

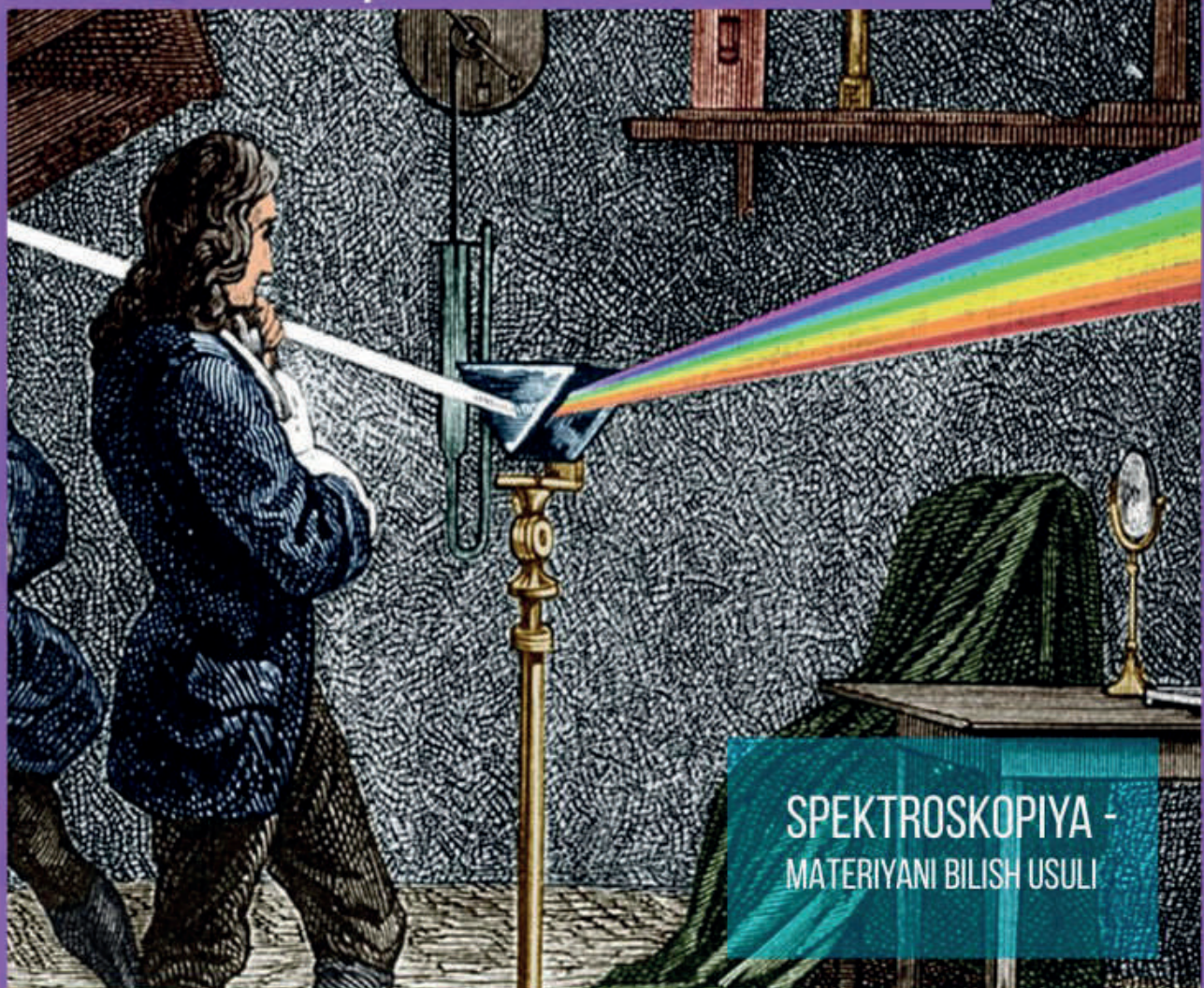
ANJUMAN | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES | RESPUBLIKA KO'P TARMOQLI ILMYIY KONFERENSIYA

YANG O'ZBEKISTON: INNOVATSIYA, FAN VA TA'LIM

CONFERENCES.UZ

2023

DAVRIYLIGI:
2018-2023



SPEKTROSKOPIYA -
MATERIYANI BILISH USULI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI VA XORUJY OLIY TA'LIM MUASSASALARI PROFESSOR-O'QITUVCHILARI, YOSH OLIMLAR, DOKTORANTLAR, MAGISTRANTLAR VA IQTIDORLI TALABALAR



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



YANVAR №48

**ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН:
ИННОВАЦИЯ, ФАН
ВА ТАЪЛИМ
18-ҚИСМ**

**НОВЫЙ УЗБЕКИСТАН:
ИННОВАЦИИ, НАУКА
И ОБРАЗОВАНИЕ
ЧАСТЬ-18**

**NEW UZBEKISTAN:
INNOVATION, SCIENCE
AND EDUCATION
PART-18**

ТОШКЕНТ-2023



УУК 001 (062)
КБК 72я43

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” [Тошкент; 2023]

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” мавзусидаги республика 48-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 январь 2023 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2023. - 46 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар «Харакатлар стратегиясидан – Тараққиёт стратегияси сари» тамойилига асосан ишлаб чиқилган еттита устувор йўналишдан иборат 2022 – 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси мувофик:– 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 тахтил 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 Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети Хорижий тиллар факультети ўқув ишлари бўйича декан ўринбосари

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

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

19.Фармацевтика

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

20.Ветеринария

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

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Проф. Хамидов Муҳаммадхон Ҳамидович «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

**БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

1. Avezova Muhabbat Shuxratovna, Safarova Lobar Ibragimovna SALOMATLIK VA TIBBIY MADANIYAT.....	7
2. Mirzajonova Sabxon Abjalilovna XOTIRA IMKONIYATLARI.....	9
3. Saidova Munisa Sadriddinovna, Soliyeva Nilufar Nurnazar qizi YOTOQ YARALARINI DAVOLASH VA OLDINI OLIHNING ZAMONAVIY USULLARI.....	10
4. Садиқов Р.А., Хаялиев Р.Я., Рустамов А.Э., Эшмуродова Д.Б., Садиқов Р.А., Хаялиев Р.Я., Рустамов А.Э., Эшмуродова Д.Б., МОДЕЛИРОВАНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	12
5. Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Рихсиев З.Г., Ганиев Р.С. СЛУЧАИИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБРАЗОВАНИЯ- МИ В ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ.....	18
6. Ганиев Рузимурад Сарвар угли, Пахомов Г.Л., Худайбергенов, Ш.Н., Рихсиев З.Г., Ганиев Р.С ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕКТИ.....	22
7. Халилова Диловар Захириддин кизи, Алиева Анна Валерьевна РИСК ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПО ПРИЧИНЕ COVID-19.....	23
8. Алиева Анна Валерьевна, Халилова Диловар Захириддин кизи SARS-CoV2 ИНФЕКЦИЯСИ, COVID-19 КЕЧИШИ ВА ПРОГНОЗИГА ГИПОГЛИКЕМИК ТЕРАПИЯНИНГ ТАЪСИРИ.....	24
9. Юлдашева М.Т МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПАРАЗИТОВ.....	25
10. Ибрагимова З.Ж. ФАКТОРЫ ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ОЖИРЕНИЕ И ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПОСЛЕДСТВИЯ ОЖИРЕНИЯ.....	27
11. Ишонходжаев О. Д., Садиқов Н.С., Рихсиев З.Г., Мухаммедов М.С., Тургунов И. Ф. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ЛАРРЕЯ.....	29
12. Мухаммедов Муроджон Самандар угли СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ЛАРРЕЯ.....	32
13. Хайдаров Камбарали Имомалиевич, Усманова Дурдона Джурабаевна СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДИК МОДИФИЦИРО- ВАННОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ УЛЬТРАФИЛЬТАЦИИ КРОВИ ВО ВРЕМЯ ИСКУС- СТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	33
14. To'xtayev Avazbek G'ayrotovich, Ismoilov Komiljon Tuygunovich SURXONDARYO (TERMIZ) MISOLIDA LEYSHMANIYOZ KASALLIGINING XARAKTERISTIKASI VA PROFILAKTIKASI.....	35
15. Жабборов Сардорбек Собирович КУРЕНИЕ УБИВАЕТ.....	37
16. Дусмуратов Мирзанозим Мирзабекович, Нажмитдинов Жамолитдин Юсуфович, Миралимов Мирмухитдин Миртурсунович О МЕРАХ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАЗВИТИЮ ПРОИЗВОДСТВА СОВРЕМЕННЫХ ПРОТЕЗОВ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ПОВЫШЕНИИ РОЛИ ГОСУДАРСТВА В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ КАЧЕСТВЕННОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕ- ДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	38
17. Исмаилова Манзура Мурадин кизи, Сафарова Зиёда Рўзибоевна БАЧАДОН МИОМАСИ ВА БЕПУШТЛИК БИЛАН КЕЧ ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР- ДА РЕПРОДУКТИВ ТИЗИМНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ БАЪЗИ ПАРАМЕТ- РЛАРИ.....	43
18. Мавлянова Нозима Тохиржонова АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕ- РИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.....	44



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

SALOMATLIK VA TIBBIY MADANIYAT.

**Avezova Muhabbat Shuxratovna,
Safarova Lobar Ibragimovna**
Buxoro Abu Ali ibn Sino nomidagi
jamo'a salomatligi texnikumi
“Hamshiralik ishi” kafedrası
o'qituvchilari.

Annotatsiyasi: Sog'lik — bebaho boylik. Sog'lom odamni boy deyish mumkin. Kasal odamga hech qanday mol-dunyo tatimasligini yosh bola ham biladi. Tibbiy madaniyat faqat moddiyatga bog'liq emas. Unda xohish, e'tibor birlamchi. Arzimas, mayda-chuyda deb biladigan masalalarga ham e'tibor qaratish orqali tibbiy madaniyat shakllanadi. Zamon o'zgarayapti, qarashlar o'zgarayapti. Kimdir sport-sog'lomlashtirish markazlariga, sog'lom ovqatlanish kurslariga, turli shifo muolajalariga borayapti, yana kimdir parhez qilayapti. Odamlar hayotni qadrlashni o'rganayapti. Bu ham ularning tibbiy madaniyati oshayotganining bir belgisi.

Kalit so'zlar: Sog'lik, sport, aholi, tibbiy madaniyat, shaxsiy gigiena, sanitar-gigienik madaniyat, ekologik madaniyat, zararli odatlar, sog'lom turmush tarsi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ekspertlarining fikricha, inson sog'lig'ining 20 foizi irsiy omillarga, 20 foizi atrof-muhitga, 8-10 foizi tibbiy xizmatga, qolgan 50 foizi esa turmush tarziga, ya'ni hayot kechirish darajasiga bog'liq ekan. Demak, inson salomatligi har jihatdan uning o'z qo'lida desak, xato bo'lmaydi. Salomatlikni asrashning eng muhim sharti esa tibbiy madaniyatni shakllantirish hisoblanadi. Tibbiy madaniyat kundalik turmushni inson organizmi va u yashayotgan muhit qonuniyatlaridan kelib chiqib salomatlikni saqlash hamda mustahkamlashga qaratilgan tadbirlardan iborat. Unumli mehnat qilish, maroqli dam olish, jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish, organizmni chiniqtirish, shaxsiy gigienaga rioya qilish, tartibli va to'g'ri ovqatlanish, zararli odatlardan o'zini tiyish, doimiy ravishda shifokor ko'rigidan o'tib turish tibbiy madaniyatni tashkil etadi. Rivojlangan mamlakatlarda tibbiy madaniyat shu darajada yuqoriki, bizda uchraydigan kasalliklarning 80 foizi ularda deyarli yo'q. Aholining 80-90 foizi parhezga rioya qiladi, hayot tarzini sport bilan o'tkazadi, qat'iy tartib-qoidalarga rioya qiladi. Qisqacha aytganda, umrni uzaytirish choralari ko'radi. Chunki ularda tibbiy madaniyat yuksak. Uzoq umr ko'rish tibbiy madaniyatga ko'p jihatdan bog'liq. Biz hozir sog'lom bo'lish bosqichidamiz. Tibbiy madaniyat to'liq shakllanganidan keyin uzoq umr ko'rish choralari ko'rishga kirishamiz. Tibbiy madaniyatni oshirishda turli tadbirlar, davra suhbatlari, uchrashuvlar ma'lum ma'noda yordam berishi mumkin. Hammasi insonning o'ziga bog'liq. Xalqimizda kamroq uxla, kamroq gapir, kamroqye, degan gaplar bejiz aytilmagan. Bunda hikmat ko'p. Bu odatlar nasldan naslga o'tsa, avlodlar bardavomligi ta'minlanadi. Loqayd va dangasa kishilar kam yashaydi yoki ko'proq kasallikka chalinadi. Umuman olganda, inson salomatligi, birinchi navbatda, o'zi uchun muhim. Shifokorlar esa salomatlikni asrash haqida yo'l-yo'riq beradi, xolos. Qars ikki qo'ldan chiqadi. Tibbiyot xodimlari har qancha jon kuydirgani bilan odamning o'zida intilish, harakat bo'lmasa qiyin. Afsuski, aholining tibbiy va sanitar-gigienik madaniyati darajasiyetarli bo'lmagani tufayli profilaktikaga emas, kasalliklar bilan kurashishga asosiy e'tibor qaratilayapti.

2018 yil 18 dekabrda Prezidentimizning “Yuqumli bo'lmagan kasalliklar profilaktikasi, sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlash va aholining jismoniy faolligi darajasini oshirish choratadbirlari to'g'risida”gi qarori qabul qilindi. Ushbu qarorda tibbiy-profilaktika sohasida olib boriladigan ishlarni takomillashtirish, aholi orasida sog'lom turmush tarzini, jismoniy faollik va to'g'ri ovqatlanish madaniyatini keng targ'ib etish, zararli odatlarga qarshi kurashish, aholining



tibbiy madaniyatini rivojlantirish singari vazifalar qayd etilgan.

Tibbiy madaniyat darajasi qancha yuqori bo'lsa, aholining kasallikka chalinish xavfi shuncha kamayadi, kasalliklarning surunkali shaklga o'tib ketmasligi yoki nogironlikka chalinishining oldi olinadi. Shuningdek, insonda ishchanlik kayfiyati barqaror bo'lishi ta'minlanadi.

Tibbiy madaniyat ekologik madaniyat bilan chambarchas bog'liq. Atrof-muhit tozaligi salomatlik garovi deb bejizga aytilmagan. Musaffo havo, go'zal tabiat, betakror manzaralarni ko'rib, odamning bahri dili yayraydi. Afsuski, shunday go'zal manzaraga dog'dek bo'lib turgan chiqindilarni ko'rganda ta'bingiz xira bo'ladi. Ilgari hovlilar supurib-sidirilganda chiqindilar hech qachon darvozaning tashqarisiga chiqarib qo'yilmagan. Chunki yoshi ulug' insonlar chiqindi oyoq ostida, ko'zga ko'rinadigan joyda turmasin, bexosiyat bo'ladi deb uqtirishgan. Ko'cha-ko'yda, yo'llar va ariqlar yoqasida sochilib yotgan chiqindilar inson salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Xazonlarni yoqish bilan faqat havo ifloslanmaydi, balki turli kasalliklar ham kelib chiqishi mumkin.

Shu o'rinda yana bir masala. Mamlakatimizda bolalarni boshqariluvchi yuqumli kasalliklar profilaktikasi bo'yicha bepul emlash ishlari amalga oshiriladi. Bu ham bolalarni turli kasalliklardan asrashga qaratilgan. Ayrim yosh onalarning tibbiy madaniyatiyetarli bo'lmagani uchun emlashni tushuntirish qiyin kechadi. Tibbiyot xodimlarining uyma-uy yurib yoki maktab va kollejlarga borib o'tkazgan targ'ibot ishlari, nazarimda, yetarli samara bermayapti. Chunki eshitgan boshqa, ko'rgan boshqa. Shuning uchun ommaviy axborot vositalarida ta'sirchan, qisqa-qisqa ijtimoiy reklamalar berib turish kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1 .E.I.Musaboev, A.Q.Bayjanov “YUqumli kasalliklar, epidemiologiya va parazitologiya”. Toshkent, “O'zbekiston milliy entsiklopediyasi” Davlat ilmiy nashriyoti, 2006 yil
2. A.G.Raxmanova, V.K. Prigojina.«Инфекционные болезни». Sankt-Peterburg, izdatelstvo Piter, 2001 yil
3. YUqumli kasalliklar // Axmedova M.D. va boshq. Toshkent-2012.
4. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha vaqtinchalik ko'rsatmalar (oltinchi versiya) Toshkent -2020



XOTIRA IMKONIYATLARI.

Mirzajonova Saboxon Abjalilovna
Fargona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Fiziologiya kafedrası assistenti
Telefon: +998993679483
saboxonmirzajonova@gmail.com

ANNOTATSIYA: Xotira - bu vaqt va makonda mavjud bo'lgan o'tmishdagi tasvirlarning takrorlanishi, ya'ni hayotimizning muayyan davrlari va voqealari bilan bog'liq. Esda tutilganda, hayot voqealari bu jarayonni osonlashtiradigan o'ziga xos qo'rg'on bo'lib xizmat qiladi.

