-sex composition and the volume of the lesion. In 177 (70%) patients, brain neuroimaging was performed by MSCT and/or MRI. The focus of stroke was regarded as "small" in the presence of lacunar infarction of cortical or subcortical localization, as well as with acutely developed focal neurological symptoms in patients without focal changes on MRI/MSCT; a medium-sized hearth included part of one vascular basin; an extensive hearth covered one vascular basin in full or two basins in part.

Speech disorders in 110 (43.5%) patients were represented by motor, in 143 (56.5%) — sensorimotor aphasia. Within 1 day from the onset of the disease, all patients were examined by a neurologist and a speech therapist. The assessment of the initial severity of stroke and speech disorders, identification of violations of expressive and impressive speech, determination of the type of aphasia were carried out. The assessment of speech disorders was carried out using the standard speech questionnaire Speech Questionnaire (SQ), containing 14 questions for the study of expressive and 5 — impressive speech, the maximum severity of aphasia corresponds to 0, the minimum is 19 points.

During the next 3 weeks, the patients, while in the hospital, received the full range of medical and economic standards of therapeutic measures, including neuroprotective therapy and speech therapy classes. The level of recovery of speech functions in the examined patients was assessed on the 21st day from the onset of the disease. The degree of speech recovery was characterized by the level of increase in the score (Δ) from the initial one.

Result. The group of patients with speech disorders by the type of sensorimotor aphasia included



143 patients, including 71 women and 72 men (49.7 and 50.3%, respectively), the average age was 58 [52; 64] years. In this group, a lesion of medium (60 patients) and large (29 patients) sizes (41.8 and 45%, respectively) was predictably more often detected than in patients with isolated motor aphasia ($p=0.0001$), while a small lesion was present in 38 (28.6%) patients. The average initial values for the SQ questionnaire in this group were 4 [3; 6] points, the median the increase was 5 [5; 8] points, i.e. speech functions were significantly better restored in patients with motor than sensorimotor aphasia ($p=0.0001$). At the same time, the initial severity of speech disorders was expected to be higher in patients with sensorimotor aphasia ($p=0.0001$).

Conclusion. Thus, for patients with hemodynamically significant carotid artery stenosis, it is extremely important to maintain cerebral blood flow at a sufficient level. With a preserved blood flow, conditions are created for the normal functioning of the brain, which in turn is necessary to accelerate the recovery processes and the correct operation of compensatory mechanisms.



REHABILITATION OF POST-STROKE SPASTICITY BY KINESITHERAPY.

Abdukadirova D.T., Axmadjon A.I.
Andijan State Medical Institute

Annotation. In all countries of the world, acute disorders of cerebral circulation are one of the most important medical and social problems. About 15 million strokes are registered annually in the world, more than 5.5 million people die from them. Motor disorders in stroke are the first in importance and prevalence. By the end of the acute period of stroke, the surviving patients have: hemiparesis – in 81.2%, hemiplegia – in 11.2% of cases. The main goal of treatment of post-stroke spasticity is to improve the functionality of paretic limbs. When determining rehabilitation methods, they are always guided by the basic principles of "successful rehabilitation": early onset (the first days after a stroke), duration (without interruptions) and systematic, complexity (a combination of various rehabilitation methods), active participation in the rehabilitation of the patient and his family members. At the same time, daily monitoring of motor activity should be carried out. The development of the program should be strictly individual and include a gradual increase in its intensity with an assessment of the dynamics of progress.

Keywords: kinesitherapy, rehabilitation, post-stroke spasticity, massage, physiotherapy.

Material and methods: The main methods of treatment of post-stroke spasticity:

- Therapeutic gymnastics.
- Physiotherapy (position treatment, teaching patients to stand, sit, walk, limb bandaging, the use of orthopedic devices, thermal effects, as well as electrical stimulation of certain muscle groups).
- Muscle massage.
- Muscle relaxants.
- Surgical operations.
- The use of a baclofen pump.
- Botulinum toxin type A.

Naturally, the success of the treatment of spasticity will largely depend on the degree of paresis and the timing from the onset of the disease. The smaller the degree of paresis, the earlier the start of treatment is (before the period of contracture development), the faster and more persistent the effect will be. With a longer duration of the disease, achieving a significant improvement in motor functions will be less feasible.

Results and conclusion. Of course, in the treatment of such a post-stroke complication as muscle spasticity, it is impossible to achieve success with one procedure or one medication. Let us repeat: the success of rehabilitation is based on systematic, complex, step-by-step measures that must be initiated in a hospital setting and necessarily continue throughout the recovery period. This complex process requires the participation of both neurologists, cardiologists, rehabilitologists, and the patient and his relatives. Only by joint efforts, step by step, you can go through this difficult path from immobility and stiffness to independence and freedom of movement.



KINESITHERAPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH POST-STROKE MOTOR DISORDERS

Abdukadirova D.T., Axmadjon A.I.
Andijan State Medical Institute

Annotation. The results of the use of 2 treatment complexes in the rehabilitation process in 44 patients with post-stroke motor disorders in the form of spastic hemiparesis are presented. In the main group of patients, new kinesiotherapeutic methods (cryomassage and a robotic complex with biofeedback) were used, in the control group — traditional forms of therapeutic physical culture (classical massage and therapeutic gymnastics). A more pronounced effectiveness of the use of a complex of modern kinesiotherapeutic factors is shown, they have a corrective effect on different aspects of upper limb motor deficiency and psychoemotional status, which contributes to an increase in the rehabilitation potential of this severe category of patients.

Keywords: post-stroke motor disorders, cryomassage, robotic mechanotherapy, rehabilitation, physical therapy, kinesitherapy.

Materials and methods: The study involved 44 patients aged 45 to 66 years who were admitted to the neurological department of the rehabilitation complex of the Center in the period from 1 to 3 years after an ischemic stroke in one of the carotid pools and had motor disorders in the form of spastic hemiparesis, more pronounced in the arm. Depending on the treatment, the patients were divided into 2 groups. The 1st group (the main one) included 22 patients who were introduced to the rehabilitation complex with training on a robotic complex with BOS and cryomassage. The 2nd group (control) also included 22 patients who were treated with classical massage and therapeutic gymnastics (LH) procedures traditionally used in the rehabilitation of post-stroke patients. These procedures were carried out by an instructor of physical therapy individually, supplemented by work on occupational therapy stands and exercises to restore fine motor skills of the hand. All patients received basic drug therapy for background vascular diseases (hypertension, coronary heart disease) in accordance with national recommendations.

Results: All patients noted the beneficial effect of both cryomassage procedures and classes on a robotic complex. Each of the therapeutic factors used did not cause negative effects, had a positive effect on the motor function of the paretic arm. Thus, after the cryomassage procedure, the patients' hypertension significantly decreased, which greatly facilitated the training on the robotic complex.

Conclusion. Based on the above, it can be concluded that the conducted research indicates an increase in the functional capabilities of the paretic arm with an active purposeful correction of its motor deficit, even in such a short period of rehabilitation treatment, during which the quality of life of this severe category of patients, social and household adaptation improve.

The results of the study allow us to expand the list of tools that can be used at all stages of rehabilitation of patients with the consequences of cerebral circulatory disorders and they prove the effectiveness of the use of a complex of modern kinesiotherapeutic factors that have a corrective effect on different aspects of motor deficiency (spasticity and muscle strength) and psychoemotional status, which awakens patients' interest in life, the desire to overcome the disease and increases their rehabilitation potential.



ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Абдукадирова Д.Т., Ибрагимова Г.Ш., Ибрагимова Д.Ш.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: Сахарный диабет (СД) ассоциирован как со структурными, так и с функциональными нарушениями головного мозга, которые проявляются когнитивными нарушениями. При СД 1 типа вариабельность гликемии, как правило, выше, что еще больше ухудшает клиническую картину.

Ключевые слова: сахарный диабет; гиппокамп; диабетическая энцефалопатия; когнитивные нарушения

Цель: выявить взаимосвязь между результатами нейропсихологического тестирования и объемом головного мозга у молодых пациентов с СД 1 типа с высокой вариабельностью гликемии.

Материалы и методы: было обследовано 58 пациентов с СД 1 типа в возрасте 29 лет и 20 человек без СД, сопоставимые по полу и возрасту. Всем участникам исследования было проведено полное клинико-лабораторное обследование, с помощью калькулятора EasyGV рассчитаны коэффициенты вариабельности гликемии (стандартное отклонение (SD), индекс длительного повышения гликемии (CONGA), индекс лабильности гликемии (LI), индекс риска гипогликемии (LBGI), индекс риска гипергликемии (HBGI), среднее суточных различий (MODD), средняя амплитуда колебаний гликемии (MAGE)), нейропсихологическое тестирование с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCa-тест) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, результаты которой были обработаны с помощью программы автоматической сегментации FreeSurfer. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 20.0.0. Для ненормально распределенных параметров производился расчет квартилей (Me[Q1;Q3]). Значимость различий оценивали по U-критерию Манна-Уитни. Взаимосвязь показателей оценивали при помощи корреляции Спирмана. Достоверность различий для качественных показателей проверяли при помощи критерия χ^2 -квадрат. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты: средний уровень гликемии натощак у пациентов с СД 1 типа – 8,6 ммоль/л, средний уровень HbA1c – 8,4 %. Был произведен расчет коэффициентов вариабельности гликемии: SD 6,25 ммоль/л, CONGA 4,65 ммоль/л, LI 4,25 [ммоль/л]²/час, LBGI 3,85, HBGI 7,75, MODD 3,85 ммоль/л, MAGE 7,6] ммоль/л. По результатам MoCa-теста было установлено снижение общей результативности выполнения тестирования, а также худшее выполнение заданий на домены памяти и внимания пациентами с СД 1 типа. По результатам МРТ были установлены объемы интересующих структур головного мозга (пациенты с СД 1 типа/группа контроля, см³): объем серого вещества коры головного мозга – 51 6,95 ($p=0,004$); объем белого вещества головного мозга – 675,37 ($p=0,001$); объем гиппокампа слева – 3,08 ($p=0,325$); объем гиппокампа справа – 3,09 ($p=0,537$). При этом HbA1c отрицательно коррелировал с общим выполнением MoCa-теста ($p < 0,001$).

Выводы: СД 1 типа ассоциирован с когнитивными нарушениями, проявляющимися преимущественно снижением памяти и внимания. При этом наблюдается значимая атрофия коры головного мозга, что может быть причиной худшего выполнения нейропсихологического тестирования.



