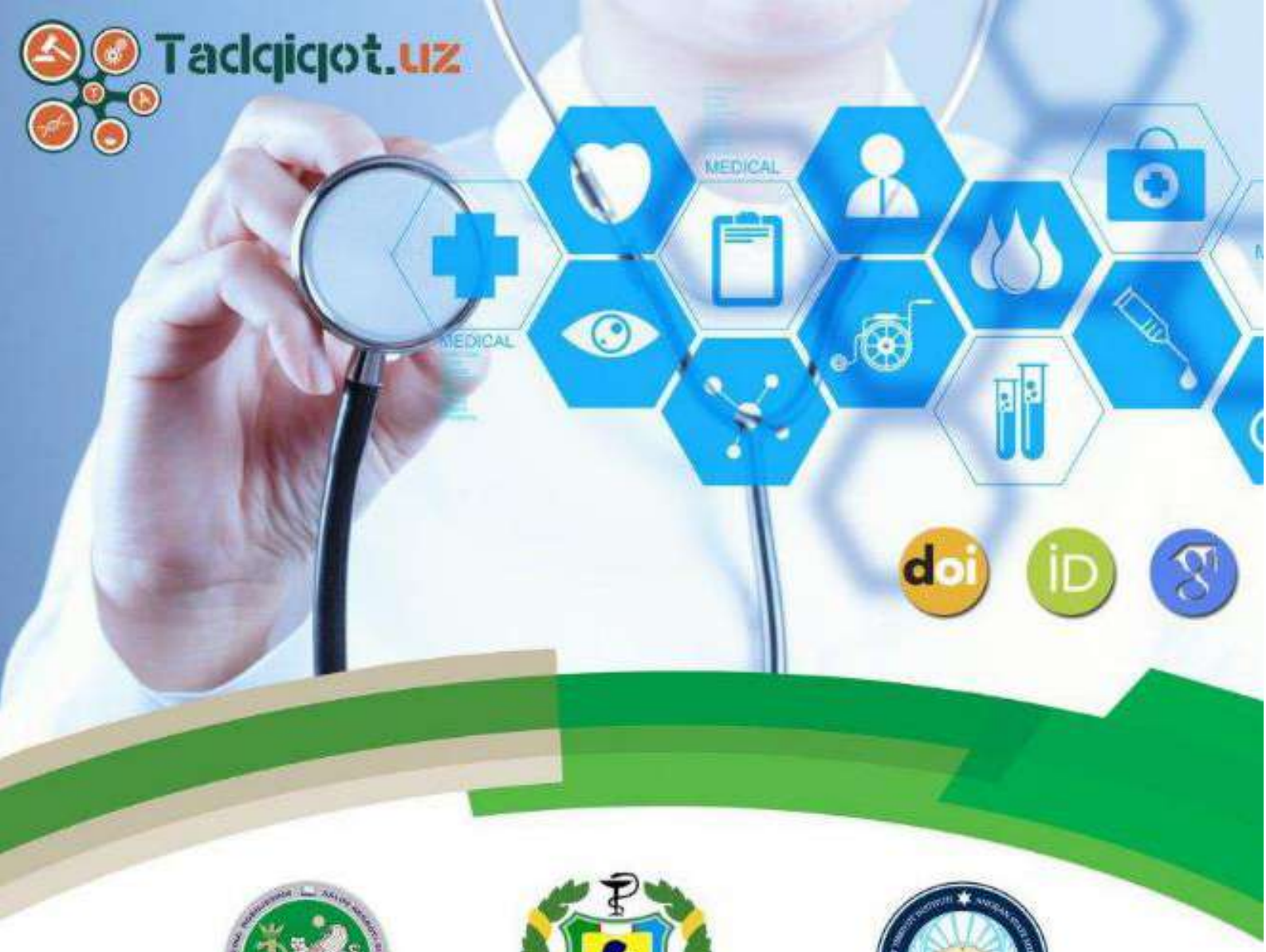

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНАЯ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ

1 мая, 2020 Самарканд

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ПОБЕДИМ COVID-19 ВМЕСТЕ!

CONFERENCES.UZ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Материалы международной научно-практической онлайн-конференции

(Самарканд, 1 мая 2020 г.)

DOI: 10.26739/conf_01/05/2020

Самарканд – 2020

Редакционный совет:

доктор медицинских наук, профессор **Ризаев Ж.А.** (отв. редактор);

доктор медицинских наук, профессор **Даминов Б.Т.** (отв. редактор);

доктор медицинских наук, профессор **Мадазимов М.М.** (отв. редактор);

доктор медицинских наук, профессор **Гулямов С.С.** (зам. отв. редактора);

доктор медицинских наук **Зиядуллаев Ш.Х.** (зам. отв. редактора);

доктор медицинских наук, профессор **Ходжиматов Г.М.** (зам. отв. редактора);

PhD, доцент **Давлатов С.С.** (отв. секретарь).

Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения: Материалы международной научно-практической онлайн-конференции (г. Самарканд, 1 мая 2020 г.) / отв. ред. **Ризаев Ж.А.** - Самарканд: СамГМИ, 2020. – 606 с.

В сборник вошли научные работы, посвященные широкому кругу современных проблем фундаментальной и клинической медицины, вопросам образовательных технологий и дистанционного преподавания фундаментальных и клинических дисциплин в медицинских вузах.

Подписано в печать 30.04.2020.
Формат А4
Усл. п.л. 70
Заказ 32
Тираж 50 экз.
Отпечатано
в типографии СамГосМИ.
140151, г. Самарканд,
ул. Амира Темура, 18

ПРИВЕТСТВИЕ ОРГКОМИТЕТА

Уважаемые коллеги!

Рад приветствовать вас от имени Самаркандского государственного медицинского института на международной научно-практической онлайн-конференции "Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения".

Конференция посвящена обсуждению широкого круга современных проблем фундаментальной и клинической медицины, вопросов образовательных технологий и дистанционного преподавания фундаментальных и клинических дисциплин в медицинских вузах. В последние десятилетия в развитых странах отмечается фактическое стирание временной грани между фундаментальными и прикладными исследованиями. Путь от открытия до практики становится предельно коротким. Используются современные системы искусственного интеллекта для создания новых лекарств. Недавно опубликованы результаты исследования, показывающего, что система на основе искусственного интеллекта может создавать новые лекарства против определенных патологий всего за несколько недель. А это в несколько десятков раз быстрее, чем традиционные методы. Некоторые компании и исследовательские группы обратились к этому мощному инструменту в поисках препарата против COVID-19.

Научная программа конференции включает в себя чтение пленарных лекций приглашенных коллег - ученых из ближнего и дальнего зарубежья по наиболее актуальным проблемам фундаментальной и клинической медицины. В сегодняшней программе предусмотрены выступления известных ученых, профессоров Osman Ekinci, Christian Dadak, Tony Levy, СонгЁнг Иль, Машина В.В., Беловой Л.А., Зекий А.О. Аветикова Д.С., Амхадовой М.А.

Считаю своим приятным долгом выразить благодарность коллегам Даминову Б.Т. и Мадазимову М.М. за эффективную совместную работу, издательскому дому «Tadqiqot.uz» за оказанное содействие в проведении данной конференции.

Желаю плодотворных дискуссий, полезного профессионального общения и новых достижений!

С уважением,

Ректор СамГМИ, профессор ***Ризаев Ж.А.***

Приветственное слово ректора ТашПМИ

Уважаемые гости и участники конференции!

Искренне рад приветствовать всех вас на онлайн-конференции «Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения» с Международным участием.

Сегодня весь мир переживает нелегкие испытания и борется против невидимого врага с большим терпением. В связи с этим, считаю, что научные и медицинские сообщества со всего мира должны сплотиться, чтобы найти эффективные методы борьбы с подобными явлениями и скорее преодолеть эти испытания.

Я уверен, что данная онлайн-конференция, станет хорошей традицией для представителей как отечественных, так и зарубежных медицинских вузов.

В Республике Узбекистан осуществляется широкомасштабная работа по укреплению здоровья и повышению благосостояния населения, совершенствованию системы здравоохранения, в том числе и подготовке высококвалифицированных медицинских кадров. Охрана здоровья населения является одним из приоритетных и стратегических направлений государственной политики, и постоянно находится в центре внимания нашего многоуважаемого Президента и Правительства.

Также, глубоко символично, что данная конференция, организованная в нетрадиционном онлайн формате, проводится в «Год развития науки, просвещения и цифровой экономики». Такого рода мероприятия будут способствовать еще большей цифровизации и развитию медицинской науки.

Уверен, что данный формат онлайн-конференции действительно станет хорошей площадкой для обсуждения актуальных проблем фундаментальной и клинической медицины, а также современных и эффективных методов дистанционного медицинского образования и науки, местом, где мы сможем на расстоянии обсудить перспективы развития системы здравоохранения и системы высшего медицинского образования с помощью инструментов дистанционного обучения как в нашей стране, так и на международном уровне, говорить о том, что мы должны сделать, делиться своими идеями и рассказывать о достижениях.

Онлайн-конференция предоставляет хорошую возможность для специалистов обменяться мнениями, обсудить сложные и нерешенные вопросы, согласовать дальнейшие направления исследований в рамках совместных программ. Я надеюсь, что работа конференции будет продуктивной и откроет новые возможности для сотрудничества в различных областях медицины и медицинского образования.

Поздравляю всех гостей и участников с открытием онлайн-конференции и желаю вам успехов в научно-исследовательской работе и плодотворной работы. Всего Вам самого наилучшего!

Благодарю за внимание.

Ректор Ташкентского педиатрического медицинского института,
профессор Б.Т. Даминов

Уважаемые коллеги!

От имени Андижанского государственного медицинского института приветствую всех организаторов и участников международной конференции ***"Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения"***.

Сохранение здоровья нации является залогом национальной безопасности, именно поэтому наше государство уделяет большое внимание борьбе с пандемией COVID-19.

Наш институт также вносит свой посильный вклад борьбе с пандемией COVID-19. Первостепенное значение мы придали качеству медицинской помощи, которое напрямую определяется квалификацией медицинских кадров.

Применение дистанционных образовательных технологий и дистанционного обучения является на сегодняшний день очень актуальным. Наш институт также запустил систему дистанционного обучения с 1 апреля 2020 года для студентов, клинических ординаторов и магистров.

На сегодняшний день совместно с квалифицированными специалистами «I-EDU Group» подготовили 118 000 учебно-методические рекомендации, 17 000 учебников, 30 000 учебных пособий, 2 451 видеолекций, 802 аудиолекций, а также 13 000 презентаций, 80 000 тестовых вопросов.

В целях повышения эффективности процесса дистанционного обучения в симуляционном центре института осуществляется поэтапное внедрение практических навыков преподавателями в виде онлайн-видеопрезентаций с использованием тренажеров, интеллектуальных роботов и муляжей.

С 13 по 17 апреля этого года выпускники нашего института сдали итоговую государственную аттестацию в виде тестов по 9 предметам бакалавриата, по 19 направлениям магистратуры и по 29 специальностям клинической ординатуры. Все выпускники успешно прошли итоговую государственную аттестацию благодаря эффективному использованию созданных возможностей. Сегодня 909 выпускников нашего института начали свою трудовую деятельность в лечебно-профилактических учреждениях Ферганской долины.

Применение дистанционного обучения при подготовке будущих врачей позволит сделать его действительно непрерывным, гибким и удобным для студентов, магистров и клинических ординаторов.

Внедрение инноваций в систему подготовки квалифицированных кадров в здравоохранении позволит достигнуть более высокого уровня оказания медицинской помощи населению Узбекистана.

Надеюсь, Международная конференция пройдет успешно и будет полезной для всех участников. Ее программа очень содержательная и интересная. Нам необходимо разработать новую модель дистанционного образования, которая будет отвечать актуальным запросам практического здравоохранения

Желаю Вам, уважаемые коллеги, плодотворной работы, творческих успехов и новых свершений на благо отечественного здравоохранения!

Благодарю за внимание.

Ректор Андижанского государственного медицинского института,
профессор М.М.Мадазимов

ОГЛАВЛЕНИЕ

Хирургия **7**

Терапия **181**

Педиатрия **489**

Инновационные технологии в медицинском образовании **554**

Полной электронной версией материалов конференции можно ознакомится на сайтах tadqiqot.uz и sammi.uz

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Абдувакилов Ж.У., Ризаев Ж.А., Олимжонов К.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.
Ташкентский государственный стоматологический институт. Ташкент.

В настоящее время продолжается стремительный рост частоты МС, «пандемии XXI века», по заключению экспертов ВОЗ. Основными характеристиками МС являются увеличение массы висцерального жира, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия. Важным звеном в патогенезе метаболического синдрома в соответствии с липоцентрической теорией, является абдоминально-висцеральная жировая ткань. Одним из основных факторов при МС у больных ХГП можно считать андроидное ожирение. По данным С.А. Бутрова с соавт. (2004), при андроидном типе ожирения у 88% пациентов обнаружена инсулинорезистентность, при гиноидном типе ожирения только у 32% больных. Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования было, изучить особенности показателя свободной жирной кислоты в крови у больных ХГП ассоциированной метаболическим синдромом. Сравнительный анализ биохимических параметров крови и ротовой жидкости проведен в клинико-диагностической лаборатории клиники ТГСИ и в лаборатории РНПЦСМ. Для достижения поставленной цели под нашим наблюдением находились 72 пациентов с ХГП средней степени. Из них 24 пациента без сопутствующих заболеваний; 48 больных –с ХГП в сочетании с МС. Больные находились на амбулаторном лечении в клинике ТГСИ. Больные с ХГП сочетанный МС в возрасте от 40-65 лет составляли в основном контингенты страдающие метаболическим нарушениями, в частности синдромом инсулинорезистентности и находившихся амбулаторном наблюдении. У 86,8% больных была отмечена сопутствующая артериальная гипертензия и ожирение. Выявленное нами повышение уровня свободных жирных кислот, обусловленное гиперинсулинемией, инсулинорезистентностью и артериальной гипертензией у больных ХГП ассоциированный МС сопровождается изменением метаболизма в митохондриях, потребление которых в качестве энергетического субстрата глюкозы уменьшается за счет нечувствительности клеток к инсулину. Свободные жирные кислоты, разобщая окислительное фосфорилирование, являются одной из причин накопления активных форм кислорода и гибели клеток. Данный процесс влияет также на морфологическую структуру пародонта. Следовательно, МС у больных с ХГП воздействуют на жировые ткани, усиливая липолитическое действие инсулина – что приводит к накоплению СЖК и глицерина. В данной ситуации, СЖК поступает в печень, где становятся основным источником формирования атерогенных липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП) и триглицеридов (ТГ). Таким образом, у больных ХГП ассоциированной МС содержание гормонов жировой ткани достоверно отличалось от таковой группы сравнения и больных ХГП без МС. Увеличение концентрации свободных жирных кислот, снижение уровня адипонектина, повышение концентрации лептина и резистина свидетельствуют о дисбалансе гормонов жировой ткани у обследуемых лиц с МС.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, метаболический синдром, концентрация свободных жирных кислот, атерогенные липопротеиды.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Абдувакилов Ж.У., Ризаев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.
Ташкентский государственный стоматологический институт. Ташкент.

Известно, что среди больных с метаболическими нарушениями (метаболический синдром, диабет, системная красная волчанка) большое распространение имеют воспалительные заболевания пародонтального комплекса. Пародонт, его структуры являются чувствительными к пропатогенному действию факторов, формирующих проатерогеный спектр метаболических нарушений. Актуальным и необходимым следует признать изучение особенностей клинического проявления пародонтита в начальной стадии развития метаболического синдрома для своевременного и успешного проведения патогенетической терапии. Целью исследования явилось - изучение показателей углеводного и липидного обмена, а также показателей общего иммунитета в периферической венозной крови у больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) средней степени тяжести на фоне метаболического синдрома. Материалы и методы исследования. Нами было проведено комплексное обследование 58 больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в возрасте от 35 до 63 лет, также 14 добровольцев (практически здоровых людей) с интактным пародонтом в возрасте 25–35 лет, которые составили контрольную группу (КГ). В опытной группе, в соответствии с критериями постановки диагноза «метаболический синдром», в 100% случаев определен центральный тип ожирения (среднее значение ИМТ составило 36,1+2,9). У 31% (18 человека) пациентов диагностирована 1 степень ожирения, у 50% (29 человек) - 2 степень, и у 19 (11 человек) - 3 степень. В контрольной группе находились пациенты без абдоминального ожирения (среднее значение ИМТ составило 23,2+0,9). Результаты. По результатам лабораторных данных уровень глюкозы крови натощак у всех пациентов находился в пределах нормы: 4,2 ± 0,3 ммоль/л в контрольной группе, 6,1 ± 0,24 ммоль/л у больных с МС. Но через 2 часа после нагрузки глюкозой их уровень был различен и составил 4,85 ± 0,24 ммоль/л в контрольной группе и 5,95 ± 0,24 ммоль/л ($p < 0,001$) у больных с МС. Уровень инсулина находился в пределах нормы, хотя у больных МС был выше показателей контрольной группы: 14,8 ± 0,9 и 10,1 ± 1,2 мкЕд/мл соответственно ($p < 0,001$). Уровень стимулированного инсулина через 2 часа после нагрузки глюкозой у пациентов контрольной группы оставался в пределах нормы: 17,2 ± 1,4 мкЕд/мл, а у пациентов с МС возрастал в 3 раза по сравнению с контрольной группой – 49,9 ± 3,46 мкЕд/мл, что свидетельствует о гиперинсулинемии. Повышенный уровень инсулина способствует задержке в организме натрия, что приводит к гиперволемии и вазоконстрикцию сосудов, усиление агрегации тромбоцитов. При этом жировая ткань характеризуется избыточным липолизом, нарушением циркуляции липопротеидов, глюкозы, что приводит к усилению гиперинсулинемии, дислипидемии. Уровень стимулированного С-пептида у пациентов с хроническим пародонтитом на фоне МС превышал уровень контрольной группы

на 39% $p < 0,01$. Уровень ОХ у всех пациентов с МС закономерно превышал показатель контрольной группы и составил 6,2 ± 0,4 ммоль/л. При анализе показателей липидного спектра крови отмечалось закономерное повышение общего холестерина. Это происходило за счет повышения уровня ЛПНП до 4,1 ± 0,4 ммоль/л ($p < 0,05$). При этом отмечалось снижение ЛПВП до 0,9 ± 0,1 ммоль/л. Коэффициент атерогенности (КА) составил 5,1 ± 0,3, что на 41% выше показателя контрольной группы – 3,7 ± 0,3. Высокие концентрации свободных жирных кислот, образующиеся на фоне дислипидемии подавляют поглощение инсулина печенью, что приводит к гиперинсулинемии и относительной инсулинорезистентности. При этом, свободные жирные кислоты ингибируют ключевые ферменты – пируватдегидрогеназу и фосфокиназу, снижая окисление глюкозы (цикл Рендла), и участвуют в механизме поддержания инсулинорезистентности. Состояние общего иммунитета оценивали по количеству Т- и В-лимфоцитов, содержанию IgA, IgG, IgM в периферической венозной крови. При анализе иммунограмм больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне МС регистрировались значительные иммунные сдвиги по сравнению с показателями в контрольной группе. Так, содержание Т-лимфоцитов было достоверно снижено и составило – 41,2 ± 2,21% (контроль 58,6 ± 1,36%) ($p < 0,05$). Недостаточность Т-системы иммунитета проявляется хроническим затяжным течением, воспалительно-деструктивным процессом в пародонте. Анализ гуморального иммунитета выявил у больных хроническим генерализованным пародонтитом статистически достоверное увеличение количества В-лимфоцитов в 1,7 раза по сравнению с показателем контрольной группы и составило – 40,9 ± 1,40% (контроль 24,11 ± 0,65%) ($p < 0,05$). Эти результаты свидетельствуют о выраженной активации В-клеточного звено иммунной системы у больных ХГП средней степени тяжести, особенно при сочетании с метаболическим синдромом. Концентрация Ig классов G, A в сыворотке крови пациентов с метаболическим синдромом достоверно выше, чем в контрольной группе. Особенно высоким было содержание IgG: 1876,0 ± 9,61 мг/дл (контроль 1156,0 ± 0,18 мг/дл) ($p < 0,05$), количество которого всегда повышается при хронической форме воспаления. Количество IgA – составило 98,7 ± 7,31 мг/дл (контроль 150,8 ± 9,14 мг/дл) ($p < 0,05$). В динамике концентрации IgM в крови достоверных изменений не было отмечено. Выводы: У больных с метаболическим синдромом сочетанной с воспалением в тканях пародонта на фоне гиперинсулинемии и дислипидемии установлены выраженные изменения в показателях клеточного и гуморального иммунитета.

Ключевые слова: восполение пародонта, метаболический синдром, углеводный и липидный обмен, показатели общего иммунитета.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

Абдуллаев Д.Ш., Олимжонов К.Ж.
Тошкент давлат стоматология институти

Стоматологик саломатликни такомиллаштириш ва оптималлаштиришни бахолаш учун организмнинг умумий соғломлиги катта аҳамиятга эга. Оғиз бўшлиғи ва ички аъзоларнинг биргаликдаги патологиясини комплекс таҳлил қилиш давомида оғиз бўшлиғиниг соматик ҳолати бир неча сабабларга боғлиқлилигини кузатиш мумкин. Юрак қон-томир тизими касалликларининг энг кенг тарқалган асоратларидан бири сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) синдромининг ривожланиши ҳисобланади. БЖССТнинг 2005 йилги статистикасида СЮЕ касаллиги ривожланган мамлакатларда меҳнатга лаёқатли аҳолининг ногиронлашувига ва ўлимига сабаб бўлмоқда, деб бахоланган. Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг кардиология бўлимида стационар даволанишни бошлаган 20 нафар беморда стоматологик саломатликни ўрганиш бўйича тадқиқотлар ўтказилди. СЮЕ оғирлик даражасини Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси (NYHA) бўйича ажратиб олинди, бунда 3 та (15%) беморни I функционал синф, 12 та (60%) беморни II-III, 5 та (25%) беморни IV функционал синфларга (ФС) тақсимланди. СЮЕ билан оғриган беморларнинг 16 (80%) нафарида оғиз бўшлиғи тўқималари веноз қон айланишинг бузилиши таъсирида шиллиқ қават цианози кузатилди. Уч беморда СЮЕ I ФС да фақатгина лабнинг бурчакларида бироз кичикроқ цианоз, яъни акроцианоз мавжуд. СЮЕги бўлган 12 (60%) беморларда II-III ФС оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, пародонт тўқимасида ва тилда цианоз аниқланди,7 (35%) беморда тўқималарнинг бироз шиши кузатилди. 5 та беморда (25%) IV ФС га кирувчиларида шиллиқ қаватларининг ранги ўзгарган цианотик кўринишда,танглай бурмалари ва милк қирғоғида ўзгаришлар кузатилди ва яна лаб соҳасида сезиларли даражада цианоз аниқланди. Текширилган беморларнинг 18 (90%) нафарида шиллиқ қаватда катарал гингивит ва стоматит, 4 (20%) нафарида некротик-ярали шикастланиш кузатилди. Тилни юзаси ўрганилганида, 14 (70%) беморда силлиқ ва ялтироқ “силлиқланган” деб номланувчи тил, 11 (55%) нафарида тилнинг учларида цианоз аникланди. 18 (90%) нафар беморда эса тишларида кариес борлиги аникланди. Шундай қилиб, СЮЕ нинг шаклланиши ва ривожланиши оғиз бўшлиғи тўқималарининг микроциркуляцияси, трофикаси ва биоценозларнинг бузилишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, СЮЕ касаллигининг ривожланиши пародонтда дистрофик ўзгаришларни тезлашишига, яъни тишларнинг мустаҳкамлиги бузилишига олиб келади. СЮЕнинг оғирлик даражаси стоматологик саломатликка таъсирини ҳисобга олган ҳолда, бундай беморларни, комплекс даволаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Калит сўзлар: сурункали юрак етишмовчилиги, оғиз бўшлиғи, стоматологик ҳолат, даво.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Абдуллаев Д.Ш., Ризаев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время изменения в микроциркуляторном русле органов и тканей выдвинулись в ряд важнейших проблем клинической медицины, в том числе и в пародонтологии. По данным ВОЗ (2014), почти 80% населения планеты страдает заболеваниями пародонта, которые являются основной причиной утраты зубов после 30 лет. Начальные воспалительные изменения очень часто, встречаются у лиц в возрасте 25-34 года. В возрастных группах 35-44, 45-54, 55 лет и старше, число лиц с начальными изменениями пародонта прогрессивно увеличивается на 15-20%, при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени до 75% (Зюлькина Л.А., Сабаева М.Н., Иванов П.В., Шастин Е.Н. 2017). Изменения микроциркуляторного русла (МЦР) являются наиболее чувствительными индикаторами, реагирующими на патогенные воздействия еще до появления клинических симптомов воспаления. Состояние сосудистого русла является одним из важных определяющих составляющих патологического процесса в пародонте. Доказано, что у больных генерализованным пародонтитом в 97% случаев обнаруживается патология внутренних органов, что свидетельствует о взаимосвязи патологических процессов в тканях пародонта с общим статусом организма (Иванов П.В., Булкина Н.В., Зудина И.В., Ведяева А.П., Зюлькина Л.А. 2015). К соматическим заболеваниям, ассоциированным с патологией пародонта, относятся поражения сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, венозная недостаточность), системные воспалительные процессы (эндотоксемия, сепсис), метаболические нарушения (сахарный диабет), заболевания пищеварительной системы (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, поражения гепатобилиарной системы), гематологические нарушения (анемии, лейкемии) и другие (Карпенко И.Н., Булкина Н.В., Понукалина Е. 2009.). Нами была изучена состояния микроциркуляции в тканях десны методом ЛДФ у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), протекающего на фоне ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Исследование микроциркуляции проведено с помощью аппарата «ЛАКК-02» (Россия), в лаборатории при центре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. В основе лазерной допплеровской флоуметрии лежит регистрация потока крови в микроциркуляторном русле (артериолах, прекапиллярах, капиллярах, венулах) посредством анализа допплеровского сдвига лазерного излучения от движущихся эритроцитов. Проведенные исследования микроциркуляции в тканях пародонта показали, что при генерализованном пародонтите на фоне ИБС, осложненной ХСН имеет место значительное кровенаполнение со слабыми колебаниями кровотока, что свидетельствует о венозном застое в микроциркуляторном русле. Это подтверждает увеличение миогенного тонуса (повышение тонуса прекапилляров, препятствующих поступлению крови в капилляры, в результате уменьшается число функционирующих капилляров). А также, увеличение миогенного тонуса и артериоло-венулярного шунтирования можно расценивать как компенсационную реакцию микроциркуляторного русла на застой в венулярном звене. Учитывая, что любая пародонтопатия обязательно сопровождается микроциркуляторными нарушениями разной степени выраженности, адекватная коррекция этих нарушений, а также параллельная терапия основного заболевания приведет к успешному разрешению патологического процесса в целом.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, хроническая сердечная недостаточность.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКИХ ФАСЦИИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдуллаев С.А., Бабажанов А.С., Курбанов Э.Ю., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.

Отделение гнойной хирургии Самаркандского городского медицинского объединения Самаркандский государственный медицинский институт.

Актуальность: Несмотря на развития медицинской науки, проблема хирургической инфекции при сахарном диабете остается актуальной проблемой. В настоящее время в мире насчитывается около 500 млн. больных сахарным диабетом. Больные с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей, осложнившимися инфекциями, составляют 12-62%. Инфекционные заболевания на фоне сахарного диабета не редко протекают молниеносно, требуя диагностической настороженности со стороны врачей любых специальностей. Цель работы: Усовершенствование комплексных методов хирургического лечения гнойно-некротических фасцитов. Материалы и методы исследования: В гнойно-септическом центре Самаркандского городского медицинского объединения находились на стационарном лечении 71 больных с гнойно-септическими воспалительными процессами мягких тканей, сахарного диабета осложненными некротическими фасцитами. Мужчин было 41, женщин 30. Возраст больных были от 24 до 78 лет. Причинами гнойно-септических воспалений мягких тканей были: сахарный диабет IIтипа, тяжелая форма, с синдромом диабетической стопы, парапроктиты, флегмона промежности, болезнь Фурнье, флегмоны верхних и нижних конечностей, глубокие постинъекционные абсцессы, послеоперационные нагноения раны, осложненные флегмоной передней брюшной стенки. Диабетический анамнез у этих больных составил в среднем 12.3 лет. 28 больных страдало сахарным диабетом от 5 до 15 лет, что составило 39%. У 36 больных диабетический анамнез было отмечено 16-20 лет, что составило 51%. У остальных 7 больных диабетический анамнез были более 21 года, что составляло 10%. Однако, несмотря на длительного диабетического анамнеза эти группы больных очень поздно обратились к врачу. При развитии фасциита первыми поражаются поверхностные фасции, подкожно-жировая клетчатка. В этой стадии болезни первичные признаки не появляются, в плане диагностики бывают определенные затруднения. В некротических фасциитах появляются массивные отеки, локальная боль и признаки интоксикации. При локализации гнойно-некротического процесса в области стоп и пальцев, гнойный процесс распространяется вверх по фасциям и по синовиальной оболочке мышц (мионекрозы). При вскрытии флегмоны, абсцесса далеко от инфильтрата мягких тканей в глубине раны выявлены вязкого характера, желтовато-серого цвета гнойные массы со специфическим ихорозным запахом. У 29 больных обнаружены сепсис. У 42 больных наблюдалось обычное течение гнойно-воспалительных процессов мягких тканей без явления сепсиса. После соответствующей предоперационной подготовки в срочном порядке вскрывались широкими разрезами. При наличии анаэробной флегмоны мы производили несколько разрезов «лампасного» характера. В послеоперационном периоде произведена этапная некроэктомия. Результаты и обсуждение: В последние годы при выборе метода хирургического лечения больных с гнойно-некротическим осложнением сахарного диабета, учитываем характер и распространенность воспалительного процесса мягких тканей. Возбудителями гнойно-некротической флегмоны мягкий тканей, особенно осложнённых некротизирующими

фасцитами могут быть различные микроорганизмы: - стрептококки, стафилококки, энтерококки, кишечные палочки и другие облигатные анаэробы. Местные клинические признаки некротических фасциитов имеют свои особенности, на коже специфические местные признаки визуально не определялись. Особенностью течения некротических фасциитов является гнойный процесс подкожной клетчатки, распространяется по фасциям и развивается гнилостно - некротический процесс в фасции и переходит в подлежащим мышцам (мионекрозы). Мы наблюдали группу больных, которые поступили в стационар поздно, их состояния были тяжелыми и выявлены клинические признаки сепсиса. В наших наблюдениях выяснилось, что больные с острыми парапроктитами, осложненными фасциитами промежности, большими флегмонами передней брюшной стенки, гнойно-некротическими флегмонами пальцев и стоп обращались в стационар поздно. Именно в этой группе больных часто развивалось сепсис. УЗИ является высокоинформативным методом диагностики по локализации гнойного процесса мягкой ткани, его размеры, глубины поражения. В лечении некротических фасциитов необходимо своевременного, раннего радикального оперативного вмешательства: полноценный хирургический разрез, санация раны, адекватное дренирование. Все наши больные своевременно подверглись оперативному лечению, то есть широкими разрезами вскрывались парапроктиты, длинными разрезами флегмоны бедра, голени с удалением некротических тканей. В отдельных случаях из за тяжести состояния больных сделать полную некроэтомию невозможно. Поэтому в послеоперационном периоде произведена этапная некроэктамия. Тяжелым больным от 3х до 8 раз нами проведены этапные некроэктомии с адекватным дренированием. При наличии осложнения анаэробной флегмоны производились разрезы «лампасного» характера. Раны обрабатывались раствором перекиси водорода, проводили тщательную санацию, по мере возможности некроэктамию и дренирование раны. Вывод: Своевременное установление диагноза и комплексного активного, адекватного хирургического лечения, широкие разрезы и этапная некроэктомия дает хорошие результаты в лечении сепсиса при сахарном диабете. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: гнойно-некротические фасциты, некроэтомия, комплексные методы хирургического лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Абдурахимов И.М., Бутабоев Ж.М., Эргашев К.И.
Андижанский государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на бурное развитие флебологии как науки и клинической дисциплины, и по сей день заболевание вен предстявляют собой важную медицинскую и социальную проблему. Методом представляющим иное направление в лечении варикозной болезни является флебосклерозирующая терапия, которая по мнению многих авторов, позволяет добиваться радикальности лечения. Сущность метода заключается в достижении облитерации сосуда путем введения в его просвет специальных средств-слкеропрепаратов с последующей компрессией склерозируемых вен. В качестве флебосклерозирующих препаратов в клинической практике применяются как, тромбовар (30% и 1%), фибровейн (0,2%; 90%; 1%) и 30%), этоксисклерол (0,5%), 1%, 2% и 3% растворы). Цель работы. Улучшить клинические и косметические результаты лечения варикозной болезни нижних конечностей путем применения склеротерапии Материал и методы исследования. При проведении склеротерапии применяли пункционную технику, известную как «метод пустой вены» или «ирландская техника». Использовали препарат этоксисклерол оптимальной концентрации склерозанта в зависимости от диаметра вены. Для достижения хороших результатов при лечении строго соблюдали показания, абсолютные и относительные противопоказания. Как самостоятельный метод лечения использовали компрессионную склеротерапию у 24 пациентов без патологических вено-венозных рефлюксов при ретикулярном варикозе и телеангиоэктазиях, и у 32 больных как вспомогательный метод после хирургического устранения патологических вено-венозных рефлюксов. Склеротерапию выполняли в горизонтальном положении пациента. Оптимальным сроком постоянной эластической компрессии считали первые 7-8 суток после инъекции. Объективный и субъективный клинический и эстетический результат оценивали по 4-х бальной шкале до лечения и в динамике через 1 месяц после лечения и через 1-2 года. Соответственно клиническим формам варикозной болезни больные были распределены на 4 группы: (1-группа- внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса: 2-группа сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностные и/или перфорантным венам; 3-группе распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам; 4-группа- варикозное расширение вен при наличии рефлюкса по глубоким венам. Результаты. Состояние больных оценивались по 4-х больной шкале до лечения и в динамике через 1 месяц после лечения и через 1-2года (1-балл- не удовлетворительный, 2-балл – удовлетворительный, 3-балл – хороший, 4-балл – отличный). В 1 и 2 группах неудовлетворительных и удовлетворительных результатов лечение не было, в 100%-случаев отмечены отличные (66,7%) 1-группе и 75% во 2 группе), хорошие (33,3% 1-группе 25-29,2% во 2-ой группе). Все эти пациенты имели начальные клинические формы варикозной болезни и ХВН-1 степени. В 3 и 4 группах также не выявлено неудовлетворительных результатов лечения, удовлетворительные отмечены в 40% случаев в 3-группе и в 6,7%-20% 4-группе. Преобладали хороший и отличный результаты лечения как по оценкам врача, так и пациентов (в 3-группе 60%, в 4-группе 80-93,3%). Несколько более низкое шкала оценок результатов лечении у этих пациентов по сравнению с предыдущими оправдывалось тем, что они имели более тяжелые исходные клинические формы варикозной болезни и степени ХВН II-III степени. Общие результаты по всем группам пациентов: удовлетворительные от 4,8 до 8,1%, хорошие от 30,6% до 33,9%, отличные 59,6% до 64,6%. Заключение. Таким образом компрессионная склеротерапия является эффективным и перспективным методом лечения варикозной болезни нижних конечностей, обладающим малой травматичностью высокими косметическими результатами.

Ключевые слова: варикозная болезнь, склероерапия, травматичность.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Абсаламова Н.Ф., Муратова С.К.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.

Актуальность: Лечение больных хроническим периодонтитом является одной из наиболее сложных и важных задач современной стоматологии. В амбулаторных условиях обследовано 134 пациента с эндодонтическом лечениям двумя наиболее распространёнными видами паст: резорцин-формалиновой и цинкоксидэвгеноловой. Соответственно виду пасты все обследованные пациенты были разделены на две группы: 78 пациентов (51,5%), зубы которых были запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 56 пациентов (48,5%) - цинкоксидэвгеноловой пастой. Несмотря на постоянное внедрение новейших эндодонтических инструментов, материалов и технологий, процент осложнений после проведённого эндодонтического лечения остаётся высоким. Пациенты с болезнями периапикальных тканей составляют от 18% до 40% от общего числа лиц, обратившихся за стоматологической помощью. Хронический апикальный периодонтит может служить источником развития одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, осложнять течение заболеваний внутренних органов и систем, приводить к удалению зуба, деформации прикуса и снижению жевательной эффективности, тем самым причиняя пациенту физические и моральные неудобства. Источниками прогрессирующих периапикальных очагов хронической инфекции в 14,8% случаев являются зубы с не пломбированными корневыми каналами и в 76,4% - зубы с частично пломбированными каналами. Цель исследования. Повышение эффективности повторного эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита с помощью метода отсроченного пломбирования корневых каналов. Материалы и методы. Проводили исследование произвольно выбранных 134 медицинских карт стоматологических пациентов в возрасте от 18 до 70 лет. Соответственно виду пасты все обследованные пациенты были разделены на две группы: 78 пациентов (51,5%), зубы которых были запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 56 пациентов (48,5%) - цинкоксидэвгеноловой пастой. На этом этапе было проведено повторное эндодонтическое лечение 57 пациентам (64 зуб): 32 женщины и 25 мужчины в возрасте от 18 до 70 лет, по поводу некачественного эндодонтического лечения вследствие хронического пульпита и/или хронического пульпита в стадии обострения. Комплексное обследование больных состояло из клинического и рентгенологического методов. В контрольную группу было включено 32 пациентов с диагнозом хронический апикальный периодонтит. После проведения в несколько посещений механической и медикаментозной обработки корневых каналов зубов контрольной группы они были запломбированы методом латеральной конденсации с дальнейшим восстановлением коронковой части зубов. В основную группу было включено 35 пациентов (40 зубов) с диагнозом хронический апикальный периодонтит. В данной группе для лечения хронического апикального периодонтита была применена методика отсроченного пломбирования кальцийсодержащим препаратом (кальцисепт) по схеме трёхкратного введения препарата сроком на две недели (14 дней) каждое. Результаты. Установлено, что в

группе зубов, ранее леченных с использованием резорцин-формалиновой пасты, более 2/3 составили моляры (77,0 + 2,2%), каждый пятый зуб был премоляром (19,1 + 2,0%) и меньше всего было передних зубов (3,9 + 1,0%). У этой группы в различных возрастных подгруппах пациентов, нами отмечено, что в возрасте 35 - 44 лет, 45 - 54 лет и 55 - 64 лет наиболее полно представлены все виды зубов: резцы, клыки, премоляры и моляры. В подгруппе пациентов 35-44 лет доминировало количество моляров - 80,5 + 3,7%, премоляров в 4 раза меньше - 18,6 + 3,7%, а передних зубов - 0,9 + 0,9%. Подобная тенденция сохранялась и в возрастной подгруппе 45-54 лет: в ней также доминировали моляры - 75,9 + 4,0%, значительно меньше премоляров - 22,4 + 3,9%, а передних зубов - 1,7 + 1,2%. В возрастной подгруппе 55-64 лет моляров было - 59,3 + 5,5%, премоляров - 25,9 + 4,9%, а передних зубов - 14,8 + 3,9%. У пациентов 65 лет и старше моляров было 71,4 + 17,1%, а премоляров в 2,5 раза меньше - 28,6 + 17,1% зубов. В группе зубов, ранее леченых с использованием цинкоксидэвгеноловой пасты, соотношение видов зубов в различных возрастных подгруппах отличалось. Почти равные доли по частоте отмечены для передних зубов (29,2 + 2,4%), премоляров (29,8 + 2,4%), несколько больше была доля моляров (41,0 + 2,4%). В данной группе пациентов практически во всех возрастных подгруппах, кроме самой пожилой подгруппы, были выявлены все виды зубов. В самой молодой возрастной подгруппе пациентов 18-24 лет преобладали моляры - 58,9 + 6,6%, в два раза меньше было премоляров - 26,8 + 5,9%, передних зубов было 14,3 + 4,7%. В возрастной подгруппе 25-34 лет доли премоляров и передних зубов было практически одинаковыми: 34,5 + 5,2% и 35,7 + 5,2%, незначительно меньше было моляров - 29,8 + 5,0%. В подгруппах пациентов 35-44 лет и 45 - 54 лет доли передних зубов и премоляров были одинаковыми: по 27,5 + 4,1% и по 31,3 + 6,9% соответственно. В подгруппе 55-64 лет передних зубов было почти половина - 44,8 + 9,2%, а премоляров и моляров одинаковое количество: по 27,6 + 8,3% зубов. В самой пожилой возрастной подгруппе 65 лет и старше моляров было 66,7 + 27,2%, а премоляров в два раза меньше - 33,3 + 27,2%. Выводы. Динамика восстановления периапикальных поражений была в 2-2,5 раза выше у зубов (особенно ранее леченых с использованием цинкоксидэвгеноловой пасты), при перелечивании которых использовался метод отсроченного пломбирования корневых каналов (у зубов с резорцин-формалиновой пастой - 31,9%, у зубов с цинкоксидэвгеноловой пастой -36,4%), по сравнению с обычным эндодонтическим лечением (у зубов с резорцин-формалиновой пастой - 12,5%, у зубов с цинкоксидэвгеноловой пастой - 17,3%), что достоверно подтверждается динамикой прироста средних значений индекса PAI по Соловьёвой А. М.

Ключевые слова: цинкоксидэвгеноловой пасты, резорцин-формалиновая паста, рентгенологический.

УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ

Арзикулова М.Ш., Шукуров Ш.Ш., Санакулов М.А.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Данная работа посвящена снижению распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний и мотивации детей и их родителей к правильной гигиене полости рта и сохранению стоматологического здоровья. Для выявления уровня гигиенических навыков и стоматологической заболеваемости была создана медико – педагогическая программа, которая включала несколько этапов. Анализ данных эпидемиологического обследования детей и подростков школы №18 Джамбайского района Самаркандской области показал, что распространенность кариеса составляет 66,5%, из них 35% приходится на долю девочек, 31,5% на долю мальчиков. Проблема стоматологической заболеваемости у детей и подростков зависит от множества факторов. Высокая стоматологическая заболеваемость детского населения остаётся одной из актуальных проблем в стоматологии. Главной причиной этого является низкий уровень гигиенических знаний среди населения, а также отсутствие рекомендаций по рациональной чистке зубов, языка и десен, которые свидетельствует об отсутствии необходимой гигиены полости рта. Большинство детей и взрослых обращаются в поликлинику за стоматологической помощью при наличии уже развившихся стоматологических заболеваний. Только небольшой процент населения регулярно посещает стоматолога. Актуальным является снижение распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний среди детей младшего школьного возраста и подростков, уменьшение осложнений стоматологических заболеваний путем проведения медико – педагогических программ. Цель исследования. Разработать и внедрить комплекс гигиенических и профилактических мероприятий среди детей младшего школьного возраста и подростков с целью снижения распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний. Материалы и методы исследования: Для выявления уровня стоматологической заболеваемости и уровня гигиенических навыков создана комплексная медико–педогогическая программа, которая включала несколько этапов: 1.Анкетирование и лекции для школьников и их родителей с применением мультимедийной информации. 2. Обучение детей гигиене полости рта на моделях. 3. Осмотр полости рта и определение индексов гигиены полости рта (Индекс Фёдорова – Володкиной), исследование распространенности и интенсивности кариеса (КПУ+ кп), определение интенсивности воспалительного процесса с помощью пробы Шиллера-Писарева. 4. Контрольное занятие для ответов на вопросы, выдачи на руки профилактических рекомендаций. Программу прошли 200 учеников 18 школы Джамбайского района Самаркандской области В зависимости от возраста и класса были выделены 5 групп исследуемых. Первую группу составили – дети 7 лет (1 класс),вторую группу- дети 8 лет (2 класс), третью группу – дети 9 лет (3 класс), четвертую группу -дети 10 лет (4 класс) и пятую группу старшие школьники 15- 16 лет (9-10 класс). Полученные данные анализировались с помощью электронных таблиц Microsoft Excel 2003. Результаты. Анализ данных стоматологического обследования школьников показал, что распространенность кариеса у детей и подростков 18 школы Джамбайского района составляет 66,5%, из них 35% на долю

девочек, 31,5% на долю мальчиков. Интенсивность кариеса КПУ+ кп =1 выявлена у 9,8% обследуемых, интенсивность кариеса КПУ +кп <5 составляет 46,2%, интенсивность кариеса КПУ+ кп > 5 встречается у 32,2% обследуемых. Исследование гигиены полости рта с помощью индекса Фёдорова – Володкиной показало, что уровень гигиены полости рта у большинства исследуемых детей удовлетворительный, что соответствует следующим баллам от 1,6 – 2,0 у 70%, неудовлетворительный 2,1 –2,5 балла у 20%, у 10% хороший, что соответствует 1,1- 1,5 баллам. Индекс воспаления тканей пародонта проводимый с помощью пробы Шиллера-Писарева выявил выраженность воспаления, слабое в 34% случаев, умеренно- выраженное в 42%, интенсивное 2%. Проведенное нами анкетирование 170 школьников для определения уровня гигиены полости рта показало, что два раза в день чистят зубы 51,2%.Продолжительность чистки зубов от двух минут и более у 66,5% школьников. Меняют щетку раз в три месяца 56,5%.Удаляют налёт с языка 72,4%. Поласкают рот после еды 90,6%. В 33,5% случаев наблюдается кровоточивость десен при чистке зубов. 21% школьников пользуются зубной нитью. Половина исследуемых школьников в количестве 51% употребляют газированные напитки, что пагубно влияет на состояние зубов, которая приводит к деминерализации твердых тканей в последующем к кариесу. У 70,3% школьников в суточный рацион входят фрукты и овощи с грубыми волокнами. При анкетировании 165 родителей на определения участия их в правильной организации гигиены полости рта их детей выявлено, что 26% родителей не контралируют чистку зубов своих детей; 21,8% выбирают средство гигиены по рекомендации врача – стоматолога, 56,9% эффективность средств гигиены определяю после неоднократного применения пасты; 21,3% - по просьбе ребёнка и реклама. Выводы. Таким образом, оценив заболеваемость кариесом среди детей и подростков 18 школы Джамбайского райна как среднюю, а уровень гигиенического воспитания как высокий можно прийти к выводу, что гигиена полости рта и мануальные навыки являются далеко не решающими в возникновении стоматологических заболеваний, которая может быть связана с комплексом факторов, к которым относиться: Функциональная перестройка тканей пародонта в результате смены зубов в прикусе. Наследственность и системные заболевания матери и ребенка, что играет немаловажную роль в возникновении кариеса или другой стоматологической патологии. Характер питания школьников, употребление большого количества углеводов и газированных напитков, что на сегоднешний момент доказывает вредность воздействия этих продуктов на структуру эмали. Образ жизни без вредных привычек. Экология с благоприятным климатом. Уровень медицинской помощи оказываемой материнству и детству. Своевременное обращение к врачу – стоматологу, посещение стоматолога каждые 6 месяцев для профилактических осмотров.

Ключевые слова: гигиена полости рта, стоматологическая программа, профилактика, индексы гигиены полости рта, анкетирование.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Ахмадалиев Ш.Ш., Зухритдинов А.И., Тошбоев Ш.О.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан

Актуальность. В структуре общей травмы детский травматизм занимает порядка 30%. Среди повреждений у детей 13,7% приходится на переломы костей верхней конечности. До настоящего времени анестезией выбора при подобных операциях была ингаляционная анестезия в комбинации с опиоидными анальгетиками, которая имеет побочные реакции, осложнения и не обеспечивает адекватной послеоперационной анальгезии. Использование методов регионарной анестезии при данном виде оперативного лечения переломов костей предплечья позволяет обеспечить прерывание афферентной импульсации из зоны перелома в интра- и послеоперационном периодах. Цель исследования – выявить особенности послеоперационного обезболивания у детей, перенесших оперативные вмешательства на костях предплечья, используя практику надключичного доступа к плечевому сплетению. Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе травматологии и ортопедии областного многопрофильного медицинского центра г. Андижана в двух группах детей. В группы включены дети в возрасте 5–10 лет с переломом обеих костей предплечья, поступившие в стационар в неотложном порядке и потребовавшие оперативного лечения после неэффективности ручной репозиции. Операции проведены в первые 2–3-е суток после предварительного обследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ и т. д.). Перспективно были сформированы 2 группы детей общим количеством 51 человек. Все дети соматически здоровы, без сопутствующей патологии. Сформированные группы не имели достоверных отличий по полу и возрасту, подробная характеристика исследуемых групп. У 25 пациентов 1-й группы оперативное вмешательство проводилось в условиях ингаляционной анестезии в сочетании с опиоидными анальгетиками (изофлюран+фентанил). 26 пациентам 2-й группы после индукции в общую анестезию, выполнена надключичная блокада плечевого сплетения, в качестве анестетика использовался 0,25% бупивакаин в дозе 2–2,5 мг/кг. Идентификацию сплетения осуществляли с помощью УЗИ навигации. Интраоперационная седация– пропофол 2 мг/кг. Обязательный мониторинг во время оперативного вмешательства включает неинвазивное артериальное давление, ЭКГ и пульсовую оксиметрию. Для оценки интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде применяли визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ), кратность использования анальгетиков в первые сутки после операции и общую продолжительность их применения. Результаты исследования. У всех детей (100%) 1-й группы в ранний послеоперационный период возникает выраженный болевой синдром (соответствует 6–7 баллам по ВАШ), который требует применения анальгетиков НПВС (метамизол) кратностью каждые 4–6 ч. В то же время во2-й группе 23 (92%) ребенка не требовали обезболивания в течение суток после операции, у 2-х (8%) детей период послеоперационного обезболивания составил 13,3±0,12 ч, для купирования болевого синдрома использовано однократное введение НПВС. В последующие сутки длительность применения НПВС в1-й группе составила 4,36±0,17 суток, во 2-й группе у 3-х детей (12%) обезболивание не применялось, у остальных детей (88%) длительность применения НПВС составила 0,88±0,06 суток. Заключение В результате проведенного исследования достоверно выявлено($p \leq 0,05$), что: - использование надключичного доступа при блокаде плечевого сплетения у детей позволяет добиться адекватной анальгезии в первые сутки после операции, не прибегая к использованию других видов обезболивания; – данный вид анестезии при переломе костей предплечья обладает преимуществом над ингаляционной анестезией и снижает продолжительность применения анальгетиков в послеоперационном периоде в 4,9 раза.

Ключевые слова: дети, перелом костей предплечья, послеоперационная анальгезия.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ РЕЗЕКЦИЯ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ачилов М.Т., Ахмедов Ғ.К., Худайназаров У.Р., Эшкувватова Д.И.
Самарқанд давлат тиббиёт институти. Самарқанд, Ўзбекистон.