KALIT SO'ZLAR: Xotira, mexanizm, aspekt, ong, diqqat, idrok, axborot, operativ, neyron, ferment, DNK, impuls, stimul

Xotiraning fiziologik mexanizmlari. Miyada qayd qilingan axborotlar uzoq va qisqa muddatlarda saqlanib qoladi. Aynan shularga asosan xotirani qisqa muddatli va uzoq muddatli turlarga farqlanishi yuzaga kelgan. Taxmin qilishlaricha vaqtinchalik bog'lanishlar hosil bo'lishida ishtirok etuvchi po'stloqosti hujayralari, uni qisqa muddatlarda saqlab turish uchun («qisqa muddatli» yoki «operativ» xotira) ma'lum funksional o'zgarishlar yuz beradi. Shartli va shartsiz qo'zg'atuvchilar bilan qo'zg'atilgan neyronlar zanjiri qator bog'lanish tugunlari bilan aylanma ritmik faollikga asosan qamrab olinadi va nerv impulslarining tutashgan neyronlar zanjiri bo'ylab aylanishi asosida qisqa muddatli xotira shakllanadi.

Nerv bog'lanishlarni uzoq muddat ushlab turilishi («uzoq muddatli xotira») sinaps apparatidagi o'zgarishlar yoki nerv hujayralari tanasidagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Bir turdagi nerv impulslarini po'stloq neyronlari dendritlarining tolalaridan bir necha marta o'tganda aylanma yo'ldagi neyronlarning tanasi va aksonlari o'lchami jihatidan kattalashadi, bu esa o'z navbatida neyronlarning sinaptik faolligini oshiradi deb taxmin qilinadi.

Uzoq muddatli xotiralar nerv qo'zg'alishlarini o'tkazuvchi mediatorlarni sintezlanishiga ta'sir ko'rsatuvchi trofik jarayonlarning o'zgarishi bilan bog'liq degan taxminlar ham bildirilgan. Xotira izlarini neyron qo'zg'aluvchanligini darajasini boshqaruvchi ionlarni qayta taqsimlanishi bilan fermentlar tizimining murakkab tuzilishi bilan bog'lab tushuntiradilar. Keyingi yillarda xotira izlarini o'zida olib yuruvchi material sifatida nuklein kislotalari va oqsillarni roli haqidagi fikrlar keng tarqalmoqda. Ko'pchilik izlanuvchilarni fikricha uzoq muddatli xotiralarning material substrati bo'lib nerv hujayralari yadrosining DNK si hisoblanadi

Xotira izlarini ayrim hujayralar ham saqlab qolish xususiyatiga ega bo'lishi haqidagi ma'lumotlar ham mavjud. Bu esa vaqtinchalik bog'lanishlarning tutashishi xotiraning mexanizmlaridan biri deb qarashga asos bo'ladi, tashqi stimullovcini bir martagina ta'siri ham chuqur iz qoldirishi mumkinligi haqidagi ma'lumotlar ham bor. Shuni qayd qilish kerakki, odamning xotirasi miyaning turli tuzilmalarini o'zaro ta'siri tufayli bajariladigan murakkab dinamik jarayondir.

Xotira xaqida hozirgi kundagi tasavvurlar juda keng va xilma xil. Uning mexanizmlarini aniqlanishi va uning asosiy jarayonlaridan biri xisoblangan saqlash jarayonining mexanizmlarini o'rganishdan juda qimmatli ma'lumotlar olishimiz mumkin.

Ma'lumotlarni yodlash saqlash kabi qobiliyatlar zamonamizda juda qadrlanadi. Ma'lumotlarning ko'pligi xam miyaning signallarni qabul qilishi, taxrir qilishi va saqlashining sifatiga ta'sir qiladigan omillardan biridir. Buni natijasida miyamiz o'zini ximoya qilish va organizm xayotiy zarur deb topgan ma'lumotlarnigina saqlashga javob berishga xarakat qiladi. Shuning uchun aynan xotira va uning shakllanishi bilan bog'liq bo'lgan ko'nikmalarni shakllantirishda aniq bir maqsadni va chegaralangan miqdorni olish juda muxim. axolanki biror fan, yo'nalish yoki bironta ko'nikma masalan, til o'rganish, kasb egallash kabilarda ma'lumotlarning faqat kerklisi axamiyatlisi va tizimlisi qabul qilish va ularning ustida ishlash maqsadga muvofiq.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.

1. Leaders., Indu Kurana darsligi asosida Fiziologiya asoslari. A., 2021
2. Guyton A, Hall John E., Medical Physiology. Philadelphiya
3. M Fayzullayeva., Xotira bilan bog'liq kasalliklar va ularning kelib chiqishi, T., - 2021
4. Qodirov B., Layoqat psixologiyasi, T., 1989;
5. Shoumarov G., Oila psixologiyasi, T., 2000;
6. <https://eurodomik.ru/uz/materials.html>
7. <https://uz.warbletoncouncil.org/memoria-procedimental-11947>



YOTOQ YARALARINI DAVOLASH VA OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY USULLARI

**Saidova Munisa Sadriddinovna,
Soliyeva Nilufar Nurnazar qizi**
Buxoro Abu Ali ibn Sino nomidagi
jamoat salomatligi texmikumi o'qituvchisi
Tel.: 94 546 27 06

Annotatsiya: Yotoq yara — ko'pincha darmonsiz, og'ir xastalik oqibatida uzoq vaqt ko'rpato'shak qilib yotib qolgan bemorlarda tananing suyak bo'rtib chiqqan joylari (dumg'aza, tirsak, tovon, kallaning ensa qismi)da paydo bo'ladigan yara. Yotoq yara-tananing ma'lum bir qismi doimiy bosim ostida bo'lib, shu yerda qon aylanishining buzilishi natijasida rivojlanuvchi terining yarali-nekrotik zararlanishi hisoblanadi. Uzoq vaqt bir xil holatda, chalqancha yotishga majbur bemorlarda aksari yotoq yaralar paydo bo'ladi.

Kalit so'zlar: Yotoq yara, sepsis, gazli gangrena NORTON, VATERLOU, BREYDEN

Yotoq yara eng ko'p hosil bo'ladigan soha dumg'aza, kam hosil bo'ladigan joylar-kurak, ensa, tirsak, quymuch sohalar Yotoq yara klassifikatsiyasida 5ta bosqich farq qiladi. Asosan bo'rtib chiqqan suyaklar teri osti yog' qatlamining yuqaligi va terining doimo bosilib, mahalliy qon aylanishining buzilishi sabab bo'ladi. Yostiqtumor. Bunda yumshoq to'qimalar iriydi. Uzoq, vaqt bitmaydigan chuqur Yotoq yara orqa miya shikastlanganda, shuningdek, orqa miyaning siqilib qolishi bilan kechadigan kasalliklarda; yirik nervlar, mas, quymich nervi zararlanganda esa tovonida hosil bo'ladi. Vitamin yetishmovchiligida, moddalar almashinuvi buzilganda Yotoq yaraning paydo bo'lish xavfi ko'payadi. Yuraktomir sistemasi yetishmovchiligiga chalinib, tinkamadori qurigan bemorlarda Yotoq yara tez — bir kun ichida hosil bo'lishi mumkin. Yotoq yarada yuqumli kasalliklar (toshmali terlama, ich terlama va b.) zo'rayib ketadi. Shilliq qavatni yot jismlar qisib qo'yganida ham Yotoq yara paydo bo'lishi ehtimoli bor. Bemorni notekis to'shakka yotqizish, choyshabning ifloslanib, yig'ilib qolishi, ich kiyimning choklari va burmalari qalin bo'lishi, uringa to'kilgan ovqat qoldiklari, bemorni palapartish parvarish qilish Yotoq yara hosil bo'lishiga olib keladi. Yotoq yara astasekin rivojlanganda avvaliga chegarasi noaniq ko'kimtirqizil soha ko'zga tashlanadi, so'ngra epidermis (terining yuza qavati) ko'chib tusha boshlab, pufakchalar hosil bo'ladi (bu jarayon bo'lmasligi ham mumkin). Ichkariga va yon tomonlarga yiringli shish tarqalib, muskul, pay va suyaklar usti ochilib qolib, nekroz (to'qimalarning irishi) ro'y beradi. Yotoq yaradan saramas, flegmona, sepsis, gazli gangrena kabi asoratlar qolishi mumkin. Oldini olish. Bemorni to'g'ri parvarish qilish va holatini muntazam ravishda o'zgartirib turish (agar bunga monelik bo'lmasa, miyasiga qon quyilmagan va miokard infarqti bo'lmagan bo'lsa); uni choyshab tekis qilib yozilgan maxsus to'shakka yotqizish va h. k. Yotoq yara hosil bo'lishi ehtimoli bo'lgan joylarga, mas, dumg'aza va quymich tagiga choyshab o'ralgan yoki jild kiydirilgan rezina tuvak, tovon tagiga ichiga paxta solingan doka doiralar qo'yiladi; bemor qorni bilan yotganda esa bunday doiralar tizza qopqog'i, do'nklar va yonbosh suyaklari tagida bo'ladi. Badanning eng ko'p botadigan joylari kuniga 1—2 mahal kamfora spirti yoki boshqa spirtli eritmalar bilan artib turiladi. Bunda yengil massaj (uqalash) ham qilib boriladi (yana q. Bemorni parvarish qilish). Asosan ultrabinafsha nurlar, antiseptik vositalar, margansovka (kaliy permanganat) va h. k. bilan davolaniladi. Yotoq yara paydo bo'lganda bemorning umumiy ahvolini hisobga olgan holda doridarmonni vrach tayinlaydi. Yotoq yaralarning paydo bo'lishiga qoq suyak bo'lib oriqlab ketish, yurak faoliyati susayib, qon aylanishining yetishmay qolishi, markaziy nerv sistemasining kasalliklari (orqa miyaning travmatik shikastlanishi), shuningdek qandli diabet sabab bo'ladi. Markaziy nerv tizimi kasalliklarida paydo bo'ladigan yotoq yaralar juda tez, xastalik boshlangandan keyin bir necha soat ichida avj oladi, qandli diabetga uchragan bemorlardagi yotoq yaralar esa juda uzoq davom etadi va ularni davolash qiyin bo'ladi. Yotoq yaraning yuzaga kelishiga ko'pincha bemorlarni yaxshi parvarish qilmaslik: notekis, qattiq o'rin, uning tez-tez to'g'rilanib turilmasligi, almashtirilmasligi va shu sababli choyshabda mayda ushoqlar, burmalar bo'lishi, choyshab va ko'ylakdagi choklar, bemor ich kiyimini kam almashtirish, siydik va axlat tegib bulg'angan badan terisini vaqti-vaqtida yuvib turmaslik sabab bo'ladi. Yotoq yaraning yuzaga kelishiga ko'pincha bemorlarni yaxshi parvarish qilmaslik: notekis, qattiq o'rin, uning tez-tez to'g'rilanib turilmasligi, almashtirilmasligi va shu



sababli choyshabda mayda ushoqlar, burmalar bo'lishi, choyshab va ko'ylakdagi choklar, bemor ich kiyimini kam almashtirish, siydik va axlat tegib bulg'angan badan terisini vaqti-vaqtida yuvib turmaslik sabab bo'ladi. Yotoq yaralar paydo bo'lish xavfini aniqlash

Yotoq yaralar holatini baholash

15-20 xavf yuqori emas

12-15 o'rta darajali

12-yuqori darajali xavf

16 balldan past hollarda maxsus individual parvarish qilinadi

NORTON shkalasi

VATERLOU shkalasi

BREYDEN shkalasi

Yotoq yaralarni oldini olish uchun quyidagi choralarni ko'rish lozim: 1) har gal o'rinni qayta solishda bemor badanini ko'zdan kechirish, yotoq yara paydo bo'ladigan joylarga ahamiyat berish; 2) bemor badanini ozoda bo'lishini kuzatish, har kuni badanini nam sochiq bilan artish, badanining siydik va axlat tegib ifloslangan joylarini suv bilan sovunlab yuvish, so'ngra orqa va dumg'aza terisini kamfora spirti bilan artish; 3) terining bosilishiga yo'l qo'ymaslik maqsadida yotoq yaralar paydo bo'lishi mumkin bo'lgan joylarga yumshoq sochiq yoki yostiqlik jildiga o'ralgan rezina chambar qo'yiladi. 4) bemorning kuniga bir necha marta tana vaziyatini o'zgartirib turishiga yordam berish va goh u yonboshiga, goh bu yonboshiga, goh chalqancha yotishiga ko'maklashish kerak; 5) bemorning kuniga bir necha marta tana vaziyatini o'zgartirib turishiga yordam berish va goh u yonboshiga, goh bu yonboshiga, goh chalqancha yotishiga ko'maklashish kerak; 6) agar yotoq yara paydo bo'ladigan joyda teri qizarib qolgudek bo'lsa yuqorida sanab o'tilgan barcha tadbirlarni kuchaytirish va ayni vaqtda davolashga kirishish lozim. Paydo bo'layotgan yotoq yaraga kuniga 1-2 marta 5 yoki 10% li kaliy permanganat eritmasi surtiladi. YOTOQ YARALARNI DAVOLASH. YOTOQ YARALARNI DAVOLASH. Pufakchalar paydo bo'lganda ularga brilliant yashilining spirtidagi eritmasidan surtish, so'ng quruq boylam qo'yish kerak. Nekroz chegaralangandan so'ng nekrozlangan to'qima olib tashlanadi va jarohat 1% li kaliy permanganat eritmasiga otirilgan steril salfetka bilan berkitiladi. Bog'lam kuniga 2-3 marta yangilanadi. Jarohat tuzala boshlaganda Vishnevskiy malhami, peruan va paxta moyining aralashmasi, sintomitsin emulsiyasi va boshqa malhamli bog'lamlarga o'tiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Zokirova K.O', Toxtamatova D.O' «Hamshiralik ishi asoslari». Toshkent, 2012
2. Tolkachyova O.V., Zinkovskaya I.V. «Основы сестринского дела». Toshkent, CHo'lon nashriyoti, 2009
3. Inomov K.S. «Hamshiralik ishi asoslari». Toshkent, O'zbekiston milliy nashriyoti, 2007
4. D.M.Sabirov, A.Z.Gazizov «SHoshilinch holatlar» Farg'ona, «Farg'ona nashriyoti», 2005 yil.
5. Nazirov F.G. «Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish». Toshkent, Abu Ali ibn Sino nashriyoti, 2003



УДК 616.353-002.3-007.253-089

МОДЕЛИРОВАНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Садиков Р.А.,

д.м.н., профессор, руководитель отделения

Хаялиев Р.Я.,

д.м.н., старший научный сотрудник

Рустамов А.Э.,

докторант

Эшмуродова Д.Б.,

докторант

Республиканский Специализированный

Научно-Практический Медицинский

Центр Хирургии имени акад. В.Вахидова

rustamov_a@mail.ru

Телефон:+998907707701

Аннотация. Авторами разработана модель формирования экстрасфинктерного свища прямой кишки у крыс позволившая воспроизвести аналогичное состояние имеющее место у человека.

Ключевые слова: параректальные свищи, моделирования, экспериментальная хирургия, модель параректального свища.

Актуальность: Идеальное хирургическое лечение анальной фистулы должно быть направлено на искоренение сепсиса и ускорение заживления тракта при сохранении сфинктеров и механизма удержания мочи. Для простых и наиболее дистальных свищей традиционные хирургические варианты, такие как вскрытие свищевого хода, кажутся относительно безопасными и, следовательно, хорошо принятыми в клинической практике. Тем не менее, для более сложных фистул, в которые вовлечена значительная часть анального сфинктера, остается большое беспокойство по поводу повреждения сфинктера и последующего плохого функционального результата, что совершенно неизбежно после традиционного хирургического лечения [1,2]. По этой причине за последние два десятилетия многие сфинктеросохраняющие процедуры для лечения анальной фистулы были введены с общей целью минимизировать повреждение анальных сфинктеров и сохранить оптимальную функцию. Среди них процедура лигирования межсфинктерного свищевого хода кажется безопасной и эффективной и может быть рутинно рассмотрена при сложных анальных свищах. Другой метод, заглушка анальной фистулы, полученная из подслизистой оболочки тонкой кишки свиньи, безопасна, но умеренно эффективна при длительном наблюдении, при этом показатели успеха варьируются от 24% до 88% [3,4]. Частота неудач может быть связана с его экструзией из свищевого хода. Чтобы избежать этого, была введена новая разработанная пробка (GORE BioA®), но долгосрочные данные о ее эффективности скудны. Фибриновый клей показал плохую и переменную скорость заживления (14%-74%). FiLaC и процедуры лечения анальных свищей с помощью видео, соответственно с использованием лазерной и электродной энергии, являются дорогостоящими, и их еще предстоит тщательно оценить в клинической практике. Недавно была описана терапия с использованием аутологичных стволовых клеток, полученных из жировой ткани. Их свойства регенерировать ткани и подавлять воспалительную реакцию должны быть лучше изучены на анальных свищах, и исследования продолжаются. В связи с этим мы разработали свою модель формирования параректального свища на лабораторных животных для проведения дальнейших поисков оптимальной терапии этой сложной патологии.

Материалы и методы: Эксперименты выполнены на белых беспородных лабораторных крысах весом от 250-350гр самцах. Эксперименты выполнялись согласно требованиям по гуманному обращению с лабораторными животными (Страсбург, 1986 г., Хельсинская декларация, принятая на Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации (1964-2000 гг.). Все животные были разделены на контрольную (n=20) и опытную группы (n=30).



Суть операции заключается в формировании экстрасфинктерного свища, покрытого слизистым эпителием. В последующем после формирования хронического свища выполняется операция по ликвидации свищевого хода.

Для выполнения оперативного вмешательства с формированием модели параректального свища, выстланного слизистым эпителием, необходимым условием являлось полноценная и щадящая мобилизация нисходящего отдела толстой кишки. В связи с этим в плане подготовки к операции животные 2 суток находились на голодной диете (разрешался прием воды), а также добавляли в воду слабительные средства (1 табл. сеннаде на 100 мл воды).