ЧЎКИШ ҲОЛАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШДА СУД ТИББИЙ ТАДҚИҚОТЛАР ТАҲЛИЛИ

Назирова Сирожиддин Назирович,

Тошкент тиббиёт академияси “Суд тиббиёти
ва тиббиёт ҳуқуқи” кафедраси мустақил изланувчиси

Бахриев Иброхим Исомадинович,

Тошкент тиббиёт академияси “Суд тиббиёти
ва тиббиёт ҳуқуқи” кафедраси муdiri, доцент

Телефон: +998977069584

ibragim.bakhriev@mail.ru

Аннотация. Суд-тиббиёти амалиётида чўкиш ҳолатларини ташхислаш ва мурданинг чўкиш жойини аниқлаш учун диатом планктонини баҳолаш муҳим аҳамиятга эга. Турли сув ҳавзаларида диатомларнинг сони ва морфологик тузилиши йилнинг фаслига, сув намунасининг олиш чуқурлигига ва сув ҳавзасининг ифлосланиш даражасига боғлиқ. Диатом планктонни аниқлаш билан инсоннинг ҳаётлик пайтида чўкканлигини, шунингдек, чўкишнинг содир бўлган жойини аниқлаш мумкин.

Калит сўзлар: Механик асфиксия, чўкиш, диатом планктон, ташхис.

Долзарблиги. Суд-тиббиёти амалиётида чўкиш ҳолатларида, хусусан, мурдаларнинг қон ва ички аъзоларида диатом планктон (ДП) ва псевдопланктон элементларини (ПП) аниқлашда махсус лаборатория тадқиқотлари натижаларидан фойдаланилади (3, 5, 6). Ҳозирги кунда чўкиш пайтида ДП ва ПП элементлари шикастланган ўпка томирлари орқали аспирацияланган сув билан бирга қонга кириб бориши ва ички аъзоларга қон оқими билан ўтиши исботланган. Ички аъзоларга ДП ва ПП зарраларининг бошқа йўллари (нафас олиш, оғиз орқали) билан тушиши истисно қилинади.

Чўкиш ҳолатларини ташхислаш учун ўсимлик табиатига хос планктон – фитопланктон, айниқса диатомлар муҳим аҳамиятга эга. Диатом-планктонини ўрганиш усулидан фойдаланиб, суд экспертлари чўкишдан ўлим сабабини муваффақиятли аниқлайдилар. Аммо планктонни аниқлаш билан инсоннинг ҳаётлик пайтида чўкканлигини, шунингдек, чўкишнинг содир бўлган жойини аниқлаш каби масалалар ҳал этилмай қолади (чўкишда ўлим мурда топилган ўша сув ҳавзасида содир бўлган ёки бўлмаганлигини аниқлаш талаб этилади). Зеро, турли сув ҳавзаларида фитопланктоннинг таркиби ва ривожланишини ўрганиш бу масалаларни ҳал қилишда суд экспертларига ёрдам бериши мумкин (1, 2, 4).

Инсоннинг тириклик вақтида сув ҳавзасига тушиши натижасида, сув билан бирга планктон элементлари нафас йўлларида, кейинчалик қон айланишининг катта доираси орқали барча ички аъзоларга кириб боради. Афсуски, чўкиш натижасида ўлим ҳолатларида диатом планктонини аниқлаш орқали амалга ошириладиган замонавий қўлланиладиган лаборатория диагностикаси - планктонни ажратиш олиш учун жуда кўп вақт талаб қиладиган усул бўйича амалга оширилади, бу усул ўзининг номукамаллиги ва уни ривожлантириш бўйича илмий тадқиқотларнинг етишмаслиги билан боғлиқ муҳим камчиликларга эга. Юқорида қайд этилганларга асосланган ҳолда, планктонни (ички аъзоларда ва сув ҳавзаларида) баҳолашнинг морфологик мезонларини ишлаб чиқиш суд тиббиётининг долзарб вазифасидир.

Тадқиқот мақсади. Чўкиш ҳолатларида ташхислаш ва мурданинг чўкиш жойини аниқлаш учун диатом планктонини баҳолашнинг суд-тиббий мезонларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Республика Суд тиббий экспертиза Маркази амалиётида 2016-2020-йилларда Душанбе шаҳридаги сув ҳавзалари (Душанбинка, Варзоб, Кофарнихон, Лучоб дарёлари, Ҳисор канали, Жавонон кўли)да чўкиб кетиш оқибатида ҳар иккала жинс вакиллари (3-83 ёш) 153 та чўкиш ҳолатлари ушбу тадқиқотнинг материаллари бўлиб хизмат қилди. Кузатувларнинг ўлим содир бўлиш вақти 6 соатдан 2 суткагача бўлди. Барча ҳолатларда органлар ва тўқималарнинг (ўпка, юрак, жигар, буйрак, мия, талок) гистологик ва диатом планктонига текшируви ўтказилган.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. 153 та чўкиш ҳолатлари ичида - 113 (73,9%) ни эркаклар ташкил этган бўлса, 40 (26,1%) ҳолат аёллар улушига тўғри келди. Улар орасида 10 ёшгача бўлган болалар 7,1% ни, 11 ёшдан 20 ёшгача бўлганлар – 12,4% ни ташкил этиб, энг кўп чўкиб кетганлар 31-40 ёшдагилар (30,0%) га тўғри келди. Чўкишдан энг кам ўлим



ҳолати кекса ва қариялар орасида, яъни 60 ёшдан катталар (5,9%)га тўғри келди.

Чўкиш жойи таҳлил қилинганда, энг кўп чўкиш ҳолатлари Варзоб дарёсида 56 та (36,6%) ҳолат аниқланган бўлиб, шулардан эркаклар 45 (29,4%) нафарни, аёллар эса 11 (7,2%) нафарни ташкил қилди. Душанбинка дарёсида 32 нафар (20,9 %) чўкиб кетганларнинг 23 нафарини (15,0 %) эркаклар ва 9 нафарни (5,9%) эса аёллар ташкил этди. “Кофарнихон” дарёсида 24 (15,7%) нафар чўкиш ҳолатлари аниқланган бўлиб, мос равишда 17 нафарини (11,1%) эркаклар ва 7 нафарини (4,6%) аёллар ташкил этди. Кузатувларимиз давомида “Ҳисор” каналида чўкиб ҳалок бўлган 19 нафар (12,4%) шахсдан 13 нафари (8,5%) эркак ва 6 нафарини (3,9%) аёллар ташкил қилган бўлса, “Жавонон” кўлида 13 ҳолатда (8,5%) чўкиш аниқланиб, улардан 8 нафари (5,2%) эркак ва 5 нафари (3,3%) аёллар бўлгани аниқланди. Таҳлил қилинаётган сув ҳавзалари орасида энг кам чўкиш ҳолатлари “Лучоб” дарёсига тўғри келди ва 9 нафарни (5,9%) ташкил этиб, шундан 7 нафари (4,6%) эркаклар ва 2 нафари (1,3%) аёллар ҳиссасига тўғри келди.

Мурдалар қонидаги этил спиртининг энг юқори концентрацияси 4,9%, энг пасти эса 0,3% ни ташкил этди. 53 та мурданинг қонида ўртача алкоголь концентрацияси $1,76 \pm 0,22$ ни ташкил этди ва бу миқдор тирик шахсларнинг ўртача мастлик даражасига тўғри келди.

Душанбинка, Варзоб, Кофарнихон, Лучоб дарёлари, Ҳисор канали ва Жавонон кўли сув ҳавзаларининг альгологик таркиби аниқланди. Альгологик маълумотларга кўра, маълум даврларда сув ҳавзалари диатом планктони таркибининг доимийлиги билан тавсифланади. Биз ўрганган сув ҳавзалари учун диатом планктонларининг қуйидаги *Naviculla*, *Pinullaria*, *Achnantes*, *Girosigma*, *Melosira*, *Sinedra*, *Ulnaria* ва *Diploneis* турлари хос бўлди. Сув ҳавзаларида мавжуд диатомларнинг тузилиши умумий объектив қонуниятларга асосланган бўлиб, асосан, доимий равишда учраб турадиган 7-8 турдаги диатомлар мавжудлиги кузатилди.

Турли сув ҳавзаларида диатомлар нисбати бир хил бўлмай, уларнинг миқдори мавсумга қараб ўзгариб туради. Сув ҳавзасининг кимёвий таркиби ва ифлосланиш даражаси ҳар бир диатом турининг морфологик кўринишида патоморфозни келтириб чиқаради. Бундан ташқари, диатом планктонининг миқдори ва тузилиши сув ҳавзасидан сув намунасини олиш чуқурлигига боғлиқ бўлди.

Хулоса. Ўрганилган сув ҳавзалари учун диатом планктонларининг *Naviculla*, *Pinullaria*, *Achnantes*, *Girosigma*, *Melosira*, *Sinedra*, *Ulnaria* ва *Diploneis* турлари хос бўлди. Диатомларнинг сони ва морфологик тузилиши йилнинг фаслига, сув намунасининг олиш чуқурлигига ва сув ҳавзасининг ифлосланиш даражасига боғлиқ.

Чўкиш жойи таҳлил қилинганда, энг кўп чўкиш ҳолатлари Варзоб дарёсида аниқланган бўлиб, энг кам чўкиш ҳолатлари “Лучоб” дарёсига тўғри келди. Чўкиб кетганларнинг - 73,9%ни эркаклар ташкил этган бўлса, 26,1% ҳолатларда аёллар улушига тўғри келди.

Чўкиш ҳолатларининг 34,6%да мурдаларнинг қонида алкоголь моддаси аниқланди. Қонда этил спиртининг энг юқори концентрацияси 4,9%, энг пасти эса 0,3%ни ташкил этди. Текширилган барча мурдаларнинг қонида алкогольнинг ўртача миқдори $1,76 \pm 0,22$ % ни ташкил этди ва бу тирик шахсларда ўртача мастлик даражасига тўғри келади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Жульжик Е.А. Диагностика утопления в современной судебной медицине //Концепт, 2015. № 04 (апрель).
2. Кокорин П.А. Идентификация личности погибших, обнаруженных в водоеме // Сибирский юридический вестник, 2003, №4, С. 66-68.
3. Яблонский М.Ф., Жолнеровский В.М., Буйнов А.А. Анализ результатов исследований на диатомовый планктон при утоплении //Вестник ВГМУ, 2006, Том 5, №1, С. 1-5.
4. Gian Luca Marella et al. Diagnosis of drowning, an everlasting challenge in forensic medicine: review of the literature and proposal of a diagnostic algorithm //Acta Medica Mediterranea, 2019, 35: 919.
5. Sun C.H., Wang B, Li Z.D., Qin Z.Q. Progress on Diatom Test in Drowning Cases. Fa Yi Xue Za Zhi 2015; 31 (6): 462-5.
6. Fucci N., Pascali V.L., Puccinelli C., Marcheggiani S., Mancini L., Marchetti D. Evaluation of two methods for the use of diatoms in drowning cases. //Forensic Sci Med Pathol 2015; 11 (4): 601-5.



URINATION DISORDERS IN TUMORS OF THE SPINAL CORD CONE AND A PONYTAIL

Abdukadirova D.T., Nematov J.E.
Andijan State Medical Institute

Annotation. Disorders of urination complicate the course of the postoperative period and significantly limit the possibilities of social adaptation and rehabilitation of patients with spinal cord tumors, as well as pose a threat of additional (including infectious) complications.