Долзараблиги. Меъда ости бези бошчаси ўсмалари, ўн икки бармоқ ичак ва умумий ўт йўли дистал қисмларидаги ўсма касалликлари диагностикаси ва даво усуллари хозирги даврда ҳам долзарб муаммолардан бўлиб турибди. Панкреатодуоденал резекция ўз навбатида мураккаблигига қарамасдан, ўзига хос операциядан кейинги асоратлари ҳам учрайди. Улардан кўп тарқалганлари – панкреатодигестив анастомозлар етишмовчилиги бўлиб, у 5-40% ҳолатларда учрайди ва беморнинг аҳволини сезиларли даражада оғирлаштириши мумкин. Панкреатодуоденал резекция (ПДР) кўп йиллардан бери кўпгина хирурглар ва онкологлар учун энг катта ва техник қийин операциялардан бири бўлиб келмоқда. Бу операция меъда ости бези ўсмалари, умумий ўт йўлининг периампуляр ва дистал сохалари ўсмалари хирургик давосининг “олтин стандарти” хисобланади. ПДР хақидаги дастлабки маълумотлар 1935 йили Whipple томонидан изохланган бўлиб, ушбу операция қуйидаги бир неча босқичлардан иборат: стандарт гастропанкреатодуоденал резекция (субтотал панкреатикодуоденэктомия, ёки Whipple операцияси), панкреатэктомия (тотал панкреатикодуоденэктомия), меъда ости бези дистал (чап томонлама) резекцияси, кенгайтирилган гастропанкреатодуоденал резекция (кенгайтирилган субтотал ёки тотал панкреатикодуоденэктомия, регионал субтотал ёки тотал панкреатикодуоденэктомия). Бунда пилорик, холедох атрофидаги, меъда ости бези юқори қирраси сохасидаги, меъда ости бези пастки қирраси сохасидаги, олд панкреатодуоденал, орқа панкреатодуоденал, проксимал мезентериал лимфа тугунлари каби гуруҳ лимфа тугунлари олиниши лозим:. ПДРдан кейинги ўлим кўрсатгичи 3-20% гача бўлиб, асоратлар, ҳатто ихтисослаштирилган клиникаларда ҳам 18-52%гача кузатилган. ПДРнинг энг кенг тарқалган асоратларидан бири – панкреатодигестив анастомозлар етишмовчилиги бўлиб, у 5-36%гача холатларда кузатилган. Шу билан бирга, эрозив қон кетиш, “стресс” яралар, билиодигестив анастомоз етишмовчилиги, ўткир холангит каби асоратлар ҳам операциядан кейинги эрта ўлим сабачилари хисобланади. Панкреатодигестив анастомозлар етишмовчилиги консерватив даво чораларининг эффектсизлиги турли асоратларга (тарқалган перитонит, қон кетиш, септик шок) олиб келиб, шошилинч релапаротомия талаб қилинади. Панкреатоеюноанастомоз етишмовчилиги ривожланишининг асосий патогенетик механизми – чок чизиғи соҳасига активланган меъда ости бези ферментларининг маҳаллий-деструктив таъсири хисобланади. Панкреатик секретнинг доимий ажралиши ва унинг меъда ости бези чўлтоғи сохасида йиғилиши без ва атроф тўқималарда катта яллиғланиш ўчоқлари, кейинчалик некроз ўчоқларининг ривожланишига олиб келади. “Химус”нинг физиологик харакати бузилиши, ўт суюқлиги ва панкреатик суюқлик пассажи бузилиш натижасида протеолитик ферментлар фаоллашиши кузатилади. Юқорида кўрсатилган муҳит ва таъсирлар шаклланган анастомозлар сохасида етишмовчиликка ва бошқа асоратлар ривожланишига олиб келади. Ҳозирги даврда, Whipple операциясининг реконструктив босқичлари, турли анастомозларни шакллантириш турлари ва бошқа босқичларига кўра 200 дан ортиқ турли модификациялари мавжуд бўлиб,

лекин халигача оптимал реконструктив усул танланмаган учма-ён усулдаги панкреатоеюноанастомоз (проток-мукоза): ички қатор пролен 4.0 иплари билан Blumgart бўйича ингичка ичакнинг Трейц бойламидан 50 см масофада retrocolica қўйилиб, панкреатик йўл стентланмайди. Иккинчи қатор чоклар – ингичка ичак сероз пардаси ва меъда ости бези капсуласига қўйилади (пролен 4–0); гастроэнтеро- и гепатикоеюноанастомозлар ингичка ичакнинг иккинчи қовузлоғида бир-биридан 40 см масофада antecolica усулда (учма-ён) шакллантирилиб, икки ёки бир қаторли чоклар қўйилади. гепатикоеюноанастомоз гастроэнтероанастомоздан ичаклараро анастомоз шакллантириб, келувчиси “ёпилиши” натижасида “ажратилади”. Гепатикоеюноанастомоздан 50 см дистал сохада ичак қовузлоғи пассажи Ру бўйича панкреатоеюноанастомоз хосил қилиниб, бирга “қўшилади”. Резекция босқичида, шунингдек, панкреатодигестив анастомоз шакллантиришда меъда ости безини мобилизацияси вақтида унинг жарохатланиши кузатилиб, натижада операциядан кейинги даврда ферментларнинг хужайра ичи фаоллашиши билан панкреатит ривожланиши мумкин. Эрта операциядан кейинги даврда панкреатик суюқлик физиологик секрецияси бузилиши, анастомозлашган ичак махсулотининг панкреатик йўлга рефлюкси натижасида (асосий омиллар, сафро, энтерокиназа, паст pH) без ферментларининг проформ фаоллашиши хам панкреатит ривожланишига олиб келади. Шундай қилиб, сафро ва меъда ширасини тушишини олдини олувчи панкреатоеюноанастомозни изоляциялаш усули патофизиологик нуқтаи назардан асосланган хисобланади. Ушбу усулнинг яна бир устунлик томони шундаки, бошқа реконструктив усуллардан фарқли равишда меъда чўлтоғига сафро ва панкреатик суюқлик тушиши кузатилмайди. Алохидалашган анастомозни шакллантириш операциядан кейинги узоқ даврдаги асоратлардан бўлган ишқорий рефлюкс гастрит ва эзофагитни олдини олади. Хулосалар. ПДРда қўлланиладиган реконструктив усули операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтириб, қайта релапаротомиялар хавфини камайтиради. Шунингдек, операциядан кейинги даврда овқат махсулотларининг меъда чўлтоғида куп вақт қолиб кетишини камайтиради. Юқоридаги усул патофизиологик асосланган бўлиб, овқат махсулотларининг табиий пассажини тиклайди, ўт суюқлиги, меъда шираси ва панкреатик суюқлик рефлюксини олдини олади.

Калит сўзлар: меъда ости бези, панкреатодуоденал резекция (ПДР), операция, панкреатоеюноанастомоз етишмовчилиги, реконструктив операциялар.

РЕЦИДИВЫ ВАРИКОЗА ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Бабажанов А.С., Тухтаев Ж.К., Султанов О.Р., Кулмахматов С.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Данная работа посвящена варикозной болезни нижних конечностей и их лечение по эндовазальному лазерному коагуляции. Эндовазальная лазерная коагуляция – это одно из новых малоинвазивных методов лечения варикозной болезни. Он как и другие методы иммет свои показания и противопоказания. Самым положительным эффектом этого метода является его косметичность. Но число рецидивов тоже случается в этом методе. Ведущим патогенетическим механизмом развития варикозной болезни (ВБ) является патологический вертикальный рефлюкс по подкожным венам. Предложено много методик устранения этого рефлюкса (стриппинг, склерооблитерация, лазерная коагуляция), каждая из которых имеет преимущества и недостатки. Основными критериями оценки этих методик является травматичность, косметичность и радикальность. В этом аспекте оценка радикальности эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК), на сегодняшний день одной из наименее инвазивных методик лечения варикозной болезни, путем определения частоты рецидивов варикозной болезни, представляется нам актуальной задачей Цель**.** Определить частоту рецидивов ВБ после выполнения ЭВЛК большой подкожной вены (БПВ). Материал и методы**.** Под нашем наблюдением находились 45 больных. Раменское ЭВЛК были подвергнуты 45 пациентов (48 конечности) с различными формами хронической венозной недостаточности (ХВН) (CEAP 2-6). Среди них 17 мужчина (26,92%) и 28 женщин (73,08%). Больные осложненными формами ХВН (CEAP 4-6) составили 17,95% (14 человек, 16 конечностей). Возраст больных составил от 26 до 72 лет (средний возраст 45,14 лет). Все больные разделены на 2 группы. 1 группа – больные, которым выполнялась ЭВЛК БПВ без кроссэктомии (59 конечностей). 2 группа – больные, которым ЭВЛК БПВ дополнялась кроссэктомией (24 конечности). Горизонтальный рефлюкс по несостоятельным перфорантным венам у больных без трофических расстройств (67 конечностей) выполнялся путем надфасциальной перевязки по Коккекту, у больных с трофическими расстройствами (16 конечностей) – путем субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантов (SEPS). Варикозно расширенные притоки устранялись путем минифлебэктомии. Следует отметить, что первоначально всем больным мы выполняли ЭВЛК подкожных вен без кроссэктомии, однако, в связи с относительно высоким процентом реканализаций в настоящее время применяем кроссэктомию при выраженном остиальном рефлюксе, дилятации БПВ более 1,4 см в горизонтальном положении и/или наличии нескольких крупных притоков БПВ в области сафено-феморального соустья. В связи с этим во 2 группе контингент больных оказался более тяжелым. Осложненные формы ХВН (CEAP 4-6) выявлены у 7 пациентов в обеих группах, что составило 11,86% больных в первой группе и 29,17% во второй группе. В послеоперационном периоде результаты оценивались на основании физикального осмотра, индивидуального анкетирования и контрольных дуплексных сканирований вен через 1, 6 и 12 месяцев после операции. Результаты и обсуждение. Через 1 месяц отслежены все 78 больных. Во 2 группе реканализация БПВ выявлена на 1 конечности (4,17%). В 1 группе реканализация БПВ выявлена на 6 конечностях (10,17%). При этом на 3 конечностях реканализованный фрагмент ствола БПВ находился на участке от сафено-феморального соустья до притока на бедре, в 2

случаях реканализованный фрагмент БПВ располагался также на бедре между 2 относительно крупными притоками (очевидно, не коагулированными полностью), в единственном случае реканализованный фрагмент БПВ располагался на голени. Через 12 месяцев отслежены 26 больных (26 конечностей) 1 группы и 6 больных (6 конечностей) 2 группы. Реканализация выявлена у 3 больных (11,54%) 1 группы. Следует отметить, что все 3 пациентов по данным предоперационного ДС сосудов нижних конечностей имели выраженный остиальный рефлюкс и крупные притоки в проксимальном участке БПВ, а 2 из них имели осложненные формы ХВН. Рецидив ВБ при наблюдении через 1 месяц выявлен лишь у одной больной (1,69%) 1 группы, при этом реканализованных участков БПВ у неё не выявлено, а рецидив связан с недостаточно тщательным выполнением МФЭ. При наблюдении через 6 месяцев рецидив выявлен ещё у 1 больной 1 группы, причем рецидив стал следствием реканализации ствола притока БПВ. Через 12 месяцев после ЭВЛК рецидив выявлен в общей сложности у 4 больных первой группы на 4 конечностях (15,38%). При этом лишь у 2 из 4 пациентов рецидив ВБ стал следствием реканализации. У 2 других пациентов рецидив ВБ в одном случае стал следствием погрешности в технике МФЭ, а в другом - наличия несостоятельного перфоранта, что также стало причиной единственного случая рецидивирования трофической язвы. Стоит отметить, что лишь у 1 из 4 пациентов с рецидивом ВБ по данным индивидуального анкетирования отмечалось ухудшение качества жизни после операции. Таким образом, рецидив ВБ, обусловленный реканализацией фрагмента БПВ через 1 год после ЭВЛК, выявлен на 2 конечностях из 26 (7,69%). У 6 больных 2 группы через 1 год после ЭВЛК реканализации и рецидива ВБ не выявлено. Неудачи результатов лечения больных с реканализациями в 1 группе мы связываем с недостаточной выходной мощностью излучения и быстрой тракцией световода на этапе освоения методики ЭВЛК вен в проксимальном сегменте БПВ и в области отхождения от ствола относительно крупных притоков с наличием в них рефлюкса. Ресурс для снижения уровня реканализации мы видим в оптимизации режима коагуляции и показаний к выполнению кроссэктомии. Также анализируя результаты работы, следует отметить, что реканализация фрагмента коагулированной вены является предвестником рецидива ВБ, однако не является его единственной причиной. В заключении отметим, что требуется исследование большей группы больных и отдаленные наблюдения за ними для оценки степени вклада выраженного остиального рефлюкса и стволового рефлюкса по притокам в развитие реканализации окклюзированных вен. Решение этой проблемы позволит выбрать оптимальную тактику оперативного лечения таких пациентов и снизить рецидив ВБ после ЭВЛК подкожных вен к минимуму.

Ключевые слова: варикозная болезнь нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность (ХВН), рецидив, эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК), операция.

ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И., Латипов Н.Ф.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Данная работа посвящена одному из серьезных хирургических осложнений гепатобилиарной зоны – желчеистечению после операций на желчном пузыре и наружных желчных путях. В работе представлены результаты лечения 945 больных, перенесших с таким осложнением в отделениях общей хирургии и эндохирургии СамГМО в период 2017-2019 гг. Основным пациентам произведена холецистэктомия, а остальным выполнено или дополнено к холецистэктомии операции на наружных желчных путях (холедохотомия, холедохостомия, холедохоеюноанастомоз). В последнее время с ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) число операций на желчном пузыре и наружных желчных путях встречается часто. По даннқм некоторқх авторов, нисмотря на развитие хирургии и обширной применении малоинвазивных методов частота осложнений встречается около 4-18%. Желчеистечение – одно из наиболее серьезных осложнений, возникающих после операций на желчном пузыре и наружных желчных путях. Это осложнение следует рассматривать как самостоятельную проблему, по скольку оно может быть следствием ятрогенного повреждения магистральных желчных протоков и может быть опасным для жизни пациента. Особенно источниками желчеистечения являются добавочные печеночно-пузырные протоки ложи желчного пузыря, несостоятельная культя пузырного протока, а также, повреждение магистральных желчных протоков. Темп и тяжесть желчеистечения различаются в зависимости от источника, и даже небольшое желчеистечение в брюшную полость может привести к тяжелым осложнениям. Диагностика желчеистечения – сложная задача, из-за отсутствия описаний клинической картины. Поздная диагностика внутрибрюшных послеоперационных осложнений связана со стертостью клинических симптомов и наличием психологического барьера у хирурга и у больного перед предстоящим повторным вмешательством. Цель исследования. Обосновать диагностическую и хирургическую тактику у больных с желчеистечением после операций на желчном пузыре и наружных желчных путях. Материал и методы исследования. Мы проанализировали клинические исследования и методы лечения 945 пациентов, перенесших операции на желчном пузыре и наружных желчных путях в отделениях общей хирургии и эндохирургии СамГМО в период 2017-2019 гг. Из них 854 (90,4%) пациентам произведена холецистэктомия, остальным пациентам (9,6%) выполнено или дополнено к холецистэктомии операции на наружных желчных путях (холедохотомия, холедохостомия, холедохоеюноанастомоз). Из всех холецистэктомии у 527 (61,7%) пациентов выполнено лапароскопическим путем, у 298 (34,9%) с мини-доступа, а у 29 (3,4%) больным выполнено лапаротомная холецистэктомия. По определении срока операций в основном выполнено в плановом порядке (93%). Больные в основном были женского пола – 812 (85,9%), а мужчины – 133 (14,1%). Желчеистечение выявлено у 15 (1,6%) пациентов. Все больные исследованы по стандартным методам. При оценивании послеоперационного желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006), для определения повреждений магистральных желчных путей использовано классификация Э.И. Гальперина (2002). Результаты и их обсуждение. При исследовании выявлено что желчеистечение в основном отмечалось после экстренных и

срочных операций (73,3%), у 4 (26,7%) больных– после плановых операций. После лапароскопических операций выявлено у 8 пациентов. У больных которых произведено операции на наружных желчных путях желчеистечение наблюдалось в 6 случаях. Для выявлении жолчеистечения для определения источника выполняли фистулохолангиографию. При желчеистечении II-III степени исследование дополняли эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией (ЭРХПГ). Основными источниками были дополнительные протоки в ложе желчного пузыря, в 2 случаях ятрогенное повреждение наружных желчных путей (пристеночное краевое ранение, пересечение и иссечение холедоха), у 3 больных – несостоятельность культи пузырного протока, вследствие соскальзывания клипсы, у одного пациента отмечалось самостоятельное выпадение дренажа из культи пузырного протока. В послеоперационном периоде после консервативной лечении у 7 из них ввиду неосложненного течения наблюдено самостоятельное прекращение. При желчеистечении I степени при отсутствии признаков разлитого перитонита производили пункцию под контролем УЗИ с аспирацией содержимого. У больных с болями в животе, симптомами интоксикации и раздражения брюшины производили лапароскопию, клипирование добавочных протоков 1-2 клипсами, санирование брюшной полости, к ложу пузыря устанавливали дренаж. У одного пациента во время ЭРХПГ источник желчеистечения не установлен. Произведена релапароскопия, санация брюшной полости и дренирование подпеченочного пространства. 3 пациентам, у которых отмечалось желчеистечение III степени, производили лапаратомию. Во время лапаротомии выявлено пристеночное краевое ранение холедоха. Всем пациентам операцию заканчиваи с наружным дренированием общего желчного протока по Кэру или по Вишневскому. Заключение. Источниками желчеистечения в основном были дополнительные протоки и повреждение магистральных желчных протоков. В одном случае источник не установлен. В послеоперационном периоде истечение желчи лечится консервативным путем, ориентируясь в динамике на УЗИ. Необходимо определить объем желчных потерь, выявить билиарную гипертензию, недренируемых желчных затеков, признаков внутрибрюшных инфекционных осложнений. В случае определения ограниченного скопления желчи в подпеченочном пространстве считаем, что необходимо провести дренирование билом под контролем УЗИ или произвести диагностическую лапароскопию. При диагностике повреждения магистральных желчных протоков и наличии перитонита желательно произвести лапаротомию.

Ключевые слова: холецистэктомия, желчеистечение, холедохотомия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), релапароскопия.

ВЛИЯНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С БИОКАНЯМИ ИСКУССТВЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУМЫХ В ХИРУГИИ

Байбеков И.М., Мардонов Ж.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент

Прогресс современной медицины в значительной степени связан с развитием производства и широким внедрением в практику различных синтетических материалов. Хирургические нити составляют значительную часть этих материалов. Во многом, благодаря появлению в последние десятилетия новых типов шовного материала, стал возможен стремительный прогресс хирургии, особенно – сердечно-сосудистой. Современный шовный материал позволяет в значительно мере облегчить, ускорить и обезопасить процедуру интервенции. В настоящее время существует более 300 разнообразных хирургических нитей различных фирм-производителей. Помимо шовного материал в хирургии используют различные сетки для герниопластики, заплаты, стенты, сосудистые протезы и другие изделия из синтетических материалов. Эта продукция позволяет расширить возможности оперативных вмешательств. Однако любое искусственное изделие вызывает определённые реакции со стороны биотканей, главным образом, воспалительного характера. Реакция тканей на искусственные материалы их интеграция в ткани реципиента с помощью морфологических методов исследования изучены недостаточно. Известно, что низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), а также широкое применяемое в последнее время светодиодное излучение (СДИ), так называемая фототерапия - ФТ оказывают выраженное противовоспалительное действие. Влияние же ФТ на взаимодействие биотканей с искусственными материалами, используемыми в хирургии не изучено. Целью исследования явилось изучение с помощью методов морфологии взаимодействия искусственных материалов с биологическими тканями и влияние на эти процессы фототерапии. Материал и методики. Исследовалось взаимодействие сеток PTFE, PROCEED, PROLEN 7, 14 и 30 сутки после имплантации сеток. Опытная группа облучалась ежедневно в течении 7, 14 и 30 дней с помощью аппаратов «Матрикс-ВЛОК» или «Милта», контрольная группа животных не подвергалась лазерному облучению. Изучалось заживление линейных ран кожи крыс, ушитых с помощью нитей Ethibond, Prolene капрон после облучения инфракрасными лазерами «Матрикс-ВЛОК» и «Милта» или светодиодными матрицами «Барва–Флекс/СИК» и «Барва–Флекс/ЗИК» с использованием комплекса морфологических методик. Облучение проводили ежедневно по 3 мин. В течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фотовоздействию. Микроциркуляция кожи ран оценивалась с помощью аппаратов ЛАКК-01 или АЛТ-Восток ЛДФ-01. Раны изучали на 3-й, 7-й, 10-й, 15-й и 30-й день после нанесения. после нанесения. Исследования показали, что при имплантации сеток, они вызывают, в ранние сроки наблюдения, слабо выраженные воспалительные реакции. Пролиферативная фаза воспаления, в отдалённые сроки наблюдения, завершается формированием соединительнотканной капсулы. Эти реакции в большей мере выражены при имплантации сетки PROCEED. Наименее выраженные воспалительные реакции отмечены при имплантации сетки PTFE.

Характерным отличием взаимодействия сеток и шовного материала, который используется при имплантации сетки, является наличие вокруг хирургических нитей кровоизлияний. Сами волокна шовного материала значительно меньше в диаметре, чем фрагменты сеток. Лазерное воздействие редукции проявлению альтеративной фазы воспаления и завершается формированием на поверхности сеток нежной соединительнотканной капсулы, и снижению формирований очагов кровоизлияний в зоне расположения хирургических нитей. Проведенные исследования самих нитей с помощью сканирующей электронной микроскопии показали, что нередко на поверхностях нитей выявляются различные дефекты. Изучение структурных особенностей взаимодействия нитей с биотканями показали, что как мононити так и, особенно, мультифиламентные (капрон, Ethibond), уже в ранние сроки наблюдения вызывают выраженные проявления воспалительных реакций: отёк и кровоизлияния, полиморфноклеточная инфильтрация, как в коже, так и прилежащих мышцах. Большая выраженность проявлений воспалительных реакции при использовании мультифиламентных нитей обусловлена наличием в них многочисленных щелей между филаментами. При этом отмечаются скопления клеток инфильтрата в этих щелях, появление в соединительной ткани, окружающей нити гигантских клеток инородных тел. В отдельных случаях отмечено скопление кальцинозных депозитов. Эти реакции более выражены в участках повреждения поверхности нитей. Через 2-3 сеанса фототерапии, как с использованием НИЛИ, так и СДИ, отмечено существенное снижение проявлений воспалительных реакций. Изменения микрососудов соединительной ткани и внутрисосудистых эритроцитов в сторону увеличения дискоцитов и снижения доли патологических форм эритроцитов являются структурной основой интенсификации микроциркуляции, что подтверждают и исследования с помощью лазерной допплеровской флоуметрии. Как лазерное, так светодиодное воздействие оказывают существенное влияние на взаимодействие клеток с шовным материалом, снижая проявления воспалительных реакций, что отмечаемые уже через 2-3 сеанса. Курс фотовоздействий приводит к выраженному ускорению заживления ран. Ни в одном случаем в группах с использованием фототерапии не отмечалось нагноения ран.

Ключевые слова: рана, искусственные материалы, биологические ткани, процесс фототерапии, заживления.

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО И LED ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА С БИОКАНЯМИ

Байбеков И.М., Мардонов Ж.Н., Давлатов С.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.

Шовный материал важнейший компонент, применяемый во всех сферах медицины, связанных с рассечением (диссекцией) тканей и их последующим соединением. В широком аспекте сюда следует отнести не только собственно хирургию, но и оперативную гинекологию с акушерством, травматологию, урологию и многие дисциплины, где используется оперативное лечение. В настоящее время используются около 300 различных видов хирургических нитей, как моновлоконных так и мультифиламентных. Любой вид нитей вызывает в той или иной мере воспалительные реакции со стороны контактируюших с ними тканей. Влияние различных видов фотовоздействий, как лазерного (НИЛИ), так и светодиодного (СДИ), обладающих противовоспалительным действием на взаимодействие хирургических нитей в биотканями не изучалось, особенно в сравнительном аспекте. Это определило цель исследования: Дать сравнительную оценку влияния фототерапии на взаимодействие шовного материала с биотканями ран. Материал и методики. Исследование заживления линейных ран кожи спины крыс, ушитых с использованием различными моно – мультифиламентных нитей и при облучении инфракрасными лазерами «Матрикс-ВЛОК» и «Милта» или светодиодными матрицами «Барва–Флекс/СИК» и «Барва–Флекс/ЗИК» осуществлялось с использованием комплекса морфологических методик. Облучение проводили ежедневно по 3 мин. В течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фотовоздействию. Микроциркуляция кожи ран оценивалась с помощью аппаратов ЛАКК-01 или АЛТ-Восток ЛДФ-01. Раны изучали на 3-й, 7-й, 10-й, 15-й и 30-й день после нанесения. после нанесения. Результаты. Проведенные исследования самих нитей с помощью сканирующей электронной микроскопии показали, что нередко на поверхностях нитей выявляются различные дефекты. Изучены структурные особенности взаимодействия нитей с биотканями показали, что как мононити (пролен, капрон) так и, особенно, мультифиламентные (капрон, Ethibond), уже в ранние сроки наблюдения вызывают выраженные проявления воспалительных реакций: отёк и кровоизлияния, полиморфноклеточная инфильтрация, как в коже, так и прилежащих мышцах. Большая выраженность проявлений воспалительных реакции при использовании мультифиламентных нитей обусловлена наличием в них многочисленных щелей между филаментами. При этом отмечаются скопления клеток инфильтрата в этих щелях, появление в соединительной ткани, окружающей нити гигантских клеток инородных тел. В отдельных случаях отмечено скопление кальцинозных депозитов. Эти реакции более выражены в участках повреждения

поверхности нитей. Через 2-3 сеанса фототерапии, как с использованием НИЛИ, так и СДИ, отмечено существенное снижение проявлений воспалительных реакций. Изменения микрососудов соединительной ткани и внутрисосудистых эритроцитов в сторону увеличения дискоцитов и снижения доли патологических форм эритроцитов являются структурной основой интенсификации микроциркуляции, что подтверждают и исследования с помощью лазерной допплеровской флоуметрии. Взаимодействие шовного материала с клетками зависит от структуры нитей. Плетеные и крученые нити (капрон, Ethibond) вызывают более выраженные воспалительные проявления со стороны клеток дермы кожи, чем мононити. Особенно это очевидно при сравнительном изучении взаимодействия с тканями нитей из капрона, которые бывают моно- и мультифиламентными. Как лазерное, так светодиодное воздействие оказывают существенное влияние на взаимодействие клеток с шовным материалом, снижая проявления воспалительных реакций, что отмечаемые уже через 2-3 сеанса. Курс фотовоздействий приводит к выраженному ускорению заживления ран. Ни в одном случаем в группах с использованием фототерапии не отмечалось нагноения ран. Заключение: Мультифиламентны нити вызывают более выраженные изменения воспалительного характера, которые особенно выражены в участках повреждения нитей. Лазерное и светодиодное излучение снижают интенсивность воспалительных реакций, улучшают микроциркуляцию и ускоряют заживление ран.

Ключевые слова: рана, шовный материал, искусственные материалы, биологические ткани, фотовоздействие, заживления.

РОЛЬ И МЕСТО КАРТЫ-АНКЕТЫ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ

Бутабоев Ж.М., Корихонов Д.Н., Хайруллае М.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан.

Актуальность. Эхинококковая болезнь (ЭБ) – является эпидемиологической патологией в ряде регионов мира, к числу которых относится и Республика Узбекистан (Назаров Ф.Г., соавт 2016). Недостаточная информированность населения о ЭБ, его причин возникновения и клинических проявлений, несоблюдение элементарных правил профилактики способствовало к разработке «карты–анкеты» (вопросника) обследования больных страдающих ЭБ. Цель работы. Разработать и внедрить в практическое здравоохранение «карту – анкету» для раннего выявления и проведения профилактических мероприятий при эхинококковой болезни. Материалы и методы исследования. Карта – анкета разработана сотрудниками кафедры общей хирургии АГМИ, которая была рассмотрена и одобрена на заседании проблемной комиссии по хирургии и гигиены. С помощью поставленных вопросников в карте-анкете ведется обследование больных страдающих эхинококковой болезнью. В карту – анкету включены следующие вопросники: сведения о больном страдающий ЭБ; обстоятельства и условия, в которых заражения важные с точки зрения возникновения; санитарно – гигиенические условия проживания больных страдающих ЭБ; вопросники для выявления гигиенических факторов питания и основных причин, способствующих к развитию ЭБ; вопросники для определения состояния оперированных больных по поводу ЭБ; Карта – анкета предназначена: лицам, входящим в группу риска; лицам, работающим в сфере сельского хозяйства ; лицам, которые имеют тесный контакт с животными; лицам, проживающим в сельских регионах; оперированных больных по поводу ЭБ; Таким образом, «карта – анкета» на наш взгляд будет способствовать к раннему выявлению основных причин и клинических признаков заболевания, качественно оценить состояние оперированных больных, даёт возможность своевременно и целенаправленно составить план проведения гигиенических и хирургических мероприятий при ЭБ. «Карта – анкета» будет служить как основным критерием оценки проведения антипаразитарной терапии как в до –, так и в послеоперационном периоде и является весьма простым и доступным, а также научно-обоснованным методом обследования больных ЭБ и может быть рекомендована для широкого пользования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: эхинококковая болезнь, раннее выявление, «Карта – анкета».

МЕТОДЫ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Бутабоев Ж.М., Корихонов Д.Н., Хайруллае М.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан.

Актуальность. Обследованы 17-больных с эхинококкозом печени оперированных в клинике АГМИ с 2017-2019г.г. Больные были разделены на 2 группы. Цель исследования: оценить эффективность применения антисептических растворов при обработке остаточной полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии печени. Материалы и методы исследования: В I контрольную группу вошли 10(58,8%) больных лечившихся в период с 2017 по 2018г, в II основную группу - 7 (41,2) больных оперированных в период с 2018 по 2019 годы. Мужчин было 8(47%), а женщины 9(53%), чаще выявлялись паразитарные кисты диаметром до 10см (63,3%) и реже кисты до 20см и более (36,7%). Проводилось УЗИ, КТ, МСКТ и лабораторные методы исследования. Кисты локализовались в правой доле печени у 9(53%), в левой доле у 6 (35,3%), правой и левой доли печени у 2(11,7%). В I группе закрытая эхинококкэктомия выполнены у 3, открытая у 4, полузакрытая у 3, из 7 II группы была выполнена закрытая у 3, открытая у 2 и полузакрытый способ был использован у 2 больных. В I-группе интраоперационно остаточная полость обрабатывалась раствором фурациллина, а в II группе 0,02% раствором декасана и 10% бетадина в течение 3-10минут. В обеих группах до и после обработки остаточной полости бралась содержимое кисты для цитологического исследования. Загатавливались нативные препараты и окрашивались гемотоксилин-эозином по Папаниколау. Микроскопическое исследование проводилось на микроскопе GVAN производство Бельгия. Результаты исследования. В I-группе применение фурациллина при обработке остаточной полости показало, что при 5 минутной экспозии не оказывало губительного действия на сколексы и только через 10 минут экспозиции отмечена 90% погибших сколексов так как отсутствовали кручья и сгущение внутренней структуры. На 3 минуте определялось изменение формы сколекса в сторону выпячивания и набухания клеточной мембраны, а на 5 минуте разрушалась герментативная оболочка со сгущением клеточной структуры. Исследования в I-группе показало, что фурациллин является эффективным обеззараживающим препаратом при обработке полости во время операции, однако через 10 минут погибшие сколексы составляли 90%. Во II-группе при обработке остаточной полости был использован 0,02% раствор декасана в сочетание 10% бетадином. Использование 0,02% декасана в сочетании с 10% бетадином показало, что уже на 3 минуте оказывало губительное действие на сколексы и при этом было выявлено 90% погибших сколексов. Это проявлялось тем, что вторичные элементы эхинококка были неподвижными, интенсивно окрашивались в бурый цвет, внутренняя структура почти не дифференцировалось. Исследование проводимые при экспозициях 5-10 минут показало 100% погибшие сколексы. Заключение. Таким образом, проведенные цитологические исследования свидетельствовали о том, что 0,02% раствор декасана и 10% бетадина по своему сколекцидному действию не уступало раствору фурацилина, что и явилось основанием применение для обработки остаточной полости как эффективное обеззараживающие средство.

Ключевые слова: эхинококкэктомия, эффективность, обработка остаточной полости.

ЭФФЕКТ ЛАЗЕРНОГО И LED ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НИТЕЙ PROLENE С ТКАНЯМИ РАНЫ

Бутаев А.Х., Мардонов Ж.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан.

Внедрение в различные разделы хирургии синтетических шовных материалов в значительной мере расширило возможности оперативного лечения и уменьшило число осложнений. Практически любой вид шовного материала сопровождается определёнными воспалительными реакциями биотканей на контакт с чужеродным агентом. Большое число используемых хирургических шовных материалов, с одной стороны указывает на значительные возможности их выбора, с другой о неудовлетворённости их качеством. Известно, что низкоинтенсивное лазерное и светодиодное излучение (НИЛИ, СДИ) способно снижать интенсивность воспалительных реакций и ускорять ход репаративных процессов. Однако влияние НИЛИ и СДИ на взаимодействие с биотканями ран широко распространённого шовного материала Prolene не изучено, что определило цель настоящего исследования: Изучить влияние НИЛИ и СДИ на взаимодействие нитей Prolene с биотканями кожных ран и их заживление. Материал и методики. Исследование заживления линейных ран кожи спины крыс, ушитых с использованием нитей Prolene, при облучении инфракрасными лазерами «Матрикс-ВЛОК» и «Милта» или светодиодными матрицами «Барва–Флекс/СИК» и «Барва–Флекс/ЗИК», проводилось с использованием комплекса морфологических методик. Облучение проводили ежедневно по 3 мин. в течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фотовоздействию. Микроциркуляция кожи ран оценивалась с помощью аппаратов ЛАКК-01 или АЛТ-Восток ЛДФ-01. Раны изучали на 3-й, 7-й, 10-й, 15-й и 30-й день после нанесения. Результаты. Исследование мононитей Prolene с помощью санирующей электронной микроскопии выявило, что на поверхностях нитей довольно часто выявляются различные дефекты. Изучение морфологии взаимодействия нитей Prolene с тканями кожи показали, что монофиламентные нити Prolene уже в ранние сроки наблюдения вызывают выраженные воспалительные реакции биокатней. Эти изменения выражаются в скоплениях фибрина на поверхности нитей, особенно в участках с дефектами, развитием отёка и полиморфноклеточной инфильтрации кожи и прилежащих к ране мышц. Воспалительные изменения нередко сопровождаются скоплениями кальцинозных депозитов в зонах разрастания соединительной ткани вокруг нитей. Облучение НИЛИ и СДИ вызывает выраженное снижение проявлений воспаления уже после 2-3 сеансов. Это сопровождается структурными изменениями сосудов, указывающими на интенсификацию микроциркуляции, что подтверждается и функциональными исследованиями с помощью лазерной допплеровской флоуметрии. Курсы фототерапии приводят к существенному ускорению заживления ран. Эффект НИЛИ и СДИ, особенно «Барва–Флекс/СИК», сопоставимы. Заключение: Лазерные и светодиодные излучения уменьшают воспалительные реакций биотканей кожных ран, вызванных контактом с ними мононитей Prolene, улучшают микроциркуляцию и ускоряют заживление ран.

Ключевые слова: эффект лазерного и led излучения, шовный материал, искусственные материалы, биологические ткани, фотовоздействие, заживления.

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО И СВЕТОДИОДНОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НИТЕЙ ETHIBOND С ТКАНЯМИ РАН

Бутаев А.Х., Мардонов Ж.Н., Давлатов С.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.

Успех хирургических вмешательств во многом зависит от шовного материала. В настоящее время наибольшее распространение получили различные виды синтетических нитей как монофиламентные так и поли- (мульти-) филаментные. К последним относится Ethibond – один из нраиболее широко используемых видов шовного материала. Любой вид хирургического шовного материала при взаимодействии с битк4анями вызывает, в той или иной мере, воспалительные изменения. Известно, что низко интенсивное лазерное и светодиодное излучение (НИЛИ, СДИ) обладают свойством снижать интенсивность воспалительных реакций, стимулировать микроциркуляцию, что способствует ускорению заживления хирургических ран. Однако влияние НИЛИ и ЛДИ на заживление ран, ушитых Ethibond не проводилось. Это определило цель настоящего исследования: Изучить влияние НИЛИ и СДИ на заживление экспериментальных кожных ран, ушитых нитями Ethibond. Материал и методики. Исследовалось заживление линейных ран кожи, ушитых с использованием нитей Ethibond спины крыс, при облучении инфракрасными лазерами «Матрикс-ВЛОК» и «Милта» или светодиодными матрицами «Барва–Флекс/СИК» и «Барва–Флекс/ЗИК» с использованием комплекса морфологических методик. Облучение проводили ежедневно по 3 мин. В течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фотовоздействию. Микроциркуляция кожи ран оценивалась с помощью аппаратов ЛАКК-01 или АЛТ-Восток ЛДФ-01. Раны изучали на 3-й, 7-й, 10-й, 15-й и 30-й день после нанесения. Результаты. При исследовании нитей Ethibond с помощью санирующей электронной микроскопии выявлено, что нередко на поверхностях нитей имеются различные дефекты. Кроме того, между филаментами определяются щели. Изучение морфологии взаимодействия нитей с тканями кожи показало, что мультифиламентные нити Ethibond, уже в ранние сроки наблюдения, вызывают выраженные воспалительные реакции биокатней. В ранние сроки (3-7 дней) они выражаются в скоплениях фибрина на поверхности нитей, особенно в щелях между филаментами, с наличием отёка и полиморфноклеточной инфильтрации кожи и прилежащих к ране мышц. Воспалительные изменения в большей степени выражены в участках прилежащих к зонам дефектов на поверхности нитей. НИЛИ и СДИ вызывает выраженное снижение степени проявлений воспаления уже после 2-3 сеансов. Это сопровождается структурными изменениями сосудов указывающими на интенсификацию микроциркуляции, что подтверждается и исследованиями с помощью лазерной допплеровской флоуметрии. Курсы фототерапии приводят к существенному ускорению заживления ран. Действие НИЛИ и СДИ, особенно «Барва–Флекс/СИК», сопоставимы. Заключение: Лазерные и светодиодные излучения уменьшают воспалительные реакций биотканей кожных ран, вызванных контактом с ними мультифиламентных нити Ethibond, улучшают микроциркуляцию и ускоряют заживление ран.

Ключевые слова: экспериментальные кожные раны, шовный материал, мультифиламентные нити Ethibond, лазерные и светодиодные излучения, заживления.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОГО АППАРАТА «AESCULAP» tm 350 ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В УХЕ

Валиева Н.К., Лутфуллаев У.Л., Лапасов Н.М.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В отделении оториноларингологии 1-ой клиники СамМИ, прооперированны доброкачественные опухоли при помощи радиоволнового аппарата «AESCULAP» tm350. Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения доброкачественных опухолей уха при помощи радиоволнового аппарата «AESCULAP» tm 350. Материал и методы исследования. Исследованы 36 больных с доброкачественными опухолями уха в отделении оториноларингологии 1-ой клиники СамМИ, прооперированных при помощи радиоволнового аппарата «AESCULAP» tm 350. Непосредственный контакт электрода с биологическими клетками отсутствует, и разрушение касается только тех слоев, которые воспринимают узко направленную радиоволну, «стекающую» с инструментами. Ткани по обе стороны волны как бы расходятся в стороны и не успевают значительно разогреться. Работа прибора возможна в 4-х режимах, используемых для различных целей: разрез, разрез плюс коагуляция, только коагуляция и фульгурация. Режим разрез рекомендуется использовать при расслоении кожи, выкраивании лоскутов, удалении поверхностно расположенных кожных новообразований, невусов, гиперкератозов, при пластических и косметических операция на лице и шее. Разрез плюс коагуляция – это сочетание наиболее распространенно при удалении новообразований кожи и слизистой оболочки, разрезах подкожно жировой клетчатки, мышц, апоневрозов и хрящей. коагуляция применяется в основном для остановки кровотечения, как и в ходе оперативного вмешательства, так и в случае травматический повреждений ткани или их кровоточивости иной этологии, а также для разрушения телеангиэктазий фульгурация – переменный ток высокой частоты. Этот вид воздействия сопряжен с искрой, точечным ожогом и минимальным обезвоживающим воздействием на клетки, что приводит к их локальному разрушению. Результаты исследования. Все прооперированные больные были выписаны в кратчайшие сроки (4-6 дней), не отмечались случаи послеоперационных осложнений, а в течении последующих 3-х лет рецидивов заболевания так же не было выявлено. Выводы: Установлено, что использование радиоволнового аппарата в хирургическом лечении имеет ряд преимуществ, а именно: щадящие разрезы, при которых повреждается лишь слой прилежащих клеток, непосредственно контактирующих с электродом; отсутствие ожога и некроза краёв раны; выраженный коагулирующий эффект, позволяющий оперировать практически на «сухом поле»; хорошее заживление раны и гладкий послеоперационный период.

Ключевые слова: радиоволновой аппарат «AESCULAP» tm350., фульгурация, коагуляция.

РИВОЖЛАНМАГАН ҲОМИЛАДОРЛИКДА ГИПОТИРЕОЗНИНГ РОЛИ

Вафаева И.М., Назарова Н.А.

Самарқанд давлат тиббиёт институти. Самарқанд. Ўзбекистон.

Долзарблиги. Ҳомиладорликда гипотиреознинг учраши 0,3 дан 2,5% ни ташкил этади. Ҳомиладор аёлларда тиреоид гормонларнинг кам миқдорда етишмаслиги ҳам она организмининг ҳомиладорликка мослашувининг бузилишига олиб келиши мумкин. Клиникада бу ҳолат одатланган ҳомила тушиши, анэмбриония, ривожланмаган ҳомиладорлик каби патологияларда намоён бўлади. Тадқиқотнинг мақсади: Ҳомиладор аёлларда ривожланмаган ҳомиладорлик келиб чиқишида гипотиреознинг ўрнини ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари: Самарқанд шаҳар 1-сон туғруқ мажмуасида 88 нафар ҳомиладор аёллар проспектив текширилиб таҳлил қилинди. Шулардан 44 нафари асосий гуруҳ, 40 нафари эса назорат гуруҳини ташкил этди. Мазкур беморлар 24 ёшдан 34 ёшгача, ўртача 27,1±1,2 ёш бўлиб, ҳомиладолик муддати назорат гуруҳи 37 ҳафтадан 41 ҳафтагача эди. Барча беморлар қонида ТТГ (норматив кўрсатгичи 0,4–4,0 мМЕ/мл) концентрацияси, тиреоид пероксидаза антитана даражаси текширилди. Шунингдек, қолқонсимон бези УТТ текширувидан ўтказилди. Қонда эркин Т4 концентрацияси ҳомиладорлик пайтида ўзгарувчанлигини инобатга олиб, бу текширув ўтказилмади. Тадқиқот натижалари. Олинган маълумотлар таҳлил қилинганда, назорат гуруҳидаги 40 нафар аёлда муддатдаги туғруқ соғлом чақалоқ билан кузатилди. Асосий гуруҳда ҳомиладорлик муддати 13 ҳафтагача олинган бўлиб, бунда ривожланмаган ҳомиладорлик аниқланган. Анамнезида гипотиреоз аниқланганлар асосий гуруҳда 5нафар (9,6%), назорат гуруҳида эса 1 нафар (2,5%) аёлда аниқланди. Асосий гуруҳда ривожланмаган ҳомиладорлик эпизодидан сўнг, беморлар текширилганда субклиник гипотиреоз 13 нафар (27,1%) аёлда ташхис қўйилди. Қалқонсимон без УТТ натижалари таҳлил қилинганда, асосий гуруҳдаги беморларда без ҳажми катталашиши 5 нафарда, без структураси гетерогенлиги 7 нафарда, эхогенлиги ўзгариши 1 нафарда аниқланди. Назорат гуруҳида эса 1 нафар аёлда без структураси гетерогенлиги аниқланди. Хулоса. Ривожланмаган ҳомиладорлик, айниқса такрорий кузатилиши тиреопатия фонида ривожланади, ҳар тўртинчи беморда у ёки бу қалқонсимон бези патологияси мавжуд. Мазкур патологиялардан гипотиреоз 80%ни ташкил этади. Ривожланмаган ҳомиладорликни профилактикасида ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорликни эрта муддатларида тиреоид стутусни ўрганиш, ТТГ концентрацияси, тиреоид пероксидаза антитана даражаси текшириш ҳамда қолқонсимон бези УТТ текшируви муҳим аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, гипотериоз, ҳомила ривожланиши, профилактика.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ СРЕДИ ЖЕНЩИН МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Гайбуллаев О.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей. Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Проведено перекрестное эпидемиологическое исследование по гнездо-типологическому методу. Дизайн исследования «случай – контроль». Обследовано 1069 женщин, количество женщин менопаузального периода составила 219. Распространенность ИМП у женщин менопаузальный возраста составляет 20%. Возбудителем ИМП явилась в 100% E.coli. Основными факторомри риска развития ИМП у женщин явились выделения из влагалища на момент осмотра (ОШ) – 12,69 (95%ДИ 4.40 – 36.6) и выделения из влагалища в анамнезе (ОШ) - 3,57 (95% ДИ 1,63-7,80. Цель исследования. Изучение распространенности и определение факторов риска развития ИМП. Не смотря на нынешний прогресс в лечении и диагностики урологических заболеваний, инфекция мочевыводящий путей (ИМП) продолжает быть одним из распространенных нозологий в урологической практике. В США на ИМП приходится более 7 млн визитов к врачу в год, из них более 2 млн связаны с циститом. ИМП являются причиной более 100 тыс. госпитализаций в год, преимущественно по поводу пиелонефрита. Следует прежде всего отметить, что ИМП чаще наблюдается у женщин Риск развития ИМП повышен у пациенток, часто меняющих половых партнеров, применяющих с целью контрацепции спермицидные гели или влагалищные диафрагмы, и у беременных. Имеюшиеся данные литературы посвященные распространению ИМП в основном ориентированы на обращение пациентов в медицинские учреждения. Поэтому они не совсем четко отражают истинное состояния вопроса. В этой связи проведение эпидемиологических исследований по изучению распространенности и факторов риска развития ИМП остается актуальной проблемой. С учетом вышесказанного, нами было проведено популяционное исследование среди женского населения города Ташкент в возрасте от 1 года и старше. Материалы и методы. Проведено перекрестное эпидемиологическое исследование по гнездо – типологическому методу. Базами для клинических исследований были выбраны врачебные участки территориально относящиеся к Центральной поликлинике Шайхонтахурского и семейной поликлинике № 9 Мирза Улугбекского районов г.Ташкента. При проведении опроса были учтены социально-бытовой статус, медицинский и акушерский анамнез, и жалобы. Всего опросу были подвергнуто 1069 женщин, в возрасте от 1 года и старше, составившую достоверную, репрезентативную выборку генеральной совокупности. Для оценки влияния гормонального статуса женского организма на развитие и течение ИМП, респонденты были разделены на три группы: предменструальную, репродуктивную, менопаузальную. При этом, респондентки предменструального периода составили 155, репродуктивного периода 695, а респондентки менопаузального периода составили 219. В данной статье мы осветили часть исследования посвященный группе женщин менопаузального периода. Всем респондентам было проведено скрининговое исследование мочи. Перед сдачей анализа мочи, респонденты

обязательно были ознакомлены с правилами сбора мочи в одноразовый стерильный флакон. Собранный материал проверялся с помощью тест полосок (Combina 13) на анализаторе Combylizer 13. В случаи выявления ИМП производилось также и бактериологическое исследование. Первоначально нами изучена распространенность ИМП. Затем для определения частоты воздействия изучаемых факторов на развитие ИМП из включенных в исследование женщин, для каждой из подгрупп, согласно дизайну исследования «случай – контроль» были выделены две аналогичные (по параметрам и признакам) группы – первая группа женщины, у которых выявлена ИМП (случай) и вторая группа – женщины у которых ИМП не выявлено (контроль). Хи тест был использован для сравнения распространенности отдельных признаков и для оценки возможных факторов, связанных с ИМП в сравниваемых группах. Для определения независимой связи между факторами риска и ИМП был применен множественный логистический регрессионный анализ. Факторы, связанные с ИМП ($P<0,01$) при простой регрессии, были включены в мультивариационную модель. Результаты представлены как ОШ с 95% доверительным интервалом. Все анализы были выполнены, используя пакет статистических программ Stata 11. Уровень P ниже 0,05 рассматривался как статистическая значимая разница. Результаты. Из 219 женщин менопаузального периода у 44 (20%) выявлена ИМП. Средний возраст респондентов менопаузальной группы (n=219), средний возраст составил 67.3 ± 9.52 (min 49, max 92). Большенство женщин – 174 (79,4%) замужем, не замужем оказалось 17 (7,76%), 28 (12,8%) были в разводе или вдовами. Среднее образование получили 111 (50,7%) респондентов, с высшим образованием было 108 (49,3%) опрощенных. Большую часть опрощенных 170 (77,6%) составили пенсионерки, работающих женщин было 27 (12,4%), домохозяек - 22 (10%). Число рожавших в 3 раза больше чем не рожавших респондентов. 169 (77%) и 50 (23%) соответственно. Доля женщин, имевших от 1 до 2 родов - 83 (49%), от 3 до 5 родов было 80 (47,3%), более 5 родов было у 6 (3,7%) женщин. Среди обследованных женщин у которых выявлена ИМП основанием для установления диагноза у 27 женщин была лейкоцитурия, у 18 (29,6%) – бактериурия, а у 1 (8,2%) было сочетание лейкоцитурии и бактериурии. Бактериологические исследование мочи, проведенное 27 женщинам с установленной ИМП, показало, что у всех обследованных (100%), возбудителем ИМП явилась E.coli. Следует отметить, что ни у одной женщины, с установленной в ходе исследования ИМП, клинических проявлений заболевания не отмечалось. Из всех обследованных женщин 93 (42,4%) в анамнезе отмечали эпизоды острого цистита. Из них 40 (43%) на момент исследования имели ИМП, а 53 (57%) – нет. По данным опросника 64 (68,8%) женщины отмечали эпизоды цистита от 1 до 3 раз в течении жизни, у 11 (12%) эпизодов цистита было значительно больше от 4 до 6 раз, 7 и более раз проявления цистита отмечали 18 (19,2%) женщин. При проведении анализа социально – бытовых факторов жизни, таких как семейное положение, образование, род деятельности достоверного различия не выявлено.Проведенный нами анализ акушерско гинекологического анамнеза показал что, на частоту возникновения ИМП оказавают влияние и выделения из влагалища.