Оперативное вмешательство проводилось в положении животного на спине. Предварительно выстригали шерсть с передней брюшной стенки по средней линии. Под общей анестезией производилась лапаротомия по средней линии до лонного сочленения. Путем отведения петель кишечника в правую половину брюшной полости визуализировалась толстая кишки и нисходящий отдел ее мобилизовался с сохранением питающих сосудов. Селезеночный угол толстой кишки освобождался от петель тонкой кишки, соединенных тонкой брыжейкой. На 2-2,5 см выше анального отверстия производилось пересечение толсто кишки с предварительной перевязкой брыжеечных сосудов.

Через анальное отверстие вводили пуговчатый металлический зонд, кончиком которого перфорировали переднюю стенку прямой кишки на 1см выше анального отверстия. Отверстие в кишке расширяли до 0,5 см с использованием сосудистых ножниц. Через это отверстие втягивали проксимальный конец пересеченной толстой кишки и выводили через анальное отверстие с последующей фиксацией к стенкам ануса. Далее в периаанальной области на расстоянии 0,5-0,8 см производили надрез кожи. Вводили инструмент - типа москит, который проходя через подкожную клетчатку, переднюю брюшную стенку проникал в нижний этаж брюшной полости с формированием канала длиной более 1см. Кончиком инструмента захватывали дистальный конец пересеченной толстой кишки и выводили через кожное отверстие. Кишка фиксировалась 2-3 швами к коже. Для формирования узкого свищевого хода с воспалением в просвет выведенной в периаанальную область кишки вводили тонкий катетер диаметром 1 мм. После пережатия просвета кишки со стороны брюшной полости в катетер вводили 30% раствор уксусной кислоты в количестве 0,2 мл и выдерживали в течение 2 минут. Далее просвет кишки промывается физиологическим раствором. Послойное ушивание операционной раны.

Обсуждение: После операции животные начинали самостоятельно двигаться через 30 минут. Обезболивание в течение 3-х суток производили приемом *per os* ибупрофена из расчета 1 табл. на 100 мл воды.

Корм животным начинали давать через сутки после операции. Особенностью питания является добавление в пищу слабительных средств, чтобы не допустить формирование твердых каловых масс в просвете толстой кишки, что имеет место в норме у крыс.

Кишечный свищ сформировывался на 3 сутки после операции в виде свищевого отверстия с воспаленными краями и наличием швов. Кишечный свищ, аналогичный таковым у человека формировался на 7-10 сутки после операции. Представляет собой точечное отверстие без признаков воспаления кожи. При надавливании выделяется скудное отделяемое слизистого характера.

При визуальном осмотре передней брюшной стенки в динамике, после формирования свища, было установлено, что заживление ран и формирование хронического свища завершалось на 10 сутки после первичной операции с обработкой просвета кишки 0,1мл 30% раствором уксусной кислоты. При этом физиологические отправления животных были в норме. Область свища визуализировалась в виде небольшого отверстия размером до 1 мм со слизисто-гнойным отделяемым. Кончик металлического зонда свободно проходил в свищевое отверстие на расстояние до 1,5 см. При извлечении зонда определялись слизисто-гнойные выделения.

Выводы: Разработанная модель формирования экстрасфинктерного свища прямой кишки у крыс позволила воспроизвести аналогичное состояние имеющее место у человека. Экспериментальная модель характеризуется формированием свищевого канала, выстланного слизистым эпителием, внутреннее отверстие свища сообщается с просветом прямой кишки, имеется подкожный свищевой канал достаточной длины (до 1,5см), канал свища покрыт слизистым эпителием и грануляциями со слизисто-гнойным отделяемым,



свищевой канал не имеет тенденции к спонтанному полному заживлению. С момента операции до сформированного свища требуется время до 10 суток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Nottingham JM, Rentea RM. Anal Fistulotomy. 2022 May 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 32310458.
2. Parnasa SY, Helou B, Mizrahi I, Gefen R, Abu-Gazala M, Pikarsky AJ, Shussman N. External sphincter-sparing anal fistulotomy (ESSAF): a simplified technique for the treatment of fistula-in-ano. *Tech Coloproctol.* 2021 Dec;25(12):1311-1318. doi: 10.1007/s10151-021-02525-5.
3. Stellingwerf ME, van Praag EM, Tozer PJ, Bemelman WA, Buskens CJ. Systematic review and meta-analysis of endorectal advancement flap and ligation of the intersphincteric fistula tract for cryptoglandular and Crohn's high perianal fistulas. *BJS Open.* 2019 Jan 21;3(3):231-241. doi: 10.1002/bjs5.50129. Erratum in: *BJS Open.* 2020 Feb;4(1):166-167.
4. Wen K, Gu YF, Sun XL, Wang XP, Yan S, He ZQ, Zhen SG. Long-term outcomes of ligation of intersphincteric fistula tract for complex fistula-in-ano: modified operative procedure experience. *Arq Bras Cir Dig.* 2018 Dec 6;31(4):e1404. doi: 10.1590/0102-672020180001e1404.



УДК 616.353-002.3-007.253-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ МУКОЗЭКТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ФОТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ПРИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ

Садиков Р.А.,

д.м.н., профессор, руководитель отделения

Хаялиев Р.Я.,

д.м.н., старший научный сотрудник

Рустамов А.Э.,

докторант

Эшмуродова Д.Б.,

докторант

Республиканский Специализированный

Научно-Практический Медицинский

Центр Хирургии имени акад. В.Вахидова

rustamov_a@mail.ru

Телефон:+998907707701

Аннотация. Авторы изучили эффективность лазерной мукозэктомии в сочетании с фотосенсибилизацией при параректальных свищах и пришли к выводу что дополнение лазерной мукозэктомии эффектом фотосенсибилизации обеспечивает улучшение течения ранней послеоперационной реабилитации за счет достоверного снижения интенсивности болевой симптоматики начиная уже с первых суток наблюдения по отношению к традиционным операциям.

Ключевые слова: параректальные свищи, лазеры в хирургии, мукозэктомия, фотосенсибилизационная терапия.

Актуальность: Параректальные свищи чаще встречаются в возрастной группе 30-50 лет, преимущественно у мужчин, что определяет его социально-экономическую значимость [1,2]. Разработка малоинвазивных хирургических технологий в лечении хронического парапроктита является перспективным молодым направлением в колопроктологии. Все чаще в клинической практике колопроктологи используют лазерные технологии при амбулаторном лечении экстра- и трансфинктерных параректальных свищей, в частности, FiLaC (Fistula Laser Closure). Лазерное закрытие свищей (FiLaC) - это новая сфинктеросохраняющая методика лечения анальных свищей. FiLaC считается эффективным и безопасным сфинктеросохраняющим методом лечения анальных свищей с приемлемым низким уровнем осложнений. Применение модифицированной технологии FiLaC при лечении транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки позволяет минимизировать послеоперационные осложнения, сохранить функцию анального удержания, добиться заживления свищей в 80-90% случаев [3,4].

Материалы и методы: В основу работы положен анализ результатов операций у 217 пациентов с параректальными свищами различного вида. Все больные были пролечены на базе многопрофильной клиники Центра повышения квалификации медицинских работников и частной клиники «Соғлом умр». С учетом того, что предложенный метод будет впервые апробирован в клинической практике в исследование были включены только трансфинктерные свищи, охватывающие более чем 30% порции наружного анального сфинктера и различные экстрасфинктерные свищи. Все пациенты согласно обозначенным задачам были распределены на две группы исследования. В основную группу включено 56 пациентов, оперированных за 2022 год по предложенной методике лазерной мукозэктомии в сочетании с проведением фотосенсибилизации. Группу сравнения составил 161 пациент, которые были оперированы за 2020-2021 гг. Эта группа согласно способу операций была разделена на две подгруппы. Первая подгруппа – традиционная ликвидация параректальных свищей – 109 пациентов, у которых выполнялось иссечение свища в просвет прямой кишки со вскрытием и дренированием затеков или иссечение свища с ушиванием сфинктера традиционным способом. Вторая подгруппа – лазерная мукозэктомия – 52 пациента, которым выполнена лазерная мукозэктомия. Критерии включения в исследование: возраст больных



18+, без тяжелых сопутствующих заболеваний, трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи прямой кишки, первичные (то есть ранее не оперированные по поводу свища прямой кишки), длина свищевого хода не менее 2,0 см.

Большинство больных долго воздерживаются от операции из-за боязни предстоящей боли, поэтому одним из основных факторов, влияющих на физическое и психическое состояние больного после операции является интенсивность болевого синдрома. При оценке болей по шкале ВАШ в первые сутки послеоперационного периода выяснилось, что в группе традиционных операций 60,6% пациентов отмечали сильные боли – 7-8 баллов, тогда как в группе лазерной мукозэктомии этот показатель составил 32,7%, а в основной группе 26,8%. То есть, применение новых технологий достоверно уменьшила интенсивность болевого синдрома ($\chi^2=28,657$; $df=2$; $p<0,001$). Через неделю разница между всеми группами в сравнении с основной отчетлива. Если в основной группе у 21(37,5%) больных не было никаких жалоб на боли, то в группе традиционных операций этот показатель составил лишь 2(1,8%), наоборот, от сильных болей страдали 3(2,8%), тогда как в основной группе они уже не беспокоили никого ($\chi^2=42,885$; $df=4$; $p<0,001$). Закономерно, что тяжесть и длительность болевого синдрома влияет на потребность в медикаментах, а именно в НПВС. Поэтому неудивительно, что необходимости в приеме НПВС в основной группе после 3-х суток не было ни у кого. В группе лазерной мукозэктомии после 3-х дней также никто не принимал НПВС, но большинство пациентов принимало эти препараты 2-3 суток-53,8%, тогда как в основной группе 69,6% пациентов использовали НПВС 1 день ($\chi^2=7,191$; $df=2$; $p=0,028$). В группе традиционных операций более трети больных принимали НПВС 5-7 и более дней ($\chi^2=81,907$; $df=4$; $p<0,001$). Результаты операций принято оценивать по наличию или отсутствию осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Обсуждение: В основной группе и при изолированной лазерной мукозэктомии отмечалось по 1 осложнению в виде острого парапроктита ($\chi^2=0,003$; $df=1$; $p=0,958$). Чего нельзя сказать о группе больных, перенесших традиционные операции, всего 27(24,8%) осложнений, в 5(4,6%) случаях кровотечение, в 20(18,3%) недостаточность анального сфинктера 2-3 степени, 2(1,8%) случая парапроктита ($\chi^2=15,198$; $df=2$; $p=0,002$).

При лазерной мукозэктомии во время операции не иссекаются мышечные волокна, а радиальное излучение света лазера облитерирует кровеносные сосуды вокруг раны, за счет чего предотвращается осложнение в виде кровотечения и недостаточности анального сфинктера. Кровотечение из послеоперационной раны на 2 сутки после акта дефекации отмечено у 5 больных (3 экстра-, 2 -трансфинктерными свищами) в группе традиционных операций. В 3 случаях кровотечение остановлено консервативно (этамзилат натрия в/м 2 раза в день в течении суток). В других 2 случаях под местной анестезией выполнено прошивание кровоточащего сосуда мышцы (кетгут 1) со последующей коагуляцией.

Недостаточность анального сфинктера (НАС) 2-3 степени развилась у 20 больных (у 5 больных с трансфинктерными свищами с поражением глубоких мышц и 15 больных с экстрасфинктерными свищами), что было обусловлено пересечением части наружного и внутреннего анального сфинктера. При этом средний балл составил - $8,9\pm 4,6$ по шкале Wexner. В течении от 1 до 6 месяцев этот симптом регрессировал с прорастанием мышечных волокон у 16 больных. 4 больным с экстрасфинктерным свищем в последующем была предложена операция «Сфинктеропластика».

Течение послеоперационного периода непосредственно влияло на сроки выписки пациентов. В основной группе 41(73,2%) пациентов удалось выписать через 3 суток, тогда как в эти же сроки после лазерной мукозэктомии выписались половина больных ($\chi^2=6,505$; $df=4$; $p=0,165$), а в группе традиционных операций меньше трети. Средние выписки из стационара были достоверно ниже в основной группе – $3,4\pm 0,9$, в группе лазерной мукозэктомии $3,9\pm 1,3$ ($t=2,27$; $p<0,05$), в группе традиционных операций – $4,5\pm 1,5$ ($t=5,66$; $p<0,001$).

В основной группе хорошие результаты отмечены в 91,1%, удовлетворительные в 8,9%, что достоверно выше чем в группе лазерной мукозэктомии, где хорошие результаты отмечены в 76,9%, удовлетворительные в 23,1% ($\chi^2=4,069$; $df=1$; $p=0,044$). Еще больше разница с группой больных, где применены традиционные операции: хорошие результаты отмечены в 67%, удовлетворительные в 14,7%, неудовлетворительные в 18,3% ($\chi^2=14,095$; $df=2$; $p<0,001$).



Выводы: Проведенные исследования позволили обосновать, что дополнение лазерной мукоэктомии эффектом фотосенсибилизации обеспечивает улучшение течения ранней послеоперационной реабилитации за счет достоверного снижения интенсивности болевой симптоматики начиная уже с первых суток наблюдения по отношению к традиционным операциям ($p < 0,05$ на 1-7 сутки) и с третьих суток по сравнению с лазерной деструкцией ($5,1 \pm 1,3$ против $4,6 \pm 1,2$ баллов по шкале ВАШ; $t = 2,18$; $p < 0,05$).

Частота осложнений в группе сравнения с традиционными операциями составила 24,8% ($\chi^2 = 15,198$; $df = 2$; $p = 0,002$), в группе сравнения с лазерными операциями – 1,9% и в основной группе – 1,8%. Хорошие ближайшие результаты в основной группе были улучшены с 67% (в группе сравнения с традиционными операциями) и с 76,9% (в группе сравнения с лазерными операциями) до 91,1% ($\chi^2 = 14,095$; $df = 2$; $p < 0,001$ и $\chi^2 = 4,069$; $df = 1$; $p = 0,044$ соответственно).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Jimenez M, Mandava N. Anorectal Fistula. 2022 Jan 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 32809492.
2. Lange EO, Ferrari L, Krane M, Fichera A. Ligation of intersphincteric fistula tract: A sphincter-sparing option for complex fistula-in-ano. *J Gastrointest Surg.* 2016;20(2):439–44.
3. Nottingham JM, Rentea RM. Anal Fistulotomy. 2022 May 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 32310458.
4. Parnasa SY, Helou B, Mizrahi I, Gefen R, Abu-Gazala M, Pikarsky AJ, Shussman N. External sphincter-sparing anal fistulotomy (ESSAF): a simplified technique for the treatment of fistula-in-ano. *Tech Coloproctol.* 2021 Dec;25(12):1311-1318. doi: 10.1007/s10151-021-02525-5.



СЛУЧАИИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБРАЗОВАНИЯМИ В ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Пахомов Г.Л.,

Худайбергенов Ш.Н.,

Рихсиев З.Г., Ганиев Р.С.

Республиканский специализированный
научно-практический хирургический
центр на имени академика
В.В. ВАХИДОВА Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – оценка эффективности результатов с компьютерной томографии трансторакальной биопсии легкого, плевры и грудной стенки при опухолевых поражениях под контролем рентгеновского аппарата.

Ключевые слова: опухоль легкого, опухоль грудной стенки, трансторакальная биопсия, диагностика опухолей грудной клетки.

Одними из современных задач прогрессивной медицины считаются ранняя диагностика, эффективное и своевременное лечение заболеваний органов грудной полости считается одной из ключевых задач прогрессивной медицины. Особенно на ранних стадиях заболевания провести качественную дифференциальную диагностику только на основании клинических данных весьма проблематично и буквально невозможно. [1, 5, 10, 11]. Очаговые периферические образования легких обнаруживаются в 19–25 % случаев при патологических изменениях [7]. При периферическом расположении образования в легком основные методы диагностики не позволяют уточнить диагноз. Получить истинную морфологическую картину процесса в легких путем исследования мокроты, промывных вод бронхов, материала, полученного в результате бронхобиопсии, зачастую не удается [15]. Каждый из этих методов имеет ограниченные возможности, что приводит к их последовательному применению и увеличивает длительность обследования больного [4, 12–14]. Хирургические методы диагностики, такие как торакотомия, торакоскопия или трансторакальная биопсия, позволяют верифицировать диагноз.

При этом трансторакальная биопсия наименее инвазивна и дает возможность получить материал для гистологического, цитологического, бактериологического и других исследований, тем самым позволяя установить правильный морфологический диагноз [2, 8, 9]. Данный метод диагностики патологии легких, предложенный еще в 1912 г., не получил широкого распространения и выполняется в основном в специализированных клиниках и институтах [1]. Использование трансторакальной биопсии является приоритетным, поскольку методика малоинвазивна, сокращает сроки госпитализации больных на этапе диагностики в стационаре [1, 4, 9, 11]. Причиной его слабого применения в клинике является высокий риск и частота осложнений при использовании стандартных методов ведения иглы и самой биопсии. [3, 6, 16, 17].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ - В период с января 2015 г. по сентябрь 2022 г. в отделениях хирургия легких и средостения Ташкентский Республиканский специализированный научно-практический хирургический центр на имени академика В. В. ВАХИДОВА на базе кафедры торакальной хирургии лечебного факультета Ташкентского медицинского академии областной клинической больницы взято около 107 больных которые находились на лечении и обследовании с очаговыми поражениями легких, опухолями плевры и грудной стенки (47 мужчины и 60 женщин в возрасте от 16 до 70 лет). Все пациенты поступили в стационар для верификации диагноза при наличии округлого образования в легочной ткани, прилежащего или близко расположенного к грудной стенке, опухоли грудной стенки, средостения. У всех больных обследование включало такие как сбор анамнеза, изучение жалоб, физикальное обследование, общелабораторное исследования, рентгенографию, УЗИ и мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) органов грудной клетки. У большинства больных (72 человека, 81,25 %) каких-либо специфических симптомов, характерных для поражения легких и средостения, не выявлено, у 35 человек (18,75 %) имелись признаки хронического бронхита и влияющие на общее состояние больного. Абсолютными противопоказаниями



к пункции были единственное легкое, нарушение системы гемостаза, легочно-сердечная недостаточность III степени, застойные явления в легких и гипертензия в малом круге кровообращения при выраженных митральных пороках сердца.