Keywords: neurogenic bladder, spinal cord tumors, lumbosacral spinal cord, neurosurgical intervention, neurooncology.

Materials and methods. According to the medical documentation, urological features were analyzed in 125 patients with cone and ponytail tumors treated at the ASMI clinic in the Department of neurosurgery. The average age was 46.7 years (from 19 to 83). Neurosurgical treatment was carried out under the supervision of neuromonitoring. The dynamics of urinary dysfunction in the postoperative period was traced.

Results. 53 (42.4% of the total number of patients) had disorders of varying severity (from difficulties in initiating urination, frequent urination to lack of urge and delay in urination, which required the installation of a urethral catheter or intermittent catheterization). In patients with impaired urination, tumors were located intramedullary – 13 tumors, intradural-extramedullary - 26, extradural - 9, intra-extradural according to the "hourglass" type – 5. Among them: schwannomas – 10, ependymomas – 12, astrocytomas – 3, meningiomas – 3, chordomas – 3, metastases of carcinoma – 4, as well as isolated cases of neurofibromas, Ewing's sarcomas, neuroblastomas, paragangliomas, ganglioneurofibromas, lymphomas, cavernomas, lipomas. Sensitive disorders were represented by a decrease in surface sensitivity, including in the anogenital region, the addition of pain syndrome by the type of hyperpathy and dysesthesia.

Conclusion. Violation of urination is a natural and expected clinical manifestation in patients with tumors of the cone and ponytail, and urological symptoms are diverse in their manifestation. It is the function of urination that has a significant impact on the quality of life of the patient and the speed of his recovery in patients operated on for neurosurgical pathology. When assessing the function of the lower urinary tract, it is important to carry out a detailed collection of urological anamnesis, to assess the tone of the anal sphincter and pelvic floor muscles, anal and bulbo-cavernous reflexes, as well as to compare neurological and urological symptoms in dynamics, the severity and localization of pain syndrome, disorders of motor function and sensitivity with detailed entry of these data in medical documentation. Universal protocols for assessing the function of the lower urinary tract allow not only to more accurately diagnose the degree of impairment, but also to predict further dynamics.



THE ROLE OF COMPLEX URODYNAMIC RESEARCH IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FREQUENT URINATION IN ADULTS

Abdukadirova D.T., Nematov J.E.
Andijan State Medical Institute

Annotation. Detrusor hyperactivity is a urodynamic phenomenon underlying the symptom complex of an overactive bladder. The purpose of the study. Identification of features of urodynamic disorders in patients with symptoms of hyperactive bladder of various etiologies.

Keywords: hyperactive bladder, neurogenic bladder, detrusor hyperactivity, urodynamics.

Materials and methods. The study included 283 patients (61% women and 39% men) aged 18 to 82 years (49.2 ± 13.5) with complaints of frequent urination and undergoing a comprehensive urodynamic study at the Andijan Regional Clinical Hospital about neurogenic dysfunction of the lower urinary tract, hyperactive bladder (GMP) and chronic pelvic pain syndrome (SHTB).

Results. Hyperactivity of detrusor in CUDI It was detected in 63.4% of patients with idiopathic, 94.2% with neurogenic GMP and 2.7% of patients with CST. The maximum amplitude of detrusor pressure at the moment of involuntary contraction in neurogenic detrusor hyperactivity was 25.76 ± 26.21 cm H₂O, and was significantly higher than in idiopathic functional disorders – 10.1 ± 3.4 H₂O ($p=0.003$). According to ROC analysis, the amplitude of the increase in intravesical pressure has a high predictive ability with respect to the neurogenic nature of hyperactivity, regardless of from the neurological diagnosis ($AUC=0.863$, $p=0.045$).

Detrusor pressure of more than 9.5 cm H₂O has a sensitivity equal to 88% with respect to the neurogenic nature of disorders. The minimum volume of bladder filling at which the first involuntary contraction of detrusor occurred for patients with neurogenic bladder was 137 ± 120 ml, with idiopathic hyperactivity – 218 ± 120 ml ($p=0.07$). Neurogenic hyperactivity of detrusor was accompanied by urgent urinary incontinence in 59.5% of cases, idiopathic – in 19.2%.

Conclusion. For patients with frequent urination on the background of chronic pelvic pain syndrome, the presence of detrusor hyperactivity in CUDI is not characteristic. The regional hospital in patients with neurogenic urination disorders is almost always confirmed by the presence of high-amplitude hyperactivity of detrusor in the process of filling cystometry. In 47% of patients with idiopathic GAMP, detrusor remains stable during urodynamic examination..



PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL AND PHARMACOECONOMICAL ANALYSIS
OF CONSUMPTION HYPOGLYCEMIC DRUGS IN PATIENTS TYPE 2 DIABETES
MELLITUS IN ANDIJAN

Yusupova Sh.K.,

Candidate of Medical Sciences,
associate professor

Tajibaeva I.A.

master of the 3rd course

Department of Endocrinology.
Andijan State Medical Institute.

Relevance: pharmacoepidemiological and pharmacoekonomical studies play an important role in obtaining reliable information about the currently existing pharmacoekonomical aspects and therapeutic treatment regimens for patients with type 2 diabetes mellitus (DM). Conducting a pharmacoepidemiological study allows us to assess the rationality of the use of medicines (drugs), the features of disease therapy in real clinical practice and compliance with existing national and international clinical guidelines. When conducting a pharmacoekonomical study, the costs associated with the provision of medical care are taken into account – direct medical, direct non-medical and indirect costs.

Keywords: diabetes mellitus; metformin, pharmacoepidemiology; pharmacoekonomics; insulin; oral hypoglycemic drugs

Objective: to study the features of type 2 diabetes mellitus therapy in Andijan in real clinical practice and compliance with existing national and international clinical guidelines.

Materials and methods: a retrospective analysis of outpatient records of 100 patients aged 30 years and older receiving outpatient treatment for type 2 diabetes in two family polyclinics in Andijan was carried out.

Results: in the study of patients receiving hypoglycemic therapy, it was revealed that 31% (n=31) of patients take metformin as monotherapy or in various combinations with oral hypoglycemic drugs or \ and insulin therapy, with an average cost of treatment of 1 patient per year – 435,026 s. Also, in the prescribed treatment, 24% (n=24) of patients had sulfonylurea derivatives, with an average cost of treatment of sulfonylurea of 1 patient per year – 544,338 s. The majority of patients (58%) received oral hypoglycemic drugs as monotherapy or in various combinations without insulin therapy. Of these, most of the patients (31%) received oral hypoglycemic drugs in the form of a "double combination" – metformin + sulfonylureas, in the form of monotherapy with one of the above-mentioned oral hypoglycemic drugs (24%), and only 3 patients (3%) received fixed combinations + metformin. DPP-4 inhibitors were received by 4% of patients, with an average cost of treatment of 1,942,657 s per year per 1 patient. 41% of patients received insulin therapy in various combinations with other oral hypoglycemic agents drugs and in the form of monotherapy. The average cost of treating 1 person per year with insulin of average duration of action was 489,118 s. The average cost of treatment for 1 person per year receiving only prolonged-acting insulin was 1,413,377 s.

Conclusions: based on the analysis of outpatient card data for August by 2022, it can be concluded that the vast majority of patients in the study group received various oral hypoglycemic therapy regimens, including monotherapy with one oral hypoglycemic drugs (24%), a combination of oral hypoglycemic drugs (34.5%) and insulin therapy in combination with oral hypoglycemic drugs and without (41%). Metformin monotherapy was performed in 13% of patients and 11% received sulfonylureas monotherapy. Pharmacoepidemiological analysis of consumption of hypoglycemic drugs revealed the fact of high prescription of insulin therapy (41%), which corresponds to international standards of treatment. The average cost of hypoglycemic therapy used to treat 1 patient with type 2 diabetes in 2022 was 945,877 soums/year.



БОЛАЛАР ЎРТАСИДА РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА ОИЛА ХАМШИРАСИНИНГ РОЛИ

Тохтаева Доно Махмуджонова,
Убайдуллаева Севара Абдуллаевна
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Амбулатор-поликлиник шароитида болаларни тўғри парвариш қилиш, рационал овқатланишни тарғиб этиш ва қандли диабет касаллигини асоратланишини олдини олишда оилавий ҳамшираларнинг ўрнини аниқлаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот тошкент шахридаги оилавий поликлиникаларда 7 ёшдан 18 ёшгачан бўлган соғлом деб баҳоланган 275 нафар болалар орасида анкета сўровнома усулида тиббий кўрикдан ўтказилди.

Натижалар ва муҳокама. Тошкент шахрида яшовчи болалар орасида ўтказётган тадқиқотимизда 275 нафар соғлом деб ҳисобланган болалар сўровномада қатнашди. Саволномадаги бир кунда неча маротаба овқатланасиз деган саволимизга 275 нафар боладан 234 нафари жавоб қайтарган бўлиб, булардан 8-10 ёшли болалардан жами 7 та бола кунига 3 маротаба деб жавоб қайтарган бўлса, 4 нафар бола кунига 2 маротаба деб жавоб қайтарган. 11-14 ёшдаги болалардан жами 117 нафар бола саволномада иштирок этди, булардан 88 нафари кунига 3 маротаба деб жавоб қайтарган булса, 27 нафар бола эса кунига 2 маротаба овқатланишини, 2 нафари эса кунига 1 маротаба овқатланишини билдирган. 15-17 нафар болалар орасида эса 110 нафар бола саволномада иштирок этди. Булардан 83 нафари кунига 3 маротаба овқатланишини билдирган бўлса, 19 нафар бола кунига 2 маротаба овқатланаман деб белгилаган ва 8 нафар бола кунига 1 маротаба овқатланаман деб саволномани белгилаган. Болалар орасида мева исътемом қилишни баҳолаш мақсадида бир кунда нечта мева исътемом қиласиз ва неча маротаба деган саволномамизга жами 221 нафар бола жавоб қайтарди. Булардан 8-10 ёшдаги болалардан 2 нафари кунда 1 маротаба, 1-2 дона мева исътемом қиламан деб жавоб қайтарган бўлса, 6 нафар бола кунда 2 маротаба, 3 та ва ундан ортиқ мева исътемом қиламан деб жавоб қайтарган. 11-14 ёшдаги болалар ўртасидаги сўровномада эса 7 нафар бола умуман мева исътемом қилмаслигини билдирган бўлса, 34 нафари кунда 1-маротаба 1-2 дона мева исътемом қилишини, 73 нафар бола эса кунда 2 маҳал 3 донадан ортиқ мева исътемом қилишини билдирган. 15-17 ёшдаги болалар ўртасидан жами 99 нафар бола иштирок этган бўлиб, улардан 1 нафари умуман мева исътемом қилмаслигини билдирган булса, 59 нафари кунда 1 маротаба, 1-2 та мева исътемом қилишини, 39 нафар бемор бола эса кунда 2 маротаба 3 та ва ундан ортиқ мева исътемом қилишини суровномада белгилаган. Болалардан кунда неча маротаба ёғ ва гўшт махсулотларини исътемом қиласиз деган саволномамизга жами 176 нафар бола жавоб қайтарди. Улардан 8-10 ёшликлари нафар, 11-14 ёшлиги 94 нафар ва 15-17 ёшдагилар эса 75 нафарни ташкил этди. 8-10 ёшдаги болалардан 2 нафари кунига 2 маротабадан кам гўшт исътемом қиламан дегб жавоб қайтарган бўлса, 5 нафари кунига 2 маротаба гўшт ва ёғ махсулотларини исътемом қиламан деб жавоб берди. 11-14 ёшдагилар орасидан 62 нафар бола кунига 2 маротабадан кам гўшт исътемом қилишини билдирган бўлса, 32 нафари кунига 2 маҳал гўштли таом исътемом қилишини белгилаган. 15-17 ёшдаги болалар эса саволномага 52 нафари кунига 2 маротабадан кам гўшт исътемом қилишини билдирган, 23 нафари эса кунига 2 маротаба гўшт исътемом қиламан деб жавоб қайтарган.