Из всех опрошенных респонденток, у которых выявлена ИМП, выделения из влагалища на момент проведения опроса отмечали 36,4%, в то время как у респонденток конторльной группы этот показатель был в 10,6 раз меньше 3,42%. Выделения из влагалища в анамнезе у женщин с ИМП отмечали в 50%, что явилось в 2,8 раза больше чем у женщин контрольной группы, что составило 17,7%. Таким образом можно сказать что выделения из влагалища могут создавать благоприятные условия для развития ИМП. По остальным показателям акушерско гинекологического анамнеза достоверного различия не было. Для выявления факторов риска, определяющих интегральный риск развития ИМП у женщин, нами применен множественный логистический регрессионный анализ. Факторы, связанные с ИМП ($P<0,01$) при простой регрессии, были включены в мультивариационную модель. В результате в многомерную модель вошли следующие факторы: выделения из влагалища на момент осмотра, выделения из влагалища в анамнезе. Основными фактором риска развития ИМП у женщин явились выделения из влагалища на момент осмотра (ОШ) – 12,69 (95%ДИ 4.40 – 36.6) и выделения из влагалища в анамнезе (ОШ) - 3,57 (95% ДИ 1,63-7,80). Полученные результаты позволяют нам предположить, что выделения из влагалища как на момент осмотра, так и в анамнезе стали причиной развития ИМП у женщин менопаузального периода. Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что распространенность ИМП у женщин в менопаузальном периоде составляет 20%. Возбудитель ИМП в 100% случаях явилась E.coli. Исходя из полученных результатов можно сказать, что все показатели социально бытовых факторов, количество родов, течение родов, применение прокладок оказались достоверно не значимыми, следовательно не влияли на развития ИМП. Основными фактороми риска развития ИМП у женщин явились выделения из влагалища на момент осмотра (ОШ) – 12,69 (95%ДИ 4.40 – 36.6) и выделения из влагалища в анамнезе (ОШ) - 3,57 (95% ДИ 1,63-7,80).

Ключевые слова: инфекция мочевыводящих путей, менопаузальный возраст, эпидемиологическое исследование.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ганижонов Ж.А, Бутабоев Ж.М., Хайруллае М.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан.

Актуальность. В хирургических клиниках АГМИ и РНЦЭМП АФ с 2014 по 2019 годы по поводу желчнокаменной болезни, холедохолитиазаосложненной холангитом оперированы 87 больных, из них женщин было 54 (64,1%), мужчин-33(37,9%). Цель исследования: улучшить результаты лечения больных желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом осложненной холангитом и механической желтухой с применением эндохирургических вмешательств. Материалы и методы исследовании. Больные нами были разделены на 2 группы: I группа контрольная и II группа основная. Контрольную группу составили 47 больных, а основную 40 больных. Возраст больных составляла от 21-80 лет. В клинике проводились УЗИ, ЭФГД, КТ, МСКТ, ЭРПХГ и клинико-лабораторные исследования. В предоперационном периоде больным проводилось антибактериальное, общеукрепляющее, противовоспалительное, дезинтоксикационное, гепатопротекторы, ингибиторы протеаз и спазмолитики. В I группе больных-47(54%) выполнены традиционные операции. IIгруппа нами разделена на 2 подгруппы: это подгруппа А и Б. В подгруппу А включены 30(34,5%) больных, которым выполнялась эндоскопическая декомпрессия желчных путей, а затем лапароскопическаяхолецистэктомия. В группу Б включены 10(11,5%) больные, которые перенесли операцию холецистэктомию. Все больные в клинику поступали с признаками холедохолитиаза осложненного механической желтухой и холангитом. Результаты исследования. В I контрольной группе 22 больным выполнены традиционная холецистэктомия+холедохолитотомия и дренирование холедоха по Вишневскому, 23 больным холецистэктомия+холедохолитотомия и дренирование холедоха по Пиковскому, 2 больным лапароскопия, конверсия, холецистэктомия и дренирование холедоха. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 7 больных, что составляло 14,8%. У 4больных развились специфические, а у 3 неспецифические осложнения. Из специфических осложнений: несостоятельность швов холедоха у 1, несостоятельность наружного дренажа холедоха у 1, острый почечно-печеночная недостаточность у 1, и у 1 больной нагноение операционной раны. Из неспецифических осложнений пневмония развилась у 1, тромбоэмболия легочной артерии у 1. Летальность в данной группе больных наступило у 2 больных, что составило 4%. Таким образом, анализируя результаты лечения больных в I группе следует отметить, что при традиционных методах лечения все еще в раннем послеоперационном периоде наблюдаются специфические осложнения, которые возникли у 4(8,5%) больных, неспецифические осложнения у 2 (4,2%) больных. Это указывало о необходимости использования более современных технологии и оптимизации хирургической тактики при желчнокаменной болезни, холедохолитиазе осложненной механической желтухой и холангитом. Вторую исследуемую основную группу составили 30 (30,5) больных с желчнокаменной болезнью, холехолитиазом осложненной механической желтухой и холангитом. Всем больным 2 А группы были выполнены ЭРПХГ, причем у 25 (83,3%) больных причиной холангита был холедохолитиаз, у 3 (10%) холедохолитиаз сопровождался стенозом БДС, у 2 (6,7%) отек БДС и холедоха. 28 больным выполнены ЭРПХГ и ЭПСТ,

литоэкстракция + лапороскопическая холецистэктомия. 2 больным выполнены ЭРПХГ и ЭПСТ, из холедоханеудалось извлечь конкремент из за отека БДС и холедоха, при этом был установлен стент. Через 4 дня стент удален и извлечен конкремент из холедоха с последующей лапороскопической холецистэктомии. В раннем послеоперационном периоде наблюдалось кровотечение из папилатомных краев. Проведено эндоскопическая гемостатическая манипуляция-диатермокоагуляция участка, которой кровоточил. У 1 больного наблюдалось желчеистечение из ложапузыря после лапороскопической холецистэктомии. У 1 наблюдалось желчеистечение по дренажу, которой остановилось самостоятельно. Летальных исходов не было. Во 2 группу Б составили 10 (11,5%) больных после перенесенных операции холецистэктомии, у которых был диагностирован холедохолитиаз осложненной механической желтухой и холангитом. Этим больным проводилось комплексное консервативное в сочетании с эндохирургическим лечением. 8 больным из этой группы выполнена ЭПСТ, конкремент был удален их холедоха с корзинкой Дормина, 1 больному произведено ЭПСТ, корзинкой литотриптора из холедоха извлечен густая масса, еще у 1 ЭПСТ, конкремент извлечь не удалось, установлен стент. Осложнение в раннем послеоперационном периоде в исследуемых группах не наблюдались. Заключение. Таким образом, результаты лечения больных в исследуемых группых показывают, что после эндоскопических манипуляции явление эндотоксикоза и холестаза купировались уже ближайшие сроки послеоперационного периода. В целом послеэндоскопических манипуляции отмечалось ранняя стабилизация функионального состояния печени, которые подтвердились улучшением клинико-лабораторных показателей эндотоксемии. Использование эндоскопических технологии позволяют снизить послеоперационные осложнения на 2,5-3 раза по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами на желчных путях.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, осложненение, холангит, механическая желтуха, лечения, эндохирургические вмешательства.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Далимова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Возможности ортодонтического лечения аномалий зубочелюстной системы в настоящее время актуальны в ортодонтии. Представлена сравнительная оценка результатов лечения аномалий нормальной и дистальной окклюзии с помощью лигатурных и самолигирующихся брекет-систем, определены показания к выбору несъемной программированной техники. Ортодонтическое лечение пациентов с аномалиями зубочелюстной системы проводят с использованием различных модификаций техники прямой дуги. В специальной литературе отсутствуют сведения о сравнительной оценке эффективности применения техник Roth и Damon. Остается неизученным характер изменений лицевого скелета и зубных рядов при сравнительном анализе результатов ортодонтического лечения с применением техник Roth и Damon, не уточнены показания к их применению. Именно эти вопросы, на наш взгляд, являются сегодня актуальными и требуют дальнейших исследований. Цель исследования. Изучить эффективность применения техники прямой дуги Roth и системы Damon для повышения качества ортодонтического лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы. Материалы и методы исследования. Нами были обследовано 87 пациентов, все пациенты были разделены на группы по нозологическим формам зубочелюстных аномалий и используемой для ортодонтического лечения несъемной техники с учетом способа подготовки к лечению - с удалением или без удаления зубов. В осмотре участвовали пациенты в возрасте от 16 до 40 лет. Средний возраст составил 27 лет. При апробации данного способа оценки качества ортодонтического лечения было выявлено следующее: 68% обследованных пациентов довольны результатом лечения в целом, но 32% опрошенных недовольны или сомневаются в результате лечения. Следует отметить, что у 44% осмотренных пациентов, закончивших ортодонтическое лечение, наблюдается та или иная зубочелюстно-лицевая аномалия по классификации Всемирной организации здравоохранения. Деминерализация эмали после ортодонтического лечения обнаружена у 15% осмотренных пациентов. Рецессия десневого края после ортодонтического лечения была выявлена у 7% осмотренных пациентов. Увеличение сроков ортодонтического лечения от 25% до 50% отмечено у 23% осмотренных пациентов. Увеличение сроков ортодонтического лечения более чем на 50% отмечено у 28% осмотренных пациентов. При оценке процесса ортодонтического лечения в медицинских картах найдены следующие нарушения: нет записей о проведении консультаций специалистов (по показаниям); при постановке диагноза и составлении плана лечения не учитываются результаты дополнительного обследования пациента - нет соответствующих записей; не проведено рентгенологическое обследование, или оно проведено, но записи в карте нет; нет контрольных моделей у ортодонтических больных в начале лечения и/или в конце лечения; нет полного плана лечения ортодонтических больных, взятых на лечение; назначено неправильное, недостаточное или несоответствующее записанному диагнозу лечение; нет записи в карте об осложнениях после проведенного лечения со стороны твердых тканей зубов или тканей пародонта. Вывод. Особенности современного уровня развития ортодонтии подразумевают обязательную стандартизацию методов диагностики и ортодонтического лечения. Лучшим решением данной проблемы является использование государственных стандартов, а при их отсутствии - разработка собственных, применение которых, как показывает наша практика, является эффективным инструментом не только повышения качества результатов клинической работы, но и аттестации врачей-ортодонтов.

Ключевые слова: эффективность, лечение, аномалии зубочелюстной системы.

НОВЫЙ ПОДХОД К ПОВЫШЕНИЮ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Далимова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблеме профилактики гиперестезии при препарировании под несъемные ортопедические конструкции посвящен ряд публикаций. Обеспечить положительный результат ортопедического лечения и сохранение витальности пульпы возможно при наличии коррекции и профилактики осложнений состояния твердых тканей зуба после препарирования, особенно со снятием значительного количества твердых тканей. Цель исследования. Повышение эффективности лечения гиперестезии твердых тканей зубов и их резистентности с использованием методов глубокого фторирования, ультрафонофореза 10% геля ультрамикроскопического гидроксиапатита и лазерного излучения. Материалы и методы исследования. Всего на кафедре терапевтической стоматологии нами было пролечено 385 пациентов, предъявлявших жалобы на гиперестезию твердых тканей зубов. Результаты исследования. Гиперестезия, сопровождавшаяся микродефектами на поверхностии зуба, была выявлена у 69 (17,9%) пациентов: в запломбированных по поводу неосложненного кариеса зубах - в 37 (53,6%) случаях; в зубах с микротрещинами эмали - в 22 (31,9%) случаях; в зубах с участками обнажения шеек и корней зубов при болезнях пародонта - в 10 (14,5%) случаях. Гиперестезия зубов с макродефектами поверхности зуба диагностирована у 316 (82%) пациентов, при этом стирание зубов выявлено в 156 (49,4%) случаях, а истирание - в 11 (3,48%) случаях; эрозии зубов обнаружены в 67 (21,2%) случаях, наличие клиновидных дефектов -в 82 (25,9%) случаях. При наличии на поверхности зуба микродефектов лечение гиперестезии проводилось путем обтурации де-нтинных канальцев и стимуляции процессов минерализации дентина. Результаты, полученные после использования препаратов для снятия гиперчувствительности дентина, отражены в таблице. Из приведенных в ней данных следует, что при наличии на поверхностии зуба микродефектов применяемые средства вызывали снижение болевой чувствительности в дентине. Для повышения эффективности лечения пациентам в домашних условиях рекомендовалось проводить чистку зубов противосенситивными зубными пастами Lacalut fluor, Oral B sensitive with fluoride, Sensodyne fluoride, Sensodyne total care. Таким образом, подразделение дефектов твердых тканей поверхности зубов на массивные (макродефекты) и на мелкие, видимые невооруженным глазом или с помощью лупы (микродефекты), сводит до минимума ошибки в лечении и повышает уровень его надежности. При лечении гиперестезии, связанной с наличием на поверхностии зуба микродефектов, эффективно применение средств, обтурирующих дентинные канальцы и стимулирующих процессы минерализации дентина, в комплексе с противосенситивными зубными пастами. Вывод. Процессы, происходящие в эмали и дентине на микроэлементном уровне при препарировании зубов под различные виды несъемных ортопедических конструкций, на сегодняшний день остаются недостаточно изученными. Благодаря развитию современной стоматологии появляются методы, позволяющие предотвратить гибель зуба после травматического воздействия, вызванного оперативным воздействием на структуры зуба при ортопедическом лечении. Хочется надеяться, что врачи стоматологи-ортопеды забудут, что были времена, когда депульпировались зубы, подлежащие покрытию несъемными конструкциями зубных протезов.

Ключевые слова: эффективность, глубокое фторирования, ультрафонофорез, 10% гель ультрамикроскопического гидроксиапатита, лазерное излучение.

ХАФАКОН КАСАЛЛИГИНИ КЎЗ ТУБИГА ТАЪСИРИ

Жалолиддинов Д.Л., Усманова Т.Ж., Хошимова Д.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Андижон вилоят кўз касалликлари шифохонасига келтирилган ФУНДУС камера аппарати хафакон касаллиги билан оғриган беморлар кўз тубини аник – тиниқ холда компютер экранига олиб рангли расм холда чиқариб беради. Шифохонада 2 йил давомида 460 та хафакон касаллиги билан оғриган беморлар ФУНДУС камера оркали кўрилди: Шулардан 68 та беморда бошланғич гипертоник ангиопатия, 59 та беморда касаллик муддати 8-10 йилдан ошган, буларда тўр пардада диабетик ретинопатия ва кўз гавхарини хиралашишлари кузатилда. 40 та бемор тўр пардаси гипертоник нейроретинопатия холатида эканлиги аникланди. Организмнинг хали тўла ечимини топган касалликларидан бири бу хафакон касаллиги бўлиб, у турли факторлар таъсирида артериал кон босимни ортиб кетиши натижасида ривожланадиган ва узок давом этадиган, барча ички органларни шу жумладан кўз гавхари ва тўр пардасини секин аста емириб борадиган касалликлар турига киради. Хафакон касаллиги метоболик ўзгаришларни самарали даволаш кўз тубидаги ўзгаришларни бутунлай олдини олмайди, лекин унинг ривожланишини бир неча йилга кечиктиради. Даволанмаётган беморларда кўз тубидаги ўзгаришлар даволанаётган беморларга нисбатан тезрок ривожланади ва юкори босим шишасимон танага тулик кон куйилиши билан якунланади. Олдинги сигментда энг кўп учрайдиган асорат бўлиб, витрэктомия самарасиз бўлишига олиб келади. Рангдор парда рубиози тотал тўр парда кўчиши ривожланганда 100% холларда учрайди. Асоратли катаракта - гавхар олдинги хиралашишининг прогрессияси ёки операцион жаррохлик натижасида ривожланади. Тўр парда кўчиши - шишиасимон тана асосининг тортилиши. Бу асосан тўр пардадаги турли хил касалликларнинг асорати сифатида юзага келади. Текшириш усуллари А. Кўриш ўткирлигини узокдан ва якиндан аниқлаш. Б. Корачикни трапикамид 1% эритмаси билан кенгайтириш. В. Куз тубининг фундус камера ёрдамида кўриш. 2. Офтальмолог мутахассисга бориб бир йилда бир марта текширтириш. А. Кўз туби нормал бўлганда. Б. Енгил даражали қон куйилганда, майда қон қуйилган ўчоқлар ривожланганда.

Калит сўзлар: гипертония касаллиги, кўз туби, даво, профилактика.

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ БЛИЗОРУКОСТИ В ВЫСОКОГОРЬНЫХ РАЙОНАХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Жалолиддинов Д.Л., Усманова Т.Ж., Хошимова Д.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Многие авторы нашли корреляционную связь между длиной оси глаза и аккомодационной способностью. Увеличение длины глаза сопровождается нарушением гемодинамики его и ослаблением аккомодации. И.М. Корниловский (1978) отметил параллельное снижение реоофтальмографического коэффициента и резерва аккомодации у лиц с миопией. зменения гемодинамики отмечались уже при миопии малой степени, они предшествовали удлинению глаза. Значение гемодинамики в работоспособности цилиарной мышцы, тренировка аккомодационной мышцы приводила к улучшению кровоснабжения. Нарушения гемодинамики играют важную роль не только в развитии миопии, но и в ее прогрессировании и возникновении осложнений. При прогресснровании близорукости кровоснабжение глаза уменьшается (В.П. Шмулей, 1970). Одним из факторов, объясняющих частоту распространения и особенности течения миопии в высокогорных районах Андижанской области (Кургантепинской, Ходжаабадской, Пахтаабадской), является нарушение гемодинамики. Обследованию одвергались две группы больных с миопией от 5,0 до 18,0 Д,: 52 больных (104 глаз). Кургантепинской из зоны высокогорья. и 44 бальных (88 глаз) - из зоны равнины (Пахтаабадской). Данные обследования выявили более выраженные нарушения гемодинамики глаз больных из зоны высокогорья, которые, по-видимому, обусловили различие в функциональных и клинических проявлениях прогрессирующей миопии в сравниваемых климатогеографических зонах. Средняя величина реографического коэффициента у больных с миопией от 6,0 до 10,0 Д из зоны высокогорья равнялась 2,73 ± 0,6%, в то время как у больных с такой же близорукостью из зоны долины была значительно выше - 3,09 ± 0,6% ($P < 0,001$). При миопии от И,0 до 15,0 Д - соответственно 1,96 ± 0,6% и 2,56 ± 0,5% ($P < 0,001$), при миопии от 16,0 до 20,0 Д - соответственно 1,58 ± 0,4% и 2,28 ± 0,5% ($P < 0,001$). Наряду с этим по мере увеличения степени миопии достоверно отмечается и снижение реографического коэффициента в обеих зонах. Выявленные нарушения гемодинамики глаза в условиях высокогорья в большей степени сопровождались и растяжением передне-задней оси глаза. Результаты эхобиометрических исследований выявили достоверное увеличение длины глаза у больных с миопией выше 10,0 Д, проживающих в высокогорье. Так, при миопии от 11,0 до 15,0 Д среднее значение величины ПЗО глаза у больных из зоны высокогорья было равно 27,3 ± 0,8 мм, в то время как у больных из зоны долины - 26,8 ± 0,9 мм ($P. < 0,001$). При миопии от 16,0 до 20,0 Д и выше - соответственно 28,1 ± 0,7 и 27,4 ± 0,8 мм ($P < 0,01$). Представляет интерес тот факт, что при миопии от 6,0 до 10,0 Д статистически достоверного различия в средних значениях величины миопии и ПЗО глаза в сравниваемых группах больных не выявлено, в то время как уже отмечается достоверное различиев показателях гемодинамики глаза. Полученные данные свидетельствуют о том, что нарушения гемодинамики глаза являются дековым механизмом в патогенезе развития и прогрессирования миопии. Проведенные исследования имеют большое практическое - значение в плане профилактики как развития, так и прогрессирования миопии. В комплексное лечение близорукости необходимо включать ангиопротекторы и сосудорасширяющие препараты, витамины состав В, препарати которые содержащие в составе таурин, цинк, лютеин. Растяжение глазного яблока при прогрессирующей миопии выше 10,0 Д и дистрофические изменения глазного дна не находятся между собой в прямой корреляционной связи. Они могут одновременно или независимо друг от друга развиваться вследствие гемодинамических нарушений во всех оболочках глаза при прогрессировании миопии.

Ключевые слова: близорукость, лечение, витамины, прогрессирование.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Жамилов У.Р., Баймаков С.Р., Рахманов Р.О., Мамараджабов С.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент,
Самаркандский государастваный медицинский институт, г. Самарканд,
Частный многопрофильный медицинский центр "SHIFO NUR", г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс (СП) составляет 4,6-5,9% от всех заболеваний бронхолегочной системы, а среди неотложных заболеваний органов грудной полости – 10-12%. В настоящее время в диагностике СП широко применяются современные лучевые методы исследования в виде рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. При этом одним из наиболее информативных миниинвазивных методов диагностики и хирургического лечения СП считается видеоторакоскопия (ВТС). Целью настоящей работы явилась оптимизация различных методов диагностики и хирургического лечения больных со СП. Материал и методы: Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 315 больных со СП. Мужчин было 264 (83,8%), женщин – 51 (16,2%). СП возник среди полного благополучия без физического напряжения или во время повседневной работы у 273 (86,7%) больных, после физической нагрузки – у 24 (7,6%), легочный анамнез удалось проследить только у 18 (5,7%). С рецидивом пневмоторакса поступили 19 (6,0%) больных, у всех из них ранее выполнено дренирование плевральной полости в различных медицинских учреждениях в сроки от одного месяца до одного года. Больным произведено рентгенологическое исследование грудной клетки, компьютерная томография и ВТС. Результаты исследования: Во время диагностической ВТС были выявлены множественные буллы у 194 (61,6%) пациентов со СП, одиночные - у 100 (31,7%). У 161 (51,0%) больного - буллезные изменения локализовались изолированно в верхней доле, у 101 (32,1%) наблюдалось поражение всех долей, у 32 (10,2%) имелось изолированное поражение средней и нижней долей, у 21 (6,7%) пациента причина пневмоторакса эндоскопией не установлено. При наличии единичных булл легкого диметром до 2 см у 39 (12,4%) больных ВТС закончено коагуляцией буллезно-измененного участка с помощью электрокоагуляции, с применением аргона – у 5 (1,6%). При выявлении множественных булл диаметром больше 2 см у 20 (6,3%) больных произведена атипичная резекция буллезно-измененного участка с помощью эндостеплеров. Если причина пневмоторакса не выявлена или имеется поражение всей легочной ткани без бронхоальвеолярного свища, то выполнялся термический плевродез париетальной плевры у 83 (26,3%) больных для профилактики рецидива пневмоторакса. В 1 (0,3%) случае при пневмотораксе месячной давности на ВТС, обнаружено ригидное легкое, произведена торакоскопическая декортикация легкого. Видеоассистированные вмешательства с миниторакотомией до 5 см выполнены у 167 (53,0%), из них у 95 больного (56,9%) – иссечение и ушивание множественных и крупных булл более 2 см, у 67 (40,1%) – атипичная резекция легкого, у 3 (1,8%) – декортикация легкого по поводу спаечного процесса и ригидного легкого и у 2 (1,2%) – перевязка буллы. Всем больным для профилактики рецидива пневмоторакса, независимо от наличия, размеров и локализации булл выполняли термический и химический плевродез. Выводы: В диагностике и хирургическом лечении СП наряду с современными высокоинформативными методами исследования должно применяться ВТС. ВТС дает возможность интраоперационной диагностики и ликвидации причин пневмоторакса, при этом решая задачи хирургической профилактики его рецидива.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, видеоторакоскопия, миниторакотомия.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зайниев А.Ф., Курбаниязова А.З.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.

Введение. Одной из актуальных проблем современной эндокринной хирургии, является проблема подхода к хирургическому лечению больных диффузно-токсическим зобом. Актуальность данной проблемы связана с множеством вопросов затрагивающих как выбор оперативного вмешательства, так и способы уменьшения послеоперационных осложнений и рецидива заболевания. На современном этапе существуют две школы, придерживающиеся различных мнений в вопросе способа хирургического подхода к лечению данного контингента больных основывающегося на возможности оставления паренхимы щитовидной железы, либо ее полного удаления. Одна из школ предпочитает произведение тотальной тиреоидэктомии у больных диффузно-токсическим зобом, другая же придерживается субтотальной тиреоидэктомии. Для выработки индивидуального подхода к хирургическому лечению больных диффузно-токсическим зобом мы решили условно разделить данный контингент больных на две группы и подвергнуть анализу две методики оперативного вмешательства. Материалы и методы. Нами в клинике СамМИ было прооперированно 37 больных диффузно-токсическим зобом. Первая группа включала 18 больных, которым была произведена субтотальная тиреоидэктомия. Вторую группу составляли 19 больных, которым была произведена тотальная тиреоидэктомия. Подготовка больных к операции в обеих группах производилась по стандартной методике, включающей применение тиреостатиков, седативных препаратов, β-адреноблокаторов и за 2 недели до предполагаемого оперативного вмешательства произведение дубления щитовидной железы путем дачи препаратов йода. Все больные шли на операцию в состоянии гипотиреоза. Результаты и их обсуждения. Обе оперируемые группы были идентичны в отношении степени увеличения щитовидной железы и пола пациентов. Методика субтотальной тиреоидэктомии не отличалась от общепринятой. Оперативное вмешательство заканчивалось сохранением около 8 граммов паренхимы щитовидной железы в области верхнего полюса левой доли железы. Проведенный как ближайшего, так и отдаленного анализа послеоперационных осложнений, у данной группы больных, показал, что рецидив диффузно–токсического зоба наблюдался в 2 (11,1%) случаях, гипотиреоз был зафиксирован также в 2 (11,1%) случаях. Транзиторный гипопаратиреоз наблюдался в одном случае. Во второй группе больных при проведении тотальной тиреоидэктомии, при всей тщательности выполнения операции, все-таки оставлялось от 2 до 3 граммов паренхимы щитовидной железы примыкающей к трахее. Анализ результатов показал, полное отсутствие рецидива диффузно-токсического зоба у данной группы больных, что касается гипотиреоза, то он был зафиксирован в 3 (15,7%) случаях. В 1 случае гипотиреоз был тяжелой степени и в 2 - средней тяжести. Кроме этого в 2 случаях в данной группе больных наблюдался транзиторный гипопаратиоз. Данным больным была произведена медикаментозная коррекция гипотиреоза в послеоперационном периоде. Выводы. Таким образом, мы пришли к заключению, что оставление 2-3 граммов паренхимы щитовидной железы, как в области трахеи, так и в других отделах ложа щитовидной железы в большинстве случаев замещает функцию всей щитовидной железы. Также нет большой необходимости при проведении тотальной тиреоидэктомии добиваться полного удаления всей паренхимы щитовидной железы, и существует возможность оставление от 2 до 3 граммов без опасения возникновения рецидива заболевания.

Ключевые слова: щитовидная железа, узел, зоб, лечение, профилактика.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЕНЗИМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОФТАЛЬМА У ДЕТЕЙ

Закирходжаева Д.А., Тошпулатова А.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Системная энзимотерапия, в частности Вобэнзим широко применяется в лечении многих заболеваний внутренних органов. Препарат обладает противовоспалительными, противоотечным, фибринолитическим и иммуномодулирующим действием. В офтальмологии Вобэнзим применяется при лечении тромбоза центральной вены сетчатки и ее ветвей, кровоизлияниях в сетчатку и стекловидное тело, дистрофических и воспалительных процессов, а также при травмах, осложненных кровоизлияниями. Учитывая важность проблемы и ее социальную значимость, в настоящее время проведенные исследования направленны на поиски оптимальных путей консервативного и хирургического лечения гемофтальма, позволяющих восстановить утерянное зрение. Цель исследования: оценить эффективность Вобэнзима при гемофтальме у детей. Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 15 пациентов в возрасте от 3 до 6 лет с внутриглазными кровоизлияниями вследствие тупой травмы глаза, которые находились на стационарном лечении в глазном отделении клиники ТашПМИ. В схему лечения был включен препарат вобэнзим по схеме: 2 недели по 6-8 таблеток 3 раза в день, далее 2 недели по 6 таблеток 3 раза в день, 4 таблетки 3 раза в день в течение 4-6 недель. Объем обследования во всех группах больных был одинаковым: определение остроты зрения, биомикроскопия, офтальмоскопия, измерение внутриглазного давления, исследования поле зрения, ультразвуковое исследование. Результаты исследования: Вобэнзим оказывает, наряду с общим влиянием на организм, широкий спектр местных воздействий: нормализует повышенную проницаемость сосудов, вязкость крови, устраняет нарушения микроциркуляции. Способствует активации собственных ферментных систем глаза, значительно улучшает снабжение тканей кислородом и питательными веществами, ускоряет рассасывание отеков, гематом, некротизированных тканей и фибрина, облегчая удаление продуктов распада. Уменьшает образование швартов, способствует быстрому восстановлению зрительных функций. В раннем послеоперационном периоде среди всех обследованных наблюдались следующие осложнения: экссудативный иридоциклит – 16,1%, фибрин в области зрачка – 8%. В ходе лечения была отмечена эффективность лечения вобэнзима, 60% случаев наблюдалось полное рассасывание кровоизлияния при гемофтальмах различной этиологии, ретинальных кровоизлияниях и наступления полной ремиссии при воспалениях сосудистого тракта. Заключение: включение вобэнзима в комплексную терапию больных с гемофтальмом у детей способствовало быстрому купированию воспаления, и отека, и повышению зрительных функций. Полученные данные свидетельствуют о необходимости применение вобэнзима в офтальмологии, прежде всего как средство лечения гемофтальма, а также в офтальмохирурги.

Ключевые слова: дети, гемофтальм, эффективность, Вобэнзим.

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Зуфарова Ш.А., Эгамбердиева Д.А.
Республиканский центр репродуктивного здоровья населения,
Андижанский государственный медицинский институт

Синдром поликистоз яичников (СПКЯ) (синдром Штейна-Левенталя) – это эндокринологическое заболевание, которое сопровождается с нарушениями функции яичников, поджелудочной железы, коры надпочечников и дисфункции гипоталама-гипофизарной оси. СПКЯ является загадочным заболеванием, этиология которая до конца не изучена. Несколько исследовательских групп предполагают, что СПКЯ берет начало в эмбриональной жизни и заключается в программировании метаболической/ эндокринной оси у плода, особенно метаболизма углеводов и секреторной функции надпочечников. Девочки, которые родились с низким или, наоборот, большим весом для своего гестационного возраста, это является косвенным показателем воздействия стрессовых внутриматочных условий, что позднее проявляется в высокой частоте СПКЯ в подростковом возрасте. Тем неимение рожденные с малым для гестационного возраста весом девочки, у которых наступило преждевременное адренархе, имеют значительно более высокую склонность к развитию «полноценного» СПКЯ в зрелом возрасте по сравнению с девушками, у которых наблюдается лишь одно из двух симптомов СПКЯ. Кроме того, у девочек с ранней секрецией андрогенов надпочечниками, клинически проявляемой преждевременным пубархе, выявляются некоторые компоненты СПКЯ, например, резистентность к инсулину и висцеральное ожирение по сравнению со сверстницами. В январе 2019 года из исследований, взятых с различных баз данных двенадцать исследований были включены для мета-анализа. Общее количество участников исследования составило 149 477 человек. Средний показатель качества всех исследований составил 8,67 (диапазон: 5-10). Распространенность синдрома поликистозных яичников у подростков на основе критериев Роттердама составила 11,04% (95% ДИ: 6,84-16,09%), исходя из критериев Национального института здравоохранения, она составила 3,39% (95% ДИ: 0,28-9,54%) и по данным Общества по избытку андрогенов и синдрому поликистозных яичников, оно составило 8,03% (95% ДИ: 6,24-10,01%). Одной из проблем является как определить СПКЯ в подростковом возрасте, так как за медицинские помощи обращается девочки-подростки с более тяжелым вариантом СПКЯ. Это наблюдение может неправильно оценить синдрома медицинскими экспертами, поскольку они имеют дело только с тяжёлыми формами заболевания.

Ключевые слова: Синдром поликистозных яичников, внутриутробный период, девочки-подростки.

ВИТАМИН D И СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗ ЯИЧНИКОВ

Зуфарова Ш.А., Эгамбердиева Д.А.

Республиканский центр репродуктивного здоровья населения,
Андижанский государственный медицинский институт

Синдром поликистозных яичников является загадочным заболеванием, этиология которая до конца не изучена. Однако у женщин с СПКЯ часто встречается резистентность к инсулину, что свидетельствует о повышенном риске развития метаболических нарушений и сахарного диабета 2-го типа. Есть некоторые механизмы, которые могут объяснить связь дефицита витамина D и инсулинорезистентности: Во-первых, витамин D может оказывать положительное влияние на инсулин, стимулируя экспрессию инсулиновых рецепторов, тем самым повышая чувствительность транспорта глюкозы к инсулину. Элемент, чувствительный к витамину D, присутствует в промоторе гена человеческого инсулина, а транскрипция гена инсулина человека активируется $1,25(OH)_2D_3$. Во-вторых, витамин D регулирует внеклеточный и внутриклеточный кальций, который необходим для инсулин-опосредованных внутриклеточных процессов в тканях, чувствительных к инсулину, таких как скелетные мышцы и жировая ткань. Убеждение, что витамин D причастен к метаболическим и эндокринным параметрам СПКЯ, подтверждается тем фактом, что VDR - регулирует более 3% генома человека, включая гены, которые имеют решающее значение для метаболизма глюкозы. В этом контексте было показано, что связанные с VDR полиморфизмы *(Cdx2, Bsm-I, Fok-I, Apa-I* и *Taq-I*) относятся к метаболизму витамина D и могут способствовать восприимчивости к СПКЯ. VDR *Apa-I* связан с нарушением секреции инсулина и непереносимостью глюкозы как метаболический синдром. Mahmoudi T. обнаружена ассоциация полиморфизма VDR *Apa-I* с восприимчивостью к СПКЯ в когорте, состоящей из 162 здоровых и 162 женщин с СПКЯ. В австрийской когорте, включающей 545 женщин с СПКЯ и 145 женщин группы контроля, авторы обнаружили связь VDR *Cdx2* с метаболизмом инсулина, тогда как вариант VDR *Apa-I* ассоциировался с гиперандрогенемией. Связь между VDR-связанными полиморфизмами и восприимчивостью к СПКЯ не обнаружена. Более того, в небольшом исследовании, проведенном в Иране среди 56 женщин с СПКЯ, обнаружена связь VDR *Taq-I* с повышенными уровнями ЛГ в сыворотке крови, а также взаимосвязь пониженного уровня ГСПГ с VDR *Bsm-I.* В то время как (Oh и Barrett-Connor в (2002) сообщили, что VDR Bsm-I полиморфизм связан с инсулинорезистентностью, другие не смогли обнаружить ассоциацию VDR полиморфизм с СД2. Распределение генотипов и аллелей не различалось между случаями и контролями, указывая на то, что этот единственный нуклеотидный полиморфизм (SNP) не связан с повышенным риском развития СПКЯ, но он связан с тяжесть фенотипа СПКЯ. Поэтому они пришли к выводу, что генетический вариант VDR был найден иметь связь с тяжестью клинических признаков СПКЯ, но не с болезнью. СПКЯ является распространенным и загадочным заболеванием с многогранным этиологическим происхождением и представляет собой в будущем серьезный риск для здоровья подростков и женщин. В дальнейшем планируется исследование по этой сфере у девочек-подростков с различными уровнями витамина Д в Андижанской области. СПКЯ-синдром поликистоз яичников. VDR- Vitamin D Receptors, специфические рецепторы витамина D. ГСПГ- глобулин, связывающий половые гормоны.

Ключевые слова: витамин D, рецепторы витамина D, синдром поликистозных яичников, инсулин резистентность.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ибадов Р.А., Исмаилов Е.Л., Ибрагимов С.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Актуальность Предлагаемая методика детоксикации основана на принципе Single pass albumin dialysis (SPAD), для экстракорпорального замещения функции гепатоцитов при субкомпенсированном течении печеночной недостаточности различного генеза – 69 пациентов. Из которых, 38 (55,1%) пациентов пролечены в ГУ «РСНПМЦХ им. В.Вахидова» и 31(44,9%) пациент в ГКБ №4, Алматы. Цель исследования: провести анализ результатов применения усовершенствованной методики альбуминового диализа при субкомпенсированной печеночной недостаточности. Материал и методы. Пациенты были условно разделены на две группы, с включением в комплекс интенсивной терапии предложенной методики SPAD было пролечено 38 (55пациентов, распределенных по типу ОПН: острая печеночная недостаточность (ALF) - 18 больных и подострая печеночная недостаточность (ACLF) – 20 пациентов. В группу сравнения для этого исследования включен 31 пациент со средней степенью тяжести течения ОПН, которым исходно проводили только интенсивную терапию, с ALF было 13 больных и с ACLF – 18 пациентов. Проведен анализ динамики показателей детоксикационной функции печени у субкомпенсированной группы пациентов после SPAD и интенсивной терапии (ИТ). Результаты. По динамике снижения общего билирубина в крови, уже на 3 сутки после применения SPAD отмечено достоверное снижение данного показателя по сравнению с ИТ. Достоверное снижение после ИТ отмечено только на 5 сутки. В последующем в обеих группах отмечалась стабильная динамика снижения общего билирубина. Тем ни менее, на 7 сутки в группе больных которым проводился SPAD этот показатель был значительно лучше (95,5±6,4 мкмоль/л против 119,6±7,3 мкмоль/л, соответственно). Сходная динамика в обеих группах отмечена по показателю аммиака в крови, который достоверно снизился только на 7 сутки после лечения (с 71,4±5,2 ммоль/л до 44,2±3,74 ммоль/л и с 69,8±4,8 ммоль/л до 56,54±3,38 ммоль/л, соответственно). Достоверное снижение показателя АЛТ к исходному начинается с 5 суток после применения SPAD (с 324,6±15,2 Ед до 255,8±14,3 Ед), а показателя АСТ на 7 сутки (с 295,5±13,4 Ед до 238,9±11,6 ЕД), в отличии от ИТ, после которой, достоверное снижение АЛТ от исходного значения начинается только на 7 сутки (с 311,3±14,3 Ед до 269,4±13,1 Ед). Тем ни менее, достоверное различие в показателе АЛТ отмечено на 7 сутки в пользу SPAD ($t=14,49$; $p<0,05$). В отношении СРБ, достоверное снижение после SPAD отмечено также на 5 сутки (с 22,3±1,2 мг/л до 16,4±0,9 мг/л) в отличие от ИТ, после которого данный показатель достоверно начал снижаться к 7 суткам (с 21,8±1,3 мг/л до 18,4±0,9 мг/л). Достоверное отличие между группами по данному показателю отмечено с 5 суток в пользу SPAD ($t=2,18$; $p<0,05$) и сохраняется на 7 сутки ($t=2,46$; $p<0,05$). Достоверное улучшение показателя ПТИ, отмечено только после применения SPAD на 7 сутки (с 71,8±3,1 до 82,1±2,5), тогда как показатель МНО, после применения SPAD достоверно начал улучшаться на 5 сутки (с 1,3±0,05 до 1,1±0,04), а после ИТ, на 7 сутки (с 1,3±0,07 до 1,1±0,05). Достоверности отличий между группами не отмечено. По срокам начала регресса ОПН, на фоне применения SPAD, на 1-2 сутки регресс

ОПН отмечен у 6 (15,8%) пациента, на 3 сутки – у 21 (55,3%), на 5 сутки – у 4 (10,5%), на 7 сутки – у 2 (5,3%). У 5 (13,2%) пациентов, несмотря на ИТ с включением SPAD, отмечено прогрессирование ПОН. На фоне применения ИТ, начало регресса ОПН на 1-2 сутки отмечено только у 2 (6,5%) пациентов, на 3 сутки – у 5 (16,1%), на 5 сутки – у 7 (12,9%), на 7 сутки – у 2 (5,3%). У 13 (41,9%) пациентов, несмотря на ИТ, отмечено прогрессирование ПОН. При исходной сумме баллов 21,4±0,4 по шкале MELD в группе пациентов со SPAD, на 7 сутки после лечения отмечалось снижение балльной оценки до 18,2±0,4, с достоверным отличием от исходного значения в пределах $t=5,66$; $p<0,05$. В группе пациентов с ИТ, на 7 сутки после лечения отмечалось снижение балльной оценки до 19,6±0,4, с достоверным отличием от исходного значения в пределах $t=2,83$; $p<0,05$. После проведения SPAD у 18(37,5%) пациентов с ALF, летальности не отмечалось, тогда у 13(36,4%) пациентов с ALF после ИТ отмечен 1(7,7%) летальный исход. После проведения SPAD у 20(62,5%) пациентов с ACLF, летальный исход отмечен у 2(10,0%), а в после проведения ИТ у 18(62,5%) пациентов с ACLF, летальный исход отмечен у 3(16,7%). Всего в группе пациентов с включением SPAD, наблюдалось 2(5,3%) летальности и в группе пациентов с ИТ – 4 (12,9%). Регресс ОПН после применения SPAD отмечен у 33(86,8%) пациентов, а в группе после ИТ – у 18(58,1%). Прогрессирование ОПН с переводом на другие методы экстракорпоральной детоксикации с последующим эффектом в группе SPAD отмечено у 2(5,3%) и в группе с ИТ – у 9(29,0%). Достоверность в межгрупповом отличии отмечена в пределах - $\chi 2=7$. Клинический интерес представляет проведенный анализ по частоте летальности в зависимости от типа ОПН и балла по шкале MELD в группе с применением SPAD и в группе с ИТ. При сумме баллов 15-18 и 18-20 по шкале MELD при ALF (3/16,7% и 5/27,8%, соответственно) и при ACLF (2/10,0% и 8/21,1%, соответственно) летальности после применения SPAD не отмечалось. При MELD в пределах 20-22 баллов летальность у пациентов с ALF (10/55,6%) после применения SPAD также не отмечалось, тогда как у пациентов с ACLF (15/75,0%) летальность отмечена в 2(13,3%) случаях. При этом, общая летальность в данной градации по MELD составила 8,0%. Летальный исход был отмечен только у пациентов с MELD 20-22 баллов на фоне применения обоих способов лечения. Удовлетворительный результат отмечен у 94,7% пациентов после применения SPAD и у 87,1% пациентов на фоне терапии. Выводы. Усовершенствованная методика гемодиафильтрации с применением 2%-концентрации альбумина у пациентов с острой печеночной недостаточностью без сопутствующих проявлений гепаторенального синдрома позволяет добиться стабильного регресса ОПН в 86,8% случаев, тогда как при изолированной интенсивной терапии этот показатель составляет 58,1%. Хорошие результаты применения предложенной методики 2% альбуминового диализа отмечены при отсутствии начальных проявлений развития гепаторенального синдрома у пациентов с показателем креатинина менее 100 мкмоль/л. В свою очередь прогрессирование патологического процесса с необходимостью применения других методов экстракорпоральной детоксикации с последующим положительным эффектом лечения отмечается у 7,9% и 29,0% соответственно, при этом частота летальности составляет 5,3% и 12,9%.

Ключевые слова: печеночная недостаточность, экстракорпоральная детоксикация, альбуминовый диализ, результат.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ибадов Р.А., Исмаилов Е.Л., Ибрагимов С.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова. Ташкент, Узбекистан

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова Алматы, Казахстан

Актуальность. По данным литературы у 50-80% больных развитие острой печеночной недостаточности (ОПН) носит молниеносный характер, что обуславливает крайне тяжелое клиническое течение с вовлечением в процесс всех органов и систем жизнеобеспечения, высокие показатели летальности, длительный госпитальный период и большие экономические затраты, связанные с лечением этого заболевания. Настоящая реальность, вероятно, связана с несколькими факторами, одним из которых является фактор отсутствия точных рекомендаций по эффективным срокам начала систем искусственной поддержки печени. Цель исследования: провести факторный анализ эффективности различных экстракорпоральных детоксикационных систем (ЭКДС), используя собственный опыт, представленный из двух ведущих гепатологических центров. Материал и методы исследования. В исследование включены результаты интенсивной терапии с применением различных ЭКДС у 186 больных с ОПН, пролеченных за 2011-2020 гг. Основными направлениями являлись изучение влияния методик альбуминового диализа (MARS) и гемодиафильтрации (ГДФ) на основные клинико-биохимические параметры и на полиорганную дисфункцию организма при ОПН в их сравнительном аспекте. Оценка тяжести состояния пациентов проводилась с помощью шкал APACHE II, SOFA и MELD. Результаты. В динамике снижения общего билирубина в крови, уже на 5 сутки после применения MARS отмечено достоверное снижение данного показателя по сравнению с ГДФ (с 378,4±13,9 мкмоль/л до 322,2±13,9 мкмоль/л против с 344,2±13,4 мкмоль/л до 306,8±15,8 мкмоль/л, соответственно). Достоверное снижение после ГДФ отмечено только на 7 сутки (до 275,5±15,2 мкмоль/л). В последующем в обеих группах отмечалась стабильная динамика снижения общего билирубина. Тем ни менее, на 10 сутки в группе больных, которым проводилась ГДФ, динамика снижения этого показателя значительно уступала группе пациентам, которым использовался MARS (221,5±13,8 мкмоль/л против 171,6±12,8 мкмоль/л, соответственно). Сходная динамика отмечена и по показателю аммиака в крови. Примечательно, что показатели почечной дисфункции (мочевина и креатинин) начали снижаться уже на 5 сутки после применения ГДФ (с 23,4±1,9 ммоль/л до 19,3±1,3 ммоль/л, с 341,2±23,9 мколь/л до 252±18,3 мколь/л, соответственно), в отличие от применения MARS, после которого, достоверное снижение этих показателей отмечено только на 10 сутки (с 25,2±1,7 ммоль/л до 19,8±1,4 ммоль/л, с 346,5±23,1 мколь/л до 273,8±13,4 мколь/л, соответственно). Анализ динамики цитолитического синдрома и показателя системного воспалительного ответа показал, что достоверное снижение показателя АЛТ начинается уже на 3 сутки после применения MARS (с 1972,6±105,3 Ед до 1665,9±71,5 Ед), а показателя АСТ на 5 сутки, в отличии от ГДФ, после которого, достоверное снижение АЛТ и АСТ начинается только на 7 сутки (с 1824,6±99,5 Ед до 1263,5±51,2 Ед и с1591,8±92,1 Ед, соответственно). В отношении СРБ, достоверное снижение после ГДФ отмечено на 5 сутки (с 106,8±8,6 мг/л до 77,2±6,3 мг/л) в отличие от MARS, после которого данный показатель достоверно начал снижаться к 7 суткам (с 112,4±8,2 мг/л до 79,7±7,1 мг/л). По всем основным параметрам холестатического и цитолитического синдромов, отмечается значительное преобладание MARS, тогда как, в отношении гепаторенального синдрома и иммунно-

воспалительного ответа, лучшая эффективность отмечена после ГДФ. С целью детализации сравнения этих двух методик, использованы интегральные шкалы, которые наиболее часто используются в реаниматологии и трансплантологии, для оценки тяжести исходного состояния пациентов и эффективности проводимой интенсивной терапии. Достоверное улучшение исходных показателей, оцененных по APACHE II, SOFA и MELD, после применения MARS, отмечено уже на 5 сутки, тогда как после ГДФ, эти показатели достоверно улучшились только на 7-10 сутки. Несмотря на применение ЭКДС, отмечено прогрессирование системных осложнений. Так, на фоне проведения MARS, у 8 (33,3%) пациентов прогрессировала ОПН, по 7 (29,2%) случаев приходилось на прогрессирование дыхательной, почечная и сердечно-сосудистой недостаточностей, у 5 (20,8%) пациентов имел место ДВС синдром и у 6 (25,0%) пациентов – сепсис. На фоне проведения ГДФ, у 11 (50,0%) пациентов прогрессировала ОПН, по 8 (36,4%) случаев приходилось на прогрессирование дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностей, у 9 (40,9%) пациентов имело место нарастание почечной недостаточности, у 7 (31,8%) пациентов - ДВС синдром и у 3 (13,6%) пациентов – сепсис. Стабилизация статуса без реактивации прогрессирования ПОН отмечена у 9 (37,5%) пациентов после MARS и у 2 (9,1%) пациентов после ГДФ. Реактивация прогрессирования ПОН и улучшение статуса на фоне повторных сеансов отмечено у 5 (20,8%) пациентов после MARS и у 8 (36,4%) пациентов после ГДФ. Реактивация прогрессирования ПОН без дальнейшего улучшением статуса после повторных сеансов, наблюдалась у 10 (41,7%) пациентов после MARS и у 12 (54,5%) пациентов после ГДФ. При сумме баллов 25-30 по шкале MELD при ALF летальности после применения MARS не отмечалось, тогда как при ACLF, летальность отмечена в 50,0% случаев. Таким образом, общая летальность в данной градации по MELD составила 22,2%. При MELD >35 баллов летальность на фоне MARS у пациентов с ALF составила 50,0%, тогда как у пациентов с ACLF – 100%. При этом, общая летальность в данной градации по MELD составила 66,7%. При MELD в пределах 31-35 баллов летальность на фоне ГДФ у пациентов с ALF составила 50,0%, тогда как у пациентов с ACLF – 100%. При этом, общая летальность в данной градации по MELD составила 70,0%. При MELD >35 баллов летальность на фоне ГДФ у пациентов с ALF и с ACLF составляет 100%. У пациентов с MELD <30 баллов на фоне применения обеих методик ЭКДС удовлетворительный результат достигнут у 77,8% пациентов. При MELD в пределах 31-35 баллов – у 55,6% пациентов на фоне MARS и 30,0% на фоне ГДФ. При MELD >30 выживаемость отмечена только у 33,3% пациентов на фоне MARS. Выводы: факторный анализ особенностей заместительного протезирования функции гепатоцитов показал, что при острой декомпенсированной печеночной недостаточности регресс патологических маркеров интоксикации и синдрома цитолиза более выражен при проведении сеансов альбуминового диализа (MARS), тогда как для ГДФ более характерно влияние на коррекцию показателей воспалительного процесса и нарушений иммунной системы, в свою очередь улучшение некоторых параметров гемостаза характеризовалось равноценным эффектом. Частота летальности при тяжелой острой печеночной недостаточности достоверно не различалась при включении в комплекс интенсивной терапии сеансов MARS или ГДФ, при этом в зависимости от типа осложнения проведение альбуминового диализа способствовало снижению доли неблагоприятного исхода при ALF со значением MELD 31-35 баллов с 50,0% (при ГДФ) до 33,3%, более 35 баллов – со 100% до 50%; при ACLF летальность в группе MARS составила при MELD 25-30 баллов – 50,0%, 31-35 баллов - 66,7%, а при более 35 баллов – 100%, тогда как в группе ГДФ эти значения достигали 66,7% при MELD 25-30 баллов и 100% при значении более 30 баллов.

Ключевые слова: печеночная недостаточность, детоксикационные системы.

СРОКИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С УДАЛЕНИЕМ И БЕЗ УДАЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

Индиаминова Г.Н., Рахимбердив Р.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. В работе представлен анализ длительности ортодонтического лечения с удалением и без удаления отдельных зубов с применением несъемной конструкции- брекет системы. С целью профилактики развития деминерализации эмали и воспалительных процессов мягких тканей полости рта, которой в большинстве наблюдается после длительного применения брекет системы. На протяжении последних десятилетий распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций резко увеличилась, как среди детского населения, так и среди взрослых. По данным отечественных авторов распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций среди детского населения в различных регионах страны колеблется в пределах от 11,4 до 82,6%. По результатам зарубежных исследователей, данная нозология встречаются существенно реже – от 35 до 47%. Состояние здоровья полости рта является важным составляющим общего физического, психического и социального благополучия личности каждого человека. Как известно, несвоевременное выявление и лечение пациентов с зубочелюстными аномалиями может приводить не только к эстетическому изменению лицевого отдела, но и к увеличению риска развития кариозного процесса, заболеваний пародонта, а также дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет ортодонтическую стоматологию в число наиболее востребованных направлений. В настоящее время при лечении зубочелюстных аномалий в период постоянного прикуса аппаратурное лечение с помощью несъемной конструкции часто сочетают с хирургическими вмешательствами (удалением отдельных зубов). На сегодняшний день в 84% случаев ортодонтическое лечение проводится с использованием брекет-систем. Стремительное внедрение брекет-системы в отечественную ортодонтию произошло несколько лет назад и произвело настоящую революцию. Появилась возможность корпусного перемещения зубов, дающего контроль за их положением. Неоспоримы и другие преимущества брекет-системы: отсутствие дискомфорта и боли во время лечения, возможность коррекции аномалии у взрослых пациентов, минимальное количество посещений лечащего врача. Единственным аспектом, который может несколько осложнить жизнь пациента при ношении брекет-системы, является гигиена полости рта. Брекеты несколько затрудняют процесс чистки и неудовлетворительная гигиена может привести к деминерализацию эмали и воспалению мягких тканей полости рта. Эффективность проведенного ортодонтического лечения оценивают по его длительности, стабильности а также по стандартным методикам лечения. Нужно понимать, что ортодонтическое лечение – процесс кропотливый и медленный. Какие бы брекеты мы ни поставили, зубы не могут сдвигаться быстрее, чем на 1 мм в месяц. Длительность ортодонтического лечения – один из часто задаваемых вопросов пациентов. Изучение сроков, необходимого для лечения зубочелюстных аномалий, позволит улучшить организацию ортодонтической помощи населению. Все представленное выше и определяет актуальность и своевременность настоящего исследования. Цель. Определение длительности лечения зубочелюстных аномалий с удалением и без удаления зубов в зависимости от их тяжести с помощью несъемной конструкции. Материал и методы. Тяжесть зубочелюстных аномалий и

длительность их лечения проанализирована у 65 пациентов, завершивших лечение. Этих пациентов разделили на две группы. В первой группе ортодонтическое лечение проведено с удалением отдельных зубов у 37 пациентов, во второй группе без удаления зубов у 28 пациентов с помощью брекет-системы. Получили гипсовые модели перед началом лечения и проанализировали с помощью PAR-индекса («Peer Assessment Rating Index»), определяющего тяжесть зубочелюстной аномалии. Каждую группу в зависимости от степени выраженности зубочелюстных аномалий разделили на 4 подгруппы: 1-я – при значении PAR-индекса от 14 до 19 баллов; 2-я – от 20 до 29 баллов; 3-я – от 30 до 39 баллов; 4-я – от 40 до 63 баллов. Длительность лечения выражали в месяцах от момента установки брекет-системы до снятия аппарата. Статистический анализ проводили с помощью программного обеспечения STATISTICA SPSS. Оценку достоверности различий в группах оценивали непараметрическими методами, используя критерий $\chi 2$. Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$, и статистически высоко значимыми при $p < 0,001$. Результаты. Средний возраст пациентов 1-й группы составил 18 лет (min – 11, max – 25). Пациентов женского пола было больше- 87,5% (32 человек), чем мужского – 12,5% (5 человек). Средний возраст пациентов 2-й группы составил 18 лет (min – 11, max – 25). Пациентов женского пола было больше 81% (22 человек), чем мужского – 19% (6 человек). Медиана длительности ортодонтического лечения с удалением зубов составила в среднем 23,0 месяца, без удаления – 22,0 месяца По мере возрастания начального значения PAR-индекса несколько увеличивалась длительность лечения. Так, медиана длительности лечения пациентов 1-й группы 1-й подгруппы составила 20,0 (16,5–21,5) месяцев, 2-й подгруппы – 21,5 (18,0–34,0) месяц, 3-й подгруппы – 22,5 (18,0–32,0) месяцев и, у пациентов 4-й подгруппы – 24,0 (21,0–36,0) месяца. Медиана длительности лечения пациентов 2-й группы 1-й подгруппы составила 16,0 (14,5–17,5) месяцев, 2-й подгруппы – 20,0 (15,5–24,5) месяцев, 3-й подгруппы – 23,5 (18,0–28,0) месяцев и у пациентов 4-й подгруппы – 28,0 (23,0–38,0) месяцев. В исследуемых подгруппах с удалением зубов не выявлено статистически значимых различий длительности лечения в зависимости от тяжести зубочелюстных аномалий, в то время как в подгруппах без удаления зубов выявлены статистически значимые различия длительности лечения в зависимости от тяжести зубочелюстных аномалий ($p < 0,05$). Выводы. В результате исследования определена средняя длительность ортодонтического лечения у пациентов с зубочелюстными аномалиями в период постоянного прикуса с удалением и без удаления отдельных зубов. Лечение было проведено с помощью несъемной конструкции (брекет-системы). Выявлены статистически значимые различия длительности лечения пациентов с различной выраженностью зубочелюстных аномалий в группе 2. В этой группе лечение проводилось без удаления отдельных зубов.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, брекет-система, профилактика, деминерализация эмали, воспаление мягких тканей полости рта.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ КАСАЛЛИГИНИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИК ТАВСИФИ

Исроилов Р.И., Усмонова Н.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзараблиги. Сурункали тонзиллит замонавий оториноларингологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, муҳим ижтимоий ва тиббий аҳамиятга эга. Сурункали тонзиллитнинг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги тасаввурларимизнинг кенгайишига, унинг диагностикаси ва даволашдаги муваффақиятларга қарамай, бу касалликни ривожланишидаги айрим механизмларнинг тутган ўрни тўлиқ аниқланмаган. Ишнинг максади: Сурункали тонзиллит касаллигида клиник-морфологик тавсифини урганишдан иборат. Материал ва текширув усуллари: Сурункали тонзиллит токсик-аллергик шакли билан касалланган беморларни тонзилоэктомия ташрихидан сунг бодомча безларни морфологик таҳлил қилинди. Жами материал 50 та ташрихдан сунги олинган бодомча безлардан иборат бўлди. Назорат гуруҳи сифатида 25 та сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли билан касалланган беморларни бодомча безлари олинди. Аутопсия материалидан 35 таси, сурункали тонзиллитни токсико-аллергик шаклини 1-боскичи қолгани, яъни 25 таси сурункали тонзиллитни токсико-аллергик шаклини 2-боскичи ташкил қилди.Барча гурухларда уларнинг анамнезлари, касаллик тарихи ва йулдош ва хамрох касалликлари ўрганиб чиқилди. Шу ҳолат аён бўлдики, хамрох касалликлари бор беморларда йулдош касалликлар билан асоратланиши аниқланди. Бодомча безининг морфофункционал ҳолатини баҳолаш учун, безнинг ўлчами, фоликулалари, лакуналари ва крипталари холатини аникладик. Бодомча безини гематоксин-эозин усулида буялди хамда Ван-Гезон, Шик реакцияси усуллардан фойдаланиб текширилди. Қўлга киритилган морфометрик маълумотларнинг ишончлилик даражаси Стьюдентнинг t-мезони орқали баҳоланди. Натижалар ва муҳокама. Клиник-морфологик таҳлил шуни кўрсатдики, материалнинг асосий сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шакли 1-боскичи (56,6%), токсико-аллергик шакли 2-боскичи (43,4%) бўлди. Сурункали тонзиллит шаклланишида беморларда аденоидли вегетациялар, бурун тўсиғининг қийшайганлиги, ҳамда оғиз, бурун, қўшимча бўшлиқларнинг сурункали яллиғланишлари кабилар сабабчи бўлган. Бодомча безининг морфологик текширув шуни курсатдики, 45% холларда без паренхимасида гиперплазия, 37% холда эса фоликулулар инволюцияси,% холда эса безнинг склерози аникланди.

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, бодомча безининг морфологик текшируви.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ ГИНГИВИТА

Камилов Х.П., Саидова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Бухарский государственный медицинский институт

Патология пародонта является одной из наиболее сложных и актуальных проблем стоматологии. Среди всех воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта первое место по частоте занимает гингивит. Для исследования патогенетических механизмов развития гингивита и, особенно, для изучения эффективности разрабатываемых новых средств с целью профилактики и лечения этого заболевания необходимо иметь адекватные экспериментальные модели гингивита. Ниже мы приведём несколько методов экспериментальных моделей гингивита. - Моделирование гингивита при помощи липополисахарида. Большинство реакций, возникающих в организме в ответ на инфекцию, инициирует кишечный эндотоксин липополисахарид (ЛПС), который образуется условно-патогенными грамотрицательными бактериями. Ведущими исследователями роли системной эндотоксинемии являются российские ученые М. Ю. Яковлев, А. В. Викторов, В. М. Бондаренко и другие, которые обосновали основные принципы формирования «эндотоксиновой агрессии» как универсального фактора патогенеза заболеваний человека. После высвобождения из мембран грамотрицательными бактериями ЛПС всасывается из кишечника, связывается с сывороточными белками и образует комплекс «ЛПС–протеин», коньюгирующий со всеми доступными клеточными рецепторами СД14, расположенными на мембранах макрофагов, полиморфноядерных лейкоцитов, эндотелиоцитов, активирует их, стимулируя выработку этими клетками цитокинов и других медиаторов воспалительной реакции (комплемента, вазоактивных медиаторов, метаболитов арахидоновой кислоты, адгезинов, кининов, факторов активации тромбоцитов, гистамина, активных кислородных радикалов и оксида азота). На основании изложенного предположили, что непосредственное нанесение ЛПС в составе геля на СОПР экспериментальных животных может запускать каскад воспалительных реакций и приводить к развитию стойкого воспаления. Для воспроизведения патологических процессов в десне используют препарат ЛПС из Salmonella typhi (препарат «Пирогенал» производства «Медгамал», Россия) в дозе 75 мкг/кг массы. Крысы наносят оральные аппликации геля с ЛПС на 2,5%-ном КМЦ в количестве 0,5 мл на крысу из расчёта 75 мг/кг массы. В течение 30 минут после аппликаций гелем с ЛПС крыс лишают корма и воды. Умерщвление животных осуществляли на 2-й день опыта под тиопенталовым наркозом (20 мг/кг) путём тотального кровопускания из сердца. В гомогенатах десны определяют вышеуказанные биохимические маркеры. - *Перекисная модель гингивита.* Перекисное окисление липидов (ПОЛ) является жизненно важным и физиологически необходимым процессом для синтеза таких внутриклеточных регуляторов, как простагландины, лейкотриены, а также фагоцитоза, пиноцитоза и других процессов. В физиологических условиях активация регулируемого эндогенного ПОЛ является необходимым механизмом обновления фосфолипидных мембранных структур. Однако, при экстремальных состояниях и патологических процессах резкое возрастание стационарного уровня эндогенных перекисей липидов выступает в качестве повреждающего фактора, нарушая структурную и функциональную ориентацию мембран. Образующиеся при этом продукты, например малоновый диальдегид (МДА), являются мутагенами и обладают выраженной цитотоксичностью. Перекисная модель патологических процессов в полости рта основана на использовании патогенных свойств перекисей липидов, способных при длительном поступлении в организм приводить к воспалительно-дистрофическим изменениям в тканях полости рта экспериментальных животных. Для воспроизведения гингивита крысам к

обычному рациону добавляют переокисленное соевое или подсолнечное масло с перекисным числом 35-45 в дозе 1 мл на животное (крысы линии Вистар) в течение не менее трех недель (10 мл/кг массы). Лечебное действие лекарственного средства испытывают с первого дня опыта (начало введения переокисленного масла) По истечении срока опыта (3, 4 или 5 недель) животных умерщвляют, выделяют мягкие ткани десны, в гомогенатах которой определяют уровень маркеров воспаления: концентрацию МДА, активность эластазы, активность кислой фосфатазы и уреазы.- Моделирование гингивита при помощи гепатотоксинов. В настоящее время имеется множество убедительных клинических и экспериментальных данных, свидетельствующих о связи стоматологической и гепато-билиарной патологии. Анализируя работы, посвященные роли печени в развитии стоматологической патологии, следует остановиться на наиболее вероятных механизмах влияния гепато-билиарной патологии на состояние тканей полости рта. Прежде всего, напрашивается предположение о цитотоксическом действии больной печени, которое может быть опосредовано влиянием на мягкие ткани полости рта главных продуктов, экскретируемых печенью с желчью - желчных кислот и билирубина. Во-вторых, при гепатобилиарной патологии снижается антитоксическая функция печени, особенно в отношении токсинов, образуемых в кишечнике под действием кишечной микрофлоры либо поступающих с пищей или в виде лекарств. И, в-третьих, очень важным аспектом участия печени в патогенезе стоматологических заболеваний может быть ее антимикробная функция. Печень является одним из важнейших барьеров на пути следования микробов и их токсинов из кишечника через лимфатическую и кровеносную системы. Нарушение барьерной функции печени приводит к прорыву условно-патогенных и патогенных бактерий в систему гемоциркуляции с последующим инфицированием различных органов, в том числе и тканей ротовой полости. На основании изложенного предлагается несколько моделей токсического поражения печени, ведущего к развитию воспаления в десне экспериментальных животных. При моделировании токсического гепатита у крыс путем внутрибрюшинного введения 50% масляного раствора четыреххлористого углерода (CCl_4) в дозе 3,5 мл/кг один раз уже в первые 3- 5 дней наблюдают истончение эпителиального слоя слизистой оболочки полости рта и уменьшение содержания РНК в эпителиоцитах. В гомогенатах десны при этом отмечают увеличение общей протеолитической активности, активности щелочной фосфатазы и рост концентрации маркера перекисного окисления липидов – малонового диальдегида. Моделирование у крыс гепатохолецистита путем введения per os в течение 2 недель комплекса туберкулостатиков (изониазид 50 мг/кг, рифампицин 500 мг/кг и пиразинамид 1500 мг/кг) вызывает увеличение уровня маркеров воспаления в десне (малоновый диальдегид, общая протеолитическая активность, кислая фосфатаза), существенно снижает уровень антиоксидантной защиты, о чем свидетельствует снижение активности каталазы. Токсический гепатит, вызванный у крыс с помощью однократного внутримышечного введения гидразина гидрохлорида 100 мг/кг, на 14- й день приводит к увеличению всех маркеров воспаления в десне крыс. При воспроизведении у экспериментальных животных обтурационного холестаза уже на 3-и сутки в тканях десны также отмечается увеличение активности всех маркеров воспаления. -Модель асептического воспаления. Модель воспаления получают путем нанесения на десну 5%-ного раствора едкого натрия в виде аппликации на 10 секунд. Через 1 час развивается воспалительный процесс, выражающийся в резком отеке слизистой оболочки языка. После этого можно применять испытуемое лечебное средство для полости рта по схеме и в дозировке, рекомендуемой к клиническому применению. По окончании эксперимента животных забивают методом тотального кровопускания, оценивают клиническое состояние исследуемого объекта и проводят биохимические исследования гомогената участка десны с воспалением.

Ключевые слова: пародонт, гингивит, лечение, едкий натрия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ГЕМАНГИОМ ОБЛАСТИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ

Каримкулов Н.А., Садыков Р.Р.

Ташкентская медицинская академия. Научный грант ЦНИЛ ТМА.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гемангиомы - это сосудистые новообразования, которые по строению, протекающим обменным процессам и гистохимическим свойствам являются доброкачественными, хотя в начале своего развития обладают быстрым ростом. В детском возрасте сосудистые новообразования относятся к наиболее часто встречающимся опухолевым процессам. Гемангиомы выявляются у 1,1-2,6% всех новорожденных детей. К одному году этот показатель увеличивается до 10,1%. Соотношение мальчиков и девочек, страдающих гемангиомами, составляет 1:3. Сосудистые опухоли встречаются в 45,7% среди всех опухолей кожи и мягких тканей у детей. Не имея капсулы, гемангиомы агрессивно прорастают в окружающие ткани, ведут к их разрушению, причиняя как функциональный, так и косметический дефект в критических зонах человеческого тела (ухо, угол глаза, губа, промежность и т.д.). Некоторые виды гемангиом подвергаются спонтанному обратному развитию после периода быстрого роста, но до сих пор невозможно предсказать с определенной уверенностью, какие это виды поражения. Гемангиомы челюстно-лицевой области (ЧЛО) являются распространенными доброкачественными новообразованиями, которые составляют 78,8% среди прочих опухолей мягких тканей. Распространенность их у детей колеблется от 27,6 до 85,6%. 87,3-92,7% гемангиом носят врожденный характер. Гемангиома представляет собой доброкачественную опухоль, возникающую в результате пролиферации клеток сосудистой стенки. Такое новообразование само по себе не опасно, не метастазирует, но может доставлять неудобства и кровотечения. Чаще всего она появляется у детей, исчезая с возрастом, но бывают и случаи, когда образование выявляют и у взрослых. Цель исследования. Изучение частоты распространенности, результаты обследования и лечения детей с гемангиомами ЧЛО по материалам детской стоматологии Г.Андижана. Материалы и методы исследования. За изученный период из 386 госпитализированных с опухолями ЧЛО гемангиомы имели место у 47%. У 87,3% пациентов гемангиомы были врожденныыми, лишь у 12,7% детей опухоль появилась через какое-то время после рождения. Дети первого года жизни составляли 27,3%, в возрасте от 1-го года до 3-х лет – 33,3%, от 3-7 лет – 268, 7-14 лет – 12,5%. Независимо от возраста опухоль почти в два раза чаще встречалась у девочек. Результаты исследования. Результаты наших исследований показали, что наиболее частой локализацией являются губы (24,6%), щеки (9,83%) и язык (10,4%) (рис. 1а, б). Как показывают наши исследования, за изученный период хирургическое лечение проведено у 40% больных, склерозирование выполнено у 30,1%, диатермокоагуляция – у 12,6%, криодеструкция – у 2,16%, комбинированное (сочетание склерозирования опухоли с хирургическим иссечением) – у 16,9%. Анализ полученных нами результатов показывает, что на сегодняшний день наиболее часто применяется иссечение опухоли, к которому

специалисты прибегли у 74 (40,4%) больных. При этом у 36 пациентов осуществлено частичное иссечение опухоли вследствие невозможности одномоментного закрытия послеоперационного дефекта местными тканями (обширные гемангиомы), либо чрезмерным нарушением формы органа или анатомического образования (языка, губы, носа, ушной раковины). У 40 больных иссечение проводилось в различные сроки после неоднократного склерозирования. Выбор метода лечения гемангиом зависел от формы, локализации, состояния организма больного, технической оснащенности отделения. У 55 (30,1%) больных проводилось склерозирование опухоли, причем у 38 (20,7%) – неоднократно. Показанием к склерозированию опухоли являлась большая ее площадь, невозможность одномоментного закрытия образующегося при иссечении опухоли дефекта, наличие выраженных сопутствующих соматических отклонений (анемия, гипотрофия, ОРВИ и др.). Склерозирование проводилось путем введения в опухоль с одной или нескольких точек (в зависимости от размера опухоли) 2% раствора салициловой кислоты в 70º спирте. Количество вводимого раствора зависело от объема опухоли из расчета 1 мл на 1 см3 площадь опухоли. У 31 (16,9%) больного осуществлен комбинированный метод лечения, который заключался в одномоментном иссечении и склерозировании опухоли. Такие манипуляции выполнялись при обширных формах опухоли с глубоким прорастанием в подлежащие ткани. Вывод. Использование метода одномоментной криосклеротерапии в лечении детей с обширными комбинированными гемангиомами и комбинированными гемангиомами сложной анатомической локализации привело к улучшению косметических и функциональных результатов, позволило значительно сократить длительность лечения. Предложенная схема обследования детей с обширной гемангиомой позволяет выявить сопутствующую соматическую патологию, исключить или подтвердить наличие другой идентичной опухоли. УЗИ опухоли позволяет определить глубину поражения окружающих тканей, связь гемангиомы с другими анатомическими структурами; по результатам данного исследования происходит выбор наиболее оптимального метода лечения для каждого больного ребенка индивидуально. Исследование гемостаза у детей с обширной гемангиомой позволяет выявить нарушения в системе гемостаза и начать превентивное лечение для предупреждения кровотечения.

Ключевые слова: дети, обширные комбинированные гемангиомы, анемия.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ОБЛАСТИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ

Каримкулов Н.А., Садыков Р.Р.

Ташкентская медицинская академия. Научный грант ЦНИЛ ТМА.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гемангиомы у детей - наиболее часто встречающиеся доброкачественные сосудистые опухоли, которые составляют более 50% всех опухолей детского возраста. Несмотря на свою доброкачественность, гемангиомы отличаются быстрым прогрессирующим ростом. Разрастаясь, они разрушают окружающие ткани и наносят ребенку значительный косметический ущерб. В первую очередь это относится к гемангиомам лица и головы. При локализации гемангиом на веках, ушной раковине, носу, а также на слизистой ротовой полости, помимо косметических проблем, могут возникать чисто физиологические в виде нарушений функций некоторых важных органов (зрение, слух, дыхание). Поэтому можно сказать, что гемангиомам присущи некоторые черты клинически злокачественного течения. Особенностью течения гемангиом является непредсказуемость их “поведения”; порой небольшая, точечная гемангиома щеки в течение 2-3 недель может превратиться в обширную и глубокую ангиому сложной анатомической локализации (например, гемангиома околоушной области, без тенденции к остановке роста). Расчет на спонтанную регрессию в этих случаях оказывается неоправданным, а потеря времени идет явно не на пользу больному. Цель исследования. Разработать дифференцированный алгоритм выбора лечеб-ной тактики классических гемангиом области лица у детей на фоне анемии для получения наилучшего функционального и косметического и результата. Материал и методы исследования. Оценена эффективность (2017 2019 гг.) пропранолол терапии (22,5 мг/кг массы тела/сутки внутрь) 11 сосудистых мальформаций у 11 детей и 164 гемангиом у 112 детей в разных возрастных группах в зависимости от фазы их трансформации, дополненной лазерным фототермо-лизом остаточных элементов в 61случае с использованием диодного лазера с сосудистой приставкой: диаметр пятна 0,5 мм, 1 мм, 1,5 мм; длина волны 940 нм; плотность энергии 300450 Дж/см²; продолжительность импульсов 30100 мс, интервал между ними до 500 мс; интервал между сеансами 56 недель. Распределение детей с гемангиомами, получавшими пропранолол терапию, на группы в зависимости от возраста и фазы развития гемангиомы на начало лечения: 0-6 мес(фаза пролиферации, n=85); 7-11 мес. (фаза стабилизации, n=17); 12-36 мес. (фаза инволюции, n=4); 3-6 лет (фаза завершившейся инволюции, или резидуальных проявлений, n=6). Результаты исследования. При проведении пропранолол-терапии детям младшеговозраста (0-36 мес.) в целом отмечалась мгновенная остановка роста всех гемангиом с лавинообразным началом регрессии во всех трех подгруппах. Закономерности инволюции для группы общие: быстрая регрессия в первые 2 месяца с последующим замедлением ее темпа, что совпадает с данными литературы. В конце 2-й недели лечения объем гемангиом уменьшился вдвое (48% ±1%, $p < 0,05$), через 1 месяц составил 34% ± 2%, $p < 0,05$, через 3 мес. - 14%± 1%, $p < 0,05$, через 6 месяцев - 6± 1%, $p < 0,05$, через 12 месяцев - 3%± 0,5%, $p < 0,05$ от исходного. Вместе с тем, зафиксировано достоверное различие остаточных объемов

гемангиом в подгруппах ($p < 0,05$) через 7, 14 дней, 1 месяц и 9-14 месяцев терапии (наиболее выраженная инволюция имела место в группе 0-6 мес., наименее выраженная - в группе 12-36 мес.). У детей старшего (3-16 лет) возраста размеры гемангиом изменились незначительно (до 3%). В группе сосудистых мальформаций отмечено полное отсутствие эффекта. По окончании пропранолол - терапии около 85% гемангиом, полностью утративших объем, сохраняли заметную окраску кожи в месте первичной локализации за счет телеангиэктазий, которые во многих случаях продолжали инволютировать, а у 61 ребенка были обработаны лазером, в результате чего получена кожа, практически не отличающаяся от окружающей. В группе динамического наблюдения трансформацию претерпели все гемангиомы. Выраженный инволютивный процесс, как правило, имел место после 1-1,5 лет. У всех детей в 2-2,5года объемный компонент отсутствовал, остаточные телеангиэктазии в коже не влияли на качество жизни ребенка, продолжали регрессировать. Вывод. Решение о динамическом наблюдении или лечении гемангиомы области лица у детей принимает детский стоматолог, поэтому во всех случаях необходимым является обращение за квалифицированной помощью. Ввиду того, что часто гемангиомы у детей склонны к бурному росту и различным осложнениям, в большинстве случаев избирается активная тактика. Возможности современной детской медицины позволяют выбрать оптимальный метод лечения гемангиомы у детей с тем, чтобы добиться оптимального функционального и эстетического результата. Таким образом, современное лечение гемангиом области лица у детей и использование всего арсенала средств, имеющегося на вооружении в детской хирургии, позволяет добиться полного излечения опухоли с хорошим косметическим результатом.

Ключевые слова: дети, обширные комбинированные гемангиомы, анемия, алгоритм, косметический и результат.

ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ УСТЬЕВ СЛУХОВЫХ ТРУБ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НОСОГЛОТКИ

Кобилова Ш.Ш., Лутфуллаев Г.У., Мусурмонов Ф.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Вопросы своевременной и точной диагностики дисфункции слуховой трубы является одним из наиболее трудных в оториноларингологии. Причиной дисфункции может быть рубцовая деформация слуховых труб после хирургического удаления новообразований носоглотки. Цель исследования: разработать методы профилактики рубцовых сужений слуховой трубы после хирургического удаления новообразований носоглотки. Материал и методы исследования. Клиническое исследование проведено 33 больным с доброкачественными опухолями носоглотки. Возраст больных колебался от 14 до 28 лет. Заболевание чаще встречается у лиц мужского пола 30 (91%). По гистологическому строению в большинстве случаев выявлена ангиофиброма (28 - 85%). Из других опухолей выявлен хоанальный полип 5 (15%) случаях. Всем больным проведено хирургическое удаление опухоли носоглотки. После хирургического лечения пациенты были разделены на 2 группы: контрольную (пациенты не получавшие иммуномодулятор «Гепон») 15 (45%) и основную 18 (55%) (пациенты, пролеченные с использованием иммуномодулятора «Гепон»). Пациентам 1 группы после хирургического лечения на 2-6 день назначали традиционное лечение: сосудосуживающие капли в нос, орошения слизистой носоглотки раствором фурациллина. Пациентам 2 группы вместе с традиционным лечением производили орошение слизистой оболочки 4,0 мл 0,04% раствором иммуномодулятора «Гепон». Результаты и их обсуждение. В ходе проведения диагностической эндоскопии носоглотки и глоточных устьев слуховых труб на 21 день после хирургического лечения у пациентов основной группы рубцовых сужений и изменений не выявлено, тогда как у 3 (9%) пациентов контрольной группы наблюдались рубцовые сужения глоточных устьев слуховых труб. Динамика показателей тимпанометрии: к моменту повторного обследования нормализация давления в полости среднего уха и подвижности барабанной перепонки тимпанограмма типа «А» регистрировалась у 16 (89%) пациентов основной и 10 (67%) пациентов контрольной группы. Тип «В» наблюдался у 1 (5,5%) пациентов основной и 3 (20%) контрольной группы. Тимпанограмму типа «С» регистрировали у 1 (5,5%) пациента основной и 2 (13%) пациентов контрольной группы. Заключение. Полученные результаты указывают на целесообразность применения препарата «Гепон» в послеоперационном периоде после удаления опухоли носоглотки для профилактики рубцовых изменений в области глоточных устье слуховых труб.

Ключевые слова: носоглотка, слуховые трубы, рубцовые сужение, хирургическое удаление новообразований.

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСОГЛОТКИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кобилова Ш.Ш., Лутфуллаев Г.У., Давронов А.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Эффективность лечения больных с доброкачественными опухолями глотки во многом зависит от выявления их на ранних этапах развития, своевременности обращения больного к врачу и сроков, прошедших с момента установления диагноза до направления больного в стационар. Цель работы: Определить ранние симптомы доброкачественных опухолей носоглотки для диагностики их в условиях первичного звена здравоохранения. Материал и методы исследования: Всего было обследовано 142 больных доброкачественными опухолями носоглотки (ДОНС). Возраст больных ДОНГ колебался от 14 до 32 лет, средний возраст составил 17,6 ± 4,6 года. Результаты: Учитывая, что головная боль была одной из часто встречаемых и ранних симптомов ДОНГ, больные первоначально по поводу этого часто обращались к врачам невропатологам (42-31,8%) и врачам общей практики (38-26,7%). Первичной причиной обращения к оториноларингологам были жалобы на затруднение носового дыхания (90-68,2%). Кроме того, причиной обращения в 22 (15,5%) случаях были ушные проявления ДОНГ. У 12% больных при первичном обращении к врачу был установлен правильный диагноз; в остальных случаях выставлялся диагноз синусит, евстахеит, хронического гнойного среднего отита и проводилось соответствующее данному «диагнозу» лечение. Средние сроки от момента появления первых симптомов, беспокоивших больных, до обращения за врачебной помощью составили 5,5+1.8 мес., а до госпитализации в ЛОР-стационар - 7,4±2,4 мес. Изучение анамнеза больных показало, что врачебные ошибки обусловлены не только отсутствием настороженности (повторные курсы нерациональной противовоспалительной, антибактериальной терапии, продувания евстахиевых труб, промывания ушей, попытки рефлексотерапии головных болей и т.д.), но и трудностями интерпретации имеющихся симптомов. Клиническую симптоматику новообразований носоглотки можно условно подразделить на 2 группы: I группа - Симптоматика, аналогичная патологическим процессам полости носа и придаточных пазух, II группа - Симптоматика, характерная для патологии смежных органов. Анализируя клиническую симптоматику, следует отметить, что, вероятнее всего, наиболее ранним проявлением заболевания было чувство инородного тела. Этот симптом отмечали в течении определенного времени до обращения к врачу 95,92±2,0% больных. Второе место по частоте занимают нарушение носового дыхания (79,59±4,1%). Выделения из носа встречались в 80,61 ±4,0%. Вторая группа симптомов - ушные (35,9±5,0%) зачастую проявляются при росте опухоли вблизи тубарного валика и начинаются с шума в ухе (26,0±4,9%) и заложенности уха (11,9±3,8%); затем по мере нарушения аэрации среднего уха появляются гнойные, а затем сукровичные выделения. Причем симптоматика носит большей частью односторонний характер - (26,7±3,6%), а затем становится двусторонней - (9,1±6,1%). В 11,9% случаев имела место закрытая гнусавость, когда опухолью была прикрыта большая часть или весь объем просвета носоглотки. Выводы: К разряду ранних симптомов ДОНС можно отнести чувство инородного тела в носоглотке, затруднение носового дыхания; из ушных симптомов - шум в одном ухе, заложенность и снижение слуха.

Ключевые слова: носоглотка, слуховые трубы, рубцовые сужение, новообразование.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ С УЧЕТОМ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Кубаев А.С., Олимжонов К.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.
Ташкентский государственный стоматологический институт. Ташкент.

Актуальность. Проведен опыт хирургического лечения, больных с деформациями челюстей, профилактика воспалительных осложнений носа и околоносовых пазух после операции на верхней челюсти, предоперационные схемы подготовки с междисциплинарным участием и методов прогнозирования эстетических и функциональных результатов, которые могут привести к возникновению различных осложнений в последующих этапах лечения больных с верхней микрогнатией. Подчеркнута необходимость мультидисциплинарного подхода при хирургическом лечении пациентов с верхней ретро-микрогнатей. Цель исследования: профилактика воспалительных осложнений носа и околоносовых пазух после остеотомии верхней челюсти. Верхняя ретро-микрогнатией взрослых относится к скелетным формам деформаций средней зоны лица и составляет более чем 42% всех дисгармоний развития челюстно-лицевой области. В настоящее время для хирургической коррекции верхней микрогнатии с нарушением носового дыхания используются различные модифицированные варианты остеотомий верхней челюсти по В.М. Безрукову.Данные клинического опыта и доступной научной литературы показали, что после проведения этих операций у 12% больных нарушение носового дыхания остается не ликвидированными 17% с нормальным носовым дыханием наблюдается его ухудшение. По данным Максудова С.Н. (2005), А.А. Абдукадырова (2007) от 62,1 до 70% подростков и взрослых больных с различными вариантами деформаций средней зоны лица отмечается затруднение носового дыхания, такое состояние обусловлено скелетным сужением костной структуры полости носа. Материалы и методы: Обследованию подвергались 95 (100%) больных в возрасте от 18 до 21 лет с верхнейретро-микрогнатиейи в сочетании с нижней макрогнатией. Методика исследования включала комплексное обследование больных по схеме, подробное изучение жалоб и анамнеза больных, МСКТ, телерентгенография с цефалометрией,риноспирография, объективное ЛОР – исследование и общеклинические методы. Результаты. На основании проведенного исследования 95 (100%) больных с верхней микрогнатией и в сочетании с нижней макрогнатиейу 70 (73,3%) выявлено затруднение носового дыхания обусловленная сужением грушевидного отверстия и хронические паталогическими изменениями полости сопровождающиеся воспалительными процессами носа и ротоглотки. После хирургической коррекции деформаций по В.М. Безрукову. У 32 (33,3%) от общего числа больных, без учета функционального состояния полости носа отмечалось стойкое нарушение носового дыхания и различные воспалительные процессы в околоносовых пазухах. У 63 (66,7%) от общего числа больных, с учетом функционального состояния полости носа и околоносовых пазух носовое дыхание восстановилось полностью. Заключение. Таким образом, в результате изучения морфо-функционального состояния полости носа выявлено что в 33,3% отмечалось стойкое нарушение носового дыхания, что указывает на необходимость комплексного лечения таких больных. Использование нами предложенного комплекса подготовительных мероприятий и модифицированный варианта остетомий верхней челюсти приводит к правильной фиксации перегородки по средней линии и раннему адекватному восстановлению носового дыхания и, оттоку экссудата из гайморовых пазух, что приводит к уменьшению количества послеоперационных воспалительных осложнений придаточных пазух у взрослых больных с верхней ретро-микрогнатией.

Ключевые слова: верхняя ретро-микрогнатия, хирургическое лечение, ошибки диагностики и лечения.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РАННИХ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Курбаниязов З.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.

Актуальность. Желчеистечение - одно из наиболее серьезных осложнений, возникающих после удаления желчного пузыря. Это осложнение следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно может быть следствием ятрогенного повреждения магистральных желчных протоков и быть опасным для жизни. Цель исследования. Разработать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения больных с желчеистечением в ближайшем послеоперационном периоде после холецистэктомии. Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 2247 больных, перенесших холецистэктомию в клинике СамМИ в период 2010 - 2019 гг. В зависимости от способа оперативного вмешательства пациентов разделили на 3 группы. В 1 группу включили 1047 больных, перенесших ЛХЭ; мужчин было 210 (20,05%), женщин 837 (79,94%). Во 2-ю группу вошло 896 пациентов, перенесших МХЭ; мужчин было 135 (15,07%), женщин 761 (84,93%). В 3-ю группу были включены 304 больных, перенесших ТХЭ; мужчин было 35 (11,51%), женщин 269 (88,48%). Средний возраст пациентов в группах составил 55,8± 9,7 года, соотношение мужчин и женщин – 1:7. Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде отмечались у 52 (2,31%) больных. Результаты и их обсуждение. В исследуемых группах были изучены частота и источники послеоперационного желчеистечения, а также характер и локализация повреждений МЖП. Для оценки послеоперационного желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006), для определения повреждений МЖП пользовались классификацией Э.И. Гальперина (2002). Учитывали не только суточный дебит желчи по дренажу брюшной полости, но и объем скопления жидкости в проекции ложа желчного пузыря, а также наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ. В 1 группе желчеистечение диагностировано у 22 (2,1%) больных, во второй группе у 18 (2,0%), в 3-й – у 12 (3,9%) пациентов. У 34 (65%) пациентов желчеистечение отмечалось после экстренных операций, у 18 (35%) – после плановых операций. Желчеистечение 1 степени (до 100мл/сут по дренажу брюшной полости или отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря в периметре до 5 см при УЗИ) выявлено у 21 (33,68%) больных, 2 степени (100-500 мл/сут по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ) – у 19 (50,52%) пациентов, 3 степени (более 500 мл/сут по дренажу и свободная жидкость в 3 и более областях брюшной полости) – у 12 (15,78%) больных. Желчеистечение 1 степени в 5 (23,8%) случаях было обусловлено добавочным протоком ложа желчного пузыря, в 2 наблюдениях (9,52%) несостоятельностью культи пузырного протока, в 14 (66,6%) - источник желчеистечения не установлен. Источниками желчеистечения 2 степени в 10 (52,6%) случаях были дополнительные протоки ложа желчного пузыря, в 2 (10,5%) - ятрогенное повреждение МЖП (пристеночное краевое ранение), в 3 (14,3%) - несостоятельность культи пузырного протока, в 2-х случаях выпал дренаж из культи пузырного протока. В 12 случаях желчеистечения 3

степени было обусловлено повреждением магистральных желчных протоков. При *истечении желчи 1 степени* по дренажу или отграниченных скоплениях жидкости в проекции ложа желчного пузыря не более 5 см по данным УЗИ, а также при удовлетворительном состоянии больного, отсутствии симптомов раздражения брюшины и изменений в анализе крови у 16 больных придерживались тактики активного динамического наблюдения с обязательным ультразвуковым контролем. При истечении желчи по дренажу 2 степени, появление боли в животе, симптомов интоксикации и раздражения брюшины выполняли лапароскопию, при которой у 10 пациентов источником желчеистечения были дополнительные протоки ложа желчного пузыря. Во всех наблюдениях клипировали добавочные протоки 1-2 клипсами, санировали брюшную полость, к ложу пузыря устанавливали дренаж. Заключение. Частота желчеистечения после холецистэктомий составляет 0,74% (после ТХЭ – 2,44%, после ЛХЭ – 1,08%, после МХЭ – 2,47%). Источниками послеоперационного желчеистечения в 54,72% наблюдений были «малые» повреждения желчных протоков и 25,26% случаях – повреждение магистральных желчных протоков. В 20,02% случаях источник не установлен. УЗИ является начальным методом диагностики послеоперационного желчеистечения. При желчеистечении 1 степени, отсутствии признаков раздражения брюшины и симптомов интоксикации необходимо придерживаться тактики активного динамического наблюдения. При желчеистечении 2-3 степени показано повторное вмешательство – лапароскопия, лапаротомия.

Ключевые слова: холецистэктомия, осложнение, повреждение, желчеистечение, лечение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА

Курбанов Э.Х., Шаматов И.Я., Хушвактова З.И., Хушвахтов О.Э.
ООО "BIONUR MED SERVICE"
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В работе представлен результаты лечения больных аллергическим ринитом в сочетании с патологией полости носа. С целью предотвращения рецидива заболевания пациенты с АР и полипозным риносинуитом послеоперационном периоде подлежат профилактическому методу лечения и диспансерному наблюдению. Аллергический ринит достаточно распространенная патология и составляет 19% от всех заболеваний ЛОР органов и является фактором риска развития полипоза носа и бронхиальной астмы. АР в нашей стране страдает до 25% населения, при этом уровень заболеваемости неуклонно растет. В последнее время часто встречается АР, которые связаны грибковыми поражениями придаточных пазух носа трудно поддающимся к лечению. Цель исследования. Дать клиническую и аллергологическую характеристику эффективности лечения АР при полипозе носа и искривление носовой перегородки,определить роль и место эндоскопической полипоэтмоидотомии с септопластикой в комплексном лечении данной патологии. Определить противирецидивную эффективность противигрибкового препарата Дифлюкан и фитопрепарат АНИС. Научно обоснованы необходимость восстановлении носового дыхания при соответствующих патологиях и ее роль в уменьшении тяжести течения АР. Материал и методы. Под наблюдением находилось 27 больных в клинике "BIONUR MED SERVICE в возрасте от 19 до 55 лет больные с АР сочетанное патологией полости носа и придаточных пазух. Для тактики выбора лечения больных с АР с сочетанной патологией полости носа и придаточных пазух пациенты были распределены на 2 группы В 1-й группе 10 больным с АР в сочетании с полипозным риносинуитом и искривлением носовой перегородки произведена подслизистая резекция перегородки носа. Через месяц произведен полипотомия носа традиционным методом. Во 2-й группе у 17 больных с АР сочетанной патологией полости носа одномоментно с септопластикой эндоскопически удален полипы из полости носа и придаточных пазух. Среди обследованных больных АР с искривлением перегородки носа преобладали мужчины (79,6%), женщины составляли 20,4%. Аллергологический анамнез был отягощен у 5 больных в 1 группе, у 7 больных во второй группе лекарственная аллергия был у 4 больных в 1 группе 3 больных во 2 группе, пищевая аллергия в 1 группе больных не отмечалось - у 2 больных во 2 группе пищевая аллергия на цитрусовые. В 1-й группе среднетяжелые и тяжелые формы АР до проведения оперативного лечения составляли 81,5%, после операции - 74%, а во 2-й группе - 84,6% и 56,9% соответственно. Результаты. Следует отметить, что во второй группе после проведения одномоментно эндоскопической синусотомии с септопластикой отмечалось увеличение процента легких форм и достоверное ($p < 0,001$) снижение тяжелых форм АР. Учитывая побочные эффекты медикаментозной терапии и его побочных действий на организм больного, представляет интерес применение немедикаментозных методов лечения, в том числе, фитотерапии для предотвращения рецидива заболеваний. Использование и употребление фитопрепарата в виде ультразвуковой ингаляциия способствует уменьшению воспалительного процесса в полости носа с последующим открытием естественных соустий. После эндоназальной аллергической пробы

было рекомендован эфирное масло Аниса обыкновенного, выделенного из надземной части и семена методом гидродистиляции. Ароматерапии проводили с использованием ультразвукового ингалятора “Ultrasonic Nebulizer LD-250U” с продолжительностью 2-3 минута 1 раз в день в течение 8-10 дней. Противогрибковый препарат Дифлюкан 150 назначили по 1т 1р в течение 5 дней. Курс лечения повторяли каждый 3 месяца. Критериями эффективности лечения были: данные функционального состояния полости носа (дыхательная обонятельная функция полости носа динамика данных компьютерной томографии околоносовых пазух, диагностической эндоскопии полости носа, а также анализ обращаемости больных. Результат лечения оценивался по следующей схеме: Хороший результат: отсутствие жалоб у больного(прекращались выделения из носа и приступы чихания, отсутствие обострений аллергического процесса, восстановилось носовой дыхание и обоняние, полипы не определяются при передней риноскопии (но могут выявляться участки полипоза при эндоскопии околоносовых пазух), рекомендуется профилактическое лечение аллергии и полипозного риносинуита. Удовлетворительный результат: жалобы больных незначительное нарушение носового дыхания, отсутствие обострения аллергического процесса в оперированных пазухах, мелкие полипы в полости носа, определяемые при передней риноскопии, незначительное нарушение носового дыхания, периодически требуется консервативное лечение аллергии и полипозного риносинуита по стандарту; -Без улучшения: жалобы больных на частые приступы чихания отсутствие носового дыхания и обоняния, головные боли, кашель частые обострения аллергического процесса рецидив полипоза или обострение воспалительного процесса в пазухах, требующие реоперации. После проведенной тактике лечения в 1 и 2 группе больных наблюдалось рецидив заболевания, поэтому для предотвращения рецидива нами рекомендован в комплексе лечения противогрибковый препарат Дифлюкан и фитопрепарат АНИС. Мы считаем целесообразно применение этих препаратов в после операционном периоде поскольку все операции выполнялись в соответствии с правилами функциональной хирургии, и из пораженных пазух удалялись только крупные полипы, а остальная слизистая оболочка сохранялась даже в тех случаях, когда была утолщенной или отечной. В ряде случаев, несмотря на проводимое лечение, слизистая оболочка пораженных околоносовых пазух оставалась резко утолщенной, хотя эти изменения никак не проявлялись клинически. Выводы. 1. Своевременное проведение эндоскопической синусотомии одномоентно с септопластикой способствовало переходу тяжелых форм аллергического ринита в среднюю степень тяжести, а среднетяжелых - в легкую степень. 2. В целом данное исследование подтвердило, что противигрибковая и фитотерапия, назначенная в послеоперационном периоде после эндоназальной полисинусотомии, может в большинстве случаев купировать послеоперационный реактивный отек слизистой оболочки и предотвратить ранний рецидив полипоза.

Ключевые слова: аллергический ринит, полипоз носа, противорецидивное лечение.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕКРЕТОЛИТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Неъматов У.С.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы наблюдается неуклонный рост числа больных, страдающих экссудативным средним отитом (ЭСО). Пусковым механизмом в развитии ЭСО является дисфункция слуховой трубы, развивающаяся в результате ОРВИ, острой или хронической патологии носоглотки, носа и околоносовых пазух. При ЭСО во всех элементах среднего уха развивается отёк слизистой оболочки, в ней увеличивается количество бокаловидных клеток и слизистых желёз, в полостях среднего уха появляется транссудат и вязкая слизь, резко нарушается функция мерцательного эпителия. Диагностика ЭСО часто затруднена из-за неярко выраженной отоскопической картины, отсутствия болей в ухе, а на начальных этапах - только периодической заложенностью уха. При отсутствии адекватного лечения или при позднем обращении больного ЭСО может пройти следующие стадии: катаральную, секреторную, мукозную, фиброзную, а патологические изменения в слизистой оболочке среднего уха протекают месяцами. Материал и методы обследования: в течении 2014-2019 г. в ЛОР отделении 1-клиники СамМИ было обследовано 54 больных с ЭСО. Возраст больных с 6 до 48 лет, лиц мужского пола – 32 (59,3%), женского-22 (40,7%). Всем больным проводилось комплексное обследование: аудиометрия, импедансометрия с определением акустических рефлексов. Односторонний процесс наблюдался у 38 (70,4%), двусторонний у 16 (29,6%). При тональной аудиометрии костно-воздушный разрыв на речевые частоты был от 20 до 50 дБ, при импедансометрии акустический рефлекс отсутствовал у всех больных, тимпанограмма типа С выявили у 12 (22,2%), тип В у 42 (77,8%). Результаты. 1 группу (основную) составили 30 (55,6%) больных, во 2 группу (контрольную) вошли 24 (44,4%) больных. Больным 1 и 2 групп проводилась традиционная терапия (сосудосуживающие препарат, продувание и катетеризация слуховой трубы с введением стероидных гормонов и ферментов). Все пациенты 1 группы дополнительно получали препарат «Синупрет», соответственно возрастной дозировке. Выздоровлением считалось отсутствие субъективных ощущений у больных, нормализация отоскопической картины, отсутствие костно-воздушного разрыва при тональной аудиометрии и появление при тимпанометрии типа А. Больные 1 группы уже к 7-8 дню отмечали субъективное улучшение слуха, уменьшение заложенности, снижение шума. К 10 дню по данным тимпанометрии у 24 (80%) больных наблюдалась тимпанограмма типа А, у 5 (16,7%) больных тимпанограмма типа С и у 1 (3,3%) – тимпанограмма тип В. По данным тональной пороговой аудиометрии в 1 группе у 28 (93,3%) больных отмечалось нормализация слуховых порогов, у 2 (6,7%) сохранялся костно-воздушный интервал (15дБ). Во 2 группе больных субъективное улучшение наблюдалось к 10-12 дню. К 10-12 дню у 12 (50%) человек регистрировалась тимпанограмма типа А, у 8 (33,3%) больных тимпанограмма типа С и у 4 (16,7%) пациентов сохранялся экссудат (тип В). По данным тональной пороговой аудиометрии у 18 (75%) пациентов произошла нормализация слуховых порогов. Костно-воздушный интервал в 15-20 дБ сохранялся у 5 (21%) человек, а у 1 (4%) имела место кондуктивная тугоухость I степени. Выводы: Полученные результаты показали, что дополнение традиционного лечебного комплекса ЭСО препаратом «Синупрет» ускоряет процесс восстановления функции структур среднего уха и способствует раннему улучшению слуха у больных.

Ключевые слова: средний отит, тимпанограмма, «Синупрет».

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР ОРГАНОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Неъматов У.С., Гаффоров Э.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Инородные тела ЛОР-органов нередко наблюдаются в амбулаторной практике врачей общей практики и занимают одно из важных мест по числу обращаемости за неотложной помощью. Цель исследования: провести анализ обращаемости больных с инородными телами ЛОР органов. Материал и методы исследования: в поликлинику при 1-клиники СамМИ обратились 92 пациента с подозрением на инородные тела ЛОР органов в период 2014-2019 гг. наиболее количество пациентов наблюдалась в возрастной группе 2-12 лет 68 (73,9%), взрослый контингент от 12 и выше составил 24 пациентов (26,1%). В ЛОР отделение с осложнениями были госпитализированы 9 пациентов (9,7%) для хирургического удаления инородного тела. Результаты: по данным исследования инородные тела обнаружены в полости носа 38 (41,3%), второй группой по встречаемости инородные тела уха 32 (34,8%), редкие случаи в глотке 16 (17,4%) и гортани 6 (6,5%). Соответственно жалобы, преъявляемые больными были на ощущение инородного тела у 74 (80,4%), понижение слуха и заложенность уха предъявили 28 (30,4%) пациентов, боль и зуд в ухе 26 (28,2%), выделения из уха 4 (4,3%), заложенность носа 30 (32,6%), выделения из носа 24 (26,1%), неприятный запах из носа 6 (6,5%), понижение обоняния 4 (4,3%), ощущение передвижения инородного тела 6 (6,5%), щекотание наблюдали у 5 (5,4%) пациентов с живыми инородными телами, боль при глотании фиксировали у 15 (16,3%) пациентов. По данным анамнеза причиной инородных тел были сами пациенты, дети вводили инородные тела сами, играющими сверстниками, взрослые при чистке уха, использовании средств при зуде уха, у 5 пациентов турунда была введена медперсоналам, после промывания слухового прохода и не убрана пациентом, инородные тела у 5 пациентов попали случайным образом: живые инородные тела (таракан, пчела и т.д.). При анализе извлеченных инородных тел, отмечено, что основную группу составили детали игрушек 24 бусинки 10, пуговицы 9, живые инородные тела 7, батарейка 7, бобы 6, турунда 5, вата 4, щепка 1, спички 4, ватной палочки 4, металлические тела 3, бумага 3, элементы растений 5. Длительное нахождение инородного тела в ухе у 2 больных (2,2%) явилось причиной острого среднего отита, инородное тело у 2 (2,2%) больных было причиной развития воспаления носа и околоносовых пазух. Длительное пребывание (6 дней и более) инородного тела в ЛОР органах приводит к гиперемии кожи и слизистых оболочек, отеку, образованию гематом, все это затрудняет их обнаружение. У 4 (4,3%) пациентов с батарейкой в наружном слуховом проходе и 1 (1,1%) пациента с батарейкой в носовой полости мы наблюдали осложнения в виде некроза кожи слухового прохода и изъязвления перегородки носа. Выводы: Больные с инородными телами ЛОР органов нуждаются в своевременной диагностике и своевременном удалении инородных тел в кратчайшие сроки, данная процедура не представляет сложностей для врачей первичного звена при наличии определенных навыков и опыта.