Во всех случаях пункция проводилась стационарно под МСКТ-контролем и УЗИ. Забор материала осуществлялся в двух вариантах. Перед началом процедуры проводилась топографическая разметка на МСКТ-сканере Toshiba Aquilion 16 (Япония), наиболее оптимального для проведения малоинвазивных мероприятий за счет более широкого, чем у большинства диагностических сканеров, окна гентри (90 см). Сканирование выполнялось на свободном дыхании, толщина среза до 3 мм. Определялась топография опухоли, оптимальное место интервенции пункционной иглы для безопасного и информативного забора диагностического материала. После обработки места пункции антисептиком проводилась местная анестезия кожи в месте пункции. Врачом-рентгенологом определялись угол оптимального вхождения иглы и глубина залегания опухоли от кожи до центра и периферии опухоли. Для проведения биопсии использовалась многоцелевые биопсийные щипцы длиной 15–20 см могут использоваться для биопсии плевры, лимфатических узлов или уплотненной легочной ткани. После интервенции иглы ее ход контролировался сканированием области биопсии, при достижении области интереса проводился забор материала. Полученный материал отправлялся на патоморфологическое или цитологическое исследование. После окончания манипуляции выполнялось контрольная МСКТ-сканирование для исключения пневмоторакса и паренхиматозного легочного кровотечения. Распределение пациентов по полу и возраста представлено в табл. 1

Результаты исследования. Среди изученных 107 больных оказалось 60 женщины и 47 мужчины в возрасте от 16 до 70 лет (средний возраст $41,2 \pm 16,5$ года).

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Пол	Моложе 20 лет	20–39 лет	40–59 лет	Старше 60 лет	Итого
Ж	10	18	29	10	67
М	9	7	11	6	33
Всего	19	25	40	16	107

Как заметили на 1 таблице, новообразования грудной полости в мои исследования поражали лиц трудоспособного возраста и чаще встречались у женщин.

Таблица 2

Распределение пациентов по локализации образований

Локализация		n	%
Правое легкое	Верхняя доля	9	14,1
	Средняя доля	3	4,75
	Нижняя доля	15	23,4
Левое легкое	Верхняя доля	13	20,3
	Нижняя доля	12	18,7
Плевральная полость	Справа	4,7	5
	Слева	2	3,15
Средостение	Заднее	3,1	5
	Переднее	5	7,8

Таблица 3

Размеры новообразований в легких и плевральной полости

Размер новообразования, мм	n	%
Менее 10	4	6,6
11–20	15	23,1
21–30	27	44,3
31–40	9	11,9
41–50	6	7,8
Более 50	5	6,3



РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ: Под положительным результатом пункционной биопсии мы сделали заключения что получение при пункции материала, который позволил бы установить диагноз. Во всех случаях удалось получить достаточное количество материала, но к сожалению девяти пациентов при гистологическом исследовании материала верифицировать патологическое положение не получилось. Итоги цитологического изучения приобретенного материала представлены в табл. 3. В процессе проведения вмешательства у семи пациентов возникли осложнения: пневмоторакс (шесть человек, 7,8 %), гемоторакс (двух человек, 1,6 %) и (кровохарканье один человек, 1,6 %). Наименьшее количество осложнений (1) было при размере образований более 2 см. При возникновении пневмоторакса у четверых больных проводилось дренирование плевральной полости с последующей вакуум-аспирацией. У двух пациентов пневмоторакс было верхушечным, что нет нужды чтобы дренирования плевральной полости.

Таблица 3

Результаты цитологического исследования трансторакальных пункций

Результаты цитологического исследования	<i>n</i>	%
Плоскоклеточный рак легкого	12	13,3
Аденокарцинома легкого	6,3	9,2
Мезотелиома плевры	3	4,7
Тимома типа B	4	5
Лимфогранулематозная тимома	1	1,6
Воспалительная миофибробластическая опухоль средостения	56	33,4
Остеобластокластома	1	1,6
Туберкулома легкого	3	4,15
Метастаз рака толстой кишки	2	3,15
Абсцесс легкого	9	10,2
Послевоспалительный легочный фиброз	4,7	5,8
Саркоидоз	2	3,15
Лимфома	1	1,6
Верификации нет	2	3,15

небольшими сброс воздуха из плевральной полости прекращался в течение первых суток после выполнения дренирования, что подтверждалось рентгенографией органов грудной клетки, по которой легкие были расправлены. Дренажи удалялись на 2е сутки после дренирования. Кровохарканье, возникшее после проведения пункции, имел незначительный характер и купировалось в течение суток. Для его купирования пациентам проводилась гемостатическая терапия. Гемоторакс был разрешен при пункции плевральной полости. При повторном рентгеновском контроле рецидивов не отмечалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансторакальная пункция образований легких, грудной стенки и плевры под контролем МСКТ играет важную роль в определении дальнейшей тактики лечения пациентов. Простота техники выполнения вмешательства, умеренные затраты на специалистов, малое количество осложнений и короткие сроки пребывания в стационаре делают этот метод более популярным в общеторакальной и онкологической клинической практике. Можно использовать широко. Полученный цитологический материал дал понятие о разработке тактики дальнейшего лечения, не прибегая к «открытому» или торакоскопическому вмешательству у большого числа пациентов. Применение трансторакальной биопсии под контролем МСКТ позволило верифицировать диагноз у большинства пациентов (95,5, %). Возникшие осложнения не носили тяжелого характера и не требовали оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР

1. Чиссов В.И. Онкология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. / Chissov V.I. Onkologia: natsional'noe rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media, 2008. [in Russian]
2. Вишневский А.А., Пикунов М.Ю., Кармазановский Г.Г. и др. Малые периферические



образования легких: диагностика и хирургическое лечение с использованием современной видеоторакоскопической технологии // Эндоскоп. хир.— 2000.—№ 2.—С. 18–21.

3. Галлингер Ю.И., Русаков М.А., Гудовский Л.М. и др. Первый опыт видеоторакоскопических операций на легких // Грудная и сердечно-сосуд. хир.—1995.—№ 2.—С. 62–66.

4. Илькович М.М., Новикова Л.Н. Саркоидоз органов дыхания // Заболевания органов дыхания / Под. ред. М.М.Ильковича.— СПб.: Нордмедиздат, 1998.—Т. 2.—С. 199–256.

5. Интерстициальные заболевания легких / Под ред. М.М.Ильковича, А.Н.Кокосова.— СПб.: Нордмедиздат, 2005.—560 с.

6. Комаров И., Отто Т. Видеоассистированная торакоскопия: решение трудных ситуаций // Эндоскоп. хир.—1997.—№ 4.— С. 42–48.

8. Путов Н.В., Илькович М.М. Фиброзирующие альвеолиты.—Л.: Медицина, 1986.—76 с.

9. Садовников А.А., Панченко К.И., Ильин С.Л. Диффузные (диссеминированные) поражения легких // Грудная и сердечнососуд. хир.—2001.—№ 4.—С. 47–53. 10. Самцов А.В., Илькович М.М., Потекаев Н.С. Саркоидоз.—СПб.: Невский диалект, 2001.—158 с.

11. Чучалин А.Г., Котляров П.М., Георгиди С.Г. Рентгенография и компьютерная томография в диагностике различных видов идиопатических интерстициальных пневмоний // Пульмонология.—2003.—№ 1.—С. 89–95.

13. Яблонский П.К., Пищик В.Г. Видеоторакоскопия в современной торакальной клинике // Вестн. хир.—2003.—№ 1.— С. 110–114.

14. Ясногородский О.О., Шулутко А.М., Саакян Н.А. Видеоторакоскопия и видеосопровождаемые вмешательства в коррекции спонтанного пневмоторакса // Эндоскоп. хир.—2000.—№ 5.—С. 16–19

15. Asenov R., Iuordanov D. Video-assisted thoracoscopic procedure in the diagnosis and treatment of lung lesions // Khirurgiia (Sofia).—2000.—Vol. 56.—P. 8–11.

16. Позмогов А.И., Терновой С.К., Бабий Я.С., Лепихин Н.М. Томография грудной клетки. Киев: Здоровье, 1992; с. 142–240. / Pozmo

17. Varadhachary GR, Abbruzzese JL, Lenzi R. Diagnostic strategies for unknown primary cancer. Cancer 2004; 100 (9): 1776–85

18. Raffy P, Gaudeau Y, Miller DP et al. Computer-aided detection of solid lung nodules in lossy compressed multidetector computed tomography chest exams. Acad Radiol 2006; 13 (10): 1194–203.

19. Seo JB, Im JG, Goo JM et al. Atypical pulmonary metastases: spectrum of radiologic findings. Radiographics 2001; 21 (2): 403–17.

20. Jin F, Mu D, Chu D et al. Severe complications of bronchoscopy. Respiration 2008; 76 (4): 429–33

21. Minezawa T, Okamura T, Yatsuya H et al. Bronchus sign on thin-section computed tomography is a powerful predictive factor for successful transbronchial biopsy using endobronchial ultrasound with a guide sheath for small peripheral lung lesions: a retrospective observational study. BMC Med Imaging 2015; 15: 21.

22. Rivera MP, Mehta AC, Wahidi MM. Establishing the diagnosis of lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2013; 143 (5): e142S–e165S.

23. Yamaguchi M., Yoshino I., Suemitsu R. et al. Elective video-assisted thoracoscopic lung biopsy for interstitial lung disease // Asian Cardiovasc. Thorac. Ann.—2004.—Vol. 12, № 1.—P. 65–68



ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Ганиев Рузимурад Сарвар угли

Магистрант Ташкентской медицинской академии

Телефон: +998915019395

White.ruzik@gmail.com

Пахомов Г.Л., Худайбергенов

Ш.Н., Рихсиев З.Г., Ганиев Р.С

Республиканский специализированный

научно-практический хирургический

центр на имени академика

В.В. ВАХИДОВА Ташкент, Узбекистан

Актуальная задачи: в общеторакальной и онкологии стоит ранняя и точная диагностика опухолевого процесса для того, чтобы своевременно назначить правильное лечение. Традиционно применяющиеся методы диагностики за последнее время пополнились новыми современными достижениями, которые призваны снизить травматичность и повысить информативность диагностических процедур.

Цель: Использование современных малоинвазивных методов для улучшения результатов диагностики и лечения при новообразованиях и кистах средостения использованием мининвазивных технологий.

Материал и методы. В 2015 - 2022г. вылечены 107 больных с образованием в средостении. Женщин было 60 (52,8%), мужчин – 47 (48,2%).

По возрасту: до 40 лет – 44(48,2%), с 40-70 – 63 (52,8%). Для верификации первоначально сделано КТ, а последующем гистологической исследовании проведена под контролем УЗИ и Рентгеноскопии 107 больным выполнили трансторакальную срезовую биопсию. При расположении основной массы опухоли за грудиной, с прилеганием к сосудами средостения не исключена возможность радикального удаления из 12 (13,4%) операций 18 (20,1%) были миниинвазивными вмешательствами. В 30 (32,9%) случае диагностическая торакоскопия окончена биопсией. 8 (7,2%) больным проведено торакоскопическое удаление, 10 (9,6%) - VATS удаление. После диагностической торакоскопии в 5 (3,8%) случаев опухоль удаляли торакотомным доступом (справа – 15, слева - 7), в 2 случаях - комбинированным доступом. При больших размерах (более 8-10см), опухоль удаляли торакотомным доступом у 7 (6,6%) больных, стернотомным – у 2 (1,8%), разрезом Кохера в сочетании с частичной стернотомией - у 3 (3,1%). 1 (1,5%) больным выполнили циторедуктивное удаление опухоли, 2(0,7%) -эксплоративную стернотомию.

Результаты: После ряд миниинвазивных вмешательств значительно сократились: пребывание пациентов в отделении реанимации с $2,6 \pm 1,9$ до $1,1 \pm 0,6$ дня ($p < 0,05$); частота применения обезболивающих препаратов с $4,2 \pm 1,6$ до $2,1 \pm 0,6$ дня ($p < 0,05$); срок дренирования плевральной полости, в среднем, с $4,5 \pm 1,4$ дней до $2,5 \pm 0,8$ дня ($p < 0,05$). Послеоперационное пребывание больных в стационаре после миниинвазивных вмешательств составило, в среднем, $7 \pm 2,4$, после стандартных - $16 \pm 8,5$ дня, различие статистически достоверно ($p < 0,05$). Послеоперационная смертность после миниинвазивных вмешательств - 0%, после стандартных - 1,03% (3случая). После радикального удаления опухоли рецидивы и продолженный рост не наблюдали.

Материал морфологического исследования: Опухоли тимуса обнаружены у 4(5%) больных, Лимфомы – у 1 (1,6%), мезенхимальные опухоли – у 3(4,7%), Восполительная Объемно-кистозное образование средостения – у 56 (33,4%), плоскоклеточные опухоли – у 12 (14,3%), Абсцесс легкого 9 (10,2%), туберкулез у 3(4,15%); саркоидоз - у 2 (3,15%).

Выводы. Использование современных миниинвазивных методов в диагностике и лечении при опухолях позволяет раннее диагностировать хирургических заболевание грудной клетки у больных с преклонным возрастом, применение современных методов дифференциальной диагностики и тактики лечения, соблюдение правил ведения таких больных, не допускать появления осложнений и избежать гипердиагностические торако- и стернотомии, выполнять радикальные оперативные вмешательства.



РИСК ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПО ПРИЧИНЕ COVID-19.

Халилова Диловар Захириддин кизи

Врач эндокринолог

Республиканского специализированного
научно-практического медицинского центра

эндокринологии имени академика Я.Х.Туракулова МЗ РУз

Телефон: +998998121395

Delaver92@gmail.com

Алиева Анна Валерьевна

Заместитель главного врача

Республиканского специализированного

научно-практического медицинского центра

эндокринологии имени академика Я.Х.Туракулова МЗ РУз

Телефон: +998933814560

annaalieva@yahoo.com.

АННОТАЦИЯ: Пандемия COVID-19 показала, что наиболее уязвимыми для вирусной инфекции явились лица с неинфекционными хроническими заболеваниями, в частности, с сахарным диабетом. Представляет практический интерес поиск факторов риска неблагоприятных исходов COVID-19 у пациентов с сахарным диабетом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сахарный диабет, риск летального исхода, COVID-19, пандемия.

Наличие сахарного диабета достоверно повышало риск летального исхода в 4,33 раза, мужской пол была в 3,70 раз более подвержен риску летального исхода по причине коронавирусной инфекции, наличие ожирения повышало риск смерти в 2,99 раз, наличие ИБС – в 5,63 раза, наличие АГ – в 1,85 раз, необходимость в применении глюкокортикоидов – понятно, возникала чаще у пациентов с тяжелым течением вирусной инфекции, поэтому риск летального исхода у таких пациентов был в 1,48 раз выше.

Стаж более 5 лет повысил риск летального исхода в 3,91 раз. Необходимо отметить, что среди погибших не было пациентов со стажем СД менее 1 года. Мужской пол также явился значимым фактором риска для пациентов с СД 2 типа с ОР летального исхода 5,03. Наличие ИБС повысило риск смерти по причине коронавирусной инфекции в 4,2 раза среди пациентов с СД 2 типа. Однако что касается веса, его вклад в повышение риска летального исхода среди пациентов с СД 2 типа оказался несущественным. Также наличие АГ у пациентов с СД 2 типа не повышало риск летального исхода по причине COVID-19, в отличие от общей популяции.

В случае пациентов с СД 2 типа, применение глюкокортикоидов имело, наоборот, протективный характер – ОР летального исхода был в 2,9 раз выше у тех пациентов, которые глюкокортикоиды не получали.

Наличие сахарного диабета, мужской пол, наличие ожирения, артериальной гипертензии и ИБА достоверно повышало риск летального исхода по причине COVID-19 в общей популяции. Для пациентов с сахарным диабетом риск летального исхода по причине COVID-19 повышается с увеличением стажа СД выше 5 лет, риск выше у мужчин, а также при наличии ИБС. Пациенты с СД требуют тщательного наблюдения и оценки риска при заболевании COVID-19.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Шестакова М.В., Викулова О.К., Исаков М.А., Дедов И.И. Сахарный диабет и COVID-19: анализ клинических исходов по данным регистра сахарного диабета российской федерации. *Проблемы Эндокринологии*. 2020;66(1):35-46. <https://doi.org/10.14341/probl12458>

1. Aghagoli G, Gallo Marin B, Soliman LB, Sellke FW. Cardiac involvement in COVID-19 patients: Risk factors, predictors, and complications: A review. *Journal of Cardiac Surgery*. 2020

2. "Временные рекомендации по ведению пациентов, инфицированных COVID-19 (пятая версия)», Ташкент, 2020 г. – 102 с.



**SARS-COV2 ИНФЕКЦИЯСИ, COVID-19 КЕЧИШИ ВА ПРОГНОЗИГА
ГИПОГЛИКЕМИК ТЕРАПИЯНИНГ ТАЪСИРИ.**

Алиева Анна Валерьевна

Академик Я.Х.Туракулов номидаги
Республика ихтисослаштирилган эндокринология
илмий-амалий тиббиёт маркази
бош шифокор ўринбосари.
Телефон: +998933814560
annaalieva@yahoo.com.