Хулоса. Натижа ва муҳокамадан кўриниб турибдики ўсиб келаётган болалар ўз вақтида ва тўлақонли овқатланмасликлари, кун давомида меъёردа қанча миқдорда ширинлик исътемом қилишни билмасликлари маълум бўлди. Болалар кун тартибига риоя қилишлари, кун давомида оксил, углевод, витамин ва минералларга бой бўлган озиқ-овқат махсулотларини исътемом қилишлари керак. Беморларни назорат қилиш, уларга соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш ота-она ва оила ҳамширасини вазифаларидан бири ҳисобланади. Оила ҳамширалари болалар ва ўсмирлар орасида мувозанатли меню тузиш ва тўғри овқатланишни тарғиб қилишни, соғлом турмуш тарзига риоя қилишни ўргатиши лозим.



РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ АФАЗИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНСУЛЬТА: ОЧЕНЬ РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕЧИ

к. м. н., доцент **Абдукадилова Д.Т., Фазлитдинова Р.С.**
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Аннотация. Эффективность ранней интенсивной реабилитации при афазии после инсульта неизвестна. Исследование было направлено на определение того, улучшила ли интенсивная терапия афазии, начавшаяся в течение 14 дней после инсульта, восстановление общения по сравнению с обычным лечением.

Ключевые слова: афазия, общение, ранняя, реабилитация, острый инсульт, терапия.

Материалы и методы. Проспективное рандомизированное одиночное слепое исследование, проведенное в больнице неотложной помощи Андижанской области город Андижан с 2021 по 2022 год. Участники с афазией после острого инсульта были рандомизированы для получения обычного лечения (прямая терапия афазии обычного ухода) или одного из двух режимов более высокой интенсивности (20 сеансов либо не предписанной (обычная терапия плюс уход, либо предписанная прямая терапия афазии). Основным результатом было улучшение коммуникации по шкале афазии - пересмотренному коэффициенту афазии (AQ) через 12 недель после инсульта. Наше заранее запланированное намерение провести анализ комбинированных групп высокой интенсивности для достижения первичного результата.

Результаты: из 100 обследованных пациентов с острым инсультом у 25% (25) была афазия, из которых 25% (6) соответствовали критериям, и 19 рандомизированы на обычное лечение. Через 12 недель после инсульта первичный исход был оценен у 88 участников (88%); 2 умерли, 5 прекратили лечение и 5 были слишком нездоровы для оценки. Восстановление связи составило 50,3% (95% ДИ 45,7–54,8) в группе высокой интенсивности ($n = 147$) и 52,1% (95% ДИ 46,1–58,1) в группе обычного ухода ($n = 70$; разница -1,8, 95% ДИ -8,7–5,0). Не было никакой разницы между группами в нефатальных или фатальных побочных явлениях ($p = 0,72$).

Интерпретация. Ранняя интенсивная терапия афазии не улучшила восстановление коммуникации в течение 12 недель после инсульта по сравнению с обычным лечением.

Наши результаты бросают вызов ранее существовавшему теоретическому представлению о нейрореабилитации, согласно которому "более интенсивная терапия лучше", если она начата в первые две недели после начала инсульта. Режим терапии ЯК продолжительностью в среднем 9,5 ч (SD 7) ч, включающий сеансы продолжительностью от 25 до 45 минут, проводимые три раза в неделю в течение 38 дней (10 дней до рандомизации и 28 дней вмешательства) после инсульта, может быть достаточным режимом терапии для поддержки восстановления в первые шесть месяцев после инсульта.. Однако точные пороговые значения, касающиеся сроков, интенсивности и типа терапии, трудно описать без более точных данных о естественном выздоровлении в острой фазе. Аналогичным образом, хотя в этом исследовании была предложена более высокая, более интенсивная доза терапии афазии, чем обычно при раннем обычном лечении, без существенной пользы, остается неясным, будет ли гораздо более высокая доза, например, 100 ч в течение 12 недель, более эффективной.



UDK: 572.087+572.524.12+616-055.1:572.9

YUZ NERVINI OLISHDAN KEYIN REINERVASIYA UCH SHOXLI NERVNING NEYRINOMASI

Enazarov D.I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi
Enazarov Dilmurod Izzatullaevich

Tel: +998977205110

e-mail: dilmurod87@mail.ru

Annatsiya: So‘nggi o‘n yilliklarda onkologik kasalliklar, shu jumladan akustik nevromaning ko‘payishi kuzatildi. Ushbu tadqiqotlar hayot sifatini yaxshilash va yuz nervining periferik pareziyasining asorati bo‘lgan akustik nevromani olib tashlaganidan keyin yuzning plastik nuqsonini bartaraf etishga qaratilgan. Operatsiyadan keyingi davrda akustik nevromani olib tashlash paytida yuz nervi shikastlangan bo‘lsa, bemorlarda kosmetik nuqsonlar, shox pardada trofik o‘zgarishlar rivojlanishi, kon’yunktivit va tashvish va depressiv kasalliklar mavjud. Shu bilan birga, ushbu sabablarni bartaraf etish va hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan rekonstruktiv va restorativ operatsiyalarni amalga oshirish zarurati aniqlanadi.

Kalit so‘zlar: nevroma, nevroma, reabilitatsiya.

Tadqiqot maqsadi. Akustik neyroma bo‘yicha operatsiya qilingan bemorlarning reabilitatsiyasini yaxshilash.

Materiallar va uslublar. Ish 2015-2018-yillarda Toshkent shahridagi Respublika ixtisoslashtirilgan neyroxirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida O‘zbekiston Respublikasi ixtisoslashtirilgan neyroxirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida jarrohlik amaliyotidan o‘tgan 30 nafar akustik nevroma bilan og‘rigan bemorlarni davolash natijalari asosida ishlab chiqilgan bo‘lib, bemorlarning o‘rtacha yoshi 43 yoshni tashkil etadi. Bemorlar orasida ayollar ustunlik qiladi (20). 18 bemorda jami va 12 bemorda subtotal o‘simta rezektsiyasi o‘tkazildi. Yuz mushaklari funksiyasini tiklash uchun 9 ta holatda trigeminal nerv shoxchasi va 21 ta holatda gipoglossal nervning tushuvchi shoxi bilan ekstrakranial anastomoz hosil qilish orqali yuz nervining reinnervatsiyasi amalga oshirildi. Davolash natijalari Hous-Brackman shkalasi yordamida baholandi. Barcha holatlarda yaxshi kosmetik va funktsional natijaga erishildi.

Natijalar. Tadqiqot davomida barcha bemorlarda yuz nervi bo‘yab o‘tkazuvchanlikning to‘liq buzilishi sindromi (Xous-Brackman shkalasi bo‘yicha VI-V daraja) aniqlandi. Fasial asabning reinnervatsiyasidan 12 oy o‘tgach, yuz nervi funktsiyasining tiklanishi I-III darajalarga to‘g‘ri keldi (Xous-Brackman shkalasi). Barcha holatlarda ijtimoiy faollik ko‘rsatkichining o‘sishi kuzatildi.

Bosh suyagining umumiy o‘smalari bo‘lgan bemorlarda kasallikning qaytalanishi bo‘lmaganda amalga oshirilgan reabilitatsiya tadbirlarini tahlil qilish asosida bemorlarga kosmetik nuqsonni bartaraf etish, mimik mushaklarning funktsional natijalarini yaxshilash uchun rekonstruktiv va restavratsion operatsiyalarni o‘tkazish ko‘rsatilgan. , neyrotrofik keratitning rivojlanishiga yo‘l qo‘ymaslik, keyingi hayot uchun ijobiy kayfiyatni shakllantirish, ularni mehnat faoliyatiga qaytarish.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Balyazina E.V. Ikkitomonlama trigeminal nevrалgiya uchun terapevtik taktika. //Rossiya ilmiy-amaliykonferensiyasi, 16-17 mart, Kislovodsk; Rus og‘riqjurnali. - 2012. - 1-son. - S. 37-38.
2. Balyazina E.V. Trigeminal nevrалgiyaning etiologiyasi va patogenezi // Nevrologikjurnal. - 2012. - V. 17, No 4. - S. 4 - 12.
3. Gritsai N.N., Kobzistaya N.A. Klassik trigeminal nevrалgiya va odontogen og‘riq sindromi // Tibbiyotvafarmatsevtikayangiliklari. - 2009. - No 299. - S. 23-25.
4. Neyrostomatologik kasalliklar diagnostikasi va davolash: darslik.-uslubiy. Oliy o‘quv yurtlari tibbiyot fakultetining III-IV darajadagi akkreditatsiya darajasidagi IV kurs talabalari “Stomatologiya” mutaxassisligi bo‘yicha o‘quv qo‘llanma, nevropatologlar, stomatologlar, oilaviyshifokorlarstajyorlari /A. A. Kozelkin, A. V. Revenko, S. A. Medvedkova, S. V. Yarkovaya. - Zaporozhe: ZSMU, 2017. - 160p.
5. Jurkin A.N., Semenov A.V., Sorokovikov V.A., Bartul N.V. Trigeminal nevrалgiyani



davolash muammosining tarixiy jihatlari va uni hal qilishda neyroxirurgik usullarning o‘rni (adabiyotsharhi). // Acta BiomedicaScientifica. - 2021 yil - No 6 (4). - S. 123-136.

6. Isaxanova, T.A. Ikkilamchi trigeminal nevralfiyaning kech tashxisi sababi nima? / E.V. Balyazina, V.A. Balyazin, T.A. Isaxanov va boshqalar. //Neyroxirurgiya. - 2016. - No 1. - S. 35-40.

7. Isaxanova, T.A. Multispiral kompyuter angiografiyasi yordamida klassik trigeminal nevralfiya bilan og‘rigan bemorlarda neyrovaskulyar konflikt diagnostikasi / E.V. Balyazina, O.I. Bondareva, T.A. Isaxanov va boshqalar. // Fundamental fan va texnologiya – istiqbolli ishlanmalar: IX int. ilmiy-amaliy. konf. – North Charleston, AQSH, 2016. - B. 20-24.



ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПРИ НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ «ЭСФИЛ» ЛЕГКИЙ И «ЭСФИЛ» СТАНДАРТ

Зупаров К.Ф., Йўлдошева Д.Б., Хусанов У.С., Нурмухамедов Х.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация. Представлены результаты изучения иммунного статуса у больных, оперированных по поводу вентральных грыж с использованием полипропиленовых сеток «Эсфил» легкий и «Эсфил» стандарт. Исследование динамики цитокинов доказывает менее выраженную местную реакцию воспаления на протез «Эсфил» легкий. Установлено, что использование протеза «Эсфил» легкий вызывает меньшее количество раневых эксудативных осложнений чем протез «Эсфил-стандарт».

Ключевые слова: вентральная грыжа, аллогерниопластика, полипропиленовая сетка, цитокин.

ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛИ БЕМОРЛАР АПОНЕВРОЗУСТИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКАДА «ЭСФИЛ» ЕНГИЛ ВА «ЭСФИЛ» СТАНДАРТ ПОЛИПРОПИЛЕН ТЎРЛАР ҚЎЛЛАНИЛГАНДА ЦИТОКИНЛАРНИ ЎРГАНИШ

Зупаров К.Ф., Йўлдошева Д.Б., Хусанов У.С., Нурмухамедов Х.Н.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Аннотация. «Эсфил» енгил ва «Эсфил» стандарт даги полипропилен тўрлардан фойдаланган холда вентрал чурра операция қилинган беморларда иммунитет ҳолатини ўрганиш натижалари келтирилган. Цитокинлар динамикасини ўрганиш натижасида, «Эсфил» енгил протездан фойдаланганда, маҳаллий реакцияда яллиғланиш жараёнини кечиши камроқ кўзатишган. «Эсфил» енгил протезда фойдаланиш «Эсфил» стандарт даги протезга қараганда камроқ жароҳат эксудатив асоратларини келтириб чиқариши аниқланган.

Калит сўзлар: вентрал чурра, аллогерниопластика, полипропилен тўр, цитокин.

STUDY OF CYTOKINES IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIA WITH NADAPONEUROTIC ALLOGERNIOPLASTY WITH POLYPROPYLENE MESH «ESFIL» LIGHT AND «ESFIL» STANDARD

K.F. Zuparov, D.B. Yuldosheva, U. S. Khusanov, Kh.N. Nurmukhamedov
Tashkent pediatric medical institute

Abstract. The article presents the results of studying the immune status in patients operated on for ventral hernias using «Esfil» light and «Esfil» standard polypropylene meshes. The study of the dynamics of cytokines proves a less pronounced local reaction of inflammation on the «Esfil» light prosthesis. It was found that the use of the «Esfil» light prosthesis causes fewer wound exudative complications than the «Esfil» standard prosthesis.

Keywords: ventral hernia, allohernioplasty, polypropylene mesh, cytokine.

Актуальность. В условиях обширных и гигантских ПОВГ происходят существенные деформации мышечных и апоневротических структур передней брюшной, что делает необходимым использование пластики типа «onlay» [1,2], а использование операции Ramirez в последнее время также увеличил тенденцию к пластике типа «onlay».

Практически при всех хирургических операциях страдает все основные компоненты иммунной системы [4], в том числе и при вентральных грыжах. Иммунологическая реактивность организма на различные по структуре, толщине, жесткости и химической структуре эндопротезы, является наиболее актуальным вопросом современной герниологии [4,5,6]. Игнорирование этих свойств в контексте течения раневого процесса может сделать сомнительным и неоднозначным оценку результатов лечения. Исследование цитокинов позволяет прогнозировать ответ организма на имплантацию чужеродного материала [3,4].



Начальный местный эффект провоспалительных цитокинов это инициация воспаления за счет расширения сосудов, усиление местного кровотока, повышение проницаемости сосудов, которое ведет к накоплению экссудата. Провоспалительная роль ФНО-альфа состоит во взаимодействии с эндотелиальными клетками и стимулировании экспрессии межклеточной молекулы адгезии, способствованию выходу гранулоцитов в воспалительный очаг. ФНО-альфа продуцируется нейтрофилами и активированными лимфоцитами. ФНО-альфа эндогенный пироген, воздействуя на гипоталамус, вызывает лихорадку. ФНО-альфа выделяется первым в ответ на чужеродный трансплантат, индуцируя выделение ИЛ-8. ИЛ-8 провоспалительный цитокин, продукт активированных макрофагов. Фибробласты, эпителиальные клетки и гепатоциты выделяют ИЛ-8 в ответ на действие ФНО-альфа или ИЛ-1, что облегчает выход лейкоцитов из кровотока в ткани. ИЛ-8 относят к хемокинам-медиаторам, вызывающий хемотаксис лейкоцитов в очаг воспаления. Избыточные проявления системного воспаления купируются продукцией противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10). ИЛ-4 играет важную роль в противовоспалительных реакциях, оказывает иммуносупрессивное действие, усиливает пролиферацию В-клеток. Взаимодействие и баланс между эффектами про- и противовоспалительных цитокинов определяют результат течения воспалительного процесса. Все это позволяет говорить о необходимости исследования состояния области имплантации эндопротеза, в частности «цитокинового профиля», а также влияние протеза на течение раневого процесса.

Материалы и методы. Настоящее сообщение основано на изучении результатов хирургического лечения ПОВГ у 107 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении клиники ТашПМИ с 2016-2021гг. Исследование цитокинов при послеоперационных вентральных грыжах проводилась в лаборатории цитокинов НИИ Иммунологии. Пациенты были разделены на 2 группы. В контрольную группу включен 67 пациентов, прооперированный в период 2016-2018 гг. с использованием протезов Эсфил-стандарт. Основную группу составили 44 пациента, у которых в 2019 по 2021 гг. имплантировались протезы Эсфил-легкий. Исследование местного цитокинового профиля произведено у 18 пациентов, которым аллогерниопластика была выполнена протезом Эсфил-стандарт и у 21 с использованием протезов Эсфил-легкий).

Пациенты в исследуемых группах были сопоставимы по полу и возрасту. Большинство грыж возникло после перенесенных ранее оперативных вмешательств по поводу острых хирургических заболеваний. Всем пациентам с гигантскими и обширными грыжами выполнялось дренирование зоны расположения эндопротеза, с последующей активной аспирацией раневого отделяемого. В случае прекращения экссудации дренажи удалялись к 7 суткам. Однако, при использовании протеза из Эсфил-стандарт, особенно при гигантских грыжах, а также при ожирениях было необходимо «оставлять» дренажи до 8-12 суток, что делало возможным дальнейшее исследование цитокинового профиля. Все пациенты в послеоперационном периоде подвергались активному сонографическому мониторингу области расположения эндопротеза. В случае выявления экссудативных образований (сером или гематом) выполнялось пункционное дренирование данных экссудативных образований под ультразвуковым контролем. Цитокиновый мониторинг включал в себя исследование раневого экссудата, полученного из дренажей и при пункциях экссудативных образований, выявленных при помощи УЗИ. Концентрацию цитокинов всех образцов определяли иммуноферментным методом с последующей спектрофотометрической оценкой. Выбор провоспалительных и противовоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-8 и ИЛ 4) для исследования сделан по причине возможности оценки стадийности и каскадности местного иммунного ответа.

Результаты и обсуждение. Для методики «onlay» характерно образование экссудативных образований в области расположения синтетического протеза. Под понятием «серома» мы понимаем продолжающееся выделение серозной жидкости по дренажу более чем 5-6 суток или ограниченное, скопление жидкости, выявляемое при сонографическом исследовании. При использовании Эсфил-стандарт мы значительно чаще встречали серомы ($p < 0,05$). Гематомы верифицировались при УЗИ, в последующем производились диагностические пункции и дренирование под сонографическим контролем. При использовании эндопротезов Эсфил-легкий достоверно меньше наблюдались гематомы, что было связано с меньшей механической травмой полипропиленовой нитью, меньшим весом сетки. Все



эти факторы приводят к меньшему травмированию тканей и образования гематом. В то же время, эндопротез Эсфил-стандарт характеризуется худшими механическими свойствами, полипропиленовая нить толще, чем Эсфил-легкий. Анализ динамики продуцируемых цитокинов показал, что оперативное вмешательство с имплантацией синтетического материала в область грыжевого дефекта закономерно приводит к активной продукции провоспалительных ФНО-альфа и ИЛ-8 в случае использования обоих протезов. Динамика цитокинов отражает стадийность развития местной воспалительной реакции организма. Ко 2-3 суткам после операции стадия первичного и вторичного повреждения тканей полностью сменяется стадией экссудации, приводя к миграции моноцитов в очаг пластики и превращению их в фагоцитирующие клетки и макрофаги. Последние выделяют мощные медиаторы воспаления, среди которых особой активностью отличаются ФНО-альфа и ИЛ-8. Динамика продукции ФНО-альфа при использовании Эсфил-легкий протеза характеризовалась более ранним началом и ранним снижением продукции. В случае же использования Эсфил-стандарт протеза динамика провоспалительного цитокина ФНО-альфа характеризовалась поздней активацией, длительной продукцией и высокой концентрацией на отдаленных сроках. Концентрация ФНО-альфа при использовании Эсфил-легкий к 3-м суткам от момента выполнения операции исследования находилась на более высоком уровне, по сравнению с Эсфил-стандарт. Уровень концентрации цитокинов к 3-м суткам от момента операции мы считали базовым уровнем, который служил отправной точкой для определения динамики конкретного цитокина. К 7-м суткам отмечалось значительное повышение концентрации ФНО-альфа у пациентов с имплантированным протезом Эсфил-легкий. Концентрация цитокина на этом сроке при использовании Эсфил-стандарт достигала пиковых значений, значительно превосходя ($p < 0,05$) аналогичные показатели для Эсфил-легкий, которые также являются максимальными для этого материала. Однако при использовании протеза из Эсфил-легкий к 9-м суткам происходило «возвращение» показателей к базовым уровням. Концентрация ФНО-альфа при использовании Эсфил-стандарт оставалась высокой на 9-е и на 11-сутки. К 11-м суткам от момента операции концентрация при использовании Эсфил-стандарт в несколько раз превышала базовый уровень, что свидетельствует о продолжающемся воспалении, присутствии в зоне пластики соответствующих клеток, которые и продуцируют ФНО-альфа. Следует отметить, что мы не исследовали концентрацию цитокинов после 7-х суток при использовании Эсфил-легкий протеза по причине отсутствия раневого отделяемого. Динамика изменения концентрации провоспалительного цитокина ИЛ-8 отражала аналогичные тенденции изменения концентрации ФНО-альфа, однако стадийность и выраженность этих изменений имели некоторые особенности. Уже к 3-м суткам концентрация ИЛ-8 при использовании Эсфил-стандарт находилась на высоком уровне в сравнении с концентрацией при использовании Эсфил-легкий. Нами также отмечено более раннее (по сравнению с ФНО-альфа) повышение концентрации ИЛ-8 до максимальных значений при использовании протеза Эсфил-легкий. Динамика изменения концентрации ИЛ-8 при имплантации Эсфил-стандарт протеза характеризовалась плавным повышением к 5-м суткам и таким же, плавным снижением к 9-11 суткам. При использовании материала Эсфил-легкий этот показатель существенно отличался и, по-видимому, не находился в прямой зависимости от динамики инициирующего ФНО-альфа. Высокая концентрация ИЛ-8 для протеза Эсфил-легкий на 3-е сутки являлась отправной точкой для дальнейшего повышения до максимальных значений к 7-м суткам. И только после этого, к 11-м суткам отмечалось постепенное снижение (к уровню 3-х суток). Высокая концентрация ИЛ-8 при использовании Эсфил-стандарт на протяжении длительного отрезка времени, максимальные значения этого цитокина, достигающиеся только к 8-9 суткам от момента операции, свидетельствуют о поддержании выраженной воспалительной реакции более длительное время. Только к 11 суткам от момента эксплантации эндопротеза отмечалось достоверное ($p < 0,05$, по сравнению с 9 сутками) снижение концентрации. Концентрация ИЛ-8, который является продуктом активированных макрофагов, фибробластов и эпителиальных клеток (в ответ на действие ФНО-альфа) значительно большее в области пластики при использовании Эсфил-стандарт. Изменения концентрация противовоспалительного цитокина ИЛ-4 является отражением стадийного изменение концентрации провоспалительных цитокинов. Динамика концентрации ИЛ-4 при использовании протезов из Эсфил-легкий проявлялась постепенным, плавным повышением,