Ключевые слова: ЛОР органы. больные, инородные тела, врачи первичного звена.

КОНСЕРВАТИВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПАТАЛОГИЕЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ ПРЕПАРАТОМ СИНУПРЕТ ЭКСТРАКТ

Лутфуллаев У.Л., Валиева Н.К., Асроров Д.О.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В клиническом открытом, проспективном, контролируемом исследовании участвовали 62 ребенка (32 – основной и 30 – контрольной групп) в возрасте от 3 до 12 лет, поступивших на лечение в ЛОР отделение и детское отделение 1-ой клиники СамМИ. Цель исследования. Оценить эффективность применения растительного препарата Синупрет Экстракт в комплексном лечении детей с хроническим аденоидитом. Материал и методы исследования. Критерии включения – верифицированный диагноз хронического аденоидита. Критерии исключения: наличие воспалительных процессов в других ЛОР органах, возраст младше 3 и старше 12 лет. Пациенты основной группы получали дополнительно к стандартному комплексу лечения препарат Синупрет Экстракт: дети с 3 до 6-ти лет по 1 таблетке 2 раза /сут., с 6 лет по 1 таблетке 3 раза/сут. в течение 14 дней. Оценка клинических проявлений проводилась на 3, 5, 7 и 9-е сутки лечения по балльной системе от 1 до 5 баллов по следующим симптомам. Результаты исследования. Оценка степени затруднения носового дыхания днем позволила установить, что при исходно одинаковом уровне заложенности улучшение носового дыхания в основной группе детей на 5-е сутки лечения было на 15% лучше, чем в контрольной группе, на 7-е сутки – на 30%, а на 9-е сутки – на 73% лучше. Характер и интенсивность ринореи также имели свои особенности динамики. На третьи сутки лечения выделения уменьшились у детей обеих групп при отсутствии достоверности различий. Однако на 5-е сутки лечения выделения отсутствовали у 43,75% детей основной группы и у 36,67% контрольной. На 7-е сутки процент увеличился до 62,5% в основной и до 53,33% в контрольной группах. На 9-е сутки уже 90,63% детей, получавших растительный препарат, не имели выделений, в то время как среди детей на стандартной терапии этот показатель составил лишь 76,67%. Обильные гнойные и гнойно-слизистые выделения прекратились в обеих группах на 5-е сутки лечения. В то же время на 5-е сутки умеренные слизистые выделения диагностированы у 15,63% детей основной группы и 23,33% контрольной, а на 7-е сутки эти группы составили 12,5 и 16,67% детей соответственно. Даже на 9-е сутки лечения у 10% детей контрольной группы сохранялись умеренные слизистые выделения. Улучшение носового дыхания ночью началось уже на 5-е сутки лечения. Однако статистическая достоверность этих различий появилась только на 7-е сутки, когда оценка ночного дыхания в основной группе составила 2,12 балла, а в контрольной группе – 2,80 балла. На 9-е сутки лечения дыхание ночью у детей основной группы в 1,4 раза лучше, чем у детей контрольной группы. Выводы: Таким образом, исследование позволило установить, что включение препарата Синупрет Экстракт в схему лечения хронического аденоидита повышает эффективность терапии и ускоряет процесс выздоровления.

Ключевые слова: Синупрет Экстракт, ринореи.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Лутфуллаев У.Л., Сафарова Н.И., Рахмонов А.А.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема этиологии и лечения полипозного риносинусита (ПРС) остается нерешенной. Несмотря на совершенствование хирургической техники и широкий арсенал применяемых лекарственных средств, частота рецидивирования полипов составляет от 5 до 60%. В связи с этим возникает необходимость разработки новых методов послеоперативного лечения, ускоряющих реабилитацию больных с ПРС. Целью данного исследования явилось применение топического кортикостероида Назонекс в послеоперационном лечении больных с ПРС. Материал и методы. В исследовании приняли участие 35 больных с ПРС в возрасте от 14 до 65 лет с длительным (более 2 лет) течением заболевания. После оперативного вмешательства, на 2-сутки, удаляли тампоны и использовали Назонекс по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 1 раз в сутки (общая суточная доза - 200 мкг) в течении 4 недель. Результаты исследования. Эндоназальное применение Назонекса в послеоперационном периоде выразилось в противовоспалительном и противорецидивном эффектах, была достигнута стойкая ремиссия. Наблюдение больных в течение 2 лет выявило лишь 2 случая (5,7%) рецидивов полипов у пациентов с поливалентной аллергией. Выводы. Таким образом, констатируя вышеизложенное, следует отметить о целесообразности и эффективности разработанной нами тактики использования топического кортикостероида Назонекс в послеоперационном лечение больных с ПРС, обладающим противовоспалительным и противоаллергическим действием, выраженном в сокращении количества рецидивов и нормализации клинических показателей.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, противовоспалительнпе и противорецидивное эффекты, рецидив.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕПСИСОМ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Маматов Б.Ю., Абдукодиров С.А., Кодиров Х.Н., Сайфуддинов С.З., Орипова Ш.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В клинической практике при ведении больных с тяжелой пневмонией врачу при определении тактики лечения приходится решать трудные вопросы, связанные с первичным или вторичным (септическим) характером пневмонии. В связи с этим наличие четких диагностических критериев сепсиса, пневмонического сепсиса, септического шока у больных с тяжелой пневмонией приобретает важное значение, так как во многом определяет тактику ведения больного. Исходя из современных российских и зарубежных рекомендаций, собственного клинического опыта, попробуем разобраться в особенностях диагностики и тактики ведения данной категории больных. Цель исследования. Разработка оптимальных подходов к интенсивной терапии и улучшение результатов с помощью антибактериальным препаратом (АБТ) больным с внебольничной пневмонией, осложнённой сепсисом и септическим шоком. Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 50 больных с осложненной формой пневмонии в возрасте от 18 месяца до 60 лет, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии клинике АГМИ. Результаты исследования. В отделениях реанимации отсутствуют единые согласованные критерии для госпитализации больных с внебольничной пневмонией. Главным недостатком оказания помощи в РАО является ранний перевод больных в профильные отделения и более высокая частота повторных госпитализаций, однако, результаты интенсивной терапии септического шока здесь существенно лучше, чем в ОИТ. На основании проведенного ROC-анализа выявлена сравнимая информационная значимость специализированных шкал оценки тяжести внебольничной пневмонии, осложнённой сепсисом в определении популяционного прогноза. Предпочтение должно быть отдано шкалам CURB-65/CRB-65, имеющим наименьшее число параметров и более доступных для клинической практики. Использование базовых составляющих Протокола SSC/РАСХИ для ведения больных с пневмониогенным сепсисом позволяет добиться снижения абсолютного риска смерти на 38,1%. Среди компонентов интенсивной терапии наряду со своевременной респираторной поддержкой наиболее значимым является адекватный выбор схемы АБТ - ОР=0,3(0,2 - 0,46) и её начало в течение первого часа после постановки диагноза - ОР=0,46 (0,25 - 0,87). Включение в комплекс интенсивной терапии активированного протеина С в первые сутки развития синдрома ПОН не влияет на показатели летальности в общей группе пациентов с тяжелым пневмониогенным сепсисом, но даёт возможность сократить время сосудистой поддержки при септическом шоке. Повышение приверженности врачей к соблюдению рекомендательных положений протокола SSC/ РАСХИ позволяет снизить суммарную летальность больных с внебольничной пневмонией, осложнённой сепсисом и шоком. Вывод. Таким образом, изменившиеся представления по сепсису все же далеко не всегда позволяют тяжелую пневмонию отожествить с понятием сепсиса. Результаты проведенного нами анализа в целом согласуются с имеющимися данными современной литературы по лечению и летальности тяжелой пневмонии осложненной септическим течением. Однако для повышения эффективности диагностики и лечения назрела необходимость унификации имеющихся методических рекомендаций и стандартных протоколов по ведению больных с тяжелой пневмонией. Диагностическое выделение групп больных с тяжелой пневмонией, пневмоническим сепсисом и септической пневмонией, по нашему мнению, может улучшить дифференцированную лечебную тактику и повысить эффективность лечения этой тяжелой патологии.

Ключевые слова: больные, внебольничная пневмониия, сепсис и септический шок.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРМЕТРОПИИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маматхужаева Г.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Подавляющее большинство детей (по разным данным - до 80%) рождается гиперметропами, что обусловлено короткой переднезадней осью глазного яблока новорожденного. В дальнейшем, по мере роста ребенка и глазного яблока гиперметропия постепенно уменьшается и переходит в эмметропию, но у многих он остаётся и прогрессирует. При гиперметропии средней и высокой степени у детей наблюдается понижение остроты зрения. Туберкулез ослабляет детский организм и мышечный аппарат глаз, что способствует появлению косоглазия у детей с гиперметропией средней и высокой степени. Целью нашего исследования являлась разработка комплексного метода лечения гиперметропии средней и высокой степени у детей больных туберкулезом. Материалы и методы исследования. Офтальмологическое обследование провели 188 детям больных туберкулезом в возрасте от 5 до 10 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования и осмотр специалистов. Результаты исследования. В результате проведенного обследования у 18 детей диагностировались гиперметропия средней степени, у 7 детей гиперметропия высокой степени. Во всех случаях гиперметропия высокой степени сочеталась с содружественным сходящимся косоглазием. При гиперметропии средней и высокой степени дети предъявляли астенопические жалобы. Дети жаловались на чувство песка в глазах, быструю утомляемость, боли в глазах и лобной части головы. Офтальмоскопическая картина глазного дна, при гиперметропии средней и высокой степени, характеризовалась гиперемией диска зрительного нерва, артерии были сужены, вены расширены. Лечение гиперметропии средней и высокой степени у детей сводилось к назначению своевременной оптической коррекции. Показанием к назначению коррекции при гиперметропии служили астенопические жалобы и понижение остроты зрения хотя бы одного глаза. В таких случаях назначали постоянную оптическую коррекцию по субъективной переносимости. Для работы вблизи назначались линзы на 2,0 дптр сильнее. При наличии сходящегося косоглазия назначалась постоянная коррекция на 1,0 дптр меньше степени гиперметропии, выявленной в условиях циклоплегии. В процессе коррекции корригированная острота зрения повысилась как при гиперметропии средней, так и при высокой степени. Лечение содружественного сходящегося косоглазия включало оптическую коррекцию амметропии, мероприятия по борьбе с амблиопией (плеоптика), операции на глазодвигательных мышцах, пред- и послеоперацинные ортоптические упражнения, диплоптика. Вывод: Таким образом, при профилактических исследованиях органа зрения у детей больных туберкулезом перед поступлением в школу необходимо выявлять не только явное косоглазие, но и дефекты бинокулярного зрения, а также состояния благоприятствующие возникновению содружественного косоглазия. Профилактика содружественного косоглазия включает в себя оптическую коррекцию амметропий в раннем возрасте.

Ключевые слова: дети, больные, туберкулез, лечение, гиперметропия.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Маматхужаева Г.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Прогнозы мировой статистики свидетельствуют о том, что к 2050 году 50% населения будет близоруким и 10% будут иметь высокую степень миопии. В связи с широким распространением миопии среди детей, возможностью ее прогрессирования и возникновения осложнений, нередко приводящих к инвалидности по зрению, изучение этого заболевания представляет особую актуальность. При несвоевременном лечении или неправильной коррекции миопии возможно прогрессирование заболевания и возникновение осложнений, которые могут привести к слабовидению и слепоте. Поэтому лечение миопии у детей должно быть направлено на остановку или замедление ее дальнейшего прогрессирования и профилактику ее осложнений. Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости и методов профилактики прогрессирования миопии у детей больных туберкулёзом. Материалы и методы исследования. Проведено офтальмологическое обследование детей больных туберкулезом в возрасте от 6 до 12 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования и осмотр специалистов. Результаты исследования. При обследовании миопия была выявлена у 23 детей. Врожденная миопия установлена у 2 детей, они состояли на диспансерном учёте. У 11 детей диагностирована миопия слабой степени, у 7 – средней степени и у 3 детей отмечена миопия высокой степени. При офтальмоскопии у детей с врожденной миопией наблюдалась темнопигментированная макулярная область. У них острота зрения с оптимальной переносимой коррекцией колебалась от 0,2 до 0,5 дптр. У детей с высокой степенью миопии миопический конус выявлен у 2-их, миопическая стафилома у 1-го больного. Как показали результаты общеклинического обследования детей с миопией, у них у всех была выявлена железодефицитная анемия. Вторая по частоте встречаемости сопутствующей патологией был эндемический зоб. Эти заболевания, как и туберкулёз приводят к задержке физического развития у детей и психомоторным нарушениям, усугубляющим течение миопии. Наряду с этим, у детей больных туберкулёзом выявлены кариес, астеновегетативный синдром, хронический тонзиллит, глистные инвазии, аденоиды. Все эти заболевания, также отрицательно влияют на течение миопии. Вывод: Результаты проведённых клинических исследований имеют большое практическое значение для разработки рациональных подходов к диспансеризации детей с миопией ассоциированной с туберкулёзом, которая усугубляет тяжесть аккомодационных нарушений и повышает темпы прогрессирования миопии. Профилактика прогрессирования миопии должна включать офтальмологическое лечение, мероприятия общеклинического и гигиенического характера, а также меры индивидуальной профилактики.

Ключевые слова: дети, больные, туберкулез, лечение, миопия, аккомодация.

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ БОЛЬНЫМ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Мардонов Б.А., Ибрагимов Ш.У.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж во многом зависят от комплексного решения таких вопросов, как рациональная предоперационная подготовка, направленная на адаптацию больного к повышенному внутри брюшному давлению, выбор адекватного способа пластики дефектов брюшной стенки и профилактика послеоперационных осложнений. Цель исследования. Разработать программу для определения количественную оценку факторов риска рецидива у больных с вентральными грыжами. Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов герниопластики у 228 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1-ой и 2 ой клиники СамМИ в сроки с 2011 по 2019 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (96 – 42,1%) и основная группа (132 – 57,9%). Больные основной группы были разделены на 3 подгруппы. Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 (программа для электронно – вычислительных машин № DGU 03724) выполняли аутопластику брюшной стенки местными тканями. Эту группу составили больные, у которых, как правило, имелись небольшие дефекты и не отмечалось выраженных изменений тканей передней брюшной стенки, отсутствовали сопутствующие заболевания. Таким больным производили пластику дубликатурой апоневроза по общепринятым методикам. Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 10 с учетом риска натяжения тканей, различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, мы выполняли комбинированную пластику - дефект апоневроза ушивали край в край с дополнительным укрытием линии швов полипропиленовой сеткой, тем самым исключили необходимость наложения двухрядных швов. Это позволило избежать повышения внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде и создать оптимальные условия для формирования прочного послеоперационного рубца. В 3-й подгруппе больные с набранным количеством баллов от 11 до 20 имели высокий риск натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления, при этом целесообразно было бы применять только ненатяжные методики sublay, inlay и onlay, тем не менее мы считаем, что данные методики практически не снижают риска рецидива и не устраняют грыжевого дефекта. Очевидно, что радикализма можно добиться только путем ликвидации дефекта, а не замещением его трансплантатом, в связи с чем сочетание натяжных и ненатяжных методик можно считать оптимальным способом пластики брюшной стенки. Существенным фактором, удерживающим хирурга от радикальной операции, являются чрезмерное натяжение тканей при ушивании и высокая вероятность прорезывания швов в послеоперационном периоде. В таких случаях мы применяем комбинированную пластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez.

Применение аллотрансплантата способствует укреплению линии швов и создает оптимальные условия для формирования полноценного рубца. Поэтому в 3-й подгруппе мы отдавали предпочтение комбинированной пластике. Для сравнения полученных результатов нами в качестве контрольной группы взяты 164 больных, которых оперировали по поводу послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки в плановом порядке без учета балльной оценки. Использовали те же методики, что и в основных группах, при этом учитывали также размер грыжевого выпячивания и длительность грыженосительства, возраст больных и сопутствующие заболевания, все другие факторы, кроме данных КТ и МРТ, гистологическое и спирометрическое исследование. Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки нами прослежены у 196 больных в интервале от 1 года до 10 лет. Из 196 обследованных пациентов с изученными отдаленными результатами 112 был из основных групп, в которых использовали балльную оценку, и 84 из контрольной группы. Из 84 обследованных больных контрольной группы пластика с использованием местных тканей выполнялась 36, пластика с использованием полипропиленовой сетки - 41 и ненатяжная аллопластика - 7 пациентам. Из 112 обследованного пациента, которому выполнялась пластика с учетом балльной оценки, пластика с использованием местных тканей производилась 19, комбинированная пластика с использованием полипропиленовой сетки – 28, ненатяжная аллопластика - 34 и ненатяжная аллопластика с мобилизации влагалищ прямых мышц живота по Ramirez - 31. Рецидив заболевания выявлен нами у 8 больных, что составило 4,1% общего числа (209) обследованных больных. В группе, в которой выполнялась пластика передней брюшной стенки без учета балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 7 (8,3%) больных. При этом 6 (7,1%) из них выполнялась пластика местными тканями, 1 (1,2%) - комбинированная пластика край в край с дополнительным укреплением линии швов полипропиленовой сеткой. В группе, в которой выполнялась пластика с учетом балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 1 (0,9%) больной. Рецидив возник у больной, которой пластика выполнялась местными тканями. У больных, которым выполнялась пластика с применением аллотрансплантата рецидивов не наблюдалось. Выводы. Таким образом балльная оценка периоперационных критериев риска у больных с послеоперационными вентральными грыжами позволяет выбрать оптимальный способ пластики с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: вентральная грыжа, ожирение, симультанная операция, осложненеие, рецедив, качество жизни.

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО И LED ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НИТЕЙ PROLENE С ТКАНЯМИ РАНЫ

Мардонов Ж.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан.

Внедрение в различные разделы хирургии синтетических шовных материалов в значительной мере расширило возможности оперативного лечения и уменьшило число осложнений. Практически любой вид шовного материала сопровождается определёнными воспалительными реакциями биотканей на контакт с чужеродным агентом. Большое число используемых хирургических шовных материалов, с одной стороны указывает на значительные возможности их выбора, с другой о неудовлетворённости их качеством. Известно, что низкоинтенсивное лазерное и светодиодное излучение (НИЛИ, СДИ) способно снижать интенсивность воспалительных реакций и ускорять ход репаративных процессов. Однако влияние НИЛИ и СДИ на взаимодействие с биотканями ран широко распространённого шовного материала Prolene не изучено, что определило цель настоящего исследования: Изучить влияние НИЛИ и СДИ на взаимодействие нитей Prolene с биотканями кожных ран и их заживление. Материал и методики. Исследование заживления линейных ран кожи спины крыс, ушитых с использованием нитей Prolene, при облучении инфракрасными лазерами «Матрикс-ВЛОК» и «Милта» или светодиодными матрицами «Барва–Флекс/СИК» и «Барва–Флекс/ЗИК», проводилось с использованием комплекса морфологических методик. Облучение проводили ежедневно по 3 мин. в течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фотовоздействию. Микроциркуляция кожи ран оценивалась с помощью аппаратов ЛАКК-01 или АЛТ-Восток ЛДФ-01. Раны изучали на 3-й, 7-й, 10-й, 15-й и 30-й день после нанесения. Результаты. Исследование мононитей Prolene с помощью санирующей электронной микроскопии выявило, что на поверхностях нитей довольно часто выявляются различные дефекты. Изучение морфологии взаимодействия нитей Prolene с тканями кожи показали, что монофиламентные нити Prolene уже в ранние сроки наблюдения вызывают выраженные воспалительные реакции биокатней. Эти изменения выражаются в скоплениях фибрина на поверхности нитей, особенно в участках с дефектами, развитием отёка и полиморфноклеточной инфильтрации кожи и прилежащих к ране мышц. Воспалительные изменения нередко сопровождаются скоплениями кальцинозных депозитов в зонах разрастания соединительной ткани вокруг нитей. Облучение НИЛИ и СДИ вызывает выраженное снижение проявлений воспаления уже после 2-3 сеансов. Это сопровождается структурными изменениями сосудов, указывающими на интенсификацию микроциркуляции, что подтверждается и функциональными исследованиями с помощью лазерной допплеровской флоуметрии. Курсы фототерапии приводят к существенному ускорению заживления ран. Эффект НИЛИ и СДИ, особенно «Барва–Флекс/СИК», сопоставимы. Заключение: Лазерные и светодиодные излучения уменьшают воспалительные реакций биотканей кожных ран, вызванных контактом с ними мононитей Prolene, улучшают микроциркуляцию и ускоряют заживление ран.

Ключевые слова: хирургический шовный материал, мононитей Prolene, инфракрасные лазеры, заживление.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НИТЕЙ ETHIBOND С ТКАНЯМИ РАН ПРИ ИХ ЛАЗЕРНОМ И LED ОБЛУЧЕНИИ

Мардонов Ж.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан.

Успех хирургических вмешательств во многом зависит от шовного материала. В настоящее время наибольшее распространение получили различные виды синтетических нитей как монофиламентные так и поли- (мульти-) филаментные. К последним относится Ethibond – один из нраиболее широко используемых видов шовного материала. Любой вид хирургического шовного материала при взаимодействии с битканями вызывает, в той или иной мере, воспалительные изменения. Известно, что низко интенсивное лазерное и светодиодное излучение (НИЛИ, СДИ) обладают свойством снижать интенсивность воспалительных реакций, стимулировать микроциркуляцию, что способствует ускорению заживления хирургических ран. Однако влияние НИЛИ и ЛДИ на заживление ран, ушитых Ethibond не проводилось. Это определило цель настоящего исследования: Изучить влияние НИЛИ и СДИ на заживление экспериментальных кожных ран, ушитых нитями Ethibond. Материал и методики. Исследовалось заживление линейных ран кожи, ушитых с использованием нитей Ethibond спины крыс, при облучении инфракрасными лазерами «Матрикс-ВЛОК» и «Милта» или светодиодными матрицами «Барва–Флекс/СИК» и «Барва–Флекс/ЗИК» с использованием комплекса морфологических методик. Облучение проводили ежедневно по 3 мин. В течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фотовоздействию. Микроциркуляция кожи ран оценивалась с помощью аппаратов ЛАКК-01 или АЛТ-Восток ЛДФ-01. Раны изучали на 3-й, 7-й, 10-й, 15-й и 30-й день после нанесения. Результаты. При исследовании нитей Ethibond с помощью санирующей электронной микроскопии выявлено, что нередко на поверхностях нитей имеются различные дефекты. Кроме того, между филаментами определяются щели. Изучение морфологии взаимодействия нитей с тканями кожи показало, что мультифиламентные нити Ethibond, уже в ранние сроки наблюдения, вызывают выраженные воспалительные реакции биокатней. В ранние сроки (3-7 дней) они выражаются в скоплениях фибрина на поверхности нитей, особенно в щелях между филаментами, с наличием отёка и полиморфноклеточной инфильтрации кожи и прилежащих к ране мышц. Воспалительные изменения в большей степени выражены в участках прилежащих к зонам дефектов на поверхности нитей. НИЛИ и СДИ вызывает выраженное снижение степени проявлений воспаления уже после 2-3 сеансов. Это сопровождается структурными изменениями сосудов указывающими на интенсификацию микроциркуляции, что подтверждается и исследованиями с помощью лазерной допплеровской флоуметрии. Курсы фототерапии приводят к существенному ускорению заживления ран. Действие НИЛИ и СДИ, особенно «Барва–Флекс/СИК», сопоставимы. Заключение: Лазерные и светодиодные излучения уменьшают воспалительные реакций биотканей кожных ран, вызванных контактом с ними мультифиламентных нити Ethibond, улучшают микроциркуляцию и ускоряют заживление ран.

Ключевые слова: хирургический шовный материал, микроциркуляция, хирургические раны, заживление.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Махкамов Н.Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема лечения пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой является актуальной проблемой отечественной травматологии и нейрохирургии. Во многом это объясняется тем обстоятельством, что в большинстве регионов Российской Федерации отсутствует современная система оказания неотложной специализированной медицинской помощи пострадавшим с острыми повреждениями позвоночника и спинного мозга. Срочные хирургические вмешательства зачастую выполняют нейрохирурги и травматологи-ортопеды, не имеющие достаточной подготовки по хирургии позвоночника. Во многих лечебных учреждениях отсутствует возможность полноценного обследования пострадавших с использованием таких высокоинформативных методов диагностики как компьютерная или магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ). Лишь отдельные нейрохирургические и травматологические отделения госпиталей и больниц оснащены современными наборами инструментов и имплантатов для выполнения высокотехнологичных декомпрессивно-стабилизирующих и реконструктивных вмешательств на позвоночнике и спинном мозге. Отмеченные положения являются объективными и субъективными причинами неудовлетворительных результатов первичных операций у пострадавших с острой позвоночно-спинномозговой травмой. Они же объясняют необходимость проведения ревизионных вмешательств у достаточно большого количества больных. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении нейрохирургии АФ РНЦЭМП с 2017 по 2019 год находились 127 больных с травмами различной степени тяжести грудного и поясничного отделов позвоночника. Возраст больных от 16 до 60 лет. Давность травмы позвоночника от 3-х часов до 5 суток. Результаты исследования. Среди обследованных больных с осложненными травмами позвоночника были 17 больных и неосложненными повреждениями 40 больных. По уровню поврежденного позвоночника: Th 7 – Th 8 – 9 больных, Th 9 – Th 10 – 29 больных, Th 11 – Th 12 – 49 больных, Th12 – L1 – 26 больных, L1 – L2 - 11 больных и L 3 позвонка – 3 больных. Как видно из приведенных данных наибольшее количество больных было с повреждениями переходного отдела позвоночника – 86 больных. По количеству поврежденных позвонков: на уровне 1 позвонка – 97 больных и на уровне 2-х позвонков – 30 больных. По степени компрессии тел позвонков 1 степень – 46 больных, 11 степень – 59 больных, 111 степень – 19 больных и с 1V степенью повреждения были – 3 больных. Из общего количества обследованных больных 53 больным было проведено консервативное и 74 больным оперативное лечение. Во время проведения оперативных вмешательств, при ревизии у 9 больных был обнаружен полный анатомический перерыв спинного мозга, в 27 случаях картина гематомиелии и ушиба спинного мозга на уровне повреждения. Вывод. В результате проведенного анализа основных причин неудовлетворительных анатомо-функциональных результатов и низкого качества жизни больных с последствиями и осложнениями повреждений позвоночника грудной и поясничной локализации обоснованы и сформулированы практические рекомендации по оптимизации хирургического лечения пострадавших с острой позвоночно-спинномозговой травмой. На их основе разработаны и внедрены в клиническую практику новые методики оперативного лечения больных с неблагоприятными последствиями и осложнениями повреждений позвоночника грудной и поясничной локализации, определены показания и техника выполнения поздней декомпрессии спинного мозга и его корешков, хирургической мобилизации позвоночника, коррекции грубых посттравматических деформаций, временной и постоянной стабилизации позвоночного столба.

Ключевые слова: травмы позвоночника, диагностика, лечение.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА

Махкамов Н.Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хирургическое лечение позвоночно-спинальной травмы в настоящее время получило активное развитие вследствие большого социального и медицинского значения этой патологии. В связи с появлением средств визуализации, массовым внедрением хирургических технологий данная патология уже не является окончательным приговором с точки зрения инвалидности. Переломы позвоночника влекут за собой комплексные нарушения статодинамиче-ской функции опорнодвигательной системы в целом, что часто сопровождается развитием синдрома нестабильности с компрессией спинного мозга. В связи с этим задачи, стоящие перед хирургами при операциях на позвоночнике, всегда делились на ортопедические и нейрохирургические. Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения осложненных травм позвоночника. Материалы и методы исследования. В данной работе представлен анализ результатов лечения 273 больных с осложненной травмой шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника. Результаты исследования. Динамику неврологической симптоматики после хирургического лечения в сроки от 3 месяцев до 1 года и выше оценивали по шкале Frankel/ ASIA. Положительные результаты лечения в неврологическом статусе отмечены у 194 (80%) пациентов, в 19 (7,8%) случаях у пациентов с травмой шейного отдела позвоночника и у 34 (14%) пациентов с травмой грудного и поясничного отделов позвоночника неврологическая симптоматика осталась без динамики. Наиболее тяжелые осложнения были у пациентов с повреждением спинного мозга выше уровня С4 позвонка. Несмотря на улучшение в неврологическом статусе у большинства пациентов сохранялись боли в позвоночнике, и болевой синдром чаще беспокоил больных с кифотической деформацией. От качества выполненной фиксации позвоночника и сроков формирования костного блока зависят режим, двигательная активность и вся последующая реабилитация прооперированных больных. Одним из этапов было проведение переднего, декомпрессивно-блокирующего корпородеза, другой этап операции - на содержимом позвоночного канала с ТПФ. При этом показанием для ревизии содержимого субарахноидального пространства спинного мозга являлись наличие синдрома полного нарушения проводимости спинного мозга с нарушением проходимости субарахноидального пространства, подтвержденными данными МРТ исследования или интраоперационной миелографии, а также наличие полного ликворного блока и данных за внутреннюю, интрадуральную компрессию. Вывод. Дифференцированный подход к лечению пострадавших с осложненными травмами позвоночника и выполнение операции в ранние сроки с полной декомпрессией спинного мозга и его корешков и сосудов с надежной стабилизацией поврежденного сегмента, позволили добиться положительных результатов в 80% случаев.

Ключевые слова: травмы позвоночника, диагностика, дифференцированный подход к лечению, операция.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (II) ТИПА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Мирзаев К.К., Азизов Д., Жураев Г.Г.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан

Актуальность. Лечение гнойно-некротических процессов невозможно без учета тяжести сахарного диабета, вида инфекции, фазы и локализации воспалительного процесса, особенностей общих и местных проявлений, обусловленных свойствами возбудителей и реактивности организма больного. Цель исследования: улучшить результаты комплексного лечения у больных сахарным диабетом (II) типа осложнённого синдромом «диабетической стопы». Материалы и методы исследовании. Проведен анализ лечения 94 больных с гнойной некротическими осложнениями' сахарного диабета. *62* пациентам наряду с комплексной консервативной терапией,; выполнялись «мглые» операции на стопе с некроэктамией раны $C0_2$ - хирургической лазером и последующим аутодермальным закрытием ран (основная группа) и 32 пациента, которым проводились аналогичная комплексная консервативная терапия, аутодермальное закрытые послеоперационных ран не выполнялось, составили контрольную групп}'. Средний Возраст в годах в основной группе составил 66,2±1,42, в контрольной группе 65,4±1,46. В основной группе мужчин было 18 (29,1%), женщин 44 (70,9%), в контрольной группе 9 (28,2%) и 23 (71,8%); Больные в обеих группах страдали диабетом более 10 лет. Количество больных с тяжелой формой течения сахарного диабета в основной группе составило 54 (87%) патента, в контрольной - 26 (81,2%) соответсгаено. Как в основной, так и в контрольной группе основными опера1ивными пособиями являлись некрэктомия и резекция передних отделов стопы. Наряду с хирургическим лечением больных как в основной, так и контрольной группах проводились комплексная консервативная терапия, включающая в себя разгрузку пораженной конечности, коррекцию углеводного обмена путем дробного введения простого инсулина по данным суточной гликемии, антибактериальная терапия которая была основана на данных микробиологических исследований. Лечение диабетической нейропатии и расстройств микроциркуляторного звена кровообращения проводилось препаратами *а* липоевой кислоты и низкомслекуляриыми гепаринами. Местное лечения включало ежедневные перевязки с использованием раствора йодопирона, 0,5% хлоргексидина и др. Результаты исследования. На фоне проводимых лечебных мероприятий, включающих лекарственную тераПию, обработку раны $C0_2$ - лазером в основной группе позволило сократит сроки очищения раны от гнойнонекротических тканей до 7±1,24 суток, появления «здоровых» грануляции Происходило на 9±1,12 сутки, пэ сравнению с контрольной группой, где сроки очищения рань составили 10±1,16 дней, а формирование сочных грануляцией наступило к 13± -,34 суткам. Вышеуказанное свидетельствует об ускорении сроков очищения раны у больных основной группы в 1, 4 раза по сравнению с контрольной. Заключение. Выполнение ранних пластических операций на стопе у больных сахарным диабетом II типа после «малых» операций на стопе имеет важное значения, так как, позволяет сократить сроки эпителизации ран, обеспечить раннюю активизацию и сократить сроки лечения.

Ключевые слова: сахарный диабет (II) типа, синдром «диабетической стопы», комплексное лечение.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ»

Мирзаев К.К., Бутабоев Ж.М., Жураев Г.Г.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан.

Актуальность. Лечение гнойно-некротических процессов невозможно без учета тяжести сахарного диабета, вида инфекции, фазы и локализации воспалительного процесса, особенностей общих и местных проявлений, обусловленных свойствами возбудителей и реактивности организма больного. Цель исследования: улучшит результаты комплексного лечения у больных сахарным диабетом осложнённого синдрома «диабетической стопы». Материалы и методы исследовании. Нами проанализированы результаты лечения 64 больных с гнойно-некротическим поражением стопы, развившимися на фоне сахарного диабета. Все больные были с тяжелой степенью тяжести сахарного диабета. Качественный состав микрофлоры, выделенного из биоптатов ран, показал, что среди выделенных микробов наиболее часто встречался стафилокок - в 84,6%. В 42,6% выделены неклостридиальные анаэробные микроорганизмы. У 20 больных с гнойно-некротическим поражением стопы была изолированная гангрена одного или нескольких пальцев, протекавшая чаще по влажному типу с сохранением пульсации на артериях голени. Нередко выявление пульсации было возможным лишь после устранения отёка местных тканей. Прогрессирующая диабетическая влажная гангрена (у 22 больных) развивалась при тромбозе магистральных артерий, для неё была характерна высокая интоксикация. При этом наблюдался феномен «взаимного отягощения» - ухудшение течения диабета у 6 больных привело к коматозному состоянию. Гангрена часто сопровождалась повреждением костей, мелких составов, сухожилий, фасций с нередко сохраненной трофикой кожи и не сопровождалась выраженным болевым синдромом. При гангрене пальцев без перехода некроза на стопу (у 13 больных) произвели экзаартикуляцию их с последующим закрытием раны подошвеным лоскутом по Гаранжо и только в 7 наблюдениях при развитии остеомиелита делали более расширенные операции на стопе в виде трансметатарзальных ампутаций. У 8 больных с глубоким поражением тканей стопы и пяточной кости произведена ампутация на уровне голени. Высокие ампутации на бедре выполнены у 22 больных. У 8 больных, которым были выполнены малые ампутации, в связи с развитием и прогрессированием после операции гнойно-некротического процесса, была выполнена реампутация на уровне бедра. Результаты исследования. Из 58 больных, перенесших ампутации конечностей на различных уровнях, раны зажили первичным натяжением только у 28,1% больных. При этом следует отметить, что чем дистальнее уровень ампутации, тем меньше число больных, у которых заживление наступало первичным натяжением. Основная причина столь плохого заживления, вероятнее всего, связана с выраженной микроангиопатией. Опорная функция сохранена у 40,6% больных. Летальность составила 19,3%. Заключение. Полученные результаты свидетельствуют что сочетание сахарного диабета и хирургической инфекции образует порочный круг, при которым инфекция отрицательно влияет на обменные процессы, усугубляя инсулиновую недостаточность и усиливая ацидоз, а нарушение обмена веществ и микроциркуляции ухудшает течение репаративных процессов в очаге поражения. Установлено торможение процесса регенерации в 1,5 – 2 раза, увеличение сроков реорганизации рубца и эпителизации при этом гнойный процесс склонен к прогрессированию с образованием гнойных затёков и дополнительных карманов.

Ключевые слова: сахарный диабет (II) типа, синдром «диабетической стопы».

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ МОЗГА, КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯСЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Муратова С.К., Хайдаров А.М., Олимжонов К.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .
Ташкентский государственный стоматологический институт. Ташкент..

Сосудистые заболевания головного мозга остаются одной из наиболее социально-значимых проблем современной медицины. Несмотря на последние достижения науки, остается недостаточно изученным патогенетический и пусковой механизм развития воспалительного процесса слизистой оболочки полости ротовой (СОПР), у лиц страдающих соматической патологией, особенно нарушениями мозгового кровообращения далеки от разрешения. Нами было обследовано 36 больных в возрасте от 45 до 65 лет, страдающих нарушениями мозгового кровообращения, обусловленное атеросклерозом мозговых сосудов и находившихся на амбулаторном наблюдении. Группу контроля составили 14 здоровых лиц. Функциональные обследования пациентов включало ультразвуковое дуплексное сканирование брахицефальных и транскраниальных сосудов и МРТ головного мозга. Клинико-лабораторное обследование всех больных проводилось по стандартной методика, включавшей в себя общие анализы крови и мочи. Определение мочевины, креатина, общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов, АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК, билирубина, глюкозы плазмы крови кроме того, в крови определялись содержание десквамированных эндотелиоцитов, ИЛ-6, ФНО альфа и С-реактивный белок. Содержанию провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО альфа, СРБ). Все исследования проведены иммуноферментным методом используя наборы фирмы “HUMAN”. Определение содержания десквамированных эндотелиоцитов определяли методом Headovec J. (1978) модифицированной Воробьевым Р.И. (2005). Концентрацию нейтральной енолозы и белка S-100 определяли методом иммуноферментного анализа, используя наборы фирмы “БиоХимМак” (Россия). Как показало исследование, уровень ФНО альфа у здоровых лиц в среднем составило 2,15±0,13 пг/мл. У пациентов, при нарушения мозгового кровообращения отмечено достоверное повышение уровня ФНО альфа в среднем в 2,9 раза, и было равно 6,38±0,41 пг/мл ($p<0,05$), при сравнение с группой контроля. Следовательно, иммунное воспаление на фоне ХИМ сопровождается не только индукцией эндогенного интерферона 1 типа, но и синтезом цитокинов, в частности ФНО-альфа. Одновременно с этим происходит образование ИЛ-6, которые синтезируются такими иммунокомпетентными клетками, лейкоцитами и даже клетками различных органов и тканей, как было указано выше, ФНО альфа относится про воспалительным цитокинам. Анализ полученных результатов исследования, показывает, что уровень ИЛ-6 в сыворотке крови здоровых лиц составил 3,42±0,13 пг/мл. При хронической ишемии мозга, обусловленной в основной артериальной гипертонией, отмечено повышение уровня провоспалительного цитокина ИЛ-6 в среднем в 2,2 раза и составило 7,45±0.36 пг/мл ($P<0,05$), что также способствует пусковым патогенетическим механизмом, воспалением СОПР. Наблюдаемые изменения в динамике уровня про воспалительных цитокинов в сыворотке крови могут активировать макрофагальную систему и тем самым активировать синтез

реактивных белков к числу, которым относится С-реактивный белок. Повышение количества десквамированных эндотелиоцитов у больных ХИМ по сравнению с контролем, было выявлено у 37(78%), что является одним из факторов воспаления СОПР. Средний уровень в основной группе превышал в 2,45 раза контрольные значения (6,59±0,5310 4/л против 2,74±0,14*10 4/л, выявленная особенность отражает прогрессирующий характеров морфологического и функционального поражения сосудистого эндотелия при ХИМ. Проведенными иммуноферментный анализ содержания белка S-100 у обследуемых лиц показал на повышение уровня белка в сыворотке крови в среднем в 2,4 раза, что видимо связано гибелью нервных клеток в условиях хронически церебральной ишемии. Исходя из выше изложенных данных можно заключить, что риск поражения СОПР при хронической ишемии мозга высок, и имеет патогенетическую взаимосвязь и системный характер патологических процессов СОПР при ХИМ. Таким образом, результаты исследований позволяют заключить, что у больных с ХИМ происходит увеличение содержание маркеров эндотелиальной дисфункции, что связано с прямой зависимостью клинических проявлений хронической ишемии мозга в полости рта.

Ключевые слова: сосудистые заболевания головного мозга, хроническая ишемия мозга, полость рта.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Назарова Н.Ш., Нурматов О.С.

Самаркандский государственый медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

Актуальность: Анатомо-физиологические особенности организма пожилых людей требуют особого подхода к лечению данной возрастной группы. В стоматологии проблема лечения лиц пожилого возраста также является крайне актуальной, так как органы и ткани челюстно-лицевой области с возрастом претерпевают значительные изменения. Как показали результаты проведенных исследований, что одним из важнейших факторов, предотвращающих развитие зубочелюстных аномалий, является сохранение максимально возможного количества зубов пациента в процессе санации полости рта. Если ранее полноценное депульпирование зубов у пожилых людей практически не рассматривалось как вариант лечения, то теперь это входит в повседневную практику врача. Но в связи с возрастными изменениями внутреннего пространства зубов у пожилых людей, часто возникают трудности при эндодонтическом лечении. Цель исследования. Изучить особенности строения и механической обработки корневых каналов зубов у лиц пожилого возраста, а так же на основании этих данных выработать подходы к повышению эффективности эндодонтического лечения. Материал и методы исследования. Для выполнения нами поставленных задач было обследовано 48 рентгенаграмм у пациентов в возрасте (61-74лет), другую группу составляли группа лиц зрелого возраста (21-35 лет); исследовано 50 рентгеновских снимков. Исследование состояло из нескольких этапов, которые включало в себя: изучение анатомического строения корневых каналов у лиц пожилого возраста. Нами исследованные данные получены на основании внутриротовых рентгеновских снимков, шлифов зубов удаленных у людей пожилого возраста. А так же из анамнеза жизни наличия общих показаний и противопоказаний для эндодонтического лечения зубов с осложненными формами кариеса у лиц пожилого возраста. Для сравнение эффективности механической обработки корневых каналов ручными файлами стандартного и промежуточного размера, нами полученные данные были статистически обработаны с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel. Достоверность различия параметров определяли по критерию Стьюдента. Полученные в ходе этого исследования данные подтверждают результаты измерения корневых каналов на внутриротовых рентгеновских снимках: полость зуба в середине коронковой части отсутствует, диаметр пришеечной и верхушечной части канала практически равны, наибольший диаметр канал имеет в середине длины зуба (по границе между первой и второй четвертями корня). Статистически значимых различий между диаметром корневых каналов мужчин и женщин не выявлено. Как и в предыдущем исследовании были выделены три группы строения корневых каналов, в зависимости от соотношения диаметров пришеечной части канала и середины длинны корня зуба: 1. Пришеечная часть канала меньше диаметра канала в середине длины корня зуба(92,8%); 2. Диаметр пришеечной области канала равен диаметру в среднем отделе зуба (2,4%); 3. Пришеечная часть корневого канала шире диаметра канала в середине длины

корня (4,8%). По результатам исследования в группе пациентов зрелого возраста наиболее широкие отделы канала наблюдаются по эмалево-цементной границе и в середине длины зуба; при этом самой узкой частью канала является его верхушечная часть. В группе лиц пожилого возраста самые широкие части канала наблюдаются в средней части зуба и по следующей за ней границе между второй и третьей четвертями корня; самой облитерированной является полость зуба в середине коронковой части, диаметр которой стремится к нулю. Таким образом, можно проследить характер и степень облитерации по ходу длины зуба: наиболее сильно канал облитерируется в области эмалево - цементной границы, далее в середине коронки и в середине длины зуба; в наименьшей степени склерозированию подвержены верхушечные области канала. Не смотря на высокую однородность полученных данных, в ходе исследования было выявлено несколько вариантов строения корневых каналов, обусловленных различным соотношением диаметров канала в нескольких отделах зуба. Как было установлено, у пожилых людей может наблюдаться анатомическое строение зубов, характерное для людей молодого и зрелого возраста. Первый вариант строения наиболее характерен для пожилого возраста и отражает общую тенденцию к облитерации корневого канала, захватывающую, в первую очередь, его коронковую часть, наиболее подверженную воздействию экзогенных факторов. Вторая и третья группа в большей мере соответствует анатомическому строению корневого канала, свойственному людям зрелого и молодого возраста соответственно, что свидетельствует о вариабельности анатомического строения тела человека вообще и строения корневых каналов в частности в одной возрастной группе. Другие отделы канала не имели столь выраженных различий по отношению друг к другу, поэтому их не коснулась систематизация. Невысокая частота встречаемости таких вариантов строения не позволяет установить характерные причины данного явления, но имеет клиническую значимость, потому как подход к эндодонтическому лечению таких корневых каналов будет несколько иными. Выводы. Таким образом, основную часть стоматологических пациентов пожилого возраста на амбулаторном приеме составляют пациенты с относительными противопоказаниями для эндодонтического лечения. Вторую по численности группу составляют пациенты с показаниями для эндодонтического лечения. Все случаи эндодонтического лечения корневых каналов зубов людей пожилого возраста заканчивались пломбированием просвета канала постоянными пломбировочными материалам и рентгенологическим контролем. Контрольный осмотр, проводимый через 6 месяцев после лечения, не выявил клинических или рентгенологических признаков около верхушечного воспалительного процесса. Это подтверждает правильность выбранных методик и возможность обеспечения долгосрочных результатов эндодонтического лечения у пожилых людей. Таким образом, эндодонтическое лечение корневых каналов зубов у лиц пожилого возраста требует учитывать весь комплекс анатомических и физиологических особенностей организма пожилого человека.

Ключевые слова: строение корневых каналов, возрастные особенности, облитерация, корневого канала.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТАЮЩИХ В ТАБАКОВОДСТВЕ

Нодира Ш.Н., Равшанов И.Р., Касимова Д.И.