Халилова Диловар Захириддин қизи

Академик Я.Х.Туракулов номидаги
Республика ихтисослаштирилган эндокринология
илмий-амалий тиббиёт маркази
эндокринолог шифокори
Телефон: +998998121395
Delaver92@gmail.com

АННОТАЦИЯ: Қандли диабет коронавирус инфекциясининг кечувини мураккаблаштиради ва асоратларини келиб чиқиш хавфини оширади. COVID-19 инфекциясининг кечиши ва унинг асоратлари билан гипогликемик терапиянинг ўзаро боғлиқлигини билиш муҳим саналади.

КАЛИТ СЎЗЛАР: Қандли диабет, COVID-19, гипогликемик терапия, касалликнинг оғирлиги, пневмония.

Қандли диабет 2 тур беморларда инсулин терапиясини олаётган беморларни касалхонага ётқизиш эхтимоли коэффиценти 3,3 (95% CI 1,8-5,9), SM олган беморларда 1,9 (95% CI 0,9-16,0), метформин қабул қилаётган беморларда касалхонага ётқизиш ОР коэффиценти эди. 0,8 (95% CI 0,5-1,5), ДПП-4 ингибиторларини қабул қилишда 3,9 (95% CI 0,9-16,0).

Инсулин терапиясини олаётган қандли диабет 2-тур беморларда пневмониянинг ривожланиш эхтимоли 3,6 ни ташкил этди (95% CI 0,9-13,8). Диабетга чалинганлар орасида ўлим даражаси диабетсиз гуруҳга нисбатан 5 баробар юқори. Амалда гипогликемик дориларни бирортасини қўллаш COVID-19 курсининг ёмонлашиши билан боғлиқ эмас. Шунингдек, ҚД ва COVID-19 билан оғриган беморларда тиббий терапия (инсулин, СМ, метформин, ДПП-4, iSGLT2) ва касалликнинг оғирлиги ёки ўлими ўртасида ҳеч қандай боғлиқлик топилмади.

Перорал гипогликемик дориларни қабул қилган беморларда пневмония ривожланиш хавфи бўйича ишончли натижалар йўқ. Ўлим хавфи, COVID-19нинг оғирлиги ва дексаметазонга бўлган эҳтиёж қабул қилинган гипогликемик терапия турига боғлиқ эмас.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.

1. Abu-Jamous B, Anisimovich A, Baxter J, et al. Associations of comorbidities and medications with COVID-19 outcome: a retrospective analysis of real-world evidence data. medRxiv preprint, <https://doi.org/10.1101/2020.08.20.20174169>; 2020.

2. Aghagoli G, Gallo Marin B, Soliman LB, Sellke FW. Cardiac involvement in COVID-19 patients: Risk factors, predictors, and complications: A review. *Journal of Cardiac Surgery*. 2020

3. Алиева А.В., Хайдарова Ф.А. Гипергликемии у пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19-ассоциированной пневмонии. *Ж.Теор. клин. Мед.* №4, 2020. С.178-181.



МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПАРАЗИТОВ

Юлдашева М.Т

Ферганский медицинский институт
общественного здоровья
Телефон: +998(90) 390 07 72

Аннотация: Обнаружение и дифференцирование простейших (отличие патогенных форм от непатогенных) — довольно сложная задача. Большинство одноклеточных организмов в кале обнаруживают в двух формах: вегетативной (стадия трофозоида) — активной, подвижной, жизнедеятельной, легко поддающейся вредным воздействиям (в частности, охлаждению) и потому быстро погибающей после выделения из кишечника, и в виде устойчивых к внешним воздействиям цист (ооцист).

Ключевые слова: трофозоит, дефекация, *Lamblia intestinalis*, протео-итических фермент

Цель и задачи: Причины нарушения функции желудочно-кишечного тракта и правила выявления простейших паразитов.

В оформленном кале простейшие, как правило, обнаруживают лишь в инцистированном состоянии; для обнаружения вегетативных форм необходимо исследовать кал еще в тёплом состоянии. Это обусловлено тем, что в остывшем кале вегетативные формы простейших быстро гибнут и мертвыми быстро поддаются действию протео-итических ферментов, вследствие чего теряют характерные особенности своей структуры.

В фекалиях можно выявить 20 видов простейших (8 патогенных и условно-патогенных и 12 комменсалов). Простейшие кишечника обитают в тонкой или толстой кишках в стадии трофозоида и/или цисты. Они относятся к одной из 4 групп: амёб, жгутиковых, реснитчатых и кокцидий. Основными и наиболее значимыми простейшими, вызывающими заболевания у человека, являются лямблии, дизентерийная амёба и балантидий.

Правила сбора каловых масс

- Каловые массы должны быть выделены естественным образом, без использования каких-либо слабительных препаратов и клизм.

- Свежесть собранного биологического материала напрямую влияет на точность результата. С момента сбора должно пройти не более 6 часов.

- Огромное значение имеет диета, которую необходимо соблюдать в течение 3-5 дней до сбора биоматериала - Отменить прием лекарственных препаратов и активированного угля.

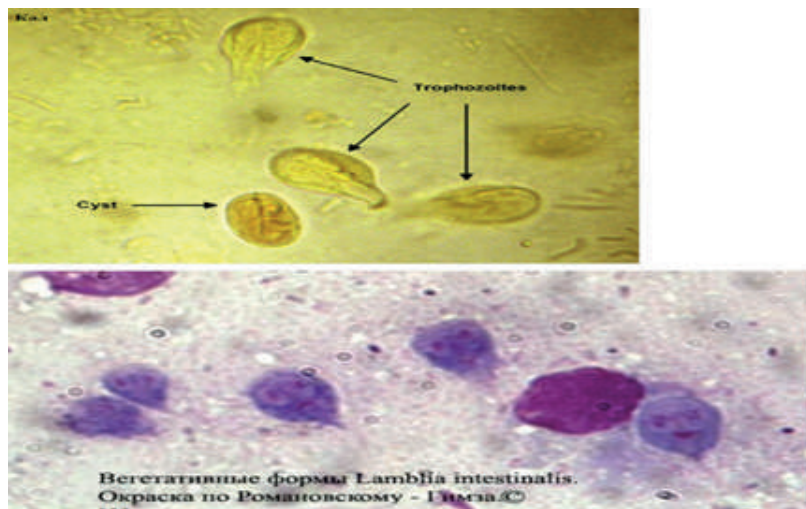
- Непосредственно перед сбором кала необходимо помочиться, принять гигиенические процедуры и тщательно удалить следы влаги.

- Сдается утром.

- Еще одно требование – не надо подмываться.

Лямблии

Lamblia intestinalis (лямблии) относится к классу жгутиковых. Лямблии паразитируют в тонкой кишке, преимущественно в двенадцатиперстной кишке, а также в жёлчном пузыре. Существование трофозоитов (вегетативная форма лямблий) требует жидкой среды, поэтому, попадая в толстую кишку, лямблии инцистируются, и в кале обнаруживают только цисты. Лишь при профузной диарее или после действия слабительных в испражнениях удаётся обнаружить вегетативные формы.



Список литературы:

- 1.Генис Д. Е. Медицинская паразитология. 5-е изд. 2017.
- 2.Догель В. А. Зоология беспозвоночных: Учебник под редакцией Ю. И. Полянского. 8-е изд. Москва, 2015.
- 3.Заяц Р. Г. ЕГЭ. Биология в таблицах, схемах и рисунках. 6-е изд. Ростов н/Д: Феникс, 2013.
- 4.Чесунов А. В. Биология морских нематод. М.: Т-во научных изданий КМК, 2006.



ФАКТОРЫ ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ОЖИРЕНИЕ И ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПОСЛЕДСТВИЯ ОЖИРЕНИЯ.

Ибрагимова З.Ж.

Ферганский медицинский институт
общественного здоровья
Телефон: +998(90) 164 29 21
ziyodaibragimova75@gmail.com

Аннотация: Недавно ожирение было переквалифицировано в болезнь. Считается, что человек ожирением, если накопление жировой ткани приводит к индексу массы тела более 30 кг/м² с увеличением вероятности приобретения группы проблем со здоровьем называемых метаболическим синдромом, и, как следствие, сокращением продолжительности жизни. Инсулин резистентность, сахарный диабет 2 типа, жировая болезнь печени и сердечно-сосудистые заболевания обычно включаются под метаболический синдром.

Ключевые слова: гипертрофического ожирения, гипотиреоз, гипогонадизм, инсулинома, Синдром Прадера-Вилли

Цель и задачи: Выявить генетические основы ожирения и причина появления Синдрома Прадера-Вилли.

Ожирение проявляется либо в виде гипертрофического ожирения, характеризующегося увеличением размера жировых клеток в результате усиленного отложения жира (начало во взрослом возрасте), либо гиперклеточное (гиперпластическое) ожирение, характеризующееся увеличением количества жировых клеток, которое начинается в детстве и обычно сохраняется на всю жизнь.

Генетическая основа ожирения является результатом мутаций в гене гормона лептина или в генах рецепторов лептина, что препятствует выработке лептина или вырабатывает его неактивную форму гормона или неактивной формы лептина или неактивных рецепторов лептина. Поскольку лептин участвует в регуляции аппетита, люди, страдающие одним из этих двух заболеваний, обладают ненасытным аппетитом, что приводит к безудержному увеличению веса.

Развитию ожирения способствует ряд факторов:

- малоактивный образ жизни;
- генетически обусловленные нарушения ферментативной активности (повышение активности ферментов липогенеза и снижение активностичерепно-мозговых травм ферментов, расщепляющих жиры (липолиза);
 - погрешности в характере и режиме питания (чрезмерное потребление углеводов, жиров, соли, сладких и алкогольных напитков, прием пищи на ночь и др.);
 - некоторые эндокринные патологии (гипотиреоз, гипогонадизм, болезнь Иценко-Кушинга;
 - психогенное переедание;
 - физиологические состояния (лактация, беременность, климакс);
 - стрессы, недосыпание, прием психотропных и гормональных препаратов (стероидов, инсулина, противозачаточных таблеток) и т. д.

Синдром Прадера-Вилли - еще один тип генетически обусловленного ожирения, которым страдает 1 из 20 000 - 30 000 человек, мужчин и женщин в равной степени. В большинстве случаев это заболевание обусловлено либо делецией генов в хромосоме 15 отца, либо дупликацией генов в хромосоме 15 матери (при отсутствии аллелей со стороны отца). Симптомы, проявляющиеся в младенчестве, включают миндалевидные глаза; гипотония, о которой свидетельствует то, что ребенок чувствует себя "тряпичной куклой", когда его держат на руках а также снижение сосательного рефлекса; трудности при пробуждении ребенка от сна; и плохо развитые, маленькие гениталии. У маленького ребенка наблюдается требовательность к еде и быстрый набор веса, гипогонадизм, низкий рост, плохая мышечная координация, когнитивные нарушения и низкий IQ (хотя у некоторых пациентов IQ находится на нижней границе нормы), а также апноэ во сне. Пациенты, страдающие от этого синдрома постоянно голодны, страдают ожирением, ранним диабетом 2 типа, гипертонией, высоким



уровнем ЛПНП и, часто, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эти люди бесплодны и страдают умственной отсталостью и неспособностью к обучению.

Список используемой литературы:

1. Дедов И. И. и соавт. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа (Методические рекомендации). М.: Медиа Сфера, 2000 111 с.
2. Дедов И.И., Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. Эндокринология.- М.:Медицина, 2000
3. Балаболкин М. И., Клебанова Г. М. Патогенетическая терапия сахарного диабета типа 2 // Клинич. эндокрин. 2000; 11: 1-6.
4. Histology: a text and atlas: with correlated cell and molecular biology/Michael H. Ross, Wojciech Pawlina.—6th ed.
5. BRS. "Histology" 8th edition Leslie P. Gartner.



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ЛАРРЕЯ.

Ишонходжаев О. Д.,

Садиков Н.С.,

Рихсиев З.Г.,

Мухаммедов М.С.,

Тургунов И. Ф.

Республиканский специализированный
научно-практический хирургический
центр на имени академика
В.В. ВАХИДОВА Ташкент, Узбекистан

Цель исследования Использование современных видеоэндоскопических методов, включая лапароскопию, позволило значительно улучшить результаты и надежность операции, уменьшить продолжительность лечения пациентов в стационаре. При идентификации заболевания необходимо выполнение оперативного вмешательства для предотвращения тяжелых осложнений. Целесообразно дальнейшее изучение заболевания для совершенствования хирургической техники и улучшения результатов лечения.

Аннотация. Впервые диафрагмальная грыжа описана Морганьи в 1761 г., затем Ларреем в 1829 г., однако приоритет описания этого вида грыжи спорный, правильно называть заболевание "передняя диафрагмальная грыжа Морганьи - Ларрея". Грыжа Морганьи - Ларрея достаточно редкий вид врожденной диафрагмальной грыжи, частота его выявления 2-3% [1]. Это тяжелая, недостаточно изученная аномалия развития костно-мышечного каркаса человека с высокой частотой осложнений и смертности [2]. У большинства больных грыжу диагностируют и лечат в детском возрасте, однако в 5% наблюдений специфические симптомы отсутствуют, заболевание диагностируют случайно, во время рентгенографии органов грудной клетки или компьютерной томографии органов грудной и брюшной полостей у взрослых [3]. Около 10% врожденных грыж связаны с наличием хромосомных аномалий, в частности, синдромами Дауна, Марфана, Корнелии де Ланге и др. [4]. Достаточно часто врожденная грыжа Морганьи - Ларрея маленькая или вообще имеет вид грыжевой липомы [5]. Наличие грыжевого мешка из брюшины отличает грыжу Морганьи - Ларрея от грыжи Бохдалека, что подтверждает начало ее образования в эмбриональной фазе развития диафрагмы, когда плевра и брюшина разделяются, и диафрагма становится полноценной мышцей. В зависимости от размера грыжевого мешка и его содержимого симптомы различны, возможны достаточно тяжелые осложнения и даже летальный исход. Наиболее часто содержимым грыжевого мешка являются поперечная ободочная кишка, печень, большой сальник, тонкий кишечник, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь [6]. У детей частыми симптомами врожденной диафрагмальной грыжи являются частые респираторные инфекции, редко в период новорожденности возникает острый респираторный дистресс - синдром [1]. У взрослых грыжа Морганьи - Ларрея сопровождается неспецифическими симптомами: давящая боль за грудиной, ноющая боль в надчревной области, метеоризм, тошнота, возможна рвота и др.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа; грыжа Морганьи -Ларрея; хирургическое лечение; лапароскопическая герниопластика.

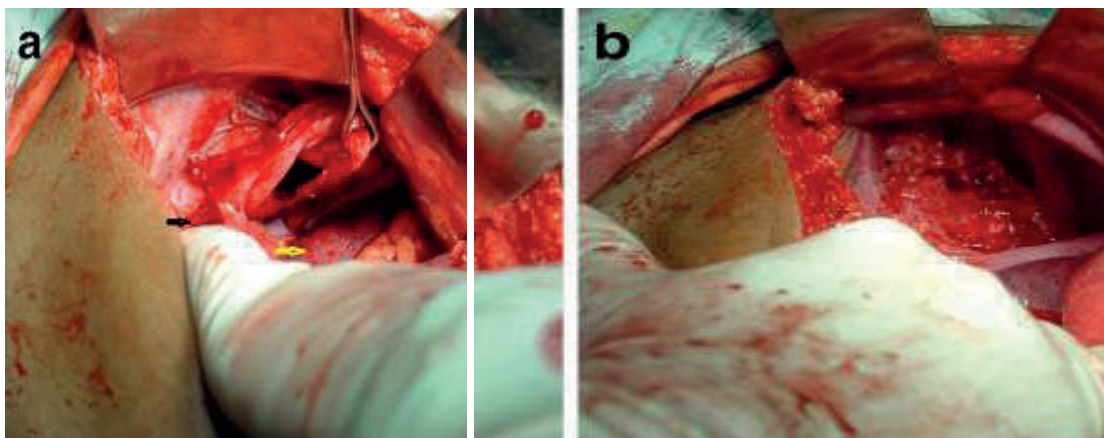
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике лечили 2 пациентов по поводу врожденной диафрагмальной грыжи Морганьи - Ларрея. Использование современных видеоэндоскопических методов, включая лапароскопию, позволило значительно улучшить результаты и надежность операции, уменьшить продолжительность лечения пациентов в стационаре. При идентификации заболевания необходимо выполнение оперативного вмешательства для предотвращения тяжелых осложнений. Целесообразно дальнейшее изучение заболевания для совершенствования хирургической техники и улучшения результатов лечения.

В Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени В.Вахидова проведено лечение 2 пациентов по поводу врожденной диафрагмальной грыжи Морганьи - Ларрея. Приводим наблюдения.



1. Пациент 36 лет госпитализирован с жалобами на укорочение вдоха, стоянную боль в груди, тошноту, тяжесть в надчревной области после еды. В последнее время отмечал повышенную усталость, утомляемость, вялость, непродуктивный кашель. Пациенту проведено полное клиническое обследование. При рентгенографии грудной клетки обнаружено затенение в нижней части ее правой половины. Для уточнения диагноза проведена компьютерная томография органов грудной полости, отмечено наличие поперечной ободочной кишки в правой половине грудной полости, переднемедиальный дефект мышечной части диафрагмы. Пациенту выполнена лапароскопическая операция, при которой ободочная кишка вправлена в брюшную полость, врожденный дефект диафрагмы зашит с использованием специальных облегченных политетрафторэтиленовых (ПТФЭ) сеток с нитиоловой рамкой в форме "сердечка". После операции пациент через 3 дня выписан без осложнений.