достигая максимума к 7 суткам. Снижение концентрации, что характерно, имело место в момент, когда пик концентрации провоспалительных цитокинов миновал или совпадал по временному интервалу. Концентрация ИЛ-4 при имплантации Эсфил-стандарт также достигала максимума к 7 суткам, плавно снижаясь после этого, но не достигая базового уровня к концу исследования. В то же время, при использовании Эсфил-легкий уже к 9 суткам концентрация возвращалась к базовому уровню. Можно говорить, что при использовании протеза Эсфил-легкий изменения продукции цитокина ИЛ-4 носят замедленный, пролонгированный во времени характер. В условиях активного развития воспалительного процесса это может приводить к высокой концентрации провоспалительного цитокина ИЛ-8, с тенденцией к сохранению данной концентрации более продолжительное время. Все вышеперечисленное приводит к выраженному повреждению тканей, особенно на ранних стадиях (3-7 сутки) и способствует пролонгированному течению раневого процесса и образованию экссудативных осложнений.

Учитывая все вышеизложенное, можно говорить о большей биоинертности протеза Эсфил-легкий при onlay пластике в сравнении с протезом Эсфил-стандарт.

Выводы

1. Имплантации обоих протезов инициируют выраженную воспалительную реакцию, сопровождающуюся характерным стадийным повышением провоспалительных и противовоспалительных цитокинов.
2. Исследование динамики цитокинов доказывает менее выраженную местную реакцию воспаления на протез «Эсфил-легкий».
3. Использование протеза «Эсфил-легкий» вызывает меньшее количество экссудативных осложнений, более благоприятное течение раневого процесса чем с использованием протеза «Эсфил-стандарт».

Литература

1. Неспецифические факторы защиты и система цитокинов при послеоперационных вентральных грыжах. / Зупаров К.Ф., Турсуметов А.А., Низамова М.З., Самаридинова Д.Ю., Рахматуллаева Д.М. // Узбекистонда илмий тадқиқотлар: даврий анжуманлар – 2022 - №18 – С. 18-19.
2. Турсуметов А. А., Аскарлов Т.А., Зупаров К.Ф. Клинико-иммунологические аспекты диагностики и лечение послеоперационных вентральных грыж. // Проблемы биологии и медицины. – 2020 - №5 (122) – С. 279-282.
3. Клинические аспекты биоинертности протезов для герниопластики / В. М. Седов [и др.] // Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России»: материалы III междунар. хирург. Конгр. – М., 2008. – С. 59-60.
4. Тимошин, А. Д. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков // Герниология. – 2004.– № 1. – С. 5-10.
5. Ковальчук, Л. В. Система цитокинов / Л. В. Ковальчук, Л. В. Ганковская, М. В. Рубакова. – М.: Изд-во Рос.мед. ун-та, 2000. – С. 64.



ВЛИЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Адилова Нилуфар Шухратовна
ТМА, кафедра внутренние болезни №2
и эндокринология, ассистент
Телефон: +998901861677
nilufaradilova18.11@gmail.com

Шагазатова Барно Хабибуллаевна
ТМА, кафедра внутренние болезни №2
и эндокринология, д.м.н., профессор
Телефон: +998901788553
b.shagazatova@gmail.com

АННОТАЦИЯ: Ожирение стало глобальной эпидемией и серьезной проблемой в XXI веке, которая влияет на многие аспекты здоровья. Ожирение имеет сильную связь с многочисленными серьезными сопутствующими заболеваниями, которые ухудшают качество жизни, сокращают продолжительность жизни. По оценкам, по меньшей мере 2,8 миллиона взрослых умирают каждый год из-за сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с ожирением.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Ожирение, бариатрическая хирургия, сердечно-сосудистые риски, метаболический синдром, дислипидемия, индекс массы тела.

Цель работы. Оценить распространенность факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с ожирением и изучить влияние бариатрической хирургии на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний после операции.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены сто пациентов с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 35 кг/м² в возрасте от 18 до 70 лет. Средний возраст исследуемой популяции составил $37,2 \pm 10,49$ года при ИМТ $47 \pm 6,82$ года. Женщины составляли 84%. Всем пациентам была проведена рукавная резекция желудка.

Все пациенты имели тщательный анамнез и клиническо-лабораторное обследование с акцентом на кардиальные факторы риска. ИМТ рассчитывался как масса тела (кг)/ квадрат роста (м²), а окружность талии измерялась в сантиметрах.

Сердечно-сосудистые факторы риска:

Гипертония определялась как систолическое АД (САД) ≥ 140 мм рт.ст. и / или диастолическое АД (ДАД) ≥ 90 мм рт.ст.

Дислипидемию рассматривали, когда уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) составлял $\geq 3,5$ ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) $\leq 0,9$ ммоль/л, повышенный уровень триглицеридов (ТГ) ≥ 2 ммоль/л.

Метаболический синдром, согласно определению Американской ассоциации сердца (АНА) и Национального института сердца, легких и крови (NHLBI), присутствует, если соблюдается ≥ 3 из следующих критериев: окружность талии ≥ 94 см. (мужчины) или ≥ 80 см (женщины), артериальное давление $\geq 130/85$ мм рт.ст., ТГ натошак ≥ 2 ммоль/л, холестерин ЛПВП натошак $\leq 0,9$ ммоль/л.

Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев после операции, во время которой они были подвергнуты полному клиническому и лабораторному обследованию.

Что касается профиля сердечно-сосудистого риска, распространенность артериальной гипертензии составила 21% со средним систолическим и диастолическим АД $127 \pm 13,5$ и $80 \pm 9,5$ мм рт.ст. соответственно.

Дислипидемия была очевидна у 32% наших пациентов. Распространенность метаболического синдрома на исходном уровне составила 54%.

Результаты исследования. В нашем исследовании бариатрическая хирургия была связана со значительным улучшением различных факторов сердечно-сосудистого риска через 6 месяцев.

Распространенность артериальной гипертензии снизилась с 21 до 11% (ремиссия 47%) с весьма значительным снижением систолического артериального давления и диастолического



артериального давления.

Распространенность дислипидемии снизилась с 32 до 7% с разрешением дислипидемии у 78% наших пациентов. Во время наблюдения в нашем исследовании наблюдалось значительное улучшение всех липидных субфракций.

Распространенность метаболического синдрома снизилась с 54 до 26% через 6 месяцев после бариатрической операции при снижении его распространенности на 52%.

Бариатрическая хирургия была связана со значительным снижением ИМТ через 6 месяцев (45 (43,2-49,3) против 32,8 (31,1–35,7) при значении .

Заключение. Накопленные данные подтверждают наши выводы о значительном снижении сердечно-сосудистого риска после бариатрической операции. Бариатрические операции являются достаточно безопасными процедурами, и в дополнение к тому, что они позволяют пациентам добиться существенной потери веса, бариатрические операции приносят множество преимуществ для здоровья. Основные факторы сердечно-сосудистого риска, а именно гипертония и дислипидемия, были снижены на 47% и 78% соответственно. Кроме того, распространенность метаболического синдрома улучшены после операции на 52%.



ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Зупаров К.Ф., Хасанова С.С., Ахаткулова Р.А., Амонов А.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

Аннотация. В статье представлен опыт инновационного подхода к снижению послеоперационных раневых осложнений аллогерниопластики у больных с вентральными грыжами. Авторы больных разделили на 3 группы: контрольная (67 больных) группа, которым выполнена традиционная аллопластика с использованием полипропиленовой (ПП) сетки, 1-я основная (61 больной) группа, которым интраоперационно для аллопластики использована ПП сетка после обработки ее гемогубкой, 2-основная (43 больных) группа, которым выполнена аллопластика после обработки ПП сетки гемогубкой в комбинации с антисептиком мирамистином. В результате послеоперационные раневые осложнения снижена более чем в 3,4-4 раза.

Ключевые слова: аллопластика, полипропиленовая сетка, мирамистин.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКАСИДА АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ЖАРОХАТ АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ УСУЛЛАРИ

Зупаров К.Ф., Хасанова С.С., Ахаткулова Р.А., Амонов А.А.
Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти

Аннотация. Мақолада қорин чурраси бўлган беморларда аллогерниопастиканинг операциядан кейинги жароҳат асоратларини камайтиришга инновацион ёндашув тажрибаси келтирилган. Беморлар 3 гуруҳга ажратилди: Назорат гуруҳига (67 бемор) полипропилен (ПП) тўр ёрдамида анъанавий аллопластика ўтказилди, 1-асосий гуруҳга (61 бемор) интраоператив ПП тўр гемогубка билан ишлов берилгандан сўнг аллопластика қўлланилди, 2-асосий гуруҳ (43 бемор) гемогубка ва мирамистин антисептик билан ишлов берилган ПП тўр ёрдамида аллопластика ўтказилди. Натижада амалиётдан сўнг жароҳат асоратлари 3,4-4 бараварга камайди.

Калит сўзлар: аллопластика, полипропилен тўр, мирамистин.

METHODS OF REDUCING POST-OPERATIVE INJURY COMPLICATIONS IN ALLOGERNIOPLASTICS OF ABDOMINAL HERNIA.