Самаркандский государственый медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

Актуальность: Для выявления нарушений состояния слизистой оболочки полости рта было обследовано185 табаководов. При этом наиболее часто отмечались аллергический стоматит (16,2%), лейкоплакия (12,3%), аллергический хейлит (11,3%) и кандидозный стоматит (10,2%), несколько реже – аллергический глоссит (9,7%) и хронический рецидивирующий афтозный стоматит (7,3%) и еще меньше – хронические трещины губ (6,5%), десквамативный глоссит (6,5%) и экзематозный хейлит (5,6). Следует отметить, что у табаководов встречались такие заболевания слизистой оболочки полости рта (50,2%), как лейкоплакия, кандидозный стоматит, хронические трещины губ, аллергический глоссит и аллергический хейлит, которые отсутствовали у обследованных контрольной группы. Аллергические стоматиты наблюдались в обеих сравниваемых группах, но их частота была более высокой степени ($P<0,001$) достоверности среди табаководов. Введение. Как известно, в настоящее время актуальным направлением научных исследований в области стоматологии является изучение влияния неблагоприятных производственных и экологических факторов на стоматологическое здоровье работающих с целью разработки и в последующем внедрения в практику комплекса соответствующих оздоровительных мероприятий по улучшению условий труда и снижению стоматологической заболеваемости среди рабочих. Возникает необходимость в изучении особенностей клиники и течения основных стоматологических заболеваний у табаководов с целью разработки комплекса организационных, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение качества производственной среды, предупреждение развития и снижение частоты стоматологической заболеваемости среди табаководов. Поэтому проведенные нами исследования, посвященные изучению состояния слизистой оболочки полости рта при воздействии на организм табачной пыли и пестицидов в комбинации с неблагоприятными микроклиматическими условиями, представляют научно-теоретический и практический интерес в масштабе стоматологической и гигиенической наук. Аналитический обзор доступных источников литературы по изучению влияния табака на органы полости рта показал, что они единичны и разноречивы в виде экспериментальных исследований и, в основном, касаются влияния табака на слизистую оболочку полости рта злостных курильщиков. Так, результаты экспериментальных исследований показал, что длительное воздействие табачного экстракта, сочетанное с однократной инокуляцией вируса простого герпеса на слизистую оболочку белых крыс, вызывает клинические и морфологические изменения, напоминающие лейкоплакию. При этом доказано, что канцерогенез сопровождается накоплением продуктов свободно радикального окисления (СРО) в тканях. При герпетическом поражении тканей также повышается СРО за счет падения интенсивности антиоксидантной ферментной системы – глутатионпероксидазы и супероксиддисмутазы. Целью данного исследования явилось изучение состояния слизистой оболочки полости рта у

работающих в табаководстве по сравнению с контрольной группой обследованных. Материал и методы исследования. Мы исследовали состояние слизистой оболочки полости 46 рабочих Ургутского табаководческого района Самаркандской области Республики Узбекистан, которые занимаются процессами выращивания, ломки, уборки, сушки, нанизывания табака. Состояние местного иммунитета полости рта оценивалось по активности лизоцима слюны, фагоцитарной активности нейтрофилов в слюне, содержанию секреторного иммуноглобулина А слюны (sJgA) и содержанию отдельных видов микрофлоры (стрептококков, стафилококков и грибов) слизистой оболочки полости рта. Активность лизоцима слюны определялась методом диффузии в жидкости Дефко по Каграмоновой-Ермоловой и у 45 рабочих Джамбайского овощеводческого района, где относительно экологически чистая зона (контрольная группа обследованных). Фагоцитарную активность нейтрофилов в слюне определяли по методу И.А. Быкова, С.А. Кирюхиной (1994). Содержание секреторного иммуноглобулина А слюны – по методу радиальной иммунодиффузии по Манчини и содержание микрофлоры полости рта – по методу Г.А. Шальновой. Микробиологические и иммунологические исследования проводились в аллерго-пульмонологическом отделении Центральной Клинической больницы г. Самарканда. Те данные, которые получили, подвергнуты статистической обработке с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel. Достоверность различия параметров определяли по критерию Стьюдента. Результаты и обсуждение. Как известно, ороговение слизистой оболочки полости рта является процессом физиологическим. Оно, как правило, связано с возрастными изменениями и может проявляться у людей пожилого и старческого возраста (50 и более лет) и является симптомом такого заболевания как лейкоплакия. В наших же случаях наблюдались различные формы (простая, гиперкератозная, эрозивно-язвенная) лейкоплакии слизистой оболочки полости рта (12,3%) среди табаководов в основном у лиц в возрасте до 40 лет, которые составляет более 53,5% из всего обследованных табаководов. Следует отметить, что табаководы с явлениями лейкоплакии обычно жалоб не предъявляли. У многих обследованных эти изменения впервые обнаруживались нами во время стоматологического осмотра. Они чаще всего локализовались в области слизистой оболочки углов рта и альвеолярного отростка, либо на языке и нижней губе. Слизистая оболочка при простой форме (3,1%) лейкоплакии имеет белесовато-опалесцирующую окраску и форму без четких границ. При гиперкератозной форме лейкоплакии, которая встречалась чаще всего (7,4%), очаги поражения приобретают более четкие контуры, участки ороговения имеют беловатый цвет и незначительно возвышаются над уровнем слизистой оболочки. При эрозивно-язвенной форме, которая отмечалась меньше всего (1,8%), очаги поражения белого цвета рельефно контурируются на фоне окружающей слизистой оболочки, содержат эрозии и кровоточащие язвенные участки. У части табаководов нами обнаружены кандидозные поражения слизистой оболочки полости рта (10,4%), которые не наблюдались в контрольной группе обследованных. Клинически они проявлялись ярко-красной гиперемией, отечностью и сухостью слизистой оболочки и на этой основе появлением крупных белых папул. Очаги поражения чаще всего располагались на слизистой оболочке щек рядом с углами рта, на спинке языка и на задней части нёба. Общеизвестно, что благодаря разнообразию проявления кандидозов слизистой оболочки полости рта, диагностика данного

заболевания на основании только клинического обследования больного весьма затруднительна и чревата ошибками. Поэтому для уточнения диагноза «кандидозы полости рта» в большинстве случаев нами проводились дополнительные микроскопические исследования мазков из слизистой оболочки полости рта больных с подозрением на данное заболевание. При этом отмечалось скопление в среднем 15-20 и более грибковых клеток рода аспергиллез в каждом поле зрения, что свидетельствовало о грибковой природе поражения слизистой оболочки полости рта табаководов. Анализ материала о пораженности слизистой оболочки полости рта по отдельным нозологическим единицам в зависимости от профессионального стажа показал (рис. 2), что у табаководов с большим стажем работы частота стоматитов постепенно нарастала с 31,3% при стаже работы до 5 лет до 60,4% при стаже работы 20 лет и более лет. С увеличением длительности контакта с неблагоприятной производственной средой в табаководстве меняется и характер патологического процесса в слизистой оболочке полости рта. Так, частота аллергических стоматитов по мере удлинения профессионального стажа снижается, а число других форм патологических изменений слизистой оболочки полости рта (хронический рецидивирующий афтозный, гиперкератозный и кандидозный стоматиты, экзематозный хейлит, хронические трещины губ) с увеличением стажа работы при выращивании и дофабричной обработке табака, напротив, значительно возрастало. Таким образом, на основании анализа данных, представленных в этой части работы, можно сказать, что на частоту и характер патологических процессов в слизистой оболочке полости рта табаководов определенное отрицательное влияние оказывает неблагоприятные производственные факторы в табаководстве. После лечения установлено резкое снижение частоты встречаемости заболеваний слизистой оболочки полости рта, достоверно более значимое снижение заболеваний СОПР также установлено в основной группе (табл. 1). После лечения аллергический стоматит обнаружен у 5 (10,87±4,57%) пациентов основной группы и у 10 (21,14±6,08%) пациентов группы сравнения ($P<0,05$); соответствующие соотношения частоты обнаружения ХРАС составили 3 (6,52±3,64%) против 6 (13,04±4,97%) ($P>0,05$); кандидозного стоматита – 2 (4,37±3,006) против 3 (6,52±3,64%) ($P>0,05$); лейкоплакии – 2 (4,34±3,00%) против 3 (6,52±3,64%) ($P>0,05$); гиперкератозной лейкоплакии – 1 (2,17±2,15%) против 2 (4,34±3,00%) ($P>0,05$); частота эрозивно-язвенного глоссита после лечения в основной группе составила 2 (4,34±3,00%) против 3 (6,52±3,64%) ($P>0,05$); десквамативного глоссита соответственно 1 (2,17±2,15%) против 2 (4,34±3,00%) ($P>0,05$). Комплексное лечение приводило к снижению частоты встречаемости поражений губ. Так, после лечения частота аллергических поражений губ в основной группе составила 2 (4,34±3,00%) против соответствующей частоты в группе сравнения 5 (10,87±4,59%) ($P>0,05$); экзематозных поражений губ соответственно 1 (2,17±2,15%) против 2 (4,34±3,00%) ($P>0,05$) и хронических трещин губ - 1 (2,17±2,15%) против 2 (4,34±3,00%) ($P>0,05$). При этом средняя суммарная эффективность снижения распространен-ности заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ в основной группе превосходила группу сравнения более чем на 25,3%.

Ключевые слова: неблагоприятные экологические и производственные факторы, слизистая оболочка полости рта.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ОПЕРИРОВАННЫХ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди причин, которые могут привести к нарушению репродуктивного здоровья женщин, особую роль приобретают гинекологические заболевания, требующие хирургического лечения. Апоплексия яичника как этиологический фактор внутрибрюшных кровотечений находится на втором месте после внематочной беременности, и ее распространенность за последние десятилетия увеличилась в несколько раз, несмотря на существующий прогресс и применение высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Апоплексия яичника в 40% случаев требует незамедлительного оперативного лечения, приводящего к резекции части органа. В послеоперационном периоде наблюдается усугубление нарушенного репродуктивного здоровья, прогрессивное ухудшение гормонального гомеостаза, глубокое расстройство кровообращения, которые обусловлены не только травмой яичника и снижением овариального резерва, но и возникновением спаечного процесса в органах малого таза. Снижение репродуктивных потерь у пациенток, оперированных по поводу апоплексии яичника. Для решения поставленных задач исследование было проведено в 3 этапа. На I этапе был осуществлен ретроспективный анализ 6635 историй родов за 3 года (2017-2020гг) в АОПЦ г. Андижане. II этап включал лабораторное изучение параметров системы гемостаза женщин в возрасте от 18 до 35 лет (п=82) в острый период апоплексии яичника до оперативного вмешательства: протромбиновое время, тромбиновое время, международное нормализованное отношение, фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время, растворимые фибрин-мономерные комплексы, фактор Виллебранда, антитромбин III, агрегатограмма. На III этапе проведено клинико-лабораторное обследование женщин в возрасте от 18 до 35 лет (п=П2), перенесших оперативное лечение по поводу геморрагической формы апоплексии яичника. На данном этапе работы пациентки были разделены на 2 группы (в рамках проспективного открытого рандомизированного сравнительного исследования в параллельных группах). Результаты нашего исследования свидетельствовали о высокой частоте встречаемости преждевременного излитая околоплодных вод у беременных, имевших в анамнезе апоплексию яичника - 29% против 13,3% (p<0,05, OR=2,67 [1,05-6,7]) - что согласуется с литературными данными. Согласно современным информационным источникам, частота других осложнений родов не превышала среднепопуляционные показатели. Однако в ходе нашего ретроспективного анализа получены принципиально другие результаты. В 9,5 раз чаще у рожениц основной группы наблюдалось быстрое течение родов - 16,1% против 1,7% (p<0,05, OR=ll,35 [1,40-91,66]). Кроме того, у каждой третьей женщины роды осложнялись обвитием пуповины (p<0,05, OR=2,9. По мнению ряда авторов, кровотечения в раннем послеродовом периоде наблюдались в единичных случаях и не превышали среднепопуляционную частоту. Согласно

нашим данным, у родильниц основной группы кровопотеря в послеродовом периоде была достоверно больше, чем в группе контроля -380±40 мл против 280±20 мл соответственно ($p<0,05$). Кроме того, в 8,5 раз чаще гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде встречались у женщин с апоплексией яичника в анамнезе - 14,5% против 1,7% ($p<0,05$, OR=10,02). Оценка новорожденных по шкале Апгар не имела статистически значимых различий в сравниваемых группах: в основной группе она составила 7,61±0,5 баллов на первой минуте и 7,87±0,3 баллов на пятой минуте, в контрольной группе - 7,72±0,4 и 7,92±0,5 баллов соответственно ($p>0,05$). Неонатальный период характеризовался развитием таких осложнений, как церебральная ишемия, морфофункциональная незрелость, синдром гипервозбуждения, синдром торможения, кривошея, кефалогематома в обеих группах в равных процентах ($p>0,05$). Таким образом, беременных, имевших в анамнезе оперативное лечение апоплексии яичника, целесообразно отнести в группу риска по развитию невынашивания беременности в ранние сроки, осложненного гестационного течения, родов и послеродового периода (преэклампсии, гестационной анемии, преждевременного излития околоплодных вод, обвитая пуповины, развития чрезмерно сильной родовой деятельности с быстрым течением родов, патологической кровопотери в родах, гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде).

Ключевые слова: апоплексия яичника, оперативное лечение, репродуктивные потери.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Основной причиной летальных исходов у каждого третьего умершего является несвоевременная диагностика и лечение послеоперационных осложнений, в результате чего развиваются необратимые изменения, обусловленные эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью. Подавляющее большинство послеоперационных патологических процессов уже на ранних стадиях сопровождаются признаками абдоминальной гипертензии. В ряде научных работ изучались патоморфологические процессы, протекающие в организме при синдроме абдоминальной гипертензии, выделяются различные синдромы, стадии, фазы патологического процесса, рассматриваются вопросы тактики и различные схемы лечения. Однако, до настоящего времени, отсутствует обоснованная программа выявления хирургических осложнений в раннем послеоперационном периоде, которая могла бы последовательно, переходя от менее сложных, к более инвазивным методам диагностики установить отклонения от нормального течения и определить показания к повторному хирургическому вмешательству. Целью исследования явилось улучшить результаты лечения больных, оперированных абдоминальным доступом, путем разработки и систематизации способов ранней диагностики осложнений, возникающих в послеоперационном периоде для своевременного их выявления и устранения малоинвазивными методами. В основу настоящего исследования положены результаты комплексного обследования и лечения 119 пациентов, находившихся на обследовании и лечении на АОПЦ г Андижана. По частоте возникающих осложнений, безусловно, превалирует острая кишечная непроходимость - 66 (55,4%) пациентов, чуть меньше послеоперационный перитонит 54 (45,3%), из них сочетание сочетания перитонита и кишечной непроходимости выявлено у 12 пациентов, в 8 наблюдениях выявлены абсцессы брюшной полости в сочетании с нагноением операционной раны или подкожной эвентрации, у 3-х пациентов послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением. В число наблюдаемых нами больных вошли те из них, которым выполнялась релапаротомия «по требованию», где были необходимы убедительные диагностические обоснования, «программированные» санационные релапаротомии, предметом нашего исследования не являлись. В основную группу вошли 70 пациентов перенесших повторные оперативные вмешательства, у которых использовалась ранняя этапная диагностика, и группа сравнения составила 49 больных с идентичными осложнениями послеоперационного периода. Следует отметить, что у ряда больных имелся синдром острого воспалительного ответа. Он был наиболее выражен в группе сравнения у 40, и в меньшей степени, в основной - у 22 пациентов. Признаки полиорганной недостаточности, по данным клинико-лабораторных исследований, отмечены у 88 (82,2%) больных. В большинстве наблюдений, у 62 пациентов (70%), эта была

компенсированная и субкомпенсированная фаза осложнения. Для интегральной оценки тяжести состояния больных мы пользовались шкалами APACHE-II и MODS-II. Для оценки по шкале APACHE-II брали наихудшие значения в первые 24 часа от момента клинических проявлений патологического процесса. Общее количество «физиологических» баллов суммируется с баллами за возраст (от 0 до 6) и баллами за оценку хронических заболеваний для пациентов с органной недостаточностью (от 2 до 5, в зависимости от необходимости и срочности оперативного лечения). Комплексное поэтапное исследование и сопоставление клинико-лабораторных, лучевых данных, а также динамики изменений внутрибрюшного давления и прогрессирование полиорганной недостаточности по шкалам MODS-II и APACШ-И через 16 часов свидетельствует о переходе локальной фазы в стадию развития тканевых некрозов, повышения проницаемости кишечной стенки и пропотевания в брюшную полость, то есть развития перитонита. Решение о проведении повторного оперативного вмешательства или исключение его необходимости должно быть принято только на основе комплексного обследования пациента с включением основных параметров клинико-лабораторных и лучевых методов исследования в короткое время и не позднее 16 часов от момента появления признаков кишечной гипертензии.

Ключевые слова: абдоминальный доступ операции, повторные оперативные вмешательства, полиорганная недостаточность.

МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ ВО ВРЕМЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Нарова Н.Э., Хасанова Л.Э.
МЧЖ «Эстедент»
Ташкентский государственный стоматологический институт. Узбекистан

Актуальность. Ортодонтическое лечение ухудшает гигиену полости рта; аппараты способствуют изменению микробиологической картины. Специальная техника чистки зубов у ортодонтических пациентов будет способствовать профилактике кариеса. Известно, что аномалии прикуса влияют на здоровье пародонта, и одной из целей ортодонтического лечения является улучшение гигиены полости рта путем коррекции аномалий и уменьшения (или устранения) окклюзионных травм. Однако ортодонтические аппараты способствуют образованию бляшек, усложняют гигиену полости рта. Их применение может способствовать развитию хронической инфекции, воспалительной гиперплазии, потере костной ткани и рецессии десны. Полость рта человека представляет собой сложную экосистему, в которой обитают более 300 видов бактерий, микоплазм, простейших и дрожжей. Вмешательство извне может нарушить баланс между компонентами микрофлоры в этой среде. Ортодонтические аппараты пример такого вмешательства. Лечение с помощью брекетов предусматривает кислотное травление эмали, что приводит к изменению морфологии и химической природы поверхности зуба. Декальцинированная эмаль идеальна для адгезии и пролиферации Str. mutans. Композитные материалы, использующиеся в ортодонтии, образуют поверхности, способствующие адгезии и росту микроорганизмов. Из-за брекетов, дуг, лигатур больше накапливается зубной налет. Увеличение количества зубного налета приводит к повышению количества кариесогенных бактерий (Str. mutans и лактобацилл). Профилактические меры, включая интенсивную чистку и тщательную очистку зубной нитью недостаточны для уменьшения количества кариесогенных микроорганизмов. Поражения развиваются на всех зубах, но чаще всего наблюдаются на пришеечной и средней трети щечных поверхностей боковых резцов верхней челюсти, клыков и первых премоляров нижней челюсти. Хотя деминерализованная эмаль может реминерализоваться после окончания лечения, поражения часто носят необратимый характер. Было обнаружено, что неактивная деминерализованная эмаль присутствовала через пять лет после завершения ортодонтического лечения. Съемные термопластичные элайнеры, покрывая небные, язычные, губные и щечные поверхности зубов и десен, также приводят к образованию большого количества биопленки на поверхности зубов, т.к. они ограничивают промывание слюной зубов и слизистой оболочки. Для профилактики кариеса широко используются фторидсодержащие пасты, гели и лаки. Многочисленные исследования показали, что даже небольшое количество фтора, выделяющегося в результате регулярного использования зубной пасты, оказывает глубокое влияние на деминерализацию эмали и реминерализация. На противокариесную эффективность фторсодержащей зубной пасты влияют как минимум четыре фактора: частота чистки; продолжительность чистки; концентрация фтора в зубной пасте (паста с

концентрацией 5000 ppm фторида, значительно лучше реминерализует кариозные поражения, чем средство для ухода за зубами с концентрацией фторида 1100 ppm. Подростки, использовавшие зубную пасту с концентрацией 5000 ppm, имели значительно меньшую прогрессию кариеса по сравнению с субъектами, использующими зубную пасту с уровнем фторида в 1450 ppm, при обследовании через два года; характер полоскания полости рта после чистки (концентрация фторида в слюне, измеренная после чистки зубов значительно уменьшается с увеличением объема воды, продолжительности полоскания и частоты полоскания. Мы предлагаем следующую технику чистки зубов: 1. нанесите 2 см (или 1 грамм) фторидсодержащей зубной пасты на влажную зубную щетку; 2. равномерно распределите зубную пасту на верхний и нижний зубной ряды, 3. почистите все поверхности зубов в течение 2 минут; 4. для полоскания используйте небольшое количество воды, равное по объему суспензии из зубной пасты и слюны, образовавшейся во рту; 5. активно прогоните получившуюся смесь между зубами в течение 30 секунд, перед тем как ее выплюнуть; 6. избегайте дальнейшего полоскания; 7. избегайте еды и питья в течение 2 часов (прием пищи сразу после чистки уменьшает концентрацию фторида в слюне примерно в 12-15 раз; 8. следует проводить процедуру чистки два раза в день – после завтрака и перед сном.

Ключевые слова: профилактика кариеса, ортодонтическое лечение, чистка зубов.

ПРЕДИКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ – РАННЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА

Негмаджанов Б.Б., Махмудова С.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Ежегодно в мире регистрируется 8,5 миллионов случаев ПЭ, также известно что ПЭ каждый год является причиной смерти 500 тысяч новорожденных. По результатам последнего анализа данных системы надзора центра по контролю за беременностью и профилактике заболеваний около 9% материнской смертности связано с преэклампсией и эклампсией. В настоящее время показано, что наиболее чувствительными и специфичными прогностическими показателями преэклампсии являются маркеры ангиогенеза – плацентарный фактор роста (plgf) и fms-подобная тирозинкиназа-1 (sflt-1), являющаяся вариантом рецептора фактора роста эндотелия сосудов (vegfr-1). Целью исследования явилось изучить современные методы прогнозирования и ранней диагностики преэклампсии на основе клинико генетических и эндотелиальных предикторов. Концентрацию plgf и sflt-1 в сыворотке крови беременных женщин определяли с помощью электрохемилюминесцентных диагностических тест-систем elecsys plgf и elecsys sflt-1. Были обследованы: в I триместре – 78 пациенток со сроком физиологической беременности 11–13 недель, имеющих по данным УЗИ нормально развивающийся плод и низкий риск патологии плода согласно результатам пренатальной диагностики; во II триместре – 124 пациентки со сроком физиологической беременности 16–20 недель, не имеющие патологий развития плода; в III триместре беременности – 75 пациенток со сроком физиологической беременности 30–39 недель, не имеющие патологии развития плода. Кровь получали из локтевой вены. Уровень артериального давления у всех пациенток в течение беременности не превышал границ нормативного диапазона. В I триместре беременности концентрация plgf достоверно ниже таковой во II триместре беременности, а концентрации sflt-1 достоверно не различаются. Соотношение sflt-1/plgf в I триместре составило 39,3±4,2. Концентрации plgf и sflt-1 в 16 нед достоверно не отличались от соответствующих показателей в 17 и 18 нед беременности. В 19 нед концентрация plfg достоверно возрастала, а в 20 нед достоверно превышала таковую в 19 нед. Соответственно изменялось и соотношение концентраций plgf и sflt-1. В 16–18 нед беременности соотношение sflt-1/plgf составило в среднем 13,1±2,6, в то время как в 19–20 нед – 6,9±2,1. Следует особо отметить, что в I триместре беременности (11–13 нед) среднее значение этого показателя составило 39,3±4,2. В 30–32 нед концентрация plgf была более чем в 2 раза выше таковой в 20 нед беременности, а концентрации sflt-1 в эти сроки беременности достоверно не различались. Соответственно соотношение sflt-1/plgf в 30–32 нед было минимальным и составляло в среднем 1,7±0,8. В 33–36 нед беременности концентрация plgf была в 3 раза ниже таковой в 30–32 нед, а концентрация sflt-1 увеличилась в 2 раза. Соотношение этих показателей составляло 10±2,5. В 37–40 нед беременности отмечено дальнейшее уменьшение концентрации plgf и повышение концентрации sflt 1. Их

соотношение составило 17,6±2,4. Эти результаты также соответствуют опубликованным данным. Таким образом, в результате проведенной работы были получены данные о содержании plgf, sflt-1 и значениях их соотношения в сроки беременности от 11 до 13 нед, от 16 до 20 нед и от 30 до 40 нед. Выбранные для исследования сроки беременности обусловлены тем, что именно в это время проводится плановая пренатальная диагностика, в I и II триместрах, а также динамический контроль за состоянием плода в III триместре беременности. Представляется, что оценка риска развития преэклампсии в эти сроки беременности может способствовать снижению частоты осложнений и перинатальных потерь, так как принятие соответствующих мер в ряде случаев позволяет своевременно скорректировать развивающееся патологическое состояние и решить вопрос о сроках родоразрешения.

Ключевые слова: Преэклампсия, плацентарный фактор роста, ФМС-подобная тирозинкиназа-1, беременность, генетические предикторы.

ЖЕЛЕЗО, ЕГО РОЛЬ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА И СВЯЗАННОЕ С НИМ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

Норбутаев А.Б., Ризаев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Дефицит железа в организме - важная медико-социальная проблема, которая является причиной развития такой распространенной патологии, как железодефицитная анемия, при которой страдает белковый и минеральный обмен, что приводит к функциональным и морфологическим изменениям во всех органах, в том числе тканях слизистой полости рта и пародонта. Кроме того увеличивается количество и железодефицитных состояний, которые также приводят к гипоксическим состояниям в организме, в результате чего нарушается трофика органов и систем, в том числе слизистой полости рта, в результате чего развивается кариес и другие болезни пародонта,что сказывается на качестве жизни больных. В свою очередь недостаточное поступление железа ввиду плохого всасывания, пережевывания пищи приводит к еще большему усугублению железодефицита образуя порочный круг. Целью данного исследования явилось изучение влияния дефицита железа на слизистую оболочку полости рта. Материалы и методы исследования. Для объективной оценки состояния органов полости рта при дефиците железа нами было обследовано 100 больных патологией слизистой оболочки полости полости рта на фоне железодефицитных состояний, и анкетирование с применением разработанного нами опросника 1000 пациентов. Предметом исследования являются пробы венозной крови и сыворотки больных, взятые для биохимических исследований, биопсийный материал кусочка слизистой полости рта. Для решения поставленных задач использованы стоматологические, общеклинические, лабораторно-инструментальные, биохимические, гистологические, статистические методы исследования. Результаты и их обсуждение. Несмотря на постоянно возрастающий интерес врачей к решению проблем железодефицитной анемии (ЖДА) и железодефицитных состояний (ЖДС), до сих пор данная нозология занимает второе место после респираторных вирусных инфекций. В настоящее время общепризнанно, что ЖДА является универсальным «интердисциплинарным» клинико-лабораторным феноменом, с которым сталкиваются врачи всех специальностей, в том числе и стоматологи. ЖДА является полиэтиологичным заболеванием, возникновение которой связано с дефицитом железа в организме из-за нарушения его поступления, усвоения или повышенных потерь, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией. У пациентов с ЖДА происходит недостаточное насыщение органов и тканей кислородом, в связи с чем происходит нарушение их трофики, нарушается функция слюнных желез, что приводит к снижению секреции слюны и низкой буферной способности, что в свою очередь предрасполагает к кариесу зубов. В результате чего регистрируются различные стоматологические симптомы, в частности, увеличивается количество кариозных зубов, отмечаются дисколорит и патологическая стираемость эмали. Кроме того отмечаются парестезии и сухость слизистой оболочки полости

рта, атрофия сосочков языка, а также увеличивается частота и тяжесть патологии твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта Кроме того, дискомфорт и боль, связанные с кариесом зубов, в свою очередь вызывают трудности при употреблении пищи, что приводит к тому, что больные уменьшают прием некоторых видов пищи, содержащих железо и может являться причиной развития ЖДА, формируя патологический круг. По оценкам некоторых авторов, частота встречаемости кариеса зубов составляет 51,9% у детей 5-летнего возраста и 53,8% у детей 12-летнего возраста. Исследования показали, что слюна служит зеркалом здоровья тела, так как она содержит белки, гормоны, антитела и другие вещества, которые часто измеряются в стандартных анализах крови для мониторинга здоровья. Кариес зубов характеризуются деминерализацией неорганической части и разрушение органического вещества зуба, что часто приводит к образованию полости. Такие параметры как pH слюны и буферная емкость, уровень ферритина применяются для оценки в качестве маркеров ЖДА и кариеса. Связь между кариесом зубов и ЖДА прослеживается в нескольких исследованиях. В одном из канадском исследовании сообщается, что почти 80% детей, перенесших стоматологическую операцию по поводу тяжелого раннего кариеса, имели низкие уровни ферритина, а 28% имели низкие концентрации гемоглобина, 6% были классифицированы как имеющие дефицит железа, в то время как у 11% была ЖДА. Диагностика ЖДА должна основываться, прежде всего, на лабораторных показателях. Наиболее доступными и информативными показателями для выявления ЖДА являются уровень гемоглобина, количество эритроцитов и показатель гематокрита капиллярной крови, уровень сывороточного ферритина, процент (коэффициент) насыщения трансферрина железом, процент гипохромных эритроцитов. Менее достоверными показателями являются уровень сывороточного железа и общая железосвязывающая способность сыворотки. Выводы. Лица с дефицитом железа, имеют недостаточное количество железа и не способны поддерживать нормальную физиологическую функцию тканей, которые зависят от данного микроэлемента. Исследованию состояния полости рта у больных с дефицитом железа в Узбекистане до сегодняшнего дня не уделяется должное внимание, хотя особенности питания, экология региона, менталитет народа имеет свои особенности. В связи с выше изложенным изучение взаимосвязи патологии слизистой полости рта и ЖДС на наш взгляд является актуальным.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, дефицит железа, слизистая оболочка полости рта.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Облокулов А.Т., Саидмуродова Ж.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. На сегодняшний день одним из самых распространенных заболеваний детского возраста является кариес зубов. В ходе исследования были изучены механизмы действия лечебных прокладок на твердые ткани зубов. Для реализации задач исследования были применены клинические, электрометрические, рентгенологические и статистические методы. Разработанные методы комплексной диагностики зубов с учетом степени формирования корней позволило уменьшить процент ошибок в диагностике и выборе адекватного лечения, что снизило процент осложнений при проведении лечения. Постоянные зубы прорезываются с 5-6-летнего возраста и в эти же сроки зарегистрированы кариозные поражения первых моляров. Наличие глубокой инфицированной полости является сильным раздражителем для пульпы и вызывает в ней существенные изменения, вплоть до развития бессимптомно протекающего хронического воспаления. Клинические формы пульпита развиваются в 17-50% случаев глубокого кариеса, что связано с несовершенством методики дифференциации и лечения, и как исход этого, к 12 годам у 13% детей удаляются первые постоянные моляры, а к 17 годам количество удаленных моляров составляет 64%. Совершенно очевидна необходимость применения при лечении глубокого кариеса в качестве лечебной прокладки более оптимальные и усовершенствованные препараты. Цель исследования. Сравнительная оценка действий препаратов гидрооксида кальция используемых в качестве лечебной прокладки при лечении глубокого кариеса. Материалы и метолы исследования. Было осмотрено 85 школьников в возрасте от 6 до 15 лет. Из них было выделена группа в количестве 45 детей, у которых поставлен диагноз глубокий кариес. Процентное соотношение по полу составляет: девочки 24 (53%), мальчики 21 (47%). Результаты. В исследовании были использованы для лечения глубокого кариеса: «Кальциодонт», «Кальродент», «Кальмецин», «Dycal» с изолирующей прокладкой. Кальрадент - готовая паста, которая применяется в качестве лечебной прокладки при лечении глубокого кариеса под постоянную пломбу, на основе гидроокиси кальция. Кальциодонт - готовая паста на основе гидроокиси кальция. Кальмецин - состоящий из 2-х компонентов: порошка, содержащего гидрат окиси кальция, окись цинка, альбуцид, сухую плазму крови и жидкости, представляющей собой раствор карбоксиметилцеллюлозы. В составе «Dycal»а содержится две готовые пасты (базовая паста и паста катализатор). Рентгеноконтрастный материал на основе гидроксида кальция, прочный, самоотверждаемый. Гидроокиськальций содержащие препараты, при лечении глубокого кариеса постоянных зубов обладают противовоспалительным и одонтотропным действием, стимулируют репаративную функцию пульпы зуба, имеют выраженную щелочную среду (pH=12-14). Клинические результаты в ближайшие и отдаленные сроки были удовлетворительными. В основном пломбы имели хорошее краевое прилегание, все зубы

участвовали в акте жевания. Пломбы восстановлены без замены лечебной прокладки. Осложнений кариеса не выявлено. Исходный показатель электровозбудимости пульпы (ЭВП) был равен 10,3+0,5 мкА при колебаниях у одельных лиц от 6,0 до 13,5 мкА. Достоверное снижение величины ЭВП началось через 15 дней после начала лечения до 9,4+0,6 мкА ($p<0,05$), продолжалось еще 15 дней, достигнув к 1 месяцу наблюдений 7,8+0,6 мкА ($p<0,01$), послечего в течение 1 года стабилизировалось. По отношению к фоновым показателям значение ЭВП снизилось за 1 год на 58,3%, став, в среднем, 6,6+0,5 мкА, достигнув величины, характерной для среднего кариеса в сформированных зубах. Это указывает на реабилитацию пульпы в процессе проведенного лечения. При сравнительной оценке лечения глубокого кариеса в зубах различными препаратами, содержащими гидроокись кальция, получены следующие результаты. Процент осложнений в группе, где для лечения применялся «Dycal» был наименьшим и составил 2,5%. Наибольший процент осложнений выявлено в группе, где лечение глубокого кариеса проводилось препаратом «Кальцидонт» - 11,2%. Несмотря на наибольший процент осложнений, влияние на минерализацию надпульпарного дентина наиболее выражено у препарата « Кальцидонт», а по положительному воздействию на пульпу наиболее активными оказались «Кальмецин» и «Dycal». Полученные нами данные по результатам лечения глубокого кариеса препаратами на основе гидроксида кальция происходит реабилитация пульпы, образуется заместительный дентин засчет ионов кальция а через один месяц после лечения зарегистрированы показатели минерализации дентина дна кариозной полости, характерные для среднего кариеса. Выводы: Для объективной оценки состояния пульпы и твердых тканей зубов у детей необходимо наряду с клиническими методами, использовать комплексную электрометрическую шкалу диагностики. При профилактики и лечения глубокого кариеса препараты гидрокида кальция, показала высокую эффективность, по результатам электрометрических и рентгенологических исследований, оптимизирует регенеративные процессы в надпульпарном дентине после чего образуется стойкий слой вторичного дентина. По данным комплексной электрометрии происходит повышение электрочувствительности пульпы и снижение электропроводимости дентина, что соответствует реабилитации пульпы с восстановлением ее пластической функции и реминерализацией дентина при любом классе кариозной полости.

Ключевые слова: глубокий кариес, лечебные прокладки, гидроксид кальция, электровозбудимость пульпы.

АНАЛИЗ НЁБНО-ГЛОТОЧНОГО СМЫКАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТОМОГРАММЫ

Пулатова Б.Ж., Ризаев Ж.А., Амануллаев Р.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема реабилитации детей с врожденной расщелиной нёба многогранна и сложна. В большинстве случаев оперативное лечение, восстанавливая целостность нёбно-глоточного затвора, не всегда обеспечивает достаточное его функционирование, что может быть связано с неправильным сопоставлением мягкого нёба и глотки. На основании проведенных исследований антропометрический анализ структур состояния небно-глоточной области (НГО) при магнитно-резонансной томографии (МРТ) создает условия для контроля определения недостаточности небно –глоточное недостаточность таких, как укорочение мягкого неба, несоответствие длины мягкого неба, нарушение целостности, атрофии и укорочение длины m.LVP, рубцовые изменения мышцы после препаровки, дефект смыкания небно -глоточное кольцо. Установлено, рекомендовать соответствующий вид хирургического лечения и контролировать эффективность оперативного и логопедического лечения в динамике реабилитации. Анализ данных МРТ детей с ВРН после операции по разработанному методу уранопластики способствует удлинению мягкого неба и восстановлению анатомической структуры нёбно-глоточного мышечного комплекса достоверно лучше, чем сравниваемый способ пластики неба. Целью данной работы явилось исследовать возможность использования МРТ для визуализации структур небно-глоточной области у детей с врожденной расщелиной нёба и оценить эффективность хирургического лечения в поздние сроки после операции в зависимости от способа. Материалы и методы исследования. Для объективной оценки небно-глоточного кольца нами использована МРТ (магнитно-резонансная томография), которая позволяет получать срезы достаточно высокого качества, и дает возможность детализировать структуру и обеспечивать наиболее точные условия его оценки у детей с врожденной расщелиной неба. Обследования проводились на аппарате Magnetom Open/Viva,фирмы «Siemens»(Германия) с напряженностью магнитного поля 0,2Т, который функционирует в отделении рентгенрадиологии 3-й клиники Ташкентской Медицинской академии. Обследованы 45 детей с ВРГН до и через 6 месяцев в восстановительном периоде после операции уранопластики в возрасте от 4 до 7 лет. Группы больных детей были сходными по росту и массе тела, что давало возможность проводить сравнение показателей в обеих группах. Результаты и их обсуждение. Для оценки состояния мышц НГК нами проведена МРТ визуализация небно-глоточной области из 45 детей с врожденной расщелиной неба, проходившим обследование в клинике детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института для проведения оперативного вмешательства. Обследуемый контингент больных в зависимости от степени тяжести и в зависимости от способа операции распределили в зависимости от способа операции все обследованные дети были разделены на 2 группы. I группу составили 11 детей в возрасте 4-6, которым была проведена уранопластика с сужением глоточного кольца по методу Л.Е. Фроловой; II группу составили 34 детей в возрасте 4-6, которым была проведена пластика неба по предложенному нами методу: способ операции уранопластики проводили с минимальным рассечением твердого неба, выкраивания и

ретротранспозиции m levator veli palatine в области мягкого нёба с обеих сторон, с формированием мышечного перешейка на линии сшивания носовой слизистой, сшивания m levator veli palatine по типу« конец в конец», фиксацией сформированного мышечного кольца с мышечным перешейком носовой слизистой и послойном сшивании раны (Патент на полезную модель Республики Узбекистан № 01378). Согласно полученным данным длина и ширина твердого и мягкого нёба, мышцы мягкого нёба у детей с ВРН увеличивались с возрастом и достоверно отличались в возрастной группе 4-6 лет (P<0,05). Дефект твердого неба, измеренный на коронарных срезах у пациентов со сквозной расщелиной губы и неба колебался в области молочных моляров в среднем 14,8±0,5мм, выявив прямую статистически достоверную зависимость от тяжести патологии, r+0,81 (P<0,01).Дефект мягкого неба, выявленный на коронарных срезах, в среднем, в возрасте 4-6 лет составил 14,5±3,1мм. Параметры m. LVP(мышца,поднимающая мягкое нёбо) в зависимости от способа уранопластики после повторного МРТ исследования после операции на небе в 6 месяцев в возрасте 4-6 лет видно, по длине в I группе отличались асимметрией после операции методом Л.Е. Фроловой: длина мягкого неба составила 24,2±0,6мм; угол хода m.LVP справа и слева 58,3±1,3 градусов; общая длина m.LVP мышцы справа и слева в среднем колебалась в пределах 28,4±1,2мм; ширина m.LVP сбоку справа и слева 2,1±0,2мм; ширина по центру m.LVP составляет 2,8±0,2мм. В II группе, которую составили прооперированные дети с врожденной расщелиной неба, в возрасте 4-6 лет, по предлагаемому нами способом с препаровкой m.LVP и ушиванием «конец в конец», созданием мышечного перешейка параметры длины мягкого неба составили 28,8±0,5мм; угол хода m.LVP справа и слева 59,4±1,6 градусов; общая длина m.LVP справа и слева, длина мышцы в среднем колебалась 30,4±1,5мм; ширина m.LVP сбоку справа и слева 2,2±0,2мм; ширина по центру m.LVP составляет 2,9±0,2мм. В контрольной группе параметры угла хода справа и слева не имели значительной разницы и составили в возрасте 4-6 лет 52,4±1,8 градуса; В I группе угол острее, чем в контрольной группе. Намного ближе к норме угол хода m.LVP составляет в II группе больных, которым была проведена уранопластика предложенным способом, он составил 95% от нормы. Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют заключить, что МРТ обеспечивает объективную оценку состояния небно-глоточной области и небно-глоточной недостаточности у детей с расщелиной неба в восстановительном периоде после уранопластики. Объективная визуализация и антропометрический анализ структур состояния небно-глоточной области при МРТ обследовании создает условия для контроля определения недостаточности небно-глоточного области таких, как несоответствие длины мягкого неба, укорочение мягкого неба, нарушение целостности, атрофии и укорочение длины m.LVP, рубцовые изменения мышцы после препаровки, дефект смыкания небно-глоточного кольца. В зависимости от наличия выше перечисленных факторов можно рекомендовать соответствующий вид хирургического лечения и контролировать эффективность оперативного и логопедического лечения в динамике реабилитации.

Ключевые слова: врожденная расщелина нёба; поэтапная реабилитация; нёбно-глоточное кольцо, магнитно-резонансная томография, уранопластика.

ЭТИОПАТОГНЕЗ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОПИИ

Ражабова М.Ш.
Ташкентская медицинская академия.

Актуальность. В данной статье представлен обобщающий обзор литературы, посвященный описанию качества жизни пациентов с миопией. Дана характеристика нарушений рефракции и способов ее лечения. Описан один из ведущих методов коррекции миопии в настоящее время – эксимерлазерная хирургия. Дана подробная характеристика хирургических методов коррекции миопии, а так же очковой коррекции и коррекции контактными линзами. В настоящее время аномалии рефракции (в первую очередь близорукость) являются ведущей патологией органа зрения среди населения активного возраста. Частота их распространения, по данным различных авторов, колеблется в пределах 22-36%. Аспекты профессиональной пригодности чрезвычайно важны, так как аномалии рефракции существенно ограничивают возможность выбора специальности и выполнения профессиональных обязанностей. С каждым годом все больше людей вынуждены прибегать к лазерной коррекции зрения или носить очки и контактные линзы. Число близоруких людей в Восточной Азии заметно возросло. 60 лет назад 10-20% китайского населения страдали близорукостью. Сегодня 90% подростков и молодых людей страдают близорукостью. В Сеуле, столице Южной Кореи, 96,5% 19-летних людей страдают близорукостью. Заболеваемость близорукостью растет и в других странах. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что наличие сложного миопического астигматизма у человека-оператора является значимым фактором риска снижения зрительной работоспособности и профессиональной надежности. Наряду с этим следует подчеркнуть, что в современных условиях производственной деятельности, характеризующихся значительным увеличением объема и интенсивности зрительной нагрузки, важнейшей задачей медицинской направленности является сохранение функционального состояния зрительного анализатора человека на таком уровне, который позволяет осуществлять профессиональную деятельность с требуемыми показателями надежности и качества. Распространенность офтальмопатологии оказывает существенное влияние на показатели здоровья населения, является причиной снижения трудоспособности, а также значительно ухудшает качество жизни. Так, Международные научные группы разработали универсальный инструментарий-опросники качества жизни и провели масштабные исследования этого показателя в разных странах и регионах, среди людей с различными патологиями. Не является исключением и такая важная для повседневной жизни любого человека тема, как состояние органов восприятия и главного из них – зрительного анализатора. В разное время было проведено значительное количество исследований по качеству жизни пациентов с различными офтальмологическими патологиями. Мы использовали как универсальные инструменты для исследования качества жизни, так и специализированные инструменты, предназначенные для детального изучения влияния конкретных глазных заболеваний на различные сферы жизни респондентов. Существует множество причин развития близорукости, но главные из них-это, прежде всего, генетическая предрасположенность. Наличие близорукости у родителей имеет 50% - ный риск

для их детей, а также неблагоприятные условия для глаз: перенапряжение, чрезмерная нагрузка, длительная работа за компьютером, чтение в транспорте, в темноте, плохое освещение рабочего места. Причинами могут быть снижение иммунитета, ослабление организма в результате заболеваний, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания-скарлатина, корь, ангина, грипп. Неправильное питание (недостаток микроэлементов: цинка, меди и др.), изменения на гормональном уровне (беременность), слабость аккомодации, приводящая к растяжению глазного яблока, также могут влиять на развитие близорукости. Различают 3 степени близорукости по силе нарушения: слабая-до 3,0 дптр, средняя-6,0 дптр, высокая-свыше 6,0 дптр. Различают непрогрессирующую и прогрессирующую близорукость. Растяжение заднего сегмента глазного яблока приводит к анатомо-физиологическим изменениям. Происходят изменения в глазном дне. На начальном этапе возникает миопический конус. Затем дистрофия сосудистой и сетчатой оболочек может перейти на всю окружность диска зрительного нерва, образуется ложная задняя стафилома, она может распространиться на желтое пятно и привести к резкому снижению зрения. Существует несколько методов коррекции близорукости. Их можно разделить на временные и постоянные. К первым относятся очки и различные типы контактных линз. Они улучшают зрение, не изменяя анатомически ничего в глазу. Это возможно благодаря дополнительному оптическому воздействию очков или контактных линз на ход световых лучей, попадающих в глаз. Таким образом, наилучшая четкость изображения формируется в нужном месте, то есть на сетчатке. Но их действие временно, потому что, когда вы снимаете очки или контактные линзы, ваше плохое зрение немедленно возвращается. Медикаментозные курсы направлены на предотвращение прогрессирования близорукости. Одним из современных методов коррекции близорукости является лазерная коррекция LASIK, которая позволяет в ряде случаев радикально улучшить качество жизни близорукого человека. Рефракционная хирургия чаще всего проводится людям активного трудоспособного возраста. В связи с высокой распространенностью этого заболевания изучение качества жизни у больных миопией становится все более актуальным. ВОЗ определяет качество жизни как восприятие индивидом своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которой он живет, а также в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивида. Поэтому целью нашей работы явилось изучение показателей КЖ пациентов с миопией во время эксимерлазерной хирургии. На основе планового анализа клинического материала планируется разработать и обосновать наиболее эффективные методы коррекции близорукости, улучшающие качество жизни пациентов.

Ключевые слова: миопия, рефракция, эксимерлазерная хирургия, коррекция миопии, качества жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОЦИТИНА В ПЕРВИЧНОЙ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Рамазанова З.Ф., Камолиддинов М.С., Муралимова Р.С.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Проблема ЧМТ является актуальнойне только для нейрохирургии, но и для различных областей медицины, такие как неврология, реаниматология, офтальмология, рентгенология, организация здравоохранения, нормальная и патологическая анатомия, физиология и др.Значительное количество работ и исследований, посвящены вопросам организации экстренной нейрохирургической помощи, оптимизации и совершенствованию диагностических методов, способов хирургического и консервативного лечения, а также актуальным вопросам реабилитации пострадавших после ЧМТ, многие сторонывданной проблемы остаются все еще недостаточно изученными. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) была и остается одним из частых источников потери человеческих жизней. Травматизм, как причина смерти в развитых странах, следует за сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, при этом по суммарному экономическому и медико-социальному ущербу (временная нетрудоспособность, инвалидизация и смертность) ЧМТ в ряде стран выходит на первое место, так как она чаще возникает у лиц молодого и среднего возраста. Хорошо известно в настоящее время, что каждые 2 секунды в мире происходит ДТП, частота которых увеличивается с каждым годом и 35-40% которых сопровождается ЧМТ. По данным ВОЗ нейротравма–основная причина смерти и инвалидизации в возрасте от 5 до 44 лет (Reportof WHO, 2009). Ведущие причины смертности в мире по возрастам, по данным ВОЗ, 5-14 лет–2 место; 5-29 лет–1 место; 30-44 года – 3 место. Согласно прогнозам ВОЗ–смертность от ДТП, занимающее 9-е место в мире–в 2004 г. составило в общей структуре летальности–2,2%. К 2030 г. подниметсяна 5 местосчастотойдо 4% (Leading causes of death 2004 and 2030 compared WHO). В Республике Узбекистан в среднем за год обращаются более 120 тысяч пострадавших с ЧМТ; 15% из которых–с тяжелой формой травмы ГМ. Продолжает наблюдаться неуклонный рост ЧМТ в среднем на 1,5% в год Из сказанного не трудно понять, что данная проблема исключительно актуальна и является планетарной проблемой, основными характеристиками которой являются высокая частота случаев, летальность, инвалидизация, экономическая стоимость лечения и реабилитации. Все указанное выше послужило поводом выполнения данного исследования, направленного на изучение эффективности препарата «Нейроцитин», относящегося к фармакологической группе «Электролиты в комбинации с цитиколином» (Юрия-фарм). Нами был использован мультимодальный эффект Нейроцитина заключающийся в: стимуляция ресинтеза фосфолипидов клеточной мембраны; репарации и стабилизации мембран митохондрий; участие в синтезе ацетилхолина; усиление активности антиоксидантных систем; предотвращение активации фосфолипазы A_2 и высвобождение арахидоновой кислоты; восстановление калий-натриевой помпы; детоксицирующих свойствах. Цели и задачи: Улучшить результаты лечения больных с ЧМТ. Материалы и методы исследования: В отделениях реанимации клиник ТМА нами обследовано 30 больных с ЧМТ (26-мужчин и 4 женщины), средний возраст которых составил 36,1±3,7 лет. Указанные

пациенты перенесли ДТП.Все больные были разделены нами на 2 группы: контрольная группа, в которую вошли 10 пациентов, получали стандартную дифференцированную терапию указанную выше и исследуемая группа, в состав которой вошли оставшиеся 20, которые помимо указанной терапии получали Нейроцитин в дозировке от 1 до 2 гр. в сутки в/в капельно. С целью выявления эффективности Нейроцитина из данного исследования были исключены умершие. Обе группы были нами рандомизированы по гендерному и возрастному признакам, характеру стандартного обследования и оперативного лечения. Всем пациентам проводили клинико-биохимические исследования, рентгенографию, люмбальную пункцию, магнитно-резонансную томографию (МРТ), компьютерную томографию (КТ), в процессе терапии осуществляли мониторинг показателей артериального давления (АД), среднего артериального давления СрАД, центрального венозного давления (ЦВД), внутричерепного давления(ВЧД), центрального перфузионного давления(ЦПД), глюкозы крови, термометрии и сатурации венозной (югулярной) крови. Изучались сроки выхода больных из комы по шкале Глазго, восстановление ментальных функций, пребывание больных в ОРИТ. Результаты и обсуждение: Оценку результатов эффективности лечения больных указанных двух групп и препарата «Нейроцитин», мы сочли возможным в соотношении полученных нами данных с пороговыми значениями важнейших параметров, изложенных в Рекомендации по ведению пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. Заключение: Исходя из выше сказанного надо полагать, что Нейроцитин (Юрия-фарм) продемонстрировал явное позитивное влияние на важнейшие этапы вторичных изменений в мозговой ткани вызванных ЧМТ, продемонстрировал положительную роль в патогенетической терапии церебральных нарушений вызванных травмой, в связи с чем должен занять свою нишу в лечении указанного контингента больных с тяжелой ЧМТ.

Ключевые слова*:* черепно-мозговая травма, нейроцитин, нейропротекция.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Расулов Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Хирургический метод один из основных эффективных методов лечения болевых синдромов, обусловленных дегенеративными изменениями позвоночника. Первоначально хирургические вмешательства стали выполняться при упорных болевых синдромах, обусловленных патологией межпозвонковых дисков. В последующие годы появилось множество сообщений посвященных патогенезу, диагностике и различным видам консервативного и оперативного лечения пациентов с дегенеративными заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника. При хирургическом лечении больных с данной патологией широко используются методы малоинвазивной хирургии, новые методы визуализации и навигации, различные варианты стабилизации и мобилизации пораженных позвоночных сегментов. Материалы и методы: Под нашим наблюдением в отделении нейрохирургии находились 114 больных с травмами различной степени тяжести грудного и поясничного отделов позвоночника. Возраст больных от 16 до 60 лет. Давность травмы позвоночника от 3-х часов до 5 суток. При распределении больных по полу: мужчин – 76 больных и женщин – 38. По механизму травмы: падение с высоты – 81 больных, автодорожная травма – 33 больных. Результаты: Обследование больных проводилось согласно утвержденному протоколу (осмотр специалистов, рентгенография позвоночника в стандартных проекциях, компьютерная и магнитно-резонансная томография позвоночника). Среди обследованных больных с осложненными травмами позвоночника были 40 больных и неосложненными повреждениями 74 больных. По уровню поврежденного позвоночника: Th 7 – Th 8 – 6 больных, Th 9 – Th 10 – 19 больных, Th 11 – Th 12 – 49 больных, Th12 – L1 – 26 больных, L1 – L2 - 11 больных и L 3 позвонка – 3 больных. Как видно из приведенных данных наибольшее количество больных было с повреждениями переходного отдела позвоночника – 86 больных. По количеству поврежденных позвонков: на уровне 1 позвонка – 87 больных и на уровне 2-х позвонков – 27 больных. По степени компрессии тел позвонков I степень – 36 больных, II степень – 49 больных, III степень – 16 больных и с IV степенью повреждения были – 3 больных. Из общего количества обследованных больных 53 больным было проведено консервативное и 61 больным оперативное лечение. Во время проведения оперативных вмешательств, при ревизии у 9 больных был обнаружен полный анатомический перерыв спинного мозга, в 27 случаях картина гематомиелии и ушиба спинного мозга на уровне повреждения. При повторных обследованиях больных через 3 и 6 месяцев было отмечено удовлетворительное функционирование фиксирующих металлоконструкций, через 1 год у 16 больных обнаружено разболтанность конструкций (в 15 случаях конструкций типа ЦИТО и ХНИИОТ и в 1 случае конструкции для ТФП). Выводы: Таким образом, на основании анализа результатов хирургического лечения больных с травмами позвоночника можно сделать вывод, что наиболее надежная фиксация достигается при использовании конструкции для ТПФ и в этих случаях не требуются повторные оперативные вмешательства.

Ключевые слова: травма позвоночника, осложненные формы, оперативные вмешательства.