2. Пациентка в возрасте 34 лет обратилась с жалобами на давящую боль за грудиной. При осмотре кардиолога и проведении эхокардиоскопии патологические изменения сердечно-сосудистой системы не выявлены. По данным рентгенографии органов грудной клетки обнаружена грыжа переднего средостения. Заключение компьютерной томографии органов грудной клетки: жировая грыжа переднего отверстия средостения. Для верификации клинического диагноза проведена торакоскопия, обнаружена гигантская ретрокостодиафрагмальная грыжа. Больной выполнена лапароскопия с пластикой правого купола диафрагмы, использовали такой же сетчатый трансплантат из облегченного ПТФЭ с нитиоловой рамкой в виде "сердечка". После операции плевральная полость дренирована по Бюлау.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее важным моментом успешного лечения врожденной грыжи Морганьи - Ларрея является своевременная диагностика для предотвращения тяжелых осложнений. В 1911 г. Waelli впервые диагностировал парастернальную диафрагмальную грыжу во время проведения рентгенографии органов грудной клетки [2]. Выполнение рентгенографии с контрастированием органов пищеварительного канала позволяет точно установить диагноз. Информативным диагностическим методом является компьютерная томография, однако ее возможности ограничены при отсутствии содержимого в грыжевом мешке. Для диагностики применяют также магниторезонансную томографию и ультразвуковое исследование [2]. В литературе приведены данные, что факторами, предрасполагающими к образованию такой грыжи, являются тяжелые генетические заболевания [1]. Необходимо дифференцировать грыжу Морганьи - Ларрея от таких заболеваний, как внутригрудные опухоли, ателектаз легкого, пневмония, киста перикарда. При выявлении врожденного дефекта диафрагмы необходимо выполнение оперативного вмешательства для предотвращения непроходимости кишечника. Прогноз после операции достаточно благоприятный, как правило, частота рецидивов минимальна [7]. Для лечения грыжи Морганьи - Ларрея используют различные методы хирургических вмешательств. Абдоминальный доступ достаточно часто применяют как у детей, так и у взрослых [2]. Трансабдоминальный доступ менее травматичный и удобный, обеспечивает хорошие условия для осмотра всех грудино-реберных треугольников,



что является важным моментом успешного лечения при наличии двустороннего дефекта. В некоторых ситуациях при наличии сопутствующих заболеваний органов грудной полости применяют трансторакальный доступ [8]. Первая лапароскопическая операция по поводу грыжи Морганьи - Ларрея выполнена в 1992 г. [9, 10]. Этот метод хирургического вмешательства наиболее оптимален в плане диагностики и лечения неосложненной грыжи Морганьи - Ларрея. При лапароскопической пластике врожденной грыжи диафрагмы в 64% наблюдений используют сетчатый трансплантат [10]. Благодаря использованию лапароскопа можно легко идентифицировать грыжевой мешок, практически всегда грыжевой мешок сохраняют, его зашивают шелковой нитью и поверх него устанавливают сетку, которую фиксируют к диафрагме. Сохранение грыжевого мешка необходимо для предотвращения плеврита [9]. В наших клинических наблюдениях грыжевой мешок не иссекали, поверх него устанавливали сетчатый трансплантат с нитиновой рамкой. Использование сеток при лапароскопическом лечении грыж Морганьи - Ларрея обеспечивает надежность вмешательства, возможность после операции контролировать расположение сетки, поскольку нитиновый каркас рентгенопозитивный. У всех пациентов, оперированных в клинике, практически не было послеоперационных осложнений, уже через 4-5 сут они выписаны. У второй пациентки в течение суток после операции отмечен незначительный болевой синдром, что требовало назначения анальгетиков. Благодаря использованию сеток с нитиновым каркасом в период наблюдения от 12 до 18 мес рецидив грыжи не выявлен. По данным литературы, при использовании сеток отсутствуют тяжелые осложнения и рецидив грыжи [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование современных видеоэндоскопических методов, включая лапароскопию, при лечении врожденной диафрагмальной грыжи Морганьи - Ларрея позволяет значительно улучшить результаты и надежность операции, уменьшить продолжительность лечения пациентов в стационаре.

Необходимо дальнейшее изучение заболевания для совершенствования хирургической техники и улучшения результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Loong T. P. F. Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni / T. P. F. Loong, H. M. Kocher // *Postgrad. Med. J.* — 2005. — Vol. 81. — P. 41 — 44.
2. Arraez - Aybar L. A. Morgagni-Larrey parasternal diaphragmatic hernia in the adult / L. A. Arraez - Aybar, C. C. Gonzalez—Gymez, A. J. Torres—Garcia // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* — 2009. — Vol. 101. — P. 357 — 366.
3. Richardson W. S. Laparoscopic repair of congenital diaphragmatic hernias / W. S. Richardson, J. S. Bolton // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* — 2002. — Vol. 12. — P. 277 — 280.
4. Pober B. R. Overview of epidemiology, genetics, birth defects, and chromosome abnormalities associated with CDH / B. R. Pober // *Am. J. Med. Genet. C. Semin. Med. Genet.* — 2007. — Vol. 145, N 2. — P. 158 — 171.
5. Fornero G. Intestinal occlusion caused by Morgagni - Larrey diaphragmatic hernia / G. Fornero, L. Rosato, G. Coluccio // *Minerva Chir.* — 1998. — Vol. 53, N 1—2. — P. 57 — 60.
6. Morgagni — Larrey diaphragmatic hernia. Personal case series / G. Arzillo, D. Aiello, G. Priano [et al.] // *Minerva Chir.* — 1994. — Vol. 49, N 11. — P. 1145 — 1151.
7. Hernia of Morgagni and mediastinal lipoma: A case report / V. G. Menditto, A. Cavicchi, G. Marchetti [et al.] // *Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 2011. — Vol. 17. — P. 77 — 80.
8. Diaphragmatic hernia of Morgagni — Larrey in adults: analysis of 10 cases / J. I. Rodriguez Hermosa, F. Tuca Rodriguez, B. Ruiz Feliu [et al.] // *Gastroenterol. Hepatol.* — 2003. — Vol. 26, N 9. — P. 535 — 540.
9. Chang T. H. Laparoscopic treatment of Morgagni—Larrey hernia / T. H. Chang // *W. V. Med. J.* — 2004. Vol. 100, N 1. — P. 14 — 17.
10. Horton J. D. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases / J. D. Horton, L. J. Hofmann, S. P. Hetz // *Surg. Endosc.* — 2008. — Vol. 22, N 6. — P. 1413 — 1420.



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ЛАРРЕЯ.

Мухаммедов Муроджон Самандар угли

Магистрант Ташкентской медицинской академии

Телефон номер: +998909949522

murodjonmukhammedov@gmail.com

Ишонходжаев О. Д., Садиков Н.С.,

Рихсиев З.Г., Мухаммедов М.С.,

Тургунов И. Ф.

Республиканский специализированный

научно-практический хирургический

центр на имени академика

В.В. ВАХИДОВА Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Грыжа Морганьи-Ларрея - довольно редкий вид диафрагмальной грыжи; частота его обнаружения - 2–3%. Впервые диафрагмальная грыжа была описана Giovanni-Battista Morgagni в 1761 г., а затем Dominique-Jean Larrey в 1829 г. Существует также путаница в описаниях грыжи Морганьи и Ларрея. Darpi et al. описывает грыжу Морганьи с левой стороны [5], в то время как другие авторы описывают грыжу Морганьи справа, а грыжу Ларрея с левой стороны [1; 9]. Некоторые авторы принимают как правую, так и левую стороны для грыж Морганьи или Ларрея. Анатомически грыжа Морганьи - Ларрея представляет собой порок развития диафрагмы с формированием «слабого места» в области грудинно-реберного треугольника, лишенного мышечных волокон.

Цель: Использование современных малоинвазивных методов для улучшения результатов диагностики и лечения при грыж Ларрея использованием мининвазивных технологий.

Материал и методы. В 2016 - 2020г. вылечены 7 больных с грыж Ларрея. Женщин было 4 (57,2%), мужчин – 3 (42,8%). По возрасту: до 40 лет – 3 (42,8%), с 40-70 – 4 (57,2%). Обследован - по данным рентгенографии грудной клетки имело место билатеральное расширение тени средостения. Учитывая рентгенологическую картину, больной был направлен на мультиспиральную компьютерную томографию грудной клетки.

Результаты: После ряд мининвазивных вмешательств значительно сократились: пребывание пациентов в отделении реанимации с $2,6 \pm 1,9$ до $1,1 \pm 0,6$ дня ($p < 0,05$); частота применения обезболивающих препаратов с $4,2 \pm 1,6$ до $2,1 \pm 0,6$ дня ($p < 0,05$). Послеоперационное пребывание больных в стационаре после мининвазивных вмешательств составило, в среднем, $7 \pm 2,4$, после стандартных - $16 \pm 8,5$ дня, различие статистически достоверно ($p < 0,05$). Послеоперационная смертность после мининвазивных вмешательств - 0%, после стандартных - 1,03% (2 случая).

Выводы. Диафрагмальная грыжа Морганьи- Ларрея достаточно редкое хирургическое заболевание, особенно в сочетании с другими заболеваниями диафрагмы. Чаще всего протекает бессимптомно, в связи с чем необходимо проводить тщательное и комплексное дооперационное обследование. Выбор методики хирургического лечения еще обсуждается. Однако современные тенденции мининвазивной хирургии и появление роботических хирургических комплексов позволяют выполнять оперативное лечение комфортнее, быстрее и с меньшим количеством ранних и отдаленных послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа; грыжа Морганьи - Ларрея; хирургическое лечение; лапароскопическая герниопластика.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДИК МОДИФИЦИРОВАННОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ УЛЬТРАФИЛЬТАЦИИ КРОВИ ВО ВРЕМЯ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Хайдаров Камбарали Имомалиевич
Усманова Дурдона Джурабаевна
Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников
Телефон: +998998377877
shevakambar787@mail.ru

АННОТАЦИЯ: Не смотря на прогресс в развитии кардиохирургии и кардиоанестезии, проблема лечения больных с врожденными пороками сердца (ВПС), остаётся нерешенной. Поэтому совершенствование анестезиологического и перфузиологического обеспечения операций в самом раннем возрасте до накопления различных осложнений является очень важной задачей стоящей перед детской кардиохирургией и кардиоанестезией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врожденные пороки сердца, перфузия, искусственное кровообращения, модифицированная ультрафильтрация (МУФ), кардиохирургия.

Цель исследования: усовершенствование перфузиологического обеспечения у детей до 3-х лет оперируемых по поводу врожденных пороков сердца.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 36 детей до 3-х лет с ВПС, которые находились в отделении кардиохирургии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Для оценки преимуществ МУФ пациенты разделены на две группы. В основной группе, состоящей из 18 пациентов, была применена МУФ, в группу сравнения вошли 18 детей, которым была выполнена УФ классическая.

Всем пациентам проводилась классическая УФ на этапе согревания и сразу после окончания ИК - МУФ. Классическая ультрафильтрация: на этапе согревания пациента с целью коррекции интраоперационной гемодилуции и для возмещения кристаллоидного объема перфузата проводилась классическая УФ. Процедура прекращалась после достижения минимального объема в кардиостомном резервуаре (50,0) и добавления оставшейся эритроцитарной массы (до 1 пакета) и альбумина 10-20%. При этом стремились на окончание перфузии получить $Ht = 30\%$. Модифицированная ультрафильтрация: МУФ начиналась после окончания ИК даже в случаях нестабильной гемодинамики и наличия источника хирургического кровотечения, которое было невозможно устранить до момента деканюляции магистральных сосудов. МУФ начинали с минимальными скоростями кровотока через фильтр (10 мл/кг/мин), далее, после стабилизации гемодинамики, скорости увеличивали до 20мл/кг/мин. Возврат перфузата осуществляли, ориентируясь на показатели центральной гемодинамики, не допуская выраженной гиповолемии. Процедуру прекращали после максимально-допустимого опустошения ЭК-контура.

Длительность процедуры составляла $13,62 \pm 13,68$ мин. Объем отфильтрованной жидкости- $110,82 \pm 36,31$ мл. Скорость фильтрации $9,64 \pm 3,32$ мл/мин.

Результаты исследования. В результате проведенного сравнения мы отметили, что, используя МУФ, за время и после окончания перфузии нам удавалось удалять до 567 мл жидкости по медианным значениям. Помимо этого обращал на себя внимание тот факт, что в основной группе диурез был меньше на 55%, отделения по желудочному зонду на 51,4%, а операционная кровопотеря ниже на 23,5%. В группе сравнения количество жидкости, перелитой после ИК, было на 63% больше, чем в основной.

Вывод. Модифицированная ультрафильтрация крови во время операций на сердце у детей в условиях искусственного кровообращения оказывает комплексное положительное влияние на гемодинамику, функцию дыхания и периоперационные показатели гемогидробаланса, что достигается эффективной и безопасной коррекцией уровня гемодилуции во время экстракорпоральной перфузии и при её завершении.



Список литературы:

1. Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г. Сердечно-сосудстая хирургия - 2007. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. - М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2007, 144 с.
2. Дементьева И. И., Чарная М. А., Морозов Ю. А. Применение трасилола в кардиохирургии: Методические рекомендации. - М.,-2003.-31с.
3. Зильбер А. П. Клинико-физиологические основы кровопотери и гемотрансфузии. В кн.: Сборник докладов Всероссийского научнопрактического симпозиума с международным участием «Бескровная хирургия- итоги и перспективы». М.- 2002, 22-33;
4. Морган-мл. Дж. Э., Михаил М. С. Инфузионно-трансфузионная терапия. В кн.: Клиническая анестезиология: книга 2-я.- Пер. с англ. М.- СПб.: Изд. БИНОМ- Невский Диалект, 2000. 272-291;
5. Румянцев А. Г., Аграненко В. А. Возрастные особенности детского организма и гемотрансфузий. В кн.: Гемотрансфузионная терапия в педиатрии и неонатологии: Руководство для врачей. -М.: МАКС Пресс, 2002. 14- 19;
6. Шипулин В. М., Мерунко А.А. Ультрафильтрация крови в детской кардиохирургии.- Томск: STT, 2002,- 136 с.;
7. Groom RC, Froebe S, Martin J, et al. Update on Pediatric Perfusion Practice in North America: 2005 Survey. JECT. 2005;37: 343-350;



SURXONDARYO (TERMIZ) MISOLIDA LEYSHMANIYOZ KASALLIGINING XARAKTERISTIKASI VA PROFILAKTIKASI

To'xtayev Avazbek G'ayrotovich

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti,
pediatriya fakulteti, 1-bosqich talabasi

Tel:998(88) 842 17 04

avaztuxtayev921@gmail.com

Ilmiy raxbar: Ismoilov Komiljon Tuygunovich

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti,

Tibbiy biologiya va genetika kafedrası assistenti

Tel:998(99) 590 02 89;

ismoilov87@gmail.com

Annotatsiya. Maqolada, Surxondaryo misolida leishmanioz kasalligining tarqalishi, xususiyatlari, zararlanish darajasi va profilaktikasi haqida mulohaza yuritilgan.

Kalit so'zlar: leishmanioz, visseral zoonoz, antroponoz, afg'on yarasi, kanamitsin, veshnovskiy maz, protargol, revanol, transmissiv protozoy.

Leishmanioz bu dunyo bo'yicha 98 ta davlatdagi endemik va tropik kasallikdir. Butun JSST ning ma'lumotiga ko'ra 350 million odam bu kasallik bilan kasallanishi mumkin. Har yili 14 million odam ushbu kasallik bilan kasallanadi va 2 millionga yaqin yangi kasallik qayd qilinmoqda. Leishmanioz- odamlarda va hayvonlarda uchraydigan transmissiv protozoy kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi leishmaniyalar hisoblanadi va iskaptopar chivinlar tashuvchi bo'lib, chaqish yo'li bilan yuqtiradilar. O'zbekistonda visseral zoonoz, teri antroponozi va zoonoz leishmaniozi tarqalgan.

Visseral leishmaniozi: Respublikamizda visseral leishmanioz kasalligi asosan Namangan va Navoiy viloyatlarida, Farg'ona, Samarqand, Jizzax viloyatlarida sanoqli holatlarda qayd etilmoqda. Shuningdek teri leishmaniozi Surxondaryo viloyatining Termiz, Muzrabod, Angor, Uchqizil tumanlarida ko'proq va Gulbahor, Jarqorg'onlarda esa kam sonda tarqalgan. Asosan Termiz shaxri (tumani)da ko'proq tarqalgan. Bundan tashqari O'zbekistonning Farg'ona va Qashqadarya viloyatlari ko'llarida va ifloslangan zonali muhitlarida uchraganligi aniqlangan.

Leishmaniya tropica-teri leishmaniozi (ba'zi adabiyotlarda Barovskiy kasalligi, afg'on yarasi, yomon yara) mahalliy xalq tilida pashshaxo'rda deb ham aytiladi.