Zuparov K.F., Khasanova S.S., Akhatkulova R.A., Amonov A.A.
Tashkent Pediatric Medical institute

Annotation. The article presents the experience of an innovative approach to reduce postoperative complications of allogernioplastics in patients with abdominal hernia. Patients were divided into 3 groups: With a help of polypropylene (PP) mesh conventional alloplastic was held for control group (67 patients), For the 1st main group, after intraoperative PP mesh haemosponge treatment, alloplastic was used, for the 2nd main group (43 patients) underwent alloplastic using a PP mesh treated with a haemosponge and miramistin antiseptic. As a result, after the procedure, injury complications decreased by 3.4-4 times.

Key words: alloplasty, polypropylene mesh, miramistin

Актуальность. Надапоневротический метод фиксации эндопротеза «on lay» является наиболее часто используемым методом в клинической практике, так как она оправдана с позиций биомеханики, наиболее прочными мягкими тканями передней брюшной стенки являются передние листки влагалищ прямых мышц, к которым фиксируется эндопротез [2,5]. Характерным недостатком «on lay» фиксации полипропиленового эндопротеза является необходимость в достаточно широкой отслойки подкожно-жировой клетчатки с кожными покровами от апоневротических тканей. При этом происходит повреждение лимфатических и кровеносных сосудов, что обеспечивает в ряде случаев обильную раневую



экссудацию. Кроме того, фиксация полипропилена провоцирует асептическое воспаление, которое в ряде случаев заканчивается формированием серомы с последующим нагноением [1,4]. Тем не менее, наиболее частым видом пластики послеоперационных грыж является надпояснично-пупочный [3,4] и в связи с этим поиск путей снижения частоты осложнений явился предметом настоящих исследований.

Материалы и методы. Клинические исследования выполнены в хирургической клинике ТашПМИ в течение 2010-2020 г.г. у 3 групп пациентов. Контрольная группа пациентов (n=67), оперирована по поводу послеоперационных грыж передней брюшной стенки. Использована легкая полипропиленовая сетка (Эсфил легкий, поверхностная плотность – 38 г/м², диаметр мононити – 0,09 мм, толщина 0,3-0,4 мм, размер пор – 1,5 мм, объемная пористость 85-90%) с фиксацией ее на переднюю брюшную стенку в позиции «On lay». Сетки фиксировались полипропиленовой не рассасывающейся мононитью 2/0. Для профилактики сером и гнойно-воспалительных раневых осложнений мы впервые применили новый отечественный биодеградируемый препарат, местный гемостатик «Гемогубка» коллагеновая (ГемГ). [3].

Первая основная группа пациентов (n=61) также оперированы с использованием полипропиленовой сетки (Эсфил легкий, удельный вес – 38 г/м², размер пор – 1,5 мм, монофиламентная сетка, диаметр мононити – 0,09 мм) покрытой ГемГ в позиции «On lay». Вторая основная группа пациентов (n=43), которым аллогерниопластика (Эсфил легкий), была выполнена в первично инфицированных тканях, в которых источником инфекции являются лигатурные свищи и воспалительные инфильтраты, возникающие после ранее выполненных операций. В этой группе при пластике грыжевых ворот полипропиленовую сетку после ее фиксации обрабатывали ГемГ в комбинации с антибиотиком широкого спектра действия - мирамистином.

Результаты и обсуждение. По характеру выполненных операций, по локализации и величине грыжевого дефекта, возрасту, половому признаку и другим показателям исследуемые группы были идентичными. Почти 81% пациентов имели те или иные сопутствующие заболевания, среди которых чаще встречались сердечнососудистые заболевания, органов дыхания и сахарный диабет, а также ожирение. Они являются факторами риска и могут явиться причиной послеоперационных системных осложнений. Мы использовали классификацию J.P.Chevrel и A.M.Rath (1999) [6], которые выделяют послеоперационные грыжи брюшной стенки по локализации, размеру грыжевых ворот и частоте рецидива после первичного оперативного вмешательства. Распределение больных по величине грыжевого дефекта в двух основных группах и в группе сравнения. Основную группу составили в основном пациенты с грыжевыми дефектами W2 и W3. У пациентов группы сравнения после применения ПП сетки в позиции onlay у всех имело место отхождение серозно-геморрагического экссудата, особенно при пластике больших послеоперационных грыж. У 23 (%) больных в этой группе сроки дренирования составляли более 4 суток в связи с продолжающимся выделением экссудата в объеме более 30-40 мл в сутки (таб. 6). В I основной группе у 53,33% больных дренажная трубка была удалена первые сутки после операции, на 2 сутки у 11 (36,66%), у 3 (10%) дренаж был удален на 3 сутки после операции. В II основной группе 1 сутки дренажная трубка была удалена у 10 (41,66%), на 2 сутки у 12 (50%) пациентов, у 2 (8,33%) пациентов на 3 сутки. Средняя длительность дренирования раны в I и II основных группах составил соответственно 1,78±0,46 и 2,14±0,18 суток, а в группе сравнения 3,86±0,28. Следует отметить, что в I основной группе у 24 и во II основной группе у 13 пациентов послеоперационная рана не дренирована и осложнений, связанных с отказом от дренирования не было. При исследовании динамики образования раневого экссудата нами установлено, что в сравнении с контрольной группой у больных основных групп этот показатель статистически значимо (p=0,007) и существенно меньше, особенно на 2-4 сутки. В группе сравнения у пациентов максимальные значения экссудата составляли 131,3±8,7 мл, а в I основной и в II основной группе соответственно 56,1±6,8 и 53,1±6,8 мл. Следует отметить, что наибольшая продукция экссудата в течение раневого процесса в основной группе имеет место к 2 суткам после операции и в дальнейшем имеет тенденцию к снижению, тогда как у больных контрольной группы пик объемов выделяющейся по дренажам экссудата приходится на 2-4 сутки. В I основной группе длительность дренирования была минимальной, т.е. 1,78±0,46, а в II основной группе 2,14±0,18. Относительно длительное дренирование в II основной группе мы связываем с



тем, что операции выполнялись в условиях инфицирования. Учитывая эти обстоятельства в ряде случаев, дренажные трубки удалялись на 3 сутки, а у 1 пациента дренаж был удален на 4 сутки. Критерием для удаления дренажа служили уменьшение объема экссудации ниже 30 мл и результаты контрольно-динамическое ультразвуковое исследование зоны операции. В ряде случаев в группе сравнения отхождение серозного отделяемого затягивалось, и не имело тенденции к снижению объема. В I основной группе продолжительность серозной экссудации составила $1,78 \pm 0,46^*$, а в II основной группе $2,14 \pm 0,18^*$ дней. В I основной группе у 9 и во II основной группе у 7 пациентов послеоперационная рана не дренирована, т.е. у 16 пациентов. В соответствии с классификацией J.P.Chavrel et A.M.Rath (1999) у 9 пациентов грыжи были средних размеров (W_2), у 7 - больших размеров (W_3). У 15 пациентов грыжевой дефект локализовался по срединной линии M, а у 1 пациента в правой подвздошной области (L). У 1 пациента на 3 сутки при ультразвуковом исследовании обнаружено наличие серомы в виде полостного образования однородной структуры небольших размеров (3X2 см), которая без дополнительных вмешательств рассосалась. Меры профилактики раневых осложнений аллогерниопластики были направлены для устранения причин осложнений. Мы чаще всего наблюдали серомы и инфильтраты. Гематомы послеоперационных ран связаны с техникой и неизбежной травматичностью операции, поэтому наряду с «щадящей техникой» вмешательства необходимо применять различные методы местного гемостаза. Инфильтраты в области ран при эндопротезировании в большинстве случаев связаны с закономерной реакцией организма на инородное тело. С целью уменьшения количества инородного материала мы применяли легкий сетчатый эндопротез «Эсфил» и для их покрытия ГемГ, который значительно уменьшает реакцию тканей к эндопротезу. Учитывая, что одной из причин образования серомы является широкое отделение кожи с подкожной жировой клетчаткой, как правило, на протяжении 5 см. Мы в случаях хорошо развитого мышечно-апоневротического комплекса мобилизацию кожи и подкожной клетчатки выполняли до 3-4 см. При этом обеспечивалось уменьшение объема инородного тела, т.е. сетки и площади отслоения подкожной жировой клетчатки. В II основную группу были включены пациенты с отягощенным анамнезом в плане наличие очагов инфекции или дремлющей инфекции в области грыжевого дефекта. В этой группе также мы использовали те же подходы, как в I основной группе, а также учитывая вероятность инфицирования в области хирургического вмешательства непосредственно перед операцией ex tempore готовили смесь, состоящий из ГемГ и антибиотика мирамистина (2 грамма). Следует отметить, что подготовленная комбинация ГемГ и антибиотика мирамистина заполняют поры сетки, и таким образом, обеспечивается пролонгированное антибактериальное действие сетки в процессе биодеградации ГемГ (период биодеградации ГемГ – 14 суток). Послеоперационную рану и во II основной группе ушивали как в I основной группе с целью ликвидации мертвого пространства. В группе сравнения осложнения протезной герниопластики наблюдались в 24 (35,8%) случаях, из которых наибольшую частоту составили длительное отхождение серомы (14,92%). Образование гематомы в области имплантации сетчатого имплантата мы наблюдали у 4 больных, страдающих ожирением II и III степени (ИМТ 25-40 кг/м), имевших в двух случаях большую и в 1 гигантскую многокамерную послеоперационную грыжу. Краевой некроз кожи мы наблюдали у 2 (3%) пациентов с избыточной массой тела и сахарным инсулинозависимым диабетом, что потребовало последующего пластического закрытия дефекта кожи с удовлетворительным эффектом. У 1 (1,5%) пациента отмечено образование лигатурного свища, исходящая из нитки, наложенной на подкожную клетчатку в нижнем отделе раны. Лигатура удалена, раневой канал санирован антисептиком, и пациент выписан на амбулаторное лечение. Сформировавшаяся в 10 (14,92%) серома, потребовало санационных пункций под контролем УЗИ. Нагноения раны мы не наблюдали, а также удаление сетчатого имплантата не потребовалось ни в одном случае. Летальных исходов у наблюдаемых пациентов не было. У больных основной группы частота и характер раневых осложнений представлены следующим образом: в I и II группах серома наблюдалась соответственно у 2 пациентов в каждой группе -4,08% и 5,7%, а в контрольной 14,92. Таким образом, серома, которая является одним из основных предикторов гнойно-воспалительных раневых осложнений при аллогерниопластики в контрольной группе более чем в 2,5 раза превышает показатели основных групп. Гематома в I основной группе мы наблюдали у пациентов в начальных этапах применения ГемГ, т.е.



это осложнение было связано с техническими погрешностями и немало важный фактор -пациенты страдали ожирением II и III степени. В контрольной группе нагноение раны имели место у 4 (6%) пациентов, а в основной группе мы нагноение ран не наблюдали.