НОВАЯ ТАКТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ И ГИДРОМ

Расулов Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Проблема черепномозговой травмы за последние годы приобрела не тольто медицинское, но и социальное значение, в связи с значительной частотой ее во всех континентах мира. Среди летальных исходов (статистика ВОЗ), наступивших вследствие травмы, на долю черепномозговых повреждений приходится 50-70%. В связи с учащением ЧМТ, естественно, участились и осложнения, сопровождающие травму. Среди них особое место занимают внутричерепные гематомы, которые по данным различных авторов составляют от 4 до 8% всех черепномозговых ¡повреждений. Следовательно, ежегодно у десятков тысяч людей после ЧМТ развивается эта тяжелая патология, трёбующая своевременной топографически-нозологической диагностики и неотложного оперативного вмешательства. Таким образом, актуальность темы прежде всего обусловливается значительной частотой внутричерепных гематом. Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с внутричерепными гематомами. Материал и методы: Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении находились 165 больных с внутричерепными гематомами и гидромами. Из общего количества больных 103 (62,4%) проведены хирургические вмешательства традиционным способом (декомпрессивная трепанация черепа) и 62 (60,1%) больным малоинвазивным методом. Среди обследованных больных мужчин – 47 (75,8%), женщин – 15 (24,1%). Возраст больных от 18 до 65 лет. По механизму полученной травмы: дорожно-транспортные проишествия – 43 (69,3%), бытовая травма – 19 (30,6%) случаев. Результаты и их обсуждение: В наших случаях полное удаление эпидуральных гематом отмечено у 26 (41,9%) больных, в 3-х (4,8%) случаях отмечено повторное скопление гематомы. В этих случаях производили повторные оперативные вмешательства. Во всех 33 (53,2%) случаях субдуральных гематом и гидром повторного скопления не отмечалось, что верифицировано по данным контрольных КТ и МРТ исследований. При поступлении больных в стационар наряду с клинико-неврологическими методами обследования проведены современные КТ и МРТ исследования черепа и головного мозга. По результатам КТ и МРТ исследования у 43 (69,3%) больных выявлены линейные и у 5 (8,0%) больных вдавленные переломы костей свода черепа. Наиболее часто линии перелома и гематомы располагались в теменно- височной и лобных области, в затылочной реже. Эпидуральные гематомы обнаружены у 29 (46,7%), субдуральные гематомы и гидромы у 33 (53,2%) больных. По объему гематомы и гидромы были в пределах от 35 см3 до 80 см3. Проведение малоинвазивного метода удаления гематом и гидром заключался в наложении 2-х, 3-х расширенных трефинационных отверстий диаметром до 1 – 2 см. В случаях эпидуральных гематом через наложенные трефинационные отверстия производили удаление путем отсасывания при помощи электроотсоса и вымывания остатков гематомы. При наличии

субдуральных гематом и гидром удаление производили путем пункции ТМО, в последующем с целью удостоверения полного удаления проводилась крестообразное вскрытие на участке костного дефекта. Оперативное вмешательство завершалось дренированием субдурального пространства. В послеоперационном периоде проводили контрольное КТ исследование на 2-е, 3-е сутки, отсутствие повторного скопления жидкости являлось показанием к удалению дренажной трубки. Вывод. Используя разработанные нами методы, удается в более ранние сроки диагностировать налиие внутричерепной гематомы и оказать пострадавшему своевременную помощь. Чрезвычайно важным является детальный анализ клинической симтоматики и течения заболевания у пострадавших с внутричерепными гематомами в сочетании с тяжелыми ушибами мозга, позволяющий своевременно выявить возможные осложнения и резко снизать их частоту за последние годы. Разработання и применяемая в клинике новая тактика, обеспечивает полную эвакуацию крови из полости гематомы, обеспечивает выздоровление больного и исключает необходимость повторной операции. Новые хирургические приемы удаления гематомы, предложенные диссертантом, обеспечивают восстановление анатомической целостности черепа, тем самым устраняют необходимость, повторной реконструктивной операции «а. костях черепа.

Ключевые слова: больные, внутричерепные гематомы, удаления гематомы, реконструктивная операция.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Рахманов К.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд.

В свете изложенного актуальным представляется уточнение вопросов, касающихся морфологических модификаций эхинококкоза. Какая форма существования паразита наиболее агрессивна и приводит к множественным формам поражения органов? При какой морфологической модификации следует более всего опасаться рецидива заболевания? Влияют ли эти морфологические формы на хирургическую тактику? Эти вопросы послужили поводом для нашей исследовательской работы. Цель работы: поиск путей оптимизации диагностических и лечебных мероприятий у больных с эхинококкозом печени с учётом морфологических форм паразитарных кист. Материалы и методы исследования. Исследование основано на изучении результатов применения различных вариантов оперативных вмешательств при лечении 305 больных с эхинококкозом печени. Все пациенты за последние 10 лет (2009-2019) прошли лечение во II клинике СамМИ. Проведено морфологическое исследование хитиновых оболочек эхинококковых кист печени, удаленных во время оперативного вмешательства, для изучения их структуры в зависимости от стадии жизнедеятельности паразита. Нами установлено, что echinococcus veterenorum имелся у 150 (49,2%) больных, echinococcus hominis у 109 (35,7%) больных, echinococcus acephalocysticus у 35 (11,5%) больных и ассоциация echinococcus hominis + echinococcus veterinorum было отмечено у 11 (3,6%) пациентов. Для определения морфологических модификаций эхинококкоза нами проведен анализ результатов инструментальных методов исследования (УЗИ КТ) и изучен операционный материал. Каждая из указанных морфологических модификаций эхинококкоза печени характеризуется специфичностью развития, инвазивностью, а также различным прогнозом результатов хирургического лечения и реабилитации. Знание особенностей и дооперационная диагностика морфологических модификаций эхинококкоза печени дает клиницисту информацию, которая оказывает существенное значение при планировании оперативного вмешательства и дальнейшей реабилитации пациентов. Результаты исследования. При изучении отдаленных результатов спустя 3, 6 месяцев и 1 год после радикального оперативного вмешательства, основное внимание было сосредоточено на тех сведениях, которые позволяют оценить тактику хирургического лечения рецидивного эхинококкоза легких. Неудовлетворительные результаты имели место у 17 из 236 наблюдавшихся больных в отдаленном периоде (77,4%). У 7 больных рецидив эхинококкоза в легких и эхинококкоз печени в отдаленном послеоперационном периоде было обусловлено диссеминацией эхинококкового процесса, у больных оперированных по поводу осложненного эхинококкоза прорыва в брюшную полость и желчные протоки. У 10 больных рецидив эхинококкоза наблюдали у больных отказавшихся от химиотерапии в послеоперационном периоде. Таким образом в профилактике рецидива эхинококкоза, важен правильный выбор способа операции в зависимости от характера осложнения и вида поражения органов паразитарным процессом. Выводы: Результаты хирургического лечения эхинококковых кист печени во многом зависят от дифференцированного подхода к выбору адекватного способа оперативного лечения, учета морфологической формы эхинококковой кисты и соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности. В отдаленном периоде рецидив эхинококкоза наблюдали у 2,9% больных оперированных по поводу осложненного эхинококкоза, а также у 4,2% больных отказавшихся от химиотерапии в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, морфологические формы, паразитарные кисты.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ризаев Ж.А., Рахимова Д.А., Жумаев С.Ю., Олимжонов К.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .
Ташкентский государственный Стоматологический институт,
ГУ «РСНПМЦ ТиМР»

Актуальность Клинические особенности течения генерализованного пародонтита позволяет разработать патогенетически обоснованную комплексную терапию больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне хронической обструктивной болезни легких. Цель исследования: Изучение клинико-иммунологических особенностей течения генерализованного пародонтита, сочетанного с хронической обструктивной болезнью легких и совершенствование комплексного лечения. Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач обследованы 52 больных с хроническим генерализованным пародонтитом(ХГП) легкой и средней степени тяжести в возрасте от 24 до 50 лет, которых разделили на 2 группы: 1-ую группу составили 100 больных ХГП (58 - легкой и 42 - средней степени тяжести) в сочетании с ХОБЛ; 2-ую группу - 24 больных ХГП (12 - легкой и 12 - средней степени тяжести) без установленной патологии внутренних органов. Результаты. Выявлены изменения со стороны гуморального иммунитета при сопутствующей патологии бронхов у больных со средней степенью тяжести пародонтита. Это позволяет разработать патогенетически обоснованную комплексную терапию больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне хронической обструктивной болезни легких. Его первым этапом было назначение индивидуального гигиенического режима полости рта, предусматривающего двукратную чистку зубов после еды (утром и вечером), с последующим контролем за степенью очищения зубов от зубного налета с помощью эритрозина красного, при этом, индивидуально подбирались зубная щетка и паста. Местная терапия включала устранение травмирующих факторов в полости рта: на зубных отложений, дефектов пломб, неполноценных протезов. Назначалась антибактериальная, противовоспалительная терапия (полоскание полости рта 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, аппликации ромазуланом), применялись лечебные повязки с гепариновой мазью при помощи альгинатных материалов. При наличии кариозных полостей производили лечение зубов. Выводы. 1. Выявлены параллельные изменения со стороны гуморального иммунитета у больных со средней степенью тяжести пародонтита при сопутствующей патологии бронхов. 2**.** Разработанная патогенетически обоснованная комплексная терапия больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне хронической обструктивной болезни легких, позволит повысить эффективность лечебных мероприятий, пролонгированию лечебного эффекта и нормализации имеющихся у больных нарушений системного и местного иммунитета.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, клинико-иммунологические особенности, хроническая обструктивная болезнь легких, комплексное лечение.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ

Ризаев Ж.А., Хазратов А.И.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Исторически развитие мукозитов связывалось с непосредственным цитотоксическим действием химиопрепаратов или лучевой терапии не только на опухолевые клетки, но и на быстро делящиеся нормальные клетки. В полости рта обычно он проявляется воспалением и изъязвлением слизистой оболочки и подслизистого слоя. Было доказано, что еще до развития каких-либо клинических проявлений мукозитов первые морфологические изменения выявляются в подслизистом слое. Частота патологии слизистой оболочки полости рта у онкологических больных достигает 90% (Бочкарева О.П. 2013, Авенесов А.М. 2018). Цель исследования – сравнительный анализ изменений микрофлоры полости рта у больных раком толстой кишки (РТК) и выделение индикаторных микроорганизмов дисбиотических изменений при РТК с учетом функциональной активности бактерий. Материал и методы исследование Проанализирован в группы больных включались пациентки с морфологически подтвержденным диагнозом рака толстой кишки, находившиеся на лечении в отделении химиотерапии. В качестве исследуемого материала использовали мазки со слизистой оболочки полости рта. В работе применялся бактериологический анализ. Группу сравнения составили люди без онкологической патологии. Результаты и обсуждение Анализ полученных данных показал, что у больных РТК обнаружены дисбиотические сдвиги различной степени выраженности, характеризующиеся уменьшением нормофлоры и заселением условно-патогенными бактериями. Аналогичные сдвиги наблюдались в изменении микрофлоры полости рта. При этом установлена корреляционная зависимость между показателями микробного статуса исследуемых биотопов. Наиболее показательными микроорганизмами дисбаланса микрофлоры полости рта можно считать лактобактерии, стрептококки, грибок Candida, стафилококки. Анализ частоты высеваемости бактерий из исследуемых биотопов подтверждает, что нет необходимости определять весь спектр микробного состава полости рта. Наиболее показательными (индикаторными) микроорганизмами как в полости рта являются молочнокислые бактерии, стрептококки, стафилококки и Candida. При этом у больных РТК обнаруживается следующая закономерность: снижение высеваемости стрептококков и лактобактерий и увеличение частоты встречаемости стафилококков и грибка Candida, что указывает на дисбаланс микрофлоры. Таким образом, результаты исследования позволяют рекомендовать полость рта в качестве биотопа для оценки микроэкологических нарушений в организме онкологических больных, что повысит доступность и достоверность бактериологического метода. Выделение набора индикаторных микроорганизмов (молочнокислых бактерий, стрептококков, стафилококков и Candida) из общего микробного числа ротовой полости даст возможность упростить и ускорить диагностику дисбиозов у больного. Для более точного и достоверного установления состояния дисбактериоза необходимы исследования функциональных свойств выделенных штаммов бактерий.

Ключевые слова: микрофлора полости рта, больные раком толстой кишки, бактерии.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА

Ризаев Ж.А., Рахимова Д.А., Жумаев С.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .
Ташкентский государственный стоматологический институт,
ГУ «РСНПМЦ ТиМР»

Актуальность. В основе улучшения и оптимизации подхода к оценке стоматологического здоровья лежит принцип целостности организма. Комплексный анализ сочетанной патологии органов полости рта и внутренних органов позволяет получить представление о сущности происхождения многих зависимых от соматического состояния заболеваний полости рта. Цель исследования. Изучить стоматологическое здоровье и влияние хронической обструктивной болезни легких на состояние полости рта. Материал и методы исследования. Нами было проведено изучение стоматологического здоровья у 20 больных с ХОБЛ. Всем больным проведен первичный стоматологический осмотр. Среди обследованных больных у 18 (90%) больных на слизистых оболочках полости рта были диагностированы катаральный гингивит и стоматит, у 4 (20%) больных были язвенно-некротические поражения. У 18(90%) больных имели место поражение зубов в виде кариеса и его осложнении. Результаты исследования. Развитие и прогрессирование ХОБЛ сопряжено с нарушением трофики, микроциркуляции и биоценоза тканей полости рта. Кроме того, развитие заболевания приводит к быстрому прогрессированию дистрофических явлений в костной части пародонта, что вызывает нарушение прикрепления зубов и нередко приводит к развитию вторичной адентии на фоне заболевании пародонта. Вывод. Учитывая взаимное отягощающее влияния очагов хронической инфекции в полости рта и заболеваний органов дыхания, а также зависимость состояния стоматологического здоровья от степени тяжести ХОБЛ, комплексное лечение таких больных должно проводиться с учетом стандартов терапии ХОБЛ и алгоритма оказания стоматологической помощи.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, стоматологический осмотр, состояние полости рта.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Рустамов И.М.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Ятрогенные повреждения и стриктуры - наиболее сложное поражение внепеченочных желчных протоков (ВЖП), которое для многих больных становится началом длительной трагедии. Рубцовые стриктуры желчных протоков более чем в 90% случаев имеют ятрогенный характер и в настоящее время становятся не только медицинской, но и социально значимой проблемой. Следовательно, анализ накопленного опыта в хирургическом лечении рубцовых стриктур желчевыводящих протоков в результате ятрогенных повреждений является актуальным. Цель исследования: улучшить результатов хирургического лечения больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами желчных протоков. Материал и методы. За последние 10 лет в отделение хирургии поступили 22 пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков. Всем пациентам ранее выполнялась лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого или хронического калькулезного холецистита с развитием ятрогенных повреждений. У 7 из данных пациентов было диагностировано иссечение протока, у 2 – пересечение протока, у 8 – краевое повреждение протока, у 5 – клипирование протока. Данным пациентам в ранние сроки (до 2 нед) выполнены восстановительные операции, такие как наложение билиобилиарного анастомоза при пересечении или иссечении участка протока, ушивание протока на Т-образном дренаже. Однако у всех 22 пациентов с ятрогенным повреждением желчновыводящих протоков, поступивших в клинику после ранее выполненных восстановительных операций, диагностировано развитие рубцовых стриктур желчных протоков. Результаты. 14 (72,2%) пациентов были госпитализированы в клинику в сроки от 2 до 9 мес. от момента клинических проявлений; 4 (16,6%) пациента - в сроки от 1-3 лет; 4 (11,2%) пациента - сразу после появления клинических симптомов. При обследовании на фоне рубцовых стриктур у 7 пациентов выявлена механическая желтуха; у 13 - острый холангит; у 2 - билиарный сепсис. Наша тактика лечения заключалась в том, что первым этапом этим пациентам выполнялась декомпрессия билиарного тракта – чрескожно - чреспечёночное холангиодренирование. Параллельно с этим проводилась антибактериальная и дезинтоксикационная терапия: пациентам с механической желтухой и острым холангитом - в условиях хирургического отделения, пациентам с билиарным сепсисом - в условиях реанимационного отделения. Препаратами выбора антибактериальной терапии при остром холангите были цефалоспорины III поколения, при билиарном сепсисе - цефалоспорины IV поколения или цефтриаксон. После купирования симптомов интоксикации всем пациентам были выполнены реконструктивные операции. Во время операции выявлено, что у 18 из 22 пациентов стриктура локализовалась в воротах печени. У остальных были низкие стриктуры. От этого зависел выбор анастомоза - при типе стриктуры «+2» и «+1» накладывался гепатикоеюноанастомоз на сменных транспеченочных дренажах, при общем печеночном протоке <1 см накладывался бигепатикоеюноанастомоз на сменных транспеченочных дренажах. Бигепатикоеюноанастомозы на сменных транспеченочных дренажах были наложены 13 пациентам; гепатикоеюноанастомоз на сменных транспеченочных дренажах - 4 пациентам; гепатикоеюноанастомоз на Y-образном дренаже - 3 пациенту. Выводы. Определяющим фактором, влияющим на выбор вида хирургического лечения, является тип стриктуры. 2. Наиболее частым типом рубцовых стриктур желчных протоков в результате ятрогенных повреждений являются высокие стриктуры. 3. Операцией выбора при высоких стриктурах желчных протоков является наложение билиодигестивных анастомозов на сменных транспеченочных дренажах.

Ключевые слова: холецистэктомия, посттравматические рубцовые стриктуры желчных протоков, анастомоз, транспеченочные дренажы.

БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТВИТЛАРНИ КОРНЕГЕЛ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ

Сабиров О.М., Усманова Т.Ж., Жалолиддинов Д.Л.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзараблиги. Офтальмологиянинг жадал ривожланиб бориши кузнинг турли хилдаги сурункали ва юкумли касалликларини анъанавий усулларда даволашда кўпгина мувоффакиятларга эрищмокда. Бактериал конъюктивит кейинги вактларда жуда кўп таркалиб, кўпрок болаларда, касаллик узок давом этиши ва тез юкиши билан характерланади. Касалликни унча узок давом этмайди. Яллиғланиш асосан стафилакокк, стрептакокк, микобактериялар таъсири остида пайдо булади. Яллиғланиш холатини юзага келишида микробиологик омилни устиворлиги инобатга олиниб, бактерияга карши ва бактерияга карши дори воситаларига алохида эътибор берилади. Маълумки бактерияга карши дори воситаларини нафакат бактерияга балки яллиғланишга карши самараси бор. Олиб борилган кузатишлардан максад даволаш жараёнида бемор кўзидаги бактериал конъюктвитни корнегелини кўллаш натижаларини кузатиш. Материал ва услублар. Шифохонада 6 ой давомида 87 амбулатор бемор бактериал конъюктвит билан курикдан утган ва назоратга олинган. Беморлар 2 гурухга бўлиб даволанди. 1 гурухдаги 37 та бемор бактериал конъюктвитни анъанавий даволаш усуллари билан ва иккинчи гурухдаги 50 та беморга корнегел препарати билан даволанди. Биринчи гурухдаги беморларда касаллик 10- 15 кун давом этди, иккинчи гурухдаги беморларда касаллик 6-8 кун давом этди. Натижа олинган кўрсаткичлар тахлили иккала гурухда хам касалликни чакирувчиси турли хил бактериялар, касалликни клиник кечиши бир хил, лекин даволаниш давомидаги натижа хар хил. 1. Биринчи гурухдаги 37 та бактериал конъюктвит билан оғриган беморни анъанавий дори воситалари билан даволанди. Ўртача даволаниш 10-15 кунни ташкил этди. 2. Иккинчи гурухдаги 50 та бактериал конъюктвит билан оғриган беморни корнегел препарати билан даволанди. Ўртача даволаниш 6-8 кунни ташкил этди. Кўриш ўткирлиги 1,0. Мухокама. Клиник кузатувлар шуни курсатдики, турли хилдаги кuздаги вирусларга карши тез ва самарали даволаш учун корнегелни тавсия этиш касалликни узок давом этиши ва асоратларни олдини олади. Хулоса. 1. Бактериал конъюктвитларда корнегел препаратини кўллаш кўзда оддий мухитни яратишга имкон беради. 2. Корнегел препарати кўздаги иммунитетни кучайтиради ва эпителизацияни яхшилайди, иккиламчи яллиғланишни олдини олади.

Калит сўзлар: бактериал конъюктивит, иммунитет, яллиғланиш

ИНТЕНСИВНОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ В РАННЕМ СМЕННОМ ПРИКУСЕ

Саидмуродова Ж.Б., Облокулов А.Т., Олимов С.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Актуальность. С целью определение интенсивность и распространенность кариозного процесса у детей в раннем сменном прикусе у школьников г. Самарканда, проведено эпидемиологическое обследование в общеобразовательных школах были осмотрены школьники 6-9 лет согласно критериям, предложенным экспертами ВОЗ. Авторами проведенный анализ показал, что широкое внедрение профилактических мер является важнейшим условием решения существующих стоматологических проблем и первым реальным шагом должно стать внедрение регионально ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний для детского населения. Кариес зубов продолжают относиться к числу социально значимых болезней во многих странах мира. Низкий уровень стоматологического здоровья у детей и взрослых - одна из причин влияющих на ухудшение соматического, физического, психологического и репродуктивного здоровья населения. Однако, в ряде экономически благополучных стран, благодаря разработке и внедрению программ профилактики наблюдается тенденция к снижению интенсивности кариеса. В условиях реформирования экономики страны, недофинансирования бюджетного здравоохранения, внедрение регионально ориентированных программ профилактики позволит с меньшими затратами снизить стоматологическую заболеваемость. Разработке эффективных, максимально адаптированных к условиям регионов профилактических программ, должно предшествовать стоматологическое эпидемиологическое обследование населения с использованием единых критериев ВОЗ. Материалы и методы. Нами проведено обследование 113 детей в возрасте 6-9 лет в школах Самаркандской области. Результаты. При обследовании выявлено, что распространенность кариозного процесса у детей в этом возрасте составляет в среднем 53,8%. При этом в возрасте 6 лет распространенность кариеса равнялась 11,1%, в возрасте 7 лет - 65,2%, в возрасте 8 лет - 68,2%, в возрасте 9 лет распространенность кариеса составила 71,1% ($r=0,68$; $p<0,001$). Из приведенных данных видно, что наибольший прирост распространенности кариеса приходится на возраст с 6 до 7 лет. Интенсивность кариозного процесса в постоянных зубах у детей в раннем сменном прикусе в среднем составила 2,45±0,13. При этом у детей в 6 лет интенсивность кариозного процесса была равна 0,63±0,04. У детей 7-летнего возраста интенсивность кариеса постоянных зубов составила 2,27±0,09, в возрасте 8 лет - 2,67±0,04, в группе 9-летних детей - 3,43±0,15. Кариозные полости у детей 6-9 лет чаще всего локализовались в пришеечной и окклюзионной областях моляров в естественных ямках и фиссурах, были зарегистрированы кариозные очаги в виде меловидных пятен на аппроксимальных и пришеечных поверхностях резцов. В возрастном диапазоне от 6 до 9 лет поражаемость моляров кариесом остается на примерно одинаковом уровне ($p>0,01$). Характерной особенностью топографии кариозных полостей у детей в раннем сменном прикусе является их локализация на молярах. Доля детей, имеющих кариозные полости в четырех молярах, составила 40,11% от общего числа осмотренных детей. Выводы. Данная закономерность показывает, что в период раннего сменного прикуса и в течение периода третичной минерализации зубов имеется высокая степень поражаемости кариесом моляров, что обусловлено определенными патогенетическими механизмами.

Ключевые слова: кариес, профилактика, распространенность, интенсивность, детей прикус.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Сайдуллаев З.Я.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. По данным большинства исследователей, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают практически каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Неутешительные результаты консервативного лечения ЖКБ (лекарственное растворение, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия и др.) определили рост оперативной активности. Хирургический метод лечения, являясь патогенетически обоснованным, сохраняет свои лидирующие позиции. Операция удаления желчного пузыря - холецистэктомия - в настоящее время рассматривается как операция выбора при воспалительных и других заболевания желчного пузыря. Целью нашего исследования явилось: улучшение результатов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом, путем объективизации методов оценки тяжести состояния больных, выбора адекватного доступа и усовершенствования способа оперативного вмешательства. Материал и методы исследования. Нами проведен анализ у 4037 пациентов оперированных в клинике Самаркандского медицинского института за период 2008-2019 годов. Конверсия минидоступа в традиционное пособие потребовалась в 84 (2,08%). Таким образом, 3953 операции при остром холецистите завершены холецистэктомией из мини-доступа. В нашем исследовании среднее время операции при остром калькулезном холецистите составило 56,41±7,3 минуты в случае выполнения холецистэктомии из традиционного широкого доступа. Продолжительность холецистэктомии из минидоступа при остром калькулезном холецистите в среднем составила 61,21±9,7 минуты. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа, были связаны с инфильтративно - спаечными изменениями в подпеченочном пространстве у 47 пациентов (1,16%), с синдромом Мириззи 19 (0,47%) и склероатрофическими изменениями желчного пузыря и его интрапеченочным расположением у 18 пациентов (0,44%). Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 7 наблюдениях (0,17%) при остром холецистите. Во всех 7 наблюдениях во время операции по поводу острого калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершенных по методике МЛХЭ вмешательств развились у 40 наблюдений (0,99%) в группе пациентов с острым холециститом. Общесоматические осложнения отмечены у 12 пациентов (0,29%). Послеоперационные осложнения, связанные с зоной операции, представлены 28 наблюдением (0,69%). В 18 наблюдениях была выполнена релапаротомия: у 7 пациентов с повторным лигированием культи пузырного протока, у 6 пациентов с остановкой внутрибрюшного кровотечения прошиванием ложа пузыря, у 2 пациента вскрытие и дренирование гематомы подпеченочного пространства и у 3 пациента с формированием холедохоэнтероанас-томоза в связи с ятрогенным повреждением холедоха. Для лечения подпеченочных гематом и абсцессов прибегли к дренированию гнойных очагов под контролем УЗ с выраженным положительным эффектом - у 5 пациентов. Так в 3 наблюдениях под контролем УЗ был дренирован абсцесс подпеченочного пространства, в 2 наблюдениях дренирование под контролем УЗ было выполнено в связи с гематомой подпеченочного пространства, в 2 наблюдении был дренирован абсцесс сальниковой сумки. Исходя из

вышеуказанных данных, наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений при остром калькулезном холецистите отмечается в группе пациентов с применением МЛХЭ и составляет 1,87% от числа операций, выполненных с применением этой методики. Частота осложнений при выполнении операции из лапароскопического доступа при остром холецистите в нашем исследовании составила 2,79%. Таким образом, результаты лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа сопоставимы и существенно лучше, чем при ТХЭ. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию и традиционного широкого доступа. Частота осложнений у пациентов с острым холециститом в этой группе составила 9,43%. На течение раннего послеоперационного периода большое влияние оказывает характер заболевания и вид хирургического вмешательства. Малоинвазивные вмешательства при ЖКБ выполняются с минимальной травмой для больного. Течение раннего послеоперационного периода после мини-инвазивных операций (МЛХЭ) в большинстве случаев было гладким. Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке позволяло провести раннюю активизацию при минимальных усилиях со стороны больного. Больные были активны с первых суток после операции. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из мини-доступа, средний койко-день составил 4,4±0,3 дня. Несколько иная картина наблюдается после традиционной холецистэктомии. Пациенты позже начинают подниматься с постели. Кроме того, активизация в этом случае в значительной степени зависит от возраста больного и сопутствующих заболеваний. Чем старше больной, чем больше избыточная масса тела, тем дольше он не может подняться и начать двигаться. Создаются благоприятные условия для проявления сопутствующих заболеваний, связанных с гиподинамией, таких как хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ). Увеличивается вероятность присоединения инфекции. Нарушаются физиологические функции организма, появляются запоры. Период реабилитации затягивается. В нашем исследовании средний послеоперационный койко-день у пациентов после ТХЭ составил 9,12±0,7 дня. Проведенное исследование непосредственных и отдаленных результатов холецистэктомии в зависимости от способа операции показало, что: - переход от методики традиционной холецистэктомии к малоинвазивным технологиям, особенно операции из минидоступа, позволил существенно снизить частоту осложнений; - течение раннего послеоперационного периода при выполнении операции с применением малоинвазивных методик характеризуется малой выраженностью болевого синдрома, позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток; - применение мини-инвазивных методик позволило существенно снизить продолжительность послеоперационного койко-дня; - качество жизни пациентов после холецистэктомии с применением малоинвазивных методик выше, чем у пациентов, перенесших операцию из традиционного доступа.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит, холецистэктомия, минидоступ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗРАБОТАННОЙ КОНСТРУКЦИИ ЗУБНОГО ИМПЛАНТАНТА С ЗАМКОВЫМ КРЕПЛЕНИЕМ

Салимов О.Р., Акбаров А.Н., Хабилов Н.Л.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. В настоящее время имплантаты выполняют в виде одного винтового элемента, в котором внутрикостная и внекостная части представляют собой участки цельного винта, а также из двух частей в виде соединенных друг с другом отдельных винтовых элементов, один из которых выполняет роль внутрикостной части, другой внекостной части. Коллективом кафедры госпитальной и факультетской ортопедической стоматологии создан отечественный зубной имплантат, выполненный в виде винта содержит внутрикостную часть в виде стержневого участка с резьбой и участок с гладкой поверхностью, внекостную часть для коронки со стороны участка с гладкой поверхностью внутрикостной части, при этом внекостная часть выполнена в форме прямоугольного параллелепипеда, который соединен с винтом с шаровидной головкой. Внутрикостная и внекостная части выполнены как одно целое. Целью исследования является разработка конструкции отечественного зубного имплантанта с замковым креплением-аттачментом. Материалы и методы исследования. Для решения поставленных нами задач применялись инженерно-конструкторские, экспериментальные, статистические методы. В условиях учебно-клинической базы кафедры факультетской и госпитальной ортопедической стоматологии и экспериментальной базы Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В. Вахидова (РСЦХ им.акад. В. Вахидова) и отдела клеточных технологий научно-исследовательской лаборатории Ташкентской Медицинской Академии (НИЛ ТМА) проведены экспериментально - морфологические исследования зубного имплантата «Implant.uz» на предмет его биологической активности. Эксперименты проводились в строгом соответствии с Международными этическими и научными стандартами качества планирования и проведения исследований на животных ТПК 125-2008 (02040). Данные исследования одобрены Комитетом по этике МЗ РУз (протокол № 7 заседания Комитета по этике Министерства Здравоохранения Республики Узбекистана от 6 ноября 2014 года). В опыте использовались 36 беспородных собак различных полов с массой тела 30-35 кг с нормальным (ножницеобразным) прикусом в возрасте 1.5-3 года, которые содержались в условиях вивария в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 10993-2 «Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий. Часть 2. Требования к обращению с животными». Наблюдение за общим состоянием и поведением животных велось в течение 14 дней до начала эксперимента и в сроки 1,3,6 месяцев. Экспериментальным животным проводилась операция по установке зубного имплантата на верхней и нижней челюстях в области отсутствующих зубов. С данной целью экспериментальные животные были разделены на 3 группы по 12 особей в каждой: в 1 контрольной группе - проводилась операция по моделированию несквозного костного дефекта в области отсутствующего зуба. После препарирования костного ложа зубной имплантат не устанавливался, десна плотно ушивалась, во 2 контрольной группе – установлен зубной имплантат фирмы “Dentium” (Южная Корея), в основной (опытной) группе - установлен отечественный зубной имплантат «Implant.uz» возрасте от 35 до 60 лет с сопутствующими заболеваниями. Результаты и их обсуждение. В качестве технических результатов предложенной конструкции поставленная задача решается тем что, в зубном имплантате с аттачментом, выполненном в виде винта. Содержащем внутрикостную часть в виде стержневого участка с резьбой и участка с гладкой поверхностью и внекостную часть для коронки со стороны участка с гладкой поверхностью внутрикостной части, при этом

внутрикостная и внекостная части выполнены за одно целое, внекостная часть выполнена в форме прямоугольного параллелепипеда, который соединен с винтом с шаровидной головкой, которая является элементом аттачмента. С целью совершенствования конструкции частичного съемного протеза с замковой фиксацией, нами предложена собственная конструкция зубного имплантанта (патент Республики Узбекистан на полезную модель FAP №01100). Шаровая головка имплантата и фиксатор образуют аттачмент, при этом фиксатор выполнен в виде цилиндрического колпачка, внутри которого размещен резиновый элемент с прорезью, обеспечивающей возможность фиксирования шаровой головки. Такая конструктивная особенность позволяет закрепить имплантат без применения стоматологического цемента и обеспечивает удобство при установке специалисту, а при использовании съемных протезов - пациенту. Имплантат выполнен монолитным, при этом внутрикостная (апикальная) часть и внекостная часть для коронки (абатмент), представляют собой отдельные участки цельного винта, снабженного съемным винтом с шаровой головкой. Такой имплантат используется при одноэтапной имплантации. Сочетание в одной вне костной части указанного имплантата двух функций (заглушки и формирователя десны) упрощает и ускоряет процесс лечения, так как отсутствует необходимость в проведении второго оперативного вмешательства для удаления заглушки и установки формирователя, что ведет к снижению стоимости лечения. Выполнение шаровой головки съемной позволяет производить ее замену в случае износа или повреждения. Изучение биохимических показателей крови до операции а так же, в различные сроки после установки отечественного дентального имплантанта из титана показали, что показатели АЛТ, АСТ и билирубин достоверно не изменяются. Активность АЛТ составляла до операции 33,3 ммоль/л, через 1 месяц после операции 30,7 ммоль/л и через 3 месяца 31,6 ммоль/л соответственно. АСТ составляла до операции 17,6 ммоль/л, через 1 месяц после операции 15,3 ммол/л и через 3 месяца 16,2 ммоль/л, соответственно. Общий билирубин до операции 8,71 ммоль/л, через 1 месяц после операции 8,35 ммол/л и через 3 месяца 8,5 ммоль/л, соответственно. Через 3 месяца после операции все параметры сходятся с показателями контрольной группы. Результаты экспериментальных исследований показывают, что имплантация отечественного дентального имплантата из титана в организм не сопровождается изменениями показателей красной и белой крови, и биохимических показателей. Проведенные иммунологические исследования крови у основной группы животных на 7-е сутки показали статистически достоверное увеличение IgA 1,37±0,32 г/л, (0,66±0,29 г/л у животных контрольной группы). Начиная с 14 суток и в последующие сроки исследования (на 28 сутки, через 3 месяцев после операции) каких-либо достоверных изменений иммуноглобулинов крови не наблюдалось, за исключением IgE (на 14-е, 28-е сутки и через 3 месяца после операции). Результаты экспериментальных исследований показывают, что имплантация отечественного дентального имплантата из титана в организм экспериментальных животных не сопровождается изменениями показателей красной и белой крови, биохимических показателей. Выводы: Таким образом, полученные данные позволяют заключить: 1. Разработанный зубной имплантат, имплантированный в челюстные кости экспериментальных животных, не вызывал морфологических изменений в их организме, что позволяет рекомендовать его для проведения клинических исследований; 2. Проведенные исследования позволяют рекомендовать внедрение разработанного отечественного дентального имплантата в практику хирургической и ортопедической стоматологии.

Ключевые слова: отечественный зубной имплантант; замковое крепление; аттачменты; протезирование на имплантантах.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОФАРИНГИТА

Сафарова Н.И., Лутфуллаев У.Л., Турсунов Ш.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Несмотря на то, что диагностике и лечению хронического ринофарингита посвящены многочисленные научные труды, нет единого мнения по поводу лечения данной патологии с учетом клинико-иммунологических параметров. В связи с чем особую актуальность приобретает изучение клинического течения ринофарингитов, выявление связи между воспалением слизистой оболочки полости носа и глотки, исследование клеточного и гуморального иммунитета в плане своевременной диагностики и разработки адекватных методов коррекции выявленных изменений. Целью работы явилось изучение особенностей клинического течения хронического ринофарингита, оценка роли факторов иммунитета в патогенезе заболевания и повышение эффективности лечения препаратами местного и системного действий. Материалы и методы исследования. В исследование приняли участие 47 больных с хроническим ринофарингитом в возрасте от 14 до 65 лет. Всем больным проведено комплексное обследование: клиническое, оториноларингологическое, иммунологическое (определение содержания Т – и В- лимфоцитов, общего иммуноглобулина Е). Лечение больных с хроническим ринофарингитом проводили в течение десяти дней по следующей схеме: на фоне традиционной терапии местно в слизистую глотки апликационно использовали препарат Лорабен, внутрь назначали растительный препарат Тонзилгон Н в дозировке 2 таб х 4 раза в сутки в течении недели. Традиционная терапия включала в себя полоскание щелочными растворами, смазывание задней стенки глотки раствором Люголя на глицерине, масляные ингаляции. Результаты исследования. Эффективность комплексного лечения у больных с хроническим ринофарингитом была таковой: у 71,1% больных отмечен хороший результат, у 18,5% - удовлетворительный, у 10,4% - неудовлетворительно. Наблюдения динамики показали, что проведённое лечение способствовало исчезновению или уменьшению выраженности большей части субъективных симптомов. При фарингоскопии наблюдалась нормализация влажности и цвета слизистой оболочки глотки, уменьшение отечности и размеров лимфоидных гранул. Лечение также способствовало нормализации иммунных показателей. Выводы. Терапия с применением препаратов Лорабен и Тонзилгон Н создаёт условия для завершения воспалительного процесса в слизистой оболочке глотки, способствует восстановлению иммунного статуса и нормализации фарингоскопической картины.

Ключевые слова: хронический ринофарингит, факторқ иммунитета, патогенез заболевания, лечения, препараты местного и системного действия.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ

Собиров М.С., Абдукодиров С.А., Кодиров Х.Н., Сайфуддинов С.З., Орипова Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сепсис - одна из сложных проблем современной медицины, актуальность которой определяется ростом количества больных, высокой летальностью и большими экономическими затратами, связанными с лечением. Идентификация возбудителя и определение чувствительности к антибиотикам позволяет оптимизировать эмпирический режим антибактериальной терапии, проводить деэскалацию антибактериальной терапии (АБТ), более точно прогнозировать её продолжительность, снизить экономические затраты, связанные с применением антибиотиков. Информация об актуальных источниках инфекции позволяет оптимизировать поиск причины бактериемии. Многообразие клинических проявлений сепсиса в сочетании с недостаточной определённостью самого понятия привело к его широкой терминологической трактовке. Цель исследования. Целью исследования явилась оптимизация диагностики и лечения сепсиса на основе изучения бактериологически верифицированных случаев с определением основных источников, этиологической структуры и резистентности возбудителей к антибактериальной терапии. Материалы и методы исследования. Исследовано 256 историй болезни больных сепсисом с положительной гемокультурой, находившихся на лечении в клинике АГМИ в 2015-2019 гг. Проведена ретроспективная оценка историй болезни пациентов с положительным посевом крови независимо от сроков появления бактериемии с момента госпитализации. Результаты исследования. Наиболее частым источником сепсиса были инфекции органов дыхания, которые наблюдались у 28% пациентов. Среди этой группы инфекций превалировала пневмония (96%). Инфекции органов брюшной полости были источником сепсиса у 20% пациентов: перитонит (68%), абсцессы внутренних органов (16%), гнойный холецистит (16%). Кожа и мягкие ткани были источником инфекции у больных сепсисом в 17% случаев (пролежни (73%), нагноившиеся послеоперационные раны (11%), спондилит (8%), гонит (8%)). Сердце и крупные сосуды были источником бактериемии в 13% случаев в связи с наличием бактериального эндокардита (66%) и сосудистых инфекций (34%). Органы мочевыделения и репродукции были источником инфекции у больных сепсисом в 10% случаев (пиелонефрит (77%), метроэндометрит (18%), сальпинго-офорит (5%)). Наиболее редкими источниками бактериемии в нашем исследовании оказывались центральная нервная система (ЦНС) (7%) и ЛОР-органы (5%). Источником инфекции в ЦНС чаще был гнойный менингоэцефа-лит (60%), развившийся на фоне основного заболевания или после острой черепно-мозговой травмы, реже абсцессы мозга (27%) и эпидурит (13%). Проанализированы основные этиологические агенты бактериемии у больных сепсисом при разных источниках инфекции. Все больные сепсисом на этапе включения в исследование находились в отделении реанимации. При этом часть из них была подключена к аппарату искусственной вентиляции

легких, у других имелись центральные или периферические катетеры. Вероятно, большой процент коагулазонегативных стафилококков (CoNS), выделенных из крови больных с разными источниками инфекции, объясняется высокой степенью колонизации объектов окружающей среды. В ходе исследования не получено статистически достоверной разницы между группами больных с разными источниками инфекции в зависимости от количества CoNS, явившихся причиной бактериемии ($p < 0,03$). Вывод. В результате исследования удалось установить, что более половины источников инфекции у больных сепсисом связаны с органами дыхания и брюшной полостью. При этом основными возбудителями оказались стафилококки, энтеробактерии, что диктует необходимость включать в стартовые режимы терапии антибиотики, прежде всего, активные против указанной флоры. Исследованные грамположительные гемокультуры показали высокую чувствительность к ванкомицину и линезолиду, энтеробактерии - к карбапенемам и цефепиму. При решении вопроса о назначении атибактериальной терапии инфекций, вызванных неферментирующими бактериями, может быть рекомендовано принятие индивидуального решения в каждом отдельном случае, основываясь на данные микробиологического исследования.

Ключевые слова: сепсис, диагностика, лечение, антибактериальная терапия, резистентност возбудителей.

ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА ОСЛОЖНЕННОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОМ

Собиров М.С., Абдукодиров С.А., Кодиров Х.Н., Сайфуддинов С.З., Орипова Ш.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Менингоэнцефалит - нейроинфекционное заболевание, протекающее с сочетанным поражением церебрального вещества и оболочек. Проявляется инфекционными, оболочечными, вариабельными очаговыми симптомами. Диагностируется в результате неврологического осмотра, церебральной МРТ/КТ, исследования ликвора, лабораторной диагностики, направленной на поиск возбудителя. Лечение базируется на этиотропной терапии (антибиотики, антивирусные, антимикотические, противопаразитарные фармпрепараты) в комбинации с патогенетическими, симптоматическими средствами. Менингококковый сепсис (менигококкцемия) - тяжелая форма заболевания. Состояние больных очень тяжелое: сильная головная боль, рвота, температура может быть как очень высокой - 41° С, так и быть ниже 36,6° С. Связано это с очень быстрым нарушением работы сосудов, падением артериального давления. Быстро появляется пятнисто-папуле зная сыпь: распространяясь по коже и слизистым, она часто сливается с образованием пузырей с кровянистым содержимым. Смертность при данной форме очень высокая - до 60%. Цель исследования. Изучить особенности течения сепсиса осложненного менингоэнцефалитом. Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлен материал последних 10 лет, включающий анализ 107 клинических наблюдений, в котором в диагнозе как составляющие присутствовали сепсис и менингит (менингоэнцефалит). При этом последовательность фиксации указанной патологии была прямой и обратной: сепсис предшествовал менингиту (менингоэнцефалиту) или менингит (менингоэнцефалит), доминировавший в начале заболевания, трансформировался (завершался) сепсисом. Результаты исследования. В общей характеристике анализируемого материала отмечено преобладание взрослых - 61 больной (57%) и городских жителей - 64 (59,8%). Если учесть естественное соотношение городского и сельского населения, взрослых и детей, то, возможно, эта особенность будет и не столь заметной, а может, и обратной. Среди детей более половины составили пациенты первого года жизни (56,5%), дети первых 5 лет - почти 85%. У взрослых наиболее уязвимыми были лица старше 50 лет (55,7%), преобладали лица мужского пола (64,5%). Основная масса заболевших поступила весной (52,3%), заметно меньше их было осенью (21,1%), летом - 15,9%, а зимой только 10,3%. На весенне-летний период приходилось 68,2% больных. Среди взрослых больных рабочих было 41%, служащих - 18%, работников сельского хозяйства - 16,4%; неработающих - 24,6%, т.е. каждый четвертый пациент. Основная масса больных поступила в первые 5 дней от начала болезни - 87 (81,3%), из которых в первые сутки поступили 18 человек (все дети в возрасте до 5 лет). В 26 случаях (24,3%) больные поступили без сознания, в состоянии глубокого сопора - 7 (6,5%), Вывод. Оценивая изложенную информацию, следует признать, что в последние 10 лет, как и ранее, развитие вторичного гнойного менингита патогенетически связывают с наличием первичного очага или имеющегося сепсиса, однако в 1/3 случаев можно говорить о своеобразной криптогенности его происхождения. Остается, как и раньше, значительным процент неустановленной этиологии гнойного менингита при наличии явных признаков его вторичности. Однако если ранее среди этиологических агентов при вторичных гнойных менингитах доминировал стафилококк, то в настоящее время на передовые позиции вышли пневмококк (Str.pneumoniae) или ассоциация (Str.pneumoniae + Ps.aeruginosae). Хотя у детей первого года жизни своих ведущих позиций не потерял и стафилококк, который вызывает менингит, отличающийся высокой летальностью (более 30%). Очевидно, что само развитие менингита (менингоэнцефалита) говорит о генерализации вторичной инфекции в условиях несостоятельности гематоэнцефалического барьера.

Ключевые слова: дети, менингит, сепсис, менингоэнцефалит, вторичная инфекция.

ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОПТИМИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Солиева Р.Б., Алиева Д.А.

АГМИ, научно-консультативная поликлиника РСНПМЦ АиГ МзРУз.

Последние десятилетия ознаменовались стремительным развитием молекулярно-биологических и биохимических наук, которые способствовали пересмотру существовавших ранее представлений об различных патологий в репродуктивной системе, как гормонозависимом и/или ятрогенном состоянии. Целью исследования явилось изучение роли некоторых генов фолатного обмена в прогнозирование дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки. Всё большее значение в формировании патологических состояний и заболеваний отводится нарушениям процессов ремоделирования соединительной ткани (дисплазия), которые могут быть обусловлены мутацией генов под воздействием экзогенных факторов: неблагоприятной экологической обстановкой, неадекватным питанием и стрессами. Течение беременности, родов и послеродового периода в 87,5% случаях при дисплазиях осложняются при генерализации поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы. Выше изложенные факты определяют научную новизну и теоретическую значимость выполняемой исследовательской работы включающую изучения взаимосвязи между цитологическими, морфологическими, генетическими показателями у женщин с интраэпителиальными неоплазиями шейки матки (ШМ). На основании изучения полиморфизма генов фолатного обмена у женщин с дисплазиями различной степени тяжести будет показана их роль в неопластических процессах. Объекты, материалы и методы исследования: для реализации поставленных задач запланировано обследовать женщин, в возрасте 25-49 лет, разделенных на группы: пациентки с дисплазией шейки матки (ДШМ) различной степени и группа, включающая практически здоровые женщины. Все обследования будут проведены на базе Андижанского областного перинатального центра в отделении гинекологии, и на базе научно- консультативной поликлиники РСНПМЦ АиГ МзРУз и на базе отдела молекулярной медицины и клеточных технологий НИИ гематологии и переливания крови МзРУз. Обсуждение. Несмотря на большое количество исследований, направленных на разработку методов ранней диагностики заболеваний ШМ, методов лечения, обеспечивающих отсутствие или минимальное количество осложнений, остается неясной канцерогенная потенция фоновых заболеваний ШМ. Именно здесь находится резерв, позволяющий улучшить диагностику ранних проявлений предрака. Основным мероприятием патогенетической профилактики осложнений беременности и перинатальной патологии определена фолатная терапия. Предложены пути реализации фолатной программы, однако до сих пор, по данным статистики, каждый год в мире рождается около 500 тыс. детей с пороками, ассоциированными с гипергомоцистеинемией. До настоящего времени недостаточно данных, объясняющих, почему фолатная терапия не у всех снижает риск развития врожденного порока, обсуждается вопрос не только о её «дозозависимом» эффекте, но и о потенцировании её действия в сочетании с витаминами группы В и микроэлементами. Кроме того, окончательно не решен вопрос о дозировке фолиевой кислоты, так как установлено, что доза до 400 мкг/сут снижает риск дефектов

нервной трубки на 70%, а увеличение дозы до 5000 мкг снижает риск аномалий лишь до 80%. Таким образом, становится очевидным, что в настоящее время все больше изучение данной проблемы направленно на проблемы изучения генетических факторов с указанием на взаимосвязь полиморфизмов генов ферментов фолатного цикла, участвующих в синтезе белков, липидов и нуклеиновых кислот с процессом развития и функционирования соединительной ткани. В связи с недостаточностью сведений о факторах, повышающих риск реализации аномалий у женщин с дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки (ДМПЭШМ), особую актуальность представляет изучение значимости факторов риска ДМПЭШМ в формировании перинатальной патологии. Изучение эффективности различных режимов фолатной терапии позволяет определить наиболее оптимальные подходы к проведению патогенетической профилактики аномалий развития у плода и акушерских осложнений у женщин с ДМПЭШМ. Выводы. 1. Существующие социальные причины, омоложение заболеваний ШМ, не позволяют достаточно широко применять радикальные методы лечения, как наиболее доступное средство профилактики рака ШМ. 2. Раннее выявление фоновых заболеваний потенциально неблагоприятных в отношении развития патологического процесса, и прогнозирование путей развития его в эпителии ШМ индивидуально в каждом конкретном случае 3. Целесообразно и наибольший интерес представляет, определение возможности прогнозирования вышеуказанных клинических факторов риска и осложнений у пациенток с ДМПЭШМ. 4. Комплексное изучение данной патологии с конечной разработкой новых технологий профилактики, в том числе и у пациенток с ДМПЭШМ, в настоящее время представляют исключительно прямой интерес для практического здравоохранения.

Ключевые слова: фолатный цикл, дисплазия шейки матки.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ

Тожибоев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Основные методом первичной диагностики заболеваний гортани, используемым в современной практике была и остается непрямая (зеркальная) ларингоскопия, при проведении которой осуществляется первичный осмотр полости гортани и не требуется специальной аппаратуры. Метод может быть модифицирован с использованием микроскопа, для большей диагностической точности. Цель исследования: Изучить современное методы диагностики заболеваний гортани. Материал и методы: Для решения поставленных задач мы обследовали 57 пациентов на клинике АГМИ отделении оториноларингологии. Результаты и обсуждение: Начиная с 2019 г. мы обследовали разных заболеваний гортани у 32 больных в возрасте 35-69 лет. Женщин было 7 (72,6%), мужчин 25 (27,4%). У большинства больных преобладал острые и хронические катаральные ларингиты. Все больные острый катаральный ларингит возникает при ОРВИ. Предрасполагающими факторами для развития заболевания являются вредные бытовые привычки (курение, употребление алкоголя), профессиональные атмосферные вредности, сезонные климатические условия (низкая влажность, холод). К эндогенным факторам риска относятся заболевания внутренних органов, приводящие к общему ослаблению организма, витаминная, алиментарная недостаточность, а так же хронические заболевания носа и глотки (хронические банальные риниты, риносинуситы, полипозные риниты, искривления перегородки носа, аденоидиты, хронический тонзиллит и др.). К провоцирующим факторам развития заболевания относится и травматический - инородные тела, повреждения при интубации, ожоги.- 3 нед. Прямая ларингоскопия у 18 (31,0%), у 6 (10,4%) - автофлюоресцентная эндоскопия. Прогрессирования процесса не отмечено, у 13(22,8%) - рентгенологическое исследование, у 20 (35,8%)больных диагностировал при помоши КТ, МРТ. У детей ларингит (ложный круп) нужно дифференцировать от дифтерии. Дифтерия, то есть истинный круп, отличается от ларингита тем, что у маленьких пациентов есть налет на миндалинах и окружающих их тканях, а удушье возникает постепенно, на фоне высокой температуры, болей в горле, увеличения шейных лимфатических узлов. У взрослых дифференциальную диагностику проводят с начальной формой туберкулеза, сифилисом на стадии эритемы, рожистым воспалением, опухолями гортани и склеромой – инфекционным заболеванием, вызываемым бактерией *Klebsiella rhinoscleromatis*. 4. Прогноз при своевременном обращении больного к врачу и рано начатом лечении ларингита благоприятный. Однако в некоторых случаях заболевание переходит в хроническую стадию. Выводы: Для диагностики ларингита врач проводит осмотр и опрос больного, как правило, этого достаточно. При осмотре выявляется покраснение гортани, которое более выражено в области голосовых связок. Иногда на слизистой видны точечные кровоизлияния. При развитии воспалительного процесса может наблюдаться вязкая слизь и/или корки засохшей слизи. В сложных случаях выполняют ларингоскопию.