Kasallikning kelib chiqishi va tarqalishida kalamush va sichqonlarni chaqqan, murdasida o'tirgan iskaptoparlar(phelebotomus) tarqatadi. Bundan tashqari Termizda qayta ishlab chiqarish keng ko'lamda olib borilmayotganligi sababli bu yara hali hanuz Termizda mezbondak o'rnashib olishga sababchi bo'lmoqda. Bu kasallik aholi o'rtasida tarqalishida yosh va jins tanlamaydi(90 yoshli va 5 oylik chaqaloqlarda ham mavjud). Iskaptopar chaqqan joyda qizarish, haroratning ko'tarilishi kuzatiladi. Limfoid-makrofagal tizimining shikastlanishi, uzoq davom etuvchi isitma, taloq va jigarning kattalashishi, kam qonlik va ikkilamchi immunosupressiya bilan xarakterlanadi Yara rivojlangandan keyin insonga isitma chiqarishi bilan tahdid qilmaydi. Dastlab kasallik ugriday bo'lib so'ng asta-sekin yiriklashib xuddi vulqon otilayotgandek tus oladi. Yozda iskaptopar inson badanini chaqqandan so'ng leishmaniyaning yuqtiradi va leishmanioz avgust oyidan boshlab belgi bera boshlaydi. Shu sababli ham kuz faslida kasallik avj olib rivojlanadi. Kasallikning ko'rinishi va alomatlariga ko'ra ikki xil shakli bo'lib, ular ho'l yara va quruq yaralardir. Quruq yara shaklida katta bo'lmaydigan yarali yaxlit qoplam hosil qiladi. Ho'l yarada esa borgan sari kengayib boradigan, og'riq beradigan yara hosil qiladi. Leishmanioz tuzalishi qiyin bo'lib, davolash choralarini 3oydan 6oygacha cho'ziladi. Davolashda turli dori vositalari jumladan; kanamitsin, veshnovskiy maz, protargol, revanol shuningdek kasallik hosil qilgan badandagi yarani yuzasini vaqtinchalik qotirib turish uchun yoddan(spirtdagi 5%li eritmasi) foydalaniladi. Termizlik mahalliy(parazitolog) mutaxassisning aytishicha 1oy davomida 50-60 kishi kasallikdan shikoyat qilishgan, ba'zi hollarda immunitet pastligi, yuragida nuqsoni bo'lgan va yoshi ulug' kishilarda 100tadan 1tasida o'lim holati kuzatilgan.

XULOSA: Shunday qilib, yuqorida keltirilgan dalillardan shu narsa kelib chiqadiki, Kasallik manbai bo'lib, asosan daydi itlar, bo'ri, tulki, sichqon va kalamushlar hisoblanadi. Kasallik



alomatlarida umumiy holsizlik, ishtaxaning pasayishi, terining rangsizlashishi, toshmalar paydo bo‘lishi va leykopeniyani kuzatilishi bilan boshlanadi.

Antraqonoz leishmanioz kasalligini profilaktikasi; Iskaptoparlardan zararlanishini kamaytirish uchun kechqurunlari yarani bog‘lab qo‘yish, daydi itlarga qarshi kurash olib borish lozim bo‘ladi. Iskaptoparlarning ko‘payishiga qarshi olib boradigan chora-tadbirlardan biri bu aholi punktlari hamda xonadonlarda obodonlashtirish ishlarini olib borish, iskaptoparlarga qarshi xonadonlarni zaharli ximikatlar bilan dorilash muhim hisoblanadi. Endemik tumanlarda xonadonlar devorlarining pastki qismlarini beton qoplamalari bilan qoplash, ko‘chalarni asfaltlashtirish, hovlilarni pishiq g‘isht bilan qoplash bilan iskaptoparlarning ko‘payishini oldi olinadi. Chivinlarni chaqishini oldini olish uchun kechki payt tanani ochiq qismini berkitadigan kiyimlarni kiyish lozim (yengi uzun ko‘ylak va shim).

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Abu Ali Ibn Sino (uch jildlik saylanma),(tuzuvchilar U.Karimov H.Hikmatillayeva) A.Qodiriy nash; 1992, 320 bet
2. Nishonboyev K.N, Hamidov J.H.-"Tibbiy biologiya va genetika" Davlat ilmiy nashriyoti. Toshkent, 2005. 210 bet. Daslik.
3. Алимходжаева П.Р.,Журавлёва Р.А,-"Руководство по медицинской паразитологии" «Абу Али ибн Сино», Ташкент, 2004. 223 ст.
4. Ismoilov K.T. Yunusova Z. T. Samarqand hududida keng tarqalgan parazitlar va ularni tekshirish usullari“O‘zbekistonda ilmiy-amaliy tadqiqotlar” mavzusidagi respublika 17-ko‘p tarmoqli ilmiy masofaviy onlayn Kon. mat 18 qism T, 2020y 30 iyun 130-133b
5. Leishmaniozlar - Yomon yara - Ensiklopediya (avitsenna.uz)



КУРЕНИЕ УБИВАЕТ

Жабборов Сардорбек Собирович
Студент, Филиал РГУ нефти и газа
имени И.М. Губкина в городе Ташкенте
Узбекистан, г. Ташкент
zhabborovsardorbek@gmail.com

Аннотация. Курение – одна из актуальных проблем современности. В этом тезисе рассматривается история борьбы с курением, ее решение и современные альтернативы сигаретам.

Ключевые слова: курение; сигареты; никотин; смола; электронные системы доставки никотина; ЭС; СНТ.

Курение сигарет долгое время не считалось вредной привычкой. Но так было до 1950 года, когда выдающийся английский ученый и эпидемиолог Ричард Долл обнаружил, что курение способствует появлению рака легких. После публикации доклада Долла Британским медицинским исследовательским советом многие жители Великобритании бросили курение, в том числе и сам Долл. Спустя 30 лет в 1985 году он выступил в Москве на научной конференции вместе с профессором Ричардом Пето из Оксфордского университета. Члены конференции пришли к выводу о том, что следует снизить концентрацию смолы в сигаретах до 15 мг.

Основную опасность представляют вредные токсины, никотин и смола. Именно смола является самым опасным и вредным компонентом сигареты. При больших концентрациях она вызывает рак легких. Современные сигареты имеют фильтры, что значительно сокращает концентрацию смолы и никотина в сигаретах до 10 и 1,0 мг. Благодаря этому смертность резко уменьшилось во всем мире, например, в России смертность среди мужчин упал на 40%, а среди женщин – на четверть.

Но стоит отметить, что, несмотря на последствия курения, многие люди все еще продолжают курить, а число курящих растет с каждым годом. Производятся иные, более безопасные способы устранения зависимости от никотина во избежание различных онкологических заболеваний.

Одним из альтернатив является электронные устройства, доставляющие никотин (ЭСДН), к которым относятся электрические сигареты (ЭС) и системы нагревания табака (СНТ). В них не происходит процесс сжигания табака, как в традиционных сигаретах. По сравнению с обычными сигаретами, электронные сигареты обеспечивают никотин при меньшем воздействии токсичных веществ. Этот подход заимствован из концепции «снижения вреда».

В настоящее время правительства различных стран рекомендуют использовать ЭС для снижения вреда, наносимого курением. Например, данные опросов Великобритании показывают, что миллионы курящих используют ЭС каждый год, а десятки тысяч успешно бросают курить с помощью ЭС.

Курение электронных сигарет особенно рекомендуется людям, страдающим от рака или опухолей. Следовательно, они менее подвержены вредным воздействиям.

Снижение заболеваемости и смертности от рака легких только за последние четверть века является убедительным доказательством того, что концепция «снижения вреда от курения» эффективна в профилактике рака.

Теперь настало время сделать следующий шаг. Переход на ЭСДН тех, кто не может бросить курить, может значительно снизить смертность от рака и других хронических неинфекционных заболеваний, связанных с употреблением табака. Так же, как в прошлом, в нашей стране уже было достигнуто снижение содержания табачных смол.

Литература:

1. Заридзе Д.Г. Курят из-за никотина, умирают от смолы. М.: «Наука из первых рук» №3-4(92), 2021.



О МЕРАХ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАЗВИТИЮ ПРОИЗВОДСТВА СОВРЕМЕННЫХ ПРОТЕЗОВ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ПОВЫШЕНИИ РОЛИ ГОСУДАРСТВА В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ КАЧЕСТВЕННОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Дусмуратов Мирзанозим Мирзабекович
Нажмитдинов Жамолитдин Юсуфович
Миралимов Мирмухитдин Миртурсунович

Агентство по развитию медико-социальных услуг
Республики Узбекистан, Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников, Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан, кафедра
Социальной медицины. ПО ГЕНТСТВО

Аннотация: Проблема протезирования лиц с инвалидностью в Узбекистане имеет свою давнюю историю и определение приоритетных направлений развития отрасли настоятельно требует оценки современного состояния вопроса, выявления основных причин, препятствующих созданию полноценной и эффективно работающей системы, способной удовлетворить потребность нуждающихся граждан в качественных и современных протезах и ортопедических изделиях.

Ключевые слова: протезно-ортопедические изделия, инвалидность.

1. Исторические аспекты становления протезно-ортопедической индустрии в Узбекистане.

Протезирование имело в Узбекистане два пика в своем развитии.

Первый пик был связан с 2-ой мировой войной 1941-1945 годов. С фронтов возвращались военнослужащие, потерявшие в результате ранений ноги или руки. Для возвращения к полноценной жизни их надо было срочно обеспечить протезами конечностей. И тогда в Ташкенте в ускоренном порядке была построена первая, отвечающая требованиям того времени, мастерская по производству протезов. Впоследствии мастерская стала основой создания Республиканского производственного объединения «Протезист». Вскоре после создания данного объединения проблема с обеспечением нуждающихся граждан протезами и ортопедическими изделиями была полностью решена. Помимо обеспечения лиц с инвалидностью протезами, РПО «Протезист» обеспечивала специальными ортопедическими изделиями детей и взрослых с различными заболеваниями и дефектами опорно-двигательной системы.

Второй пик развития протезирования в Узбекистане пришелся на годы войны в Афганистане. Получившие минно-взрывные ранения военнослужащие доставлялись в военный госпиталь в Ташкенте, где им проводились операции по усечению поврежденных конечностей. В связи с тем, что военнослужащие в Ташкенте оставались без сегментов конечностей, было принято решение обеспечивать их в Ташкенте искусственными конечностями, чтобы они возвращались домой на протезах. В 1987 году был построен и сдан в эксплуатацию на то время лучший на всем постсоветском пространстве протезно-ортопедический центр в структуре РПО «Протезист». Данный центр был специально спроектирован с учетом всех потребностей лиц с инвалидностью. В нем располагались: отдельная амбулатория, которая вела учет нуждающихся лиц в протезировании и осуществляла контроль своевременного обеспечения протезами и ортопедическими изделиями, имелся стационар первичного и сложного протезирования на 70 коек со всеми условиями для проведения мероприятий по подготовке к протезированию и обучению пользования протезами, для выполнения реабилитационных процедур. Имелся отдельный производственный корпус, расположенный на 12 тысячах квадратных метров полезной площади. На этих площадях размещались цеха по производству протезно-ортопедических изделий; сложной и малосложной ортопедической обуви; бандажных изделий; экспериментальная лаборатория по конструированию и пошиву модельной ортопедической обуви; экспериментальная лаборатория по разработке и производству прогрессивных конструкций протезов и ортопедических изделий. Производство было оснащено самым современным на то время



оборудованием протезно-ортопедического производства. На предприятии работали люди со специальным образованием, имеющие большой опыт работы и наблюдения за результатами протезирования.

Параллельно в тоже время осуществлялось строительство типовых трехэтажных протезно-ортопедических предприятий в каждой области. В четырех областях они были сданы в эксплуатацию.

РПО «Протезист» являлось на то время высокорентабельным производством, самостоятельно решавшим вопросы своего дальнейшего развития и освоения новых технологий. В объединении работало около одной тысячи человек. Действовала система выездного и организованного обслуживания нуждающихся лиц. В структуре каждого предприятия в составе РПО «Протезист» были выездные бригады техников-ортопедов, которые по графику выезжали на специально оборудованных машинах в районы областей и организованные учреждения (школы-интернаты, дома престарелых и т.д.) и обеспечивали нуждающихся лиц протезными и ортопедическими изделиями. Они ежегодно обеспечивали качественными протезами и ортопедическими изделиями свыше 160 тысяч человек (при населении Узбекистана на то время в 17 миллионов человек).

И сегодня на вопрос «Куда делась такая мощная, налаженная и самое главное эффективно работающая система протезирования в Узбекистане?» очень сложно дать исчерпывающий ответ. В 2001 году, была проведена приватизация всей структуры РПО «Протезист». В одночасье была уничтожена целая отрасль, решавшая важные социальные вопросы общества.

Это привело к тому, что протезирование и протезостроение остались без государственной координации и контроля, потере качества производимых протезно-ортопедических изделий и технических средств реабилитации, которые сегодня совершенно не устраивают ни специалистов, ни лиц с инвалидностью. Вопрос воссоздания отечественной протезной индустрии, в котором основную роль и место, исходя из реалий и требования сегодняшнего дня, будет занимать государство является весьма актуальным.

2. О механизме обеспечения нуждающихся лиц протезно-ортопедическими изделиями.

Основной задачей работников отделов медико-социальных услуг является обеспечение потребности в протезно-ортопедических изделиях нуждающихся лиц с инвалидностью. Действует следующий порядок: медико-социальные экспертные комиссии (МСЭК) выдают заключение о нуждаемости лица с инвалидностью в том или ином протезно-ортопедическом изделии, на основании данного заключения и заявления нуждающегося районные (городские) отделы Агентства по развитию медико-социальных услуг выдают на руки нуждающемуся лицу специальный сертификат, дающий ему право получить за счет средств бюджета требуемое для него протезно-ортопедическое изделие на любом протезно-ортопедическом предприятии, производящим такую продукцию. Выбор производителя является прерогативой самого лица, нуждающегося в протезировании. Предприятие оказавшее услугу нуждающемуся в протезировании лицу, получает из его рук сертификат и представляет его отрывную часть областному управлению Агентства по развитию медико-социальных услуг для оплаты стоимости выданного протезно-ортопедического изделия. Данная схема оказания протезно-ортопедических услуг утверждена соответствующим постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан и предусматривает дальнейшее совершенствование механизма предоставления этих услуг.

Производство протезно-ортопедической продукции осуществляют по всей Республике только восемь действующих частных предприятий, большая часть которых базируется в г. Ташкенте. К сожалению, действующие предприятия не обладают требуемой технологической базой для производства современных протезов и ортопедических изделий. Услуги по протезированию оказывают лица не имеющие специального среднего или высшего образования. По сути это небольшие кустарные, типа ремесленнических, мастерские. Протезно-ортопедическая продукция, выпускаемая ими, принципиально не отличается друг от друга по причине низкой стоимости этих изделий. Стоимость каждого изделия, прописывается в сертификате для конкретного нуждающегося лица. Превышение этой стоимости с целью повышения качества производимого изделия повлечет необходимость осуществления доплаты, порой весьма существенной, лицом с инвалидностью или его



спонсором. Это приводит к снижению эффективности социальной помощи, оказываемой государством.

Основная причина низкого и не достаточного уровня протезирования в Узбекистане отсутствие развитой сети протезно-ортопедических предприятий, которая могли бы предоставлять услуги соответствующего качества, не обрекая нуждающихся лиц на поездки далеко от дома. Действующие предприятия разрозненны, не связаны между собой и каждый из них «лепит» протезы так как может, без ориентации на какие-то нормативно-методические документы и стандарты.

На предприятиях отсутствует система оценки и контроля качества. На большинстве предприятий нет ни врачей ортопедов, ни инженеров, ни экономистов. Назначение протезно-ортопедического изделия осуществляет «обучившийся на рабочем месте» техник, не обладающий комплексом нужных знаний, навыков и соответствующего опыта работы. Условия, в которых оказывают услуги по протезированию (обследование, снятие гипсовых слепков, примерки протезно-ортопедического изделия, обучение пользованию изделием) очень далеки от установленных даже самых минимальных требований.

3. Действующий механизм формирования цен на протезно-ортопедические изделия и структура их финансирования.

Следующая важная причина невозможности иметь развитую отрасль протезирования – несовершенство механизма ценообразования и финансирования.

Работа по созданию протеза сродни работе скульптора, ваятеля, живописца и ювелира одновременно. Но при этом она является производством и должна подчиняться законам производственной экономики. Согласно которому – если производство не является рентабельным и становится убыточным, оно прекращает свое существование. Какова рентабельность действующих протезно-ортопедических производств? В ее основе лежит стоимость комплектующих и материалов, используемых при производстве протезов. Комплектующие детали - основа любого протеза. В Узбекистане используются комплектующие детали, изготовленные не известно в каких условиях и не понятно из отходов каких полимеров. Никому из пользующихся протезно-ортопедическими изделиями лицам с инвалидностью и никому из работающих в сфере производства протезно-ортопедической продукции до настоящего времени непонятно – почему в качестве основы производства протезов установлено использование только этих комплектующих деталей. Протезы с использованием этих комплектующих возведены в ранг «высочайшего технологического достижения отечественного протезостроения».

Основу себестоимости любого протеза в Узбекистане составляют именно эти комплектующие детали, представляющие жалкую пародию на требуемые детали. Соответственно низкая их стоимость определяет и влияет на конечную цену готового протезного изделия. Имея низкую себестоимость и не большие объемы производства протезно-ортопедических изделий предприятия не могут быть рентабельными и соответственно не могут развиваться, осваивать новые технологии и выпускать современную, так востребованную среди нуждающихся лиц, продукцию.

Согласно данным, средние цены 2022 года на протезы бедра и голени для взрослых варьирует от 1300,0 тыс. сум до 2300,0 тыс. сум. Логично задать вопрос - может ли протез, возмещающий утраченную ногу не только в косметическом виде, а прежде всего в функциональном стоить около 2 млн сум?

Стоимость протезно-ортопедических изделий, выданных лицам с инвалидностью, оплачиваются областными управлениями Агентства по развитию медико-социальных услуг. В 2021 году было изготовлено и выдано лицам с инвалидностью за счет средств бюджета 2357 единиц протезов и ортопедических изделий на общую сумму 3 582 600 тыс сум (в среднем за единицу изделия по цене 1520,0 тыс сум).