Вывод. Таким образом, отечественный препарат «Гемогубка» коллагеновая является эффективным средством гемо- и лимфостаза, обладает высокими адгезивными характеристиками и обеспечивает надежный гемостаз. В аллогерниопластике послеоперационных грыж необходимо резко ограничить применение электрокоагуляции с целью гемостаза. Применение нового отечественного препарата, местного гемостатика «Гемогубка» коллагеновая при аллогерниопластике больших вентральных грыжах является эффективным препаратом в качестве средства профилактики сером, гематом, снижения раневого отделяемого и гнойных осложнений. Разработанные нами комплекс мероприятий позволил снизить послеоперационные осложнения, сроки пребывания больных в стационаре в I основной группе - $5,9 \pm 1,74$ койко-дней, в II основной группе - до $6,1 \pm 2,12$ койко- дней, а в контрольной группе - $11,3 \pm 3,47$ койко-дней.

Литература

1. Неспецифические факторы защиты и система цитокинов при послеоперационных вентральных грыжах. / Зупаров К.Ф., Турсуметов А.А., Низамова М.З., Самаридинова Д.Ю., Рахматуллаева Д.М. // Узбекистонда илмий тадқиқотлар: даврий анжуманлар – 2022 - №18 – С. 348-355.
2. Садыков Р.А., Исмаилов Б.А., Ким О.В. Новое пленочное покрытие из производных целлюлозы для местного гемостаза. Новости хирургии. Том 27. - № 3. -2019. -С. 256-263.
3. Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю., Помазков А.А., Сулима В.И. Экспериментальное обоснование способа профилактики послеоперационных раневых осложнений герниопластики // Современные проблемы науки и образования. -2017.-№3.-С.17-23.
4. Суковатых Б.С., Валуйская Н.М., Пашков В.М., Алименко О.В., Григорьян А.Ю. Показания и выбор технологии протезирования брюшной стенки для профилактики и лечения послеоперационных вентральных грыж. Бюллетень сибирской медицины. 2016; 1 (15): 89–97.
5. Паршиков В.В. К вопросу о возможности применения ультралегких титансодержащих сетчатых эндопротезов для пластики брюшной стенки в условиях инфицирования (экспериментальное исследование) / Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2016.-№11.- С.64-70.



TANA VAZNINI KAMAYTIRISHDA OPERATIV VA NOOPERATIV USULLARNING SAMARADORLIGINI TAQQOSLASH

Kudratova Nasiba Alisherovna

TTA, 2-son ichki kasalliklar va
endokrinologiya kafedrası assistenti
Telefon: +998901788553
nasiba4333@gmail.com

Shagzatova Barno Xabibullaevna

TTA, 2-son ichki kasalliklar va
endokrinologiya kafedrası, t.f.d., professor
Telefon: +998901788553
b.shagzatova@gmail.com

ANNOTACIYA: Semizlikning tarqalish sur'atini iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda ham, rivojlanayotgan mamlakatlarda ham epidemiya sifatida baholasa bo'ladi. JSST tomonidan chop etilgan ma'lumotlarga ko'ra, semizlikning halokatli ko'lamlarda o'sishi 2014-yilda 1,9 mlrd yoshi katta aholining (18 yosh va undan katta) ortiqcha vaznga ega bo'lishiga olib kelgan, ulardan 600 mln kishi semizlikdan aziyat chekkan. Agar ushbu tendensiyalar saqlansa, 2030-yilga kelib dunyo aholisining 60% ga yaqini, ya'ni 3,3 mlrd kishi ortiqcha vazndan (2,2 mlrd) yoki semizlikdan (1,1 mlrd) aziyat chekishi mumkin. Tana vaznini pasaytirish semizlik bilan birga kechadigan kasalliklar rivojlanishi xatarini kamaytirish, ularning manifestatsiyasi muddatlariga sezilarli ta'sir qilish yoki ularning yaxshiroq kechishiga ko'maklashish imkonini bergani uchun, semizlikni davolash masalalari favqulodda dolzarblik kasb etmoqda. Shu munosabat bilan biz dori-darmonli terapiya va bariatrik jarrohlik negizida morbid semizlik bilan kasallangan bemorlarda tana vazni indeksining pasayishini qiyosiy baholashga qaror qildik.

KALIT SO'ZLAR: Morbid semizlik, bariatrik jarroxlik, liraglutid, tana vazni indeksi.

Tadqiqot maqsadi: Morbid semizlik bilan kasallangan bemorlarni kompleks tekshirish asosida, semizlikni operativ va nooperativ davolash usullarini qiyosiy tashxislash, ya'ni tana vazni va bel aylanasi shu guruhlarda o'zgarishini ko'rib chiqishdan iborat.

Materiallar va uslublar: Tadqiqotda morbid semizlik bilan kasallangan 115 nafar bemor qatnashdi, ularning o'rtacha yoshi $45,8 \pm 5,2$ ni tashkil qildi. Dastavval, davolash ishlari o'tkazilganidan keyin 1,3,6,9,12 oydan so'ng bemorlarning hammasiga antropometrik tadqiqot (bo'yini, tana vaznini, TVI, bel aylanasini va son aylanalarni o'lchash) o'tkazildi. Tana vazni indeksi $TVI = \text{kg}/\text{m}^2$ formulasi bo'yicha hisoblandi.

Ikkita guruh shakllantirildi: tana vaznini kamaytirish bo'yicha jarrohlik aralashuvi o'tkazilgan bemorlar (1-guruh) va dori-darmonli terapiya o'tkazilayotgan bemorlar (2-guruh), ularga 1,8 mg/sut dozada liraglutid tayinlandi. Guruhlarni to'plash parallel ravishda o'tkazildi: bariatrik jarrohlik guruhiga kiritilgan har bir bemorga dori-darmonli terapiya guruhidan yoshi, jinsi, TVI, semizlikning davomiyligi bo'yicha maksimal taqqoslasa bo'ladigan bemor tanlandi.

Natijalar. TVI o'zgarish dinamikasi 1-guruhda ham, 2-guruhda ham kuzatuvlarning 1,3,6,9,12 oyidan keyin baholandi. Semizlik bilan kasallangan bemorlarning 1-guruhida BO o'tkazilganidan keyin tana vazni indeksi butun kuzatuvlar davrida sezilarli darajada kamaygan. Tana vazni indeksining eng jiddiy kamayishi kuzatuvlarning birinchi oyida kuzatilgan, xususan, BOdan keyingi birinchi oy davomida TVI keyingi pasayish tendensiyasi bilan $6,4 \text{ kg}/\text{m}^2$ ga pasaygan, kuzatuvlarning 12 oyi davomida esa tana vazni indeksi $47,8$ dan $31,2 \text{ kg}/\text{m}^2$ gacha pasaygan. 2-guruhdagi bemorlarning tana vazni indeksi kuzatuvlarning 6 oyidan keyin sezilarli darajada, ya'ni keyingi pasayish tendensiyasi bilan $47,1$ dan $42,3$ gacha pasaygan.

Taqqoslanayotgan ikki guruhda ham tana vazni indeksi aralashuvlardan keyin 6 va 9 oydan so'ng sezilarli darajada pasaygan. BO guruhida TVI dori-darmonli terapiya guruhidagi bemorlar bilan solishtirganda aralashuvdan so'ng 6 oydan keyin ham, 9 oydan keyin ham pasaygan.

Xulosalar: Guruhlar o'zaro solishtirilganda 1-guruhdagi bemorlarda tana vazni indeksi 12 oy davomida $47,8$ dan $31,2$ gacha, 2-guruh bemorlarda esa $47,8$ dan $37,1$ gacha kamaygani kuzatilib, 1-guruhda 2-guruhga nisbatan ishonchli past natija ($p < 0,05$) aniqlandi.



ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рахимова Ситора Хикматовна
ТМА, кафедра внутренние болезни №2
и эндокринология, докторант
Телефон: +998973069966
sitora.raximova90@mail.ru

Шагазатова Барно Хабибуллаевна
ТМА, кафедра внутренние болезни №2
и эндокринология, д.м.н., профессор
Телефон: +998901788553
b.shagazatova@gmail.com

Аннотация. По статистическим данным Всемирной организации здравоохранения, проблема ожирения приобретает катастрофические масштабы во всем мире и к 2025 г может превысить 18% среди мужчин и 21% среди женщин, причем в отдельных государствах этот показатель будет гораздо выше. Так, в 2016 г. в мире более 1,9 млрд взрослых старше 18 лет имели избыточный вес, из них свыше 650 млн страдали ожирением (около 13% взрослого населения планеты (11% мужчин и 15% женщин)). По оценкам Всемирной федерации ожирения,

Ключевые слова: ожирение, абдоминальное ожирение, индекс массы тела, медикаментозное лечение ожирения, орлистат, лираглутид.

Цель исследования. оценить приверженность и отношение пациентов к медикаментозному лечению ожирения по результатам анкетирования больных проспективного амбулаторного регистра.

Материалы и методы. В ходе исследования 305 пациентов с ожирением были опрошены по анкете, включавшей вопросы самооценки в отношении собственной массы тела, назначения лечения ожирения врачами, приверженности пациентов выполнению данных рекомендаций, склонности к самолечению. У 213 (69,8 %) человек, ответивших на вопросы анкеты, было диагностировано ожирение I степени, у 63 (20,7 %) – ожирение II степени; ожирение III степени было выявлено у 29 (9,5 %) пациентов. Окружность талии у женщин в среднем составила $104,7 \pm 12,9$ см, у мужчин – $116,7 \pm 9,6$ см – все больные имели абдоминальное ожирение. У 263 (86,2 %) человек была артериальная гипертензия, у 117 (38,4 %) – ишемическая болезнь сердца; сахарный диабет 2го типа диагностирован у каждого 4го пациента – 85 (27,2 %); фибрилляция предсердий – у 55 (18 %) больных; 48 (15,7 %) пациентов имели в анамнезе инфаркт миокарда, 23 (7,5 %) – мозговой инсульт.

Результаты. Согласно результатам анкетирования, только каждый 4й пациент – 77 (25,2 %) – из 305 участвовавших в опросе знал о возможности медикаментозного лечения ожирения. Преимущественно пациенты получали рекомендации по немедикаментозному лечению – 242 (79,3 %). Пациентам было рекомендовано снижение калорийности рациона, 194 (63,6 %) – и увеличение физической активности. Лекарственные средства для коррекции массы тела были рекомендованы больным со II и III степенью ожирения 37 (12,1 %) по сравнению с больными с ожирением I степени ($p < 0,0001$), и принимали они ее значительно чаще ($p < 0,0001$). На момент опроса 42 (13,8 %) получали, лекарственные препараты для лечения ожирения (комбинированная терапия орлистат и лираглутид).

Заключение. По результатам исследования медикаментозное лечение ожирения назначено только больным со II и III степенью ожирения, что было обусловлено крайне низкой информированностью пациентов о возможностях медикаментозной терапии в лечении избыточной массы тела и ожирения. В этой связи большую популярность приобрели биологически активные добавки, самостоятельно применяемые больными для снижения массы тела.

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ ТАДКИКОТЛАР: ДАВРИЙ АНЖУМАНЛАР: 18-ҚИСМ

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусаҳҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шаҳрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 30.11.2022

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