Согласно имеющейся базы данных, в 2022 году будет выдано 2377 единиц протезов при средней цене за единицу изделия в 1570,0 тыс сум, всего на сумму 3 731 890 тыс сум. Протезы и ортопедические изделия производятся и выдаются нуждающимся лицам с инвалидностью на основании специальных сертификатов в основном 4-мя протезно-ортопедическими предприятиями. Получается, что каждое предприятие в среднем в течение года выдает протезов на сумму меньше одного миллиарда сум. При таком положении дел о каком развитии производства, совершенствовании технологии и освоении новых современных



видов протезно-ортопедических изделий может идти речь?

4. О механизме финансирования.

Как происходит финансирование расходов на протезирование. Ежегодно районные (городские) отделы Агентства по развитию медико-социальных услуг, а затем и региональные управления на основании заявлений нуждающихся и заключений МСЭКов формируют базу данных на следующий год о потребности лиц с инвалидностью в конкретных видах протезов и ортопедических изделий.

Региональные управления на основании цен на протезы и ортопедические изделия предыдущего года, с учетом инфляционных поправок, разрабатывают цены на эти изделия на следующий год. Выводят общую сумму и согласовывают ее с региональными управлениями Министерства финансов. Изначально цены на нынешние протезы и ортопедические изделия были сформированы в 2010 году и за 12 лет не претерпели существенных изменений (ежегодно при формировании цен на изделия лишь вносятся не большие поправки учитывающие показатели инфляции на год).

При выдаче сертификатов на приобретение протезов и ортопедических изделий в них прописывается стоимость каждого изделия. С этим сертификатом, лицо получившее его (владелец сертификата) обращается на протезно-ортопедическое предприятие. После производства и выдачи изделия предприятие получает сертификат, заверенный его владельцем о получении протеза или ортопедического изделия отрывная часть сертификата передается предприятием в региональные управления Агентства по развитию медико-социальных услуг для оплаты, прописанной в нем суммы за выданное изделие.

5. Предложения по дальнейшему развитию и совершенствованию системы оказания протезно-ортопедической помощи населения.

Исходя из вышеизложенного, для обеспечения нуждающихся современными протезно-ортопедическими изделиями нужно решить следующие задачи:

первое - обоснованное финансирование, основанное на калькуляциях современных протезно-ортопедических изделий. Наряду с совершенствованием механизма финансирования и оплаты за произведенную продукцию должны найти свое решение вопросы с формированием требуемого объема оборотных средств для создания нормативного запаса комплектующих деталей и материалов, используемых при производстве протезов и ортопедических изделий, пересмотра цен и механизма их ценообразования, а также выделением льготных ссуд на приобретение современного технологического оборудования;

второе – обеспечение производства современных протезно-ортопедических изделий в соответствии с международными стандартами качества. Переориентация отечественных производителей протезно-ортопедической продукции на современные модульные комплектующие детали может быть решена следующим образом. Сегодня практически все страны решают вопросы гарантированной государством протезно-ортопедической помощи путем использования модульных комплектующих деталей, основанных на разработках немецкой компании «Otto Bock». Аналоги (прототипы) этих комплектующих деталей в полном ассортименте выпускаются в Российской Федерации, Республике Турция, Китайской народной Республике и т.д. Однако нормативно-технологическая документальная база по всем видам протезно-ортопедических изделий удобна для освоения в местном производстве на русском языке;

третье – модернизация, техническое и технологическое обновления производства частных предприятий, производящих протезно-ортопедические изделия. Для этого необходимо использовать принципы льготного долгосрочного кредитования этих предприятий и осуществления модернизации с привлечением зарубежных компаний, имеющих опыт работы в данном направлении.

четвертое – в обязательном порядке внедрить новую систему протезирования и протезостроения, предусматривающую усиление роли и места государства в этом процессе. Весомым в этом деле мер стало бы:

- внедрение системы контроля и координации производств на соответствие современным требованиям производства протезно-ортопедической продукции,
- создание республиканского центра первичного и сложного протезирования включающего в себя:
- создание современной лаборатории оценки качества протезно-ортопедической



продукции, соответствующей международным стандартам,
- создание современной производственной площадки.

Вывод:

Без совершенствования механизма финансирования и оплаты стоимости услуг за произведенные протезы и ортопедические изделия, без перевода предприятий на современные технологии производства, без установления координации и контроля государства над отечественным протезированием и протезостроением решение вопросов дальнейшего развития производства современных протезов и ортопедических изделий невозможно.

Литература:

1. Справочник по некоторым вопросам врачебно-трудовой экспертизы. Миралимов М.М., Дусмуратов М.Д., Нажмитдинов Ж.Ю., Тошкент, 1995 йил;
2. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов. Нажмитдинов Ж.Ю., Абдусаломов А.А., Миралимов М.М. Тошкент, 1998 йил;
3. Тиббий меҳнат экспертиза масалалари бўйича ҳужжатлар тўплами. М.Миралимов, Ж.Нажмитдинов, Ф.Усмонова ва бошқ. Тошкент, 1998 йил;
4. Тиббий-ижтимоий экспертиза хизмати фаолиятида иш юритишга оид меъёрий ҳужжатлар тўплами. Миралимов М.М., С.Умаров. Тошкент, 2011 йил.
5. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг “Сотиб олинган реабилитация техник воситаси ёки кўрсатилган хизматлар учун компенсация тўлаш тартиби тўғрисида” 2009 йил 17 июндаги 166-сонли қарори.
6. Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Протез-ортопедия мосламалари ва реабилитация қилишнинг техник воситаларини ишлаб чиқаришни ривожлантириш ҳамда тиббий-ижтимоий муассасаларининг моддий-техника базасини янада кучайтириш чора-тадбирлари тўғрисида” 2018 йил 20 июндаги ПҚ-3787-сон қарори.
7. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 25 мартдаги “Кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларни қўллаб қувватлаш, “Саховат” ва “Мурувват” интернат уйлари тизимини янада ривожлантириш тўғрисида” ПФ-6195-сон Фармони.



**БАЧАДОН МИОМАСИ ВА БЕПУШТЛИК БИЛАН КЕЧ ФЕРТИЛ ЁШДАГИ
АЁЛЛАРДА РЕПРОДУКТИВ ТИЗИМНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ
БАЪЗИ ПАРАМЕТРЛАРИ**

**Исмаилова Манзура Мурадин кизи,
Сафарова Зиёда Рўзобоевна**
Навоий вилояти Абу Али Ибн Сино
номли жамоат саломатлиги
техникуми ўқитувчилари

Аннотация: бачадон миомаси ва катта ёшдаги бепуштлик билан оғриган беморларда репродуктив тизимнинг функционал ҳолати баъзи гипофиз ва тухумдон гормонларининг қийматлари, шунингдек тухумдон захирасининг ултратовуш параметрлари бўйича ўрганилди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Репродуктив тизимнинг функционал ҳолатини ўрганиш учун кеч репродуктив ёшдаги бачадон миомаси (ММ) бўлган 68 беморда баъзи гипофиз ва тухумдон гормонларини ўрганиш ўтказилди. Текширилган аёлларнинг ёши 35 ёшдан 44 ёшгача бўлган ва ўртача 37,4 ёш, 2,3 ёш. Барча беморларда ФШ ва estradiol (E2) концентрацияси ўрганилди ва тухумдонлар захирасини (ёки) олдиндан баҳолаш мақсадида тухумдонлар ҳажмининг ултратовуш параметрлари ва улардаги антрал фолликуллар сони аниқланди.

Назорат гуруҳи фаол репродуктив ёшдаги 20-24 ёшдаги репродуктив функцияси бузилмаган 29 аёлдан иборат эди. Назорат гуруҳидаги аёлларнинг ўртача ёши 27,2±3,8 ёшни ташкил этди.

Натижалари. Тадқиқот натижалари репродуктив тизимнинг функционал ҳолатида катта ёшдаги репродуктив ёшдаги беморларнинг ҳетероженлигини кўрсатди. Биз ММ бўлган беморларда ФШ даражаси назорат гуруҳига қараганда 1,7 баравар юқори (6,2±1,7 ва 10,6±2,6; $p > 0,05$), E2 фаол репродуктив ёшдаги аёлларга қараганда 1,4 баравар паст (157,5±11,3 ва 55,1±12,4; $p < 0,001$). ҲР нинг ултратовуш қийматлари: тухумдонлар ҳажми 1,5 баравар кам (10,1±1,6 ва 6,9±1,85; $p > 0,05$) ва антрал фолликуллар сони назорат гуруҳи қийматларидан 1,8 баравар паст (9,6±1,5 ва 5,4±1,2; $p < 0,05$). ҲР дастлабки давлат олинган натижалар бемор 2 кичик гуруҳга бўлинади руҳсат: 1-кичик гуруҳ (n = 26): ФШ < 10 ИУ/л, тухумдон В - 6-8 см³, ҳар бир тухумдонда антрал фолликуллар сони-4-6 (тушган ҲР); 2-кичик гуруҳ (n=42): ФШ-10-15 ИУ/л, тухумдон - 3-5 см³, антрал фолликуллар сони-3-5 (паст ҲР). ҲР даражаси паст бўлган беморларда ФШ даражаси ҲР камайган аёлларга қараганда 1,5 баравар юқори (12,6±3,6 ва 8,5±1,5). 2-кичик гуруҳдаги E2 даражаси 1,6-кичик гуруҳдагидан (43,0±13,4 ва 67,2±11,3), тухумдонлар ҳажмидан (5,2±1,7 ва 8,6±2,0) ва улардаги антрал фолликуллар сонидан (4,6±1,6 ва 6,1±0,7) 1,6 баравар паст. шунингдек, мос равишда 1,7 баравар ва 1,3 баравар камайди.

Хулоса. Шундай қилиб, репродуктив ёшдаги ММ бўлган аёлларнинг 61,8% дастлаб ҲР даражаси паст ва 38,2% ҲР камайган, бу гормонал ва ултратовуш кўрсаткичлари маълумотлари билан тасдиқланади: ФШ даражасининг ошиши, сезиларли ўсиш E2 даражаси, шунингдек репродуктив ёшдаги аёлларнинг маълумотларига нисбатан пасайиш тухумдонлар ҳажмида ва улардаги антрал фолликуллар сонининг статистик жиҳатдан сезиларли даражада камайиши, унумдорлиги бузилмаган, фаол.



АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Мавлянова Нозима Тохиржонова

Тошкент педиатрия тиббиет институти ассистенти

Телефон +998909471223

Lola_isroilova@mail.ru

АННОТАЦИЯ: Антибиотикорезистентность названа основной причиной смертей в мире, за несколько десятилетий бактериальные патогены, вызывающие распространенные и тяжелые инфекции, выработали устойчивость практически ко всем новым антибиотикам, выпущенным на рынок.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Антибиотикорезистентность, фаготерапия, супербактерии, антибиотики.

Устойчивость бактерий к антибиотикам, стала одной из самых насущных проблем мирового здравоохранения. Ученые давно предупреждают, что она приводит к росту смертности населения и увеличению медицинских расходов. Чтобы остановить развивающийся глобальный кризис в области здравоохранения необходимы какие-то действия. Но для любых законодательных инициатив необходимо оценить масштаб угрозы. Для этого был запущен проект «Глобальные исследования устойчивости к противомикробным препаратам» (GRAM), в рамках которого ученые проводят изыскания по проблеме антибиотикорезистентности. Наиболее полная оценка глобального воздействия устойчивости к противомикробным препаратам на сегодняшний день опубликована в *The Lancet*. По данным ученых, в 2019 году около 1,27 миллиона человек во всем мире умерло в результате устойчивых к антибиотикам бактериальных инфекций. При этом антибиотикорезистентность также была связана с 4,95 миллионами смертей в том же году. Для сравнения, глобальные оценки показывают, что ВИЧ/СПИД и малярия стали причиной 860 000 и 640 000 смертей в 2019 году соответственно. Кроме того, несмотря на то, что устойчивость к противомикробным препаратам представляет собой серьезную угрозу для людей всех возрастов, дети младшего возраста были признаны группой особенно высокого риска: примерно каждая пятая смерть связана с резистентными патогенами у детей в возрасте до пяти лет. Ученые утверждают, что бактериальные инфекции, устойчивые к антибиотикам — основная причина смертей во всем мире. «Устойчивость к противомикробным препаратам представляет собой глобальную угрозу всему миру — от Западной Европы, где используются самые передовые антибиотики, до стран Африки к югу от Сахары, где доступ к терапии второго ряда ограничен», — подчеркнул автор исследования Люсьен Светчински в интервью для *News Medical*. «Хотя патогены, вызывающие наибольшую озабоченность, и стратегии, необходимые для борьбы с угрозой, различаются в зависимости от местоположения, вывод ясен: устойчивость к противомикробным препаратам ставит под угрозу глобальные системы здравоохранения и будет стоить нам миллионов жизней», — добавил Светчински.

Не менее интересное открытие и то, что врачи Национальной еврейской больницы в Денвере впервые смогли вылечить антибиотикорезистентную инфекцию легких у 26-летнего мужчины с муковисцидозом с помощью применения бактериофагов. Работа описана в статье, опубликованной в журнале *Cell*. Пациент страдал от стойкой инфекции и безуспешного лечения *Mycobacterium abscessus* в течение шести лет. В 2020 году его функция легких упала ниже 30 процентов. Медики предполагали, что он умрет через несколько лет без пересадки легких, а в проведении операции ему отказали из-за заболевания, которое может распространиться и на другие ткани. После предложения экспериментального лечения бактериофагами мужчину перевели в больницу Святого Иосифа в Денвере, где он провел суммарно около 200 дней за год, прежде чем смог получить фаготерапию. Там исследователи смогли выявить и генетически модифицировать два фага, которые максимально эффективно уничтожали инфекцию. Впервые их ввели больному в 2020 году, а затем еще 500 дней он регулярно получал по две дозы бактериофагов. Уже через два месяца появились первые маркеры успешной терапии. Спустя год инфекция была практически полностью вылечена, мужчину включили в очередь на трансплантацию легких. Сейчас пациент



прекратил фаготерапию, ему провели пересадку органа, после чего медики не смогли выявить никаких патологий.

Также интересен факт о том, что в Университете штата Иллинойс синтезировали антибиотик против супербактерий. Ученые синтезировали химическое соединение, которое подавляет размножение лекарственно устойчивых бактерий в лабораторных экспериментах. Об этом сообщается в статье, опубликованной в журнале ACS Central Science. Исследователи модифицировали антибиотик, действующий против грамположительных бактерий, чтобы он мог бороться с грамотрицательными бактериями — патогенными микроорганизмами, который вызывают широко распространенные инфекции, включая пневмонию, инфекции мочевыводящих путей и инфекции кровотока. Грамотрицательные бактерии трудно поддаются лечению из-за ряда защитных систем, в том числе прочных клеточных стенок, не пропускающих токсичные вещества, и механизмов, выводящих антибиотики из клетки. Бактерии со множественной лекарственной устойчивостью называют супербактериями. Структурно измененный антибиотик, получивший название фабимицин, оказался эффективным в уничтожении более чем 300 клинических изолятов, устойчивых к лекарственным препаратам, в том числе *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* и *Acinetobacter baumannii*. Он подавлял активность фермента FabI, который катализирует биосинтез жирных кислот у бактерий. При этом препарат оставался неактивным в отношении некоторых грамположительных безвредных микроорганизмов, которые живут в организме человека в составе здоровой микрофлоры. Фабимицин снижал число устойчивых к антибиотикам бактерий у мышей с пневмонией или инфекциями мочевыводящих путей.

Французские ученые из Института Пастера в Париже раскрыли различия влияния антибиотиков на микробиом кишечника разных людей. О выводах работы сообщается в журнале mBio. При назначении терапии антибиотиками в микробиоте кишечника нарушается баланс полезных и вредных бактерий. В конечном счете это может привести к чрезмерному росту грибов *Candida albicans*. Специалисты выявили, что у разных людей эти нарушения могут происходить неравномерно: у кого-то сильнее, а у кого-то слабее. В новом исследовании авторы проанализировали образцы кала в двух группах из 11 здоровых пациентов до, во время и после лечения цефотаксимом или цефтриаксоном. Оба препарата являются цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения. Ученые обнаружили, что разнообразие и обилие видов грибов варьировались не только от человека к человеку, но и от одних образцов к другим у одного и того же человека. Команда использовала специфический ПЦР-тест для количественного определения уровней *Candida albicans* и заметила, что грибок присутствует у 95 процентов участников. После лечения антибиотиками доля ДНК *Candida albicans* увеличилась у всех добровольцев. Однако у некоторых людей наблюдалось значительное повышение численности *C. albicans* и других видов, в то время как у других этого не произошло. По крайней мере, у одного участника даже наблюдалось снижение. Дальнейшее изучение образцов показало, что изменения в реакции грибов на лечение антибиотиками были связаны с активностью фермента бета-лактамазы, который вырабатывается эндогенными бактериями из микробиоты. У людей с более низким уровнем бета-лактамазы наблюдался больший рост грибов, включая *C. albicans*, чем у людей с более высоким уровнем фермента.

Литература

1. Walking Pneumonia Versus Common Cold, Cashmere Lashkari, B.Sc. <https://www.news-medical.net/health/Walking-Pneumonia-Versus-Common-Cold.aspx> mBio <https://journals.asm.org/toc/mbio/current>
2. Справочник по антибиотикам «AWaRe» <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365237>

ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН: ИННОВАЦИЯ, ФАН ВА ТАЪЛИМ 18-ҚИСМ

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

Эълон қилиш муддати: 31.01.2023

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