Ключевые слова: заболеванией гортани, диагностика, эндоскопия.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЕ РАССПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЛИПОЗНЫХ

Тожибоев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Само название «полип» (от греческого poly – много и pus – нога) – это собирательный термин, используемый для обозначения различных по происхождению патологических образований, возвышающихся над поверхностью слизистых оболочек органов желудочно-кишечного тракта, дыхательных и мочевых путей, матки. Полипы представляют собой довольно пеструю картину самых различных заболеваний, далеко не однородную в этиологическом, патогенетическом и морфологическом отношениях от доброкачественных опухолей до гиперпластических образований аллергической или воспалительной природы. Поэтому искать каких–либо аналогий в этиологии и патогенезе полипов околоносовых пазух и, например, желудочно–кишечного тракта или мочевых путей бессмысленно. Цель исследования: Изучить эпидемиологические данные полипозных риносинуситах. Полипозные риносинуситы являются довольно распространенной, но как это ни странно, мало изученной патологией полости носа и околоносовых пазух. Материалы и методы исследования: Нами производилось специальное исследование по распространенности полипозных риносинуситов. В качестве объекта исследования 80 больных были выбраны городе Андижана. Результаты и обсуждение: Возрастное распределения полипозных риносинуситов выглядит следующим образом – до 20 лет – 2%, от 21 до 30 лет – 7,2%, от 31 до 40 лет – 12,7%, от 41 до 50 лет – 22,4%, от 51 до 60 лет – 29%, от 61 до 70 лет – 19,5%, от 71 до 80 лет – 8,5%. Следовательно, в детском и юношеском возрасте полипозный риносинусит почти не встречается и в основном наблюдается у группы больных старше 30 лет. У мужчин полипозный риносинусит встречается несколько чаще чем у женщин (58,4% и 41,6%). Полипы, своего рода участки «разрастания» слизистой оболочки, могут быть следствием особой аллергической предрасположенности, могут блокировать соустья околоносовых пазух, вызывая развитие аллергического синусита. В других случаях полипы сами являются следствием хронического воспаления слизистой оболочки околоносовых пазух (так называемые «не-аллергические» или «не-эозинофильные» полипы). Наиболее частыми симптомами являются затруднение носового дыхания (при распространенном полипозном процессе). Выводы. В зависимости от причины возникновения полипозного риносинусита назначается соответствующее консервативное лечение, в ряде случаев оно позволяет справиться с симптомами, однако часто для их удаления требуется эндоскопическая операция для того, чтобы убрать необратимо-измененную слизистую оболочку и увеличить эффективность поддерживающей терапии.

Ключевые слова: полипозные риносинуситы, хроническое воспаление слизистой оболочки, полип.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

Усаров Ш.Н., Эгамбердиев А.А.

Самаркандский государственный медицинский институт Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы не натяжной герниопластики отличаются друг от друга техникой восстановления пахового канала. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с паховыми грыжами. Материалы исследования. В хирургическом отделении клиники Самаркандского медицинского института с 2016 по 2019 гг. выполнено 184 паховых герниопластик из переднего доступа с использованием сетчатого протеза. Из 184 произведенных герниоаллопластик в 103 (55,9%) наблюдениях применили разработанный нами прием аллопластики паховых грыж. У этих больных после обычного разреза кожи рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. Высоко выделяли и удаляли грыжевой мешок. Затем выделяли семенной канатик на всём его протяжении. У внутреннего отверстия пахового канала оголяли поперечную фасцию. Под семенной канатик подводили трансплантат. Следующим этапом операции являлось формирование внутреннего отверстия пахового канала. Поперечную фасцию здесь подшивали к латеральному краю трансплантата по всей окружности. Внутреннее кольцо вновь созданного пахового канала должно иметь диаметр 0,8-1,0 см. Медиальный край трансплантата подшивали к надкостнице симфиза и лонного бугорка. Затем накладывали П-образные швы на верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, которая окутывает края внутренней косой и поперечной мышцы, с захватом верхнего края аллотрансплантата. Натягивая трансплантат среднею часть фиксировали к паховой связке и нижнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота обычными узловыми швами в количестве 4-5. Семенной канатик укладывали на образованный желобок. Далее нижний край сетки фиксировали к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота, которая образовала переднею стенку искусственного пахового канала. Эти пациенты составили основную группу. Для изучения эффективности предлагаемого нами приема герниоаллопластики паховых грыж 81 пациенту группы контрольного сравнения было произведено традиционная герниопластика по методу Лихтенштейна. В обеих группах больных преобладали мужчины (1 - 89,7%, 2 - 92,4%) старше пятидесяти лет (1 - 72,4%, 2 - 66,7%). У 2/3 пациентов обеих групп выявлена выраженная сопутствующая патология, в основном со стороны сердечно-сосудистой системы. Половина изучаемых больных занимались профессионально-трудовой деятельностью, связанной с физическими нагрузками. В обеих группах преобладали больные с косыми паховыми грыжами (1 – 54,9%, 2 – 75,8%). Результаты и обсуждение. При выполнении герниопластики по Лихтенштейн средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 50,3±14,7 мин (M±σ). При использовании разработанного нами способа операции продолжительность операции оказалась равной 37,8±12,4 мин. Общее число пациентов в группе контрольного сравнения,

которые отмечали неприятные ощущения в зоне операции, было существенно больше и составило 14 (17,3%) человек. В основной группе дискомфорт и болевые ощущения в зоне операции отметили 7 (6,8%) пациента. В основной группе отмечено два (1,9%) осложнения - инфильтрат в области послеоперационных швов. Рецидивов грыжи в сроки до 2 лет не было. В группе контрольного сравнения имелось 8 (9,9%) ранних послеоперационных осложнений. В 4 случаях отек мошонки, в 3 случаях отмечена подкожная серома и в 1 случае - гематома. Рецидивов грыжи не отмечено. Выводы. 1. Способ герниоаллопластики предложенной нами отличается от способа Лихтенштейна тем, что сетка находится под мышцами, но прилегает к апоневрозу. При таком варианте пластики во-первых внутрибрюшное давление равномерно распределено по всем точкам фиксации и меньше вероятности оторвать сетку от ткани, во-вторых когда сетка фиксируется к апоневрозу меньше развивается тканевая реакция, с формированием длительно персистирующей серомы. 2. Он универсален, т.е. может быть применён как при косых, так и при прямых паховых грыжах. 3. Здесь в гораздо меньшей степени нарушаются топографо-анатомические взаимоотношения в паховой области, а в условиях грыжесечения при рецидивных и многократно рецидивирующих грыжах эти взаимоотношения восстанавливаются. 4. Способ малотравматичен, прост и, самое важное, патогенетический оправдан.

Ключевые слова: больные, паховые грыжи, хирургическое лечение, грыжесечение, апоневроз, сетка, рецидив.

РАЗВИТИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННАЯ МИОПИЯ У ДЕТЕЙ

Усманова Т.Ж., Жалолиддинов Д.Л.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В отделении Андижанской детской клинической больнице находилось 120 (240 глаз) дети до 14 лет ; у 88 из них при первом обследовании была обнаружена на обоих глазах высокая степени близорукости. Близорукие дети при рождении имели вес 1,700 - 2,500 г, т.е. по классификации Е.Новиковой (1971) они относилось ко 1 – ой степень недоношенности. Возраст детей при первом обследовании был различным; от 1 - до 3 год; от 3 –до 6 лет – 4 детей. По степени близорукости глаза наблюдающихся нами детей можно выделить на три группы: близорукость от 3 до 6 дптр 56 глаз; от 7 до 10 дптр – 36 глаз; от 11 до 14 дптр 44 глаз; больше 14 дптр 12 глаз. Цель. Изучить развитие и течение врожденная миопия у детей. Материалы и методы. Для изучения частоты и структуры врожденная миопия у детей Андижанской детской клинической больнице за год. Всего было обработано 120 амбулаторных карты. Результаты и их обсуждение. Из других особенностей близоруких детей до 14 лет отмечались: слабо реагирующий зрачок, мелкая передная камера, обесцвеченности глазного дна и анизометропия. Глазная яблока по размерам соответствовало глазу доношенного ребенка, ПЗО было 24-28 мм но его тонус был сниженным и склера была с синеватым оттенком. С ростом ребенка ориентировочное обследование остроты зрения было: от 0,02 до 0,09 – 10 глаз, от 0,1 до 0,2 – 6 глаза. Коррекцию близорукости мы начинали с 4-6 летного возраста. Наши наблюдения показали, что острата зрения с очками у детей постепенно улучшилась. Каждые 6 месяц мы проволили атропинизации. Глазная яблока при внешном осмотре по размером соответствовало росту ребенка. Со стороны общего состояния организма ребенка, кроме основных симптоматики близорукости в ранние сроки обследования, педиатром отмечалось наличие гипохромной анемии и понижение процента гемоглабина. Постепенно все эти изменения исчезали. Выводы. результаты наблюдений за детьми дошкольного возраста города Андижана свидетельствуют не только об особенностях организма ребенка, но и об особенностях его органа зрения, и в том числе врожденной высокой близорукости.

Ключевые слова: дети, миопия, глазное яблоко, глазное дно.

ЛЕЧЕНИЯ ПИГМЕНТНАЯ ДИСТРОФИЯ СЕТЧАТКИ

Усманова Т.Ж., Жалолиддинов Д.Л., Хошимова Д.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема в офтальмологии настоящее время является пигментная дистрофии сетчатки (ПДС). Это связано с прогрессирующим ростом заболеваемости данной патологии. Нормальный зрительный акт сопровождается образованием друз и выведением их клетками пигментного эпителия. Главными компонентами пигмента сетчатки являются лютеин, цинк и зеаксантин. Селективном накоплении лютеина и цинка в сетчатки свидетельствуют о том, что обе эти субстанции выполняют особые функции в органе зрения. Каротиноиды защищают глаз от попадания света. Они действуют как светофильтры и поглощают до 40% проникающего света до того момента, пока свет достигнет сетчатки. Клинически доказано, что прием «Слезовита» приводит к достоверному увеличению плотности пигментного эпителия сетчатки, что необходимо для лечения и профилактики ПДС. В состав «Слезовит»входят витамин состав А, В, С, Е, цинк и таурин в необходимых концентрациях. В многоцентровом исследовании доказано, что курсовой прием комбинации слезовит с лютеина и антиоксидантов с доказана, может значительно увеличивать оптическую плотность пигмента сетчатки. На курсе офтальмологии ФУВ АГМИ на протяжении более 5-х лет «Слезовит» успешно используется у пациентов с различной офтальмологической патологией. Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности Слезовита у больных с начальной формой пигментной дистрофии сетчатки. Материал и методы. Под нашим наблюдением на протяжении 2года находилось 135 больных (85 женщины и 50 мужчины) в возрасте 18-56 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа - контрольная - 80 человек с различной этиологии пигментной дистрофии сетчатки, которые по различным причинам в течение 6 месяцев не получали никакой специфической терапии. Вторую группу составили 55 человек, которые в течение 10 дней получали курс стандартной консервативной поддерживающей терапии каждый 6 месяцев: п/б инъекции эмоксипина, трентала, в/м инъекции витаминов группы В, никотиновой кислоты, милдроната. После окончания курса лечения больные этой группы назначена «Слезовит» по 1 таблетки 1 раза в день в течение 1 месяцев. Использовались стандартные офтальмологические методы: визометрия, офтальмоскопия, периметрия, тонометрия, исследование сетчатки с помощью Фундус камерой и ОКТ. Исследования проводились до начала лечения и через 6 месяцев. Результаты исследования. Среди исследуемых показателей функционального состояния органа зрения наибольшая динамика отмечена со стороны остроты и поля зрения. О динамике со сторне сетчатки судили на основании данных Фундус камеры. До начала лечения у больных 1-2 групп выявлено выпадение поля зрения на 32±6%. У пациентов первой (контрольной) группы отмечено прогрессивное ухудшение показателей поля зрения (центральной и парацентральной скотомы) на протяжении всего периода исследования У пациентов второй группы после проведения курса лечения выявлялось незначительное уменьшение центральной скотомы. В течение всего периода исследования у большинства пациентов отмечалась стабилизация поля зрения, а у части больных отмечено уменьшение центральной скотомы. Выводы. Применение препарат Слезовит у пациентов с начальной пигментной дистрофии сетчатки в составе комплексной медикаментозной терапии в течение 3 месяцев приводит к стабилизации зрительных функций. 2.Применение препарат Слезовит в течение 3 месяцев у пациентов с пигментной дистрофии сетчатки приводит к достоверному уменьшению центральной скотомы, стабилизации зрительных функций. 3. Препарат Слезовит можно рекомендовать больным начальной формой пигментной дистрофии сетчатки, миопической хориоретините, макулодистрофии, как эффективное средство, улучшающей зрительных функций больных. Применять препарат Слезовит следует по 1 таблетки 1 раза в день курсами длительностью не менее 3 месяцев.

Ключевые слова: больные, пигментная дистрофия, слезовит, сетчатка.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПРИ ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Усмонова Н.А., Касимов К.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной важной исследованиями при диагностике грибкового суперинфицировании является посев содержимое лакун миндалин на элективные среда Сабуро или пивное сусло. В начале взятие материал помещали в стеклянную пробирку с жидкой средой Собуро и помещали в термостат на 24 часа при температуре 27-28ºС. Через 24 часа мазок пересеевался на твердую среду Собуро. Уже на 4-5 сутки грибы дают характерный рост, колонии округлые, белые, поверхность их выпуклая, гладкая. Поскольку мы обследовали больных хроническим тонзиллитом, бактериальная природа которого признается большинством авторов, мы наряду с грибковой флорой изучали характер бактериальной флоры миндалин. Из миндалины наряду с грибковой флорой были выделены различные бактерии как в монокультуре (71%) так и в различных сочетаниях (29%). Всего из миндалин выделено 45% случаев стрептококка, 26,7% стафилококк и 3,3% кишечная палочка. Цель исследования: повышение эффективности лечения у больных хроническим тонзиллитом при грибково-бактериальном инфицировании. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 120 больных хроническим тонзиллитом, у 39 при всестороннем обследовании у них установлено наличие грибково-бактериальной флоры в миндалинах. Возраст больных от 7 до 69 лет, мужчин-34, женщин-86. Одним из основных методов диагностики грибкового суперинфецирования является микроскопическое исследование содержимое лакуны миндалин. Из 39 больных при микроскопии содержимое лакун миндалин во всех случаях в поле зрения были видны большие скопления гриба рода Кандида, а у 14 больных помимо бластоспор были видны и нити псевдомицелия. Учитывая полученные данные, мы при лечении больных хроническим тонзиллитом грибково-бактериальной этиологии применяли бактериоцидно противогрибковую пасту, в состав которой входили как противогрибковые, так и противобактериальные средства. В качестве противогрибкового средства нами была использована натриевая соль леворина, а антибактериального диоксидин. Основу пасты составили бальзам Шостаковского и прополис. Антибактериальные и противогрибковые препараты мы вводили в лакун миндалин в виде паст. Пасту вводили 2 раза в неделе, всего на курс лечения производили 4-5 процедур. В каждую миндалину за одну процедуру в среднем вводили 0,3-0,5 мл пасты. Обычно больные отмечали значительное улучшение состояния уже после 4-5 введений пасты. Во время лечения у этой группы больных несколько уменьшились жалобы и улучшилась объективная картина, исчезли пробки в лакунах миндалин, уменьшились гиперемия и отек дужек, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Результаты и обсуждение. После проведенного курса значительное улучшение состояний было достигнуто у 23 больных. Улучшение состояния отмечено у 11 и неэффективным лечением оказалось у 4 больных. Выводы: Таким образом микроскопическое и культуральное исследования являются одним из методов в диагностике хронического тонзиллита при грибково-бактериальном инфицировании. - Применение бактерицидно-противогрибковой пасты при лечении больных хроническим тонзиллитом является эффективным методом, так как дает возможность образования в миндалинах депо лекарственных препаратов на длительный период.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, грибково-бактериальное инфицирование.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Хазратов А.И., Ризаев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Оральный мукозит, вероятно, является наиболее распространенным изнурительным осложнением лечения рака, особенно химиотерапии и облучения. Это может привести к нескольким проблемам, включая боль, проблемы с питанием в результате невозможности есть и повышенный риск инфекции из-за открытых язв на слизистой оболочке. Оральные микробиомы играют важную роль в человеческом микробном сообществе и здоровье человека. Выделен набор индикаторных микроорганизмов. Показано, что для более точного и достоверного установления состояния дисбактериоза необходимы исследования функциональных свойств выделенных бактерий. Цель исследования – сравнительный анализ изменений микрофлоры полости рта у больных раком толстой кишки (РТК) и выделение индикаторных микроорганизмов дисбиотических изменений при РТК с учетом функциональной активности бактерий. Исторически развитие мукозитов связывалось с непосредственным цитотоксическим действием химиопрепаратов или лучевой терапии не только на опухолевые клетки, но и на быстро делящиеся нормальные клетки. В полости рта обычно он проявляется воспалением и изъязвлением слизистой оболочки и подслизистого слоя. Было доказано, что еще до развития каких-либо клинических проявлений мукозитов первые морфологические изменения выявляются в подслизистом слое. При мукозитах полости рта поражаются язык, слизистая оболочка щёк, губ, дёсен, твердого неба. Может сопровождаться суперинфекцией, включая бактериальную, грибковую и вирусную, что резко осложняет течение и дальнейшее проведение химиотерапии. Заболевание может привести к летальному исходу в результате тяжелой пищевой недостаточности и её осложнений, либо вследствие сепсиса. Частота патологии слизистой оболочки полости рта у онкологических больных достигает 90%. Материал и методы исследование Проанализирован 2 группы: 1-группа включались пациенты с морфологически подтвержденным диагнозом рака толстой кишки, находившиеся на лечении в отделении химиотерапии. В качестве исследуемого материала использовали мазки со слизистой оболочки полости рта. В работе применялся бактериологический анализ. 2-группа для сравнения составили люди без онкологической патологии. Результаты и обсуждение Анализ полученных данных показал, что у больных РТК обнаружены дисбиотические сдвиги различной степени выраженности, характеризующиеся уменьшением нормофлоры и заселением условно-патогенными бактериями. Аналогичные сдвиги наблюдались в изменении микрофлоры полости рта. При этом установлена корреляционная зависимость между показателями микробного статуса исследуемых биотопов. Наиболее показательными микроорганизмами дисбаланса микрофлоры полости рта можно считать лактобактерии, стрептококки, грибок Candida, стафилококки. Анализ частоты высеваемости бактерий из исследуемых биотопов подтверждает, что нет необходимости

определять весь спектр микробного состава полости рта. Наиболее показательными (индикаторными) микроорганизмами как в полости рта являются молочнокислые бактерии, стрептококки, стафилококки и Candida. При этом у больных РТК обнаруживается следующая закономерность: снижение высеваемости стрептококков и лактобактерий и увеличение частоты встречаемости стафилококков и грибка Candida, что указывает на дисбаланс микрофлоры. Таким образом, результаты исследования позволяют рекомендовать полость рта в качестве биотопа для оценки микроэкологических нарушений в организме онкологических больных, что повысит доступность и достоверность бактериологического метода. Выделение набора индикаторных микроорганизмов (молочнокислых бактерий, стрептококков, стафилококков и Candida) из общего микробного числа ротовой полости даст возможность упростить и ускорить диагностику дисбиозов у больного. Для более точного и достоверного установления состояния дисбактериоза необходимы исследования функциональных свойств выделенных штаммов бактерий.

Ключевые слова: микрофлоры полости рта, рак толстой кишки, индикаторные микроорганизмы.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ

Хасанов Ш.М., Муртазаев С.М., Махмудов У.Ш., Олимжонов К.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Врождённая расщелина губы и нёба (ВРГН) является одним из частых пороков развития челюстно-лицевой области.Оперативное лечение врождённых двухсторонних расщелин занимает особое место по своей актуальности, многообразию оперативных методов и множеству нерешённых вопросов. Среди большого разнообразия способов первичной пластики врожденной расщелины губы и неба в настоящее время нет предпочтения какой-то одной методике. От выбора тактики хирургического лечения зависит возможность в полном объеме провести реабилитацию ребенка с данной патологией [Булгакова Е. А., Тё И. А., Ахапкин С. М., 2012]. Целью исследования было определить критерии выбора тактики хирургического лечения при двусторонней расщелине губы. Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 24 историй болезни пациентов отделения детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ, которым было произведена одномоментная хейлопластика при двусторонних сквозных расщелинах губы и неба в возрасте от от6 до 9 месяцев. Все дети с врожденной расщелиной губы и нёба были оперированы по методу Милларда в различных модификациях. Контрольную группу составили 10 здоровых детей того же возраста. По истечении 1 года и 3 х лет после операции анализировали результаты лечения. Результаты исследования показали что, что при безуспешности запоздалового ортопедического лечения у детей с широкой сквозной расщелиной и резко выступающей предмаксиллой резкое натяжение тканей способствовало в большинстве случаев развитию тяжелой вторичной деформации и атрофии верхней челюсти. Поэтому в таких случаях должна выполняться хейлопластика в два этапа: сначала на стороне более широкой расщелины и затем, спустя 2-3 месяца, напротивоположной.

Ключевые слова: дети, двусторонная расщелина губы, атрофия верхней челюсти.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Хошимова Н.Р., Қобилова М., Абдуллаев У.М., Юлдошева Н.Г.
Тошкент тиббиёт академияси

Хозирги кунда бутун дунё бўйича цитомегаловирусли (ЦМВ) инфекция билан касалланиш ва бунинг натижасида аёлларда эрта аборт ва вақтида хомиладор бўлолмаслик холатларни келтириб чиқармоқда. ЦМВ хавфли гурухларига 5-6 ёшли болалар ва 15-30 ёшдаги катталар эканлиги ва улар орасида туғиш ёшдаги аёлларнинг кўпчиликни ташкил қилмоқда. Ушбу вирус билан зарарланиш хомиладорликнинг 1-3 ойликларида айниқса хавфли бўлиб, бу кўп холатларда хомила тушиши билан якунланади. Хомиладорлик вақтида 35-50% аёлларда вирус билан касалланиш, 8-10% холатларда эса инфекциянинг қайта фаоллашиши натижасида она ва бола хаётини хавф остига қолдирмоқда. Репродуктив ёшдаги аёлларда цитомегаловирусларнинг учраш даражасини ўрганиш. Мазкур ишда 120 нафар репродуктив ёшдаги аёллар, назорат гурухи сифатида эса ЦМВ антителолари манфий натижа берган 40 нафар шу ёшдаги аёллар танлаб олинди, қон зардобида цитомегаловируслар антителоларини ИФА ҳамда Экспреес тест усулида аниқланди. Тадқиқот учун танлаб олинган репродуктив ёшдаги аёлларнинг биринчи гурухи 20 нафар 16-18 ёш, иккинчи гурухи 40 нафар 19-22 ёш, учинчи гурухи 30 нафар 23-25 ёш, тўртинчи гурухи 15 нафар 26-30 ёш ва бешинчи гурухи 15 нафар 31 ёшдан ошганлар ташкил қилди. Қон зардобидаги IgM ва IgG антителолар олдин Экспреес тест усулида аниқланиб ИФА усулида тасдиқланди. Текширув натижасида биринчи гурухда IgM 5%, IgG 25%, иккиинчи гурухда IgM 10%, IgG 65%, учинчи гурухда IgM 6,7%, IgG 46,7%, тўртинчи гурухда IgM 6,7%, IgG 33,3%, бешинчи гурух IgM 0%, IgG 33,3% антителолар аниқланди. Умумий кўсатгич бўйича текширув гурухи аёллар қон зардобида IgM 6,7%, IgG 45,83% эканлиги аниқланди. Ушбу натижалар оқибатида келиб чиқадиган хомила ва фарзанд кўришдаги асоратлар назорат гурухидагилар билан солиштирганда сезиларли даражада фарқ қилганлиги аниқланди. Олинган натижалардан маълум бўлдики, репродуктив ёшдаги аёлларнинг 6,7%ида ЦМВ IgM ва 45,83%ида ЦМВ IgG антителолари аниқланди. Текширув натижалари таҳлил қилиниб ЦМВ вирусининг хомила ва хомиладорлик учун салбий таъсири ўрганилганда биринчи гурух 15%, иккинчи гурух 17,5%, учинчи гурух 20%, тўртинчи гурух 13,3%, бешинчи гурух 20% эканлиги аниқланди. умумий гурух учун эса бу кўрсатгич 17,5%ни ташкил қилди.

Калит сўзлар: репродуктив ёшдаги аёллар, цитомегаловирусли (ЦМВ) инфекция, учраш даражаси

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Худоярова Д.Р., Кобилова З.А., Шопулотов Ш.А., Орипова А.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Эндометриоз на современном этапе у пациенток с первичным бесплодием встречается до 80%. В настоящее время в Республике проводится комплекс мероприятий по социальной защите населения и совершенствованию здравоохранения, ранней диагностике и предупреждению широко распространённых заболеваний. Поэтому значимость современных программ лечения бесплодия на фоне НГЭ, рассчитанные на ВЕФ приобретает наибольшую актуальность. Цель исследования. Повышение эффективности лечения бесплодия методами восстановления естественной фертильности у пациенток с наружным генитальным эндометриозом. Работа выполнена на базе Самаркандского областного Перинатального Центра и в Самаркандского городского медицинского объединение. Исследованию подвергнуто 107 пациенток с бесплодием на фоне эндометриоза, которые были разделены на 2 группы: Группа А - 45 пациенток, которым проведено восстановление фертильности после предварительной подготовки, и группа Б - 62 пациенток, которым первым этапом проведено хирургическое лечение эндометриоза. Пациенткам проведено стандартное клиническое обследование УЗИ органов малого таза, гормональное исследование, а также заключение терапевта о состоянии соматического здоровья пациентки. Лапароскопия проведена по общепринятой методике 61 пациентам. Для диагностики беременности определяли концентрацию Р-субъединицы ХГ и выполняли УЗИ. Пациенткам с высокими уровнями ЛГ и тестостерона назначали низко дозированные оральные контрацептивы (3-6 месяцев), с гиперпролактинемией-бромкрептин, достинекс, с гипотиреозом-препараты L-тироксина. Лечение начинали до операции и продолжали в послеоперационном периоде. Коррекция гормональных отклонений проводилась под контролем специалистов-эндокринологов. Коррекцию микроценоза влагалища у пациенток с различными формами дисбиоза выполняли по общепринятым методикам. Лечебно-диагностическую лапароскопию выполнили по показаниям у 33 пациенток из группы А и у 28 пациенток из группы Б. При выполнении лапароскопии в случаях выявления патологии малого таза выполняли соответствующее хирургическое лечение – деструкцию эндометриоидных гетеротопий. Хромопертубация проводилась всем пациенткам. После выполнения эндоскопических операций назначали антибактериальные препараты широкого спектра действия. Лечение хронического эндометрита (ХЭ): этиотропная терапия (фторхинолоны и офлоксацин в сочетании с нитроимидазолами, герпетическом ХЭ –валацикловира) и активацию обменных процессов (вобензим, витамины Е, С, метионин). При неэффективности использовали индукторы овуляции - кломифенцитрата (КЦ) в трех (максимум) циклах в течение 5 дней (с 5 по 9 день цикла) в дозе100 мг/сут в качестве первого этапа лечения бесплодия пациенткам без признаков гипоталамо-гипофизарной недостаточности (ФСГ в интервале от 3 до 12МЕ/л, Е2>100 пмоль/л) или в группе Б после выполнения эндоскопического лечения. При стимуляции КЦ адекватность ответа яичников начинали оценивать с 9-10-го дня цикла путем определений размеров растущих фолликулов (по данным УЗИ) и концентрации E_2 в крови. При наличии зрелого фолликула размером 18 мм, концентрации E_2 =500-2000пмоль/л вводили овуляторную дозу чХГ (прегнила) 5-10 тыс. ед. Через 36-48 часов после введения прегнила проводилось подтверждение овуляции по данным у пациенток с ановуляторным бесплодием при раннем выявлении резистентности к КЦ на этапе до применения лапароскопии для стимуляции

овуляции использовали применение КЦ или комбинации КЦ+рФСГ (при раннем выявлении резистентности к КЦ). Лечение у пациенток группы А дали следующие результаты: для пациенток с сохранной овуляторной и менструальной функциями перед использованием лечебно-диагностической эндоскопии было проведено лечение, направленное на восстановление нормального микроценоза влагалища у 14 (31,1%) женщин, а также коррекцию избыточной массы тела у 6 (13,3%). После эндохирургического лечения выявленной патологии был назначен специфический препарат, направленный на лечение эндометриоза – Визанна (2,0 мг диеногеста) в течение 6 месяцев. На этом этапе спонтанная маточная беременность наступила у 17 (37,8%) больных. У остальных 28 (62,2%) пациентах проводили индукцию овуляции с применением КЦ, в результате - маточная беременность наступила у 9 из 28 больных. Синдром гиперстимуляции яичников был отмечен у 1 пациентки (3,6%). Многоплодной (двойня) оказалась 1 из 9 (11,1%) маточных беременностей. С учетом 26 зарегистрированных беременностей, доля эктопической беременности составили 7,6%. Таким образом, восстановление репродуктивной функции у больных с НГЭ без признаков ановуляторного (эндокринного) бесплодия обеспечило частоту наступления маточной беременности на уровне 53,3% (24). Лечение бесплодия у больных с НГЭ с признаками эндокринного бесплодия в группе Б дало следующие результаты: Всего лечение с индукторами овуляции было проведено у 62 больных, после чего у 4 (5,9%) из них наступила спонтанная маточная беременности. Первая серия контролируемой стимуляции овуляции, выполнявшаяся до применения лапароскопии, включала последовательное применение индукторов фолликулогенеза в трех циклах. У 12 (19,4%) больных с признаками гипоталамо-гипофизарной недостаточности (ФСГ<3 МЕ, Е2<100 пмоль/л) перед проведением стимуляции овуляции проводили подготовительную эстроген-гестагенную ЗГТ. На указанном этапе стимуляция овуляции была выполнена у 58 (93,5%) больных, что сопровождалось наступлением маточной беременности у 7 пациенток. У 28 (54,9%) из 51 пациенток с сохранявшимся бесплодием была назначена лапароскопия с целью уточнения и лечения эндометриоза, а так же сопутствующих трубно-перитонеальных факторов бесплодия. Согласно результатам лапароскопии у 26 из 28 обследованных пациенток (92,9%) были выявлены одно или несколько патологических проявлений, потребовавших хирургической коррекции. С наибольшей частотой обнаруживался наружный генитальный эндометриоз (27 – 96,4%), спаечный процесс различной степени выраженности (19–67,9%), а также функциональные кисты яичников (11 – 39,3%). У этих 28 больных была проведена повторная попытка стимуляции овуляции в трех последовательных циклах. Индукторы фолликулогенеза при проведении повторной стимуляции овуляции больных этой группы начинали сразу после выполнения оперативной эндоскопии, т.е. в группе Б, в отличие от группы А, не предусматривали ожидания эффекта собственно самого хирургического лечения, подразумевавшего 6-месячное пассивное ожидание наступления «спонтанной» беременности. В результате выполнения повторной стимуляции овуляции маточная беременность наступила у 8 (12,9%) пациенток, эктопическая беременность - у 1 (1,6%) пациентки. Оценивая общую эффективность использованного алгоритма лечения у больных с НГЭ и признаками ановуляторного (эндокринного) бесплодия можно заключить, что последовательное применение описанных выше методов стимуляции овуляции обеспечило наступление маточной беременности у 50 (46,7%) из 107 пациенток.

Ключевые слова: восстановление естественной фертильности (ВЕФ), наружный генитальный эндометриоз (НГЭ), кломифена цитрат (КЦ), ЭКО.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ НА ОСНОВЕ СИТУАЦИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

Хужамбердиев Б.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время уделяется большое внимание новым подходам к управлению лечебными организациями, позволяющим комплексно и более всесторонне оценить деятельность лечебно-профилактических учреждений и управлять ими. Все больше возрастает необходимость изыскания внутренних ресурсов для повышения результативности деятельности лечебно-профилактических учреждений и их подразделений. Основной концепцией совершенствования стоматологической помощи явилась связь клиентоориентированной корпоративной стратегии с финансовыми показателями, дополненными ключевыми качественными показателями; эффективное управление, позволяющее связать стратегию стоматологической организации с оперативной деятельностью и стоимостными факторами, определение объемов потребления стоматологической помощи различными возрастно-половыми группами населения, финансовое обеспечение, что позволит разработать адекватные меры по реформированию и оптимизации деятельности стоматологической службы. Цель исследования. Совершенствование организации и управления региональной стоматологической службой на основе социально-гигиенического исследования, мониторинга и моделирования развития. Методы исследования, сбора и обработки статистического материала включали: статистический, социологический, экспертный; методы системного анализа, методы многоальтернативной оптимизации, теории исследования операций и принятия решений, теории управления медицинскими системами, теории вероятностей и математической статистики. Результаты исследования. В структуре заболеваемости по обращаемости к врачам стоматологического профиля наибольшую долю составил кариес и его осложнения (95,9%), заболевания тканей пародонта составляли 3,2% и заболевания слизистой оболочки полости рта,- 0,9%. В сельских районах были отмечены более высокие показатели обращаемости населения по поводу осложненного кариеса. Соотношение числа удаленных зубов! к числу вылеченных у жителей большинства сельских районов ниже, чем в городах. Это свидетельствует о высокой патологической пораженности зубов, что связано с низкой доступностью стоматологической помощи жителям села. Изучение распространенности стоматологических заболеваний взрослого населения показало, что доля лиц, имеющих хотя бы» один кариозный зуб; составила 79,3%. Среднее количество удаленных зубов на одного обследуемого^ составило 7,0, при этом 32,1% осмотренных от 17 до 20 лет имели хотя бы один удаленный зуб. Анализ показателей интенсивности поражения зубов кариесом, числа пломб и удаленных зубов показывает, что в структуре индекса^ КПУ (16,9) число запломбированных зубов (6,1 на одного обследуемого) значительно превышает число кариозных (3,8) и число удаленных зубов (7,0), что свидетельствует о высокой пораженности кариесом и низком уровне оказания стоматологических услуг населению, неразвитости профилактической

работы в стоматологии. На основе социологических опросов установлено, что 47,6% респондентов оценили свое стоматологическое здоровье как удовлетворительное, 22% - плохое и 4,7% - очень плохое, 20% - как хорошее и 5,7% затруднились с ответом. О низкой стоматологической активности населения свидетельствует тот факт, что основное большинство пациентов (40,9%) посещают стоматолога только изредка, при этом 2,9% избегают посещения стоматологов. Только 25,7% больных обращается к стоматологу сразу при появлении жалоб, 39,1% - в ближайшие дни, Вывод. Основной целью реформирования стоматологической службы является улучшение стоматологического здоровья населения как значимого фактора состояния здоровья населения в целом. Высокие потребности населения в получении стоматологических услуг и его, в большей части, низкий уровень дохода предполагают приоритет в освоении современных организационных технологий, позволяющих повысить производительность стоматологических учреждений, не снижая уровень качества и не увеличивая себестоимость услуг.

Ключевые слова: управления региональной стоматологической службой, ситуационное моделирование.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Хужамбердиев Б.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальность темы обусловлена высоким уровнем распространения среди населения стоматологической патологии, что требует проведения системного анализа организации, управления и деятельности стоматологической службы по областям и на отдельно взятых территориях с разработкой моделей по совершенствованию оказания данного вида медицинской помощи, в том числе с использованием автоматизированной информационной системы. Целью данной работы является повышение эффективности оказания стоматологической помощи в организованных коллективах путем разработки новых направлений и методов в современных социально-экономических условиях. Материал и методы исследования. Задача реорганизации любой медицинской организации обусловлена необходимостью изучения и анализом организационно-правовых проблем управления современным медицинским обслуживанием населения. Следует подчеркнуть, что современные преобразования в сфере здравоохранения протекают на фоне повышения требований к безопасности оказания медицинских услуг, возрастающей ответственности медицинских учреждений и медицинских работников за качество оказываемой помощи и услуг, выраженного ухудшения здоровья населения, обострения экологической обстановки, развития новых, нередко негативных тенденций в социально-экономической сфере. Результаты исследования. Основные направления развития стоматологической помощи при организации следующие: Выполнение задания в рамках территориальной программы ОМС за счет оптимизации оказания стоматологической помощи как внутри учреждения, так и за счет перераспределения в структурных подразделениях учреждения. Системный подход к формированию высокотехнологичного сектора стоматологических услуг. Создание единой координирующей (направляющей) системы и согласованности действий между различными заинтересованными ведомствами. Централизация и оптимизация контроля качества оказания стоматологических услуг и экспертизы временной нетрудоспособности. Работа стоматологической службы в едином правовом поле: стандартизация нормативно-правовой базы и медицинской документации, единое ценообразование, планирование и финансово-экономическая деятельность. Внедрение и активное использование современных информационных технологий при оказании стоматологических услуг населению во всех подразделениях создаваемого учреждения. Возможность записи и получения стоматологической помощи и услуг пациентом в системе ОМС независимо от возраста и места проживания, в т. ч. с помощью электронных средств связи (через Интернет). Вывод. Несмотря на значительный прогресс в современной стоматологии и разработка новых технологий лечения патологий полости рта, существует необходимость совершенствования последипломного образования в стоматологии, серьезных изменений требует подготовка стоматологов и других специалистов стоматологического профиля. В стране функционирует большое количество частных учебных центров, курсов подготовки, проводится много семинаров, симпозиумов. Однако большинство из них, хотя они часто осуществляют хорошую подготовку, не имеют официального статуса и не учитываются при аттестации.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, современные социально-экономические условия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ КАРИЕСА НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ГОРОДА ТАШКЕНТА

Шокиров Д.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт. Узбекистан, Ташкент

Актуальность. Важно разрабатывать индивидуальные профилактические мероприятия для снижения уровня заболеваемости кариесом и у школьников начальных классов. Цель работы – изучение эффективности профилактических мероприятий кариеса начальных классов общеобразовательных школ г.Ташкента. Материалы и методы: Обследовали 71 школьника 6-10 лет в г. Ташкент. Дети были разделены на 2 группы: в 1 группе ежемесячно проводили профессиональную гигиену с использованием щетки, пасты и ополаскивателя «COLGATE», во 2 группе профилактических мероприятий не было. В обеих группах осуществляли стоматологическое просвещение 2 раз в месяц в течение 3 месяцев. Результаты. Кариес молочных зубов выявили у 88% у школьников начальных классов. При обследовании КПУ(з) в 1 группе – 4,0±0,55, во 2 – 3,8±0,51, через 3 месяца в 1 и 2 группе индекс не изменился. В 1 группе ИГР-У – 1,36±0,08, во 2 – 1,57±0,12, через 3 месяца в 1 группе – 1,11±0,07, во 2 – 1,25±0,09. Индекс CPI в 1 группе – 1,9±0,17, во 2 – 2,62±0,21, через 3 месяца в 1 – 1,63±0,13, во 2 – 1,92±0,16. Заключение. На фоне стоматологического просвещения у школьников у школьников начальных классов интенсивность кариеса молочных зубов не увеличилась, улучшились показатели гигиены полости рта, зарегистрировано снижение показателей индекса CPI в обеих группах, что свидетельствует об эффективной профилактике кариеса у школьников начальных классов при регулярном проведения курсов стоматологического просвещения в комплексе с профилактическими мероприятиям.

Ключевые слова: дети, школьники, кариес, стоматологическое просвещения.

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ УЧЕНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ ГОРОДА ТАШКЕНТА

Шокиров Д.А., Ризаев Ж.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Литературные данные подтверждают, что достигнутые в большинстве развитых стран, по снижению заболеваемости кариесом, объясняются внедрением программ профилактики, в которых уделяется внимание мониторингу стоматологического статуса. Для его реализации на местном уровне предварительно необходимо провести анализ ситуации и сформулировать задачи. На сегодняшний день наблюдается низкий уровень санитарных знаний населения по уходу за полостью рта. Уровень стоматологической заболеваемости населения невозможно выявить достоверно, по обращаемости. Цель исследования. Провести анализ ситуации стоматологического здоровья и эпидемиологическое обследования учеников параллели 1 и 4 классов г. Ташкента, сформулировать задачи программы профилактики стоматологических заболеваний. Задачи исследования. 1. Провести эпидемиологическое стоматологическое обследование учеников параллели 1 и 4 классов. 2. Определить уровень заболеваемости кариесом, гигиенический статус школьников. 3. Составить программу гигиенического обучения школьников. 4. Провести сравнительный анализ анкет по определению уровня гигиенических знаний у учеников 4 класса, до и после проведения уроков гигиены. 5. Сформулировать цели и задачи программы профилактики для начальных классов. Методы исследования. 1. Клинический стоматологический осмотр. 2. Определение интенсивности кариозного процесса. 3. Определение гигиенического статуса в полости рта. 4. Анкетирование с использованием анкеты. 5. Методы математической статистики. Результаты. По согласованию с администрацией школы и получения письменного согласия родителей, была обследована 57 детей из 61 учащихся 1-х классов и 58 ребенка из 78 учащихся 4-х классов. Среди них было 45 мальчиков (55,5%) и 36 девочек (44,5%) в возрасте 7 лет и 29 мальчиков (50%) и 29 девочек (50%) в возрасте от 10 до 11 лет. Выявлено, что распространенность кариеса у учеников 1-х классов составляет 81,7%, что относится к высокому уровню по ВОЗ. Интенсивность кариеса составила 4,98, что также относится к высокому уровню. Распространенность кариеса у учеников 4-х классов составляет 87,93%, что так же относится к высокому уровню по ВОЗ. При этом компонент К по постоянным зубам у учеников 1-х классов составил 3(80,7%), а П – 1,76 (19,3%). К у учеников 4-х классов составил 2,66 (73,8%), а П – 1,07 (26,2%). Осложнённые формы кариеса у учеников 1-х классов (периодонтит) в постоянных зубах имеют 2 учащихся – 3,5%. У учеников 4-х классов периодонтит имеют 3 учащихся – 5,17%, одному необходимо удалить постоянные зубы с обеих сторон на нижней челюсти. Только 7 первоклассников (12,28%) – здоровы и только 5 четвероклассников (8,62%) – здоровы. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточном уровне стоматологической помощи. В группе обследованных детей среднее значение индекса гигиены полости рта у школьников 1-х классов 2,48, а у школьников 4-х классов составил 2,41, что говорит о неудовлетворительном уровне гигиены. Можно предположить, что у детей и их родителей низкий уровень гигиенических знаний и мотивации к проведению гигиенических процедур. Среди обследованных первоклассников в санации нуждаются 45 детей – 78,95%, а среди четвероклассников в санации нуждаются 45 детей –

77,58%. Среди обследованных детей в 1-х классах у 6 (10,53%) выявлены аномалии прикуса и нуждаются в консультации ортодонта, а в 4-х классах 9 (15,51%). Анкетирование школьников 4-х классов проводилось дважды до и после проведения цикла уроков гигиены. С детьми проводилась контролируемая чистка зубов, и проведена беседа с классными руководителями и родителями в этих классах. Опрошено 58 (74,36%) из 78 детей. До проведения обучения 32 ребенка (55%) ежедневно чистили зубы, после проведения гигиенического обучения 56 детей (97%). 2 раза в день чистили зубы 41 ребенок (71%), после 57 детей (98%), до и после обучения 98% детей использовали фтор содержащую зубную пасту. Почти в 2 раза увеличилось число учеников с 29 (50%) до 48 (83%), удлинивших время чистки зубов до 3-х минут, многие отмечают, что у них появились таймеры для чистки. При чистке зубов 98% четвероклассников стали использовать 17 правильные виды движений (выметающие, круговые) и исключили горизонтальные движения. Изменились знания о сроках смены зубной щетки. Увеличилось на 19% количество детей, которые считаю необходимой покупку новой зубной щетки каждые три месяца. До обучения 20 детей 37% меняли щетку раз в год или не меняли вообще. Все опрошенные уверены, что заболевания зубов влияют на общее состояние организма. Если на начальном этапе занятий только 15 (26%) человек считали, что употребляют избыточное количество сладостей, то к концу их стало 44 (82%). Уроки гигиены вызвали у учеников положительную мотивацию по формированию и поддержанию стоматологического здоровья, помогли побороть страх лечения. Все осмотренные заявили о желании лечиться у студентов - стоматологов под руководством преподавателей кафедры стоматологии ТГСИ. Заключение. 1. Необходимо организовать и поэтапно внедрять программу профилактики стоматологических заболеваний в школах г. Ташкент. 2. Анализ распространенности и интенсивности кариеса свидетельствует о необходимости начала профилактических мероприятий ещё в дошкольных учреждениях. 3. Продолжать поддерживать принципы плановой санации в школах и дошкольных учреждениях 4. Регулярные занятия со школьниками приводят к увеличению теоретических знаний, но не всегда подкрепляются практическими навыками. Поэтому только регулярность занятий может привести к выработке стойких гигиенических навыков у школьников.

Ключевые слова: дети, школьники, стоматологические заболевание, стоматологическое просвещения, профилактические мероприятие.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КИСТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ОТНОШЕНИИ

Шопулатов И.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Изучения переломов костей кисти в судебно-медицинском отнашении представляет особый интерес, в связи с необходимостью установления характера, механизма возникновения, степени тяжести и давности этих повреждений. Цель исследования. Изучение характера и особенностей течения переломов костей кисти. Результаты. Переломы пястных костей составляют 33,4% от переломов всех трубчатых костей, внутрисуставные переломы-13,3%, переломы Беннета – 8,9%. Чаще травмируются переломы фаланги 1 и 3 пальцев. Переломы средних фаланг типичны только для 3-го пальца, в тоже время переломы ногтевых фаланг – для 1-го и 5-го пальцев. Переломы остальных костей кисти наблюдаются относительно редко. Основную часть переломов этих костей составляют производственный, спортивный (55%) и бытовой (30%) травматизм. Проблемы изучения механизма формирования и морфологических особенностей переломов костей скелета постоянно привлекают внимания исследователей – судебных медиков и травматологов. Проведенные комплексные исследования в этом направлении позволили определить процессы зарождения трещины (перелома) и ее распространения– формирования особенностей переломов в конкретном случае. Разработаны и внедрены в практику методы описательных характеристик морфологических признаков переломов, и разломки кости. Эти данные позволили устанавливать зону первоначального разрушения кости, направление развития и распространения переломов. Однако, возможности судебно-медицинского исследования характеристик переломов у живых лиц продолжают оставаться существенно ограниченными. В последние годы для этих целей разрабатываются методы и способы для визуализации формы поверхности кости в области ее повреждения при травме у живых лиц, на основе компьютерно-томографических данных и рентгеноскопического изображения кости. Эти методы, по мнению исследователей, позволяют получить значительно больше информаций о свойствах переломов, что в ряде случаев могут быть использованы для обоснования механизма травмы и установления давности повреждений у живых лиц. Приведенные данные указывают на необходимость проведения дальнейших исследований судебно-медицинских аспектов переломов костей кисти у живых лиц.

Ключевые слова: переломы костей кисти, компьютерно-томографические данные, судебно-медицинские аспекты.

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА ПЕРВОГО И ВТОРОГО КЛАССА ПО ЭНГЛЮ

Шукуров Ш.Ш., Санакулов М.А., Арзикулова М.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. В данной статье представлены данные об особенностях строения зубных рядов и лицевого скелета, определении показаний к сохранению или удалению зубов при планировании ортодонтического лечения. На основании изучения данных о пациентах необходимо изучить биометрические особенности строения зубных рядов при аномалиях прикуса первого и второго класса Энгля у пациентов, нуждающихся в удалении зубов перед ортодонтическим лечением, провести сравнительный анализ биометрических и рентгено-цефалометрических показателей при аномалиях прикуса первого и второго класса Энгля. Ключевые слова: класс Энгля, брекет система. Актуальность. Диагностика аномалий зубочелюстной системы является наиболее важной задачей в практике врача-ортодонта,так как она позваляет определить план лечения пациента. Актуальным является обсуждение вопроса о показаниях к ортодонтическому лечению с удалением или сохранением отдельных зубов. Цель изадачи: Разработать методику планирования ортодонтического лечения с учетом возможности сохранения или удаления отдельных зубов с целью повышения эффективности ортодонтического лечения. 1. Исследовать антропометрические особенности строения зубных рядов у пациентов с аномалиями прикуса, нуждающихся в удалении зубов перед ортодонтическим лечением; 2. Изучить рентгеноцефалометрические особенности строения лицевого скелета пациентов с аномалиями прикуса, нуждающихся в удалении зубов перед ортодонтическим лечением; 3. Провести сравнительный анализ биометрических и рентгеноцефалометрических показателей при аномалиях прикуса, нуждающихся в удалении зубов перед ортодонтическим лечением; 4. Оценить ближайшие результаты ортодонтического лечения с использованием системы определения показаний к сохранению или удалению зубов. Материал и методы:Для решения поставленных задач нами были обследованы и приняты на лечение пациенты с аномалиями зубочелюстной системы первого и второго класса Энгля, в количестве 100 человек, которым было показано удаление зубов перед ортодонтическим лечением, в возрасте от 17 до 35 лет: из них женского пола - 56, и мужского пола - 44.Для составления плана лечения всем пациентам нами были проведены следующие диагностические мероприятия: клиническое обследование, изучение диагностических моделей челюстей и рентгеноцефалометрический анализ телерентгенограмм головы в боковой проекции до ортодонтического лечения. В первой группе с аномалиями прикуса первого класса Энгля были удалены все первые премоляры. Во второй группе с аномалиями прикуса второго класса первого подкласса Энгля были удалены первые верхние премоляры. В третьей группе с аномалиями прикуса второго класса второго подкласса Энгля также были удалены первые верхние премоляры. Для лечения пациентов с аномалиями прикуса первого и второго класса Энгля мы применяли аппаратурный метод с использованием несъемных ортодонтических аппаратов (брекет-система, техника straight-wire). Брекет- системы с прописью Roth использовалась в 81 случае, с прописью Damon в 19 случаях. Результаты:

Изучены биометрические особенности строения зубных рядов при аномалиях прикуса первого и второго класса Энгля у пациентов, нуждающихся в удалении зубов перед ортодонтическим лечением; Проведен сравнительный анализ биометрических и рентгеноцефалометрических показателей при аномалиях прикуса первого и второго класса Энгля пациентов, нуждающихся в удалении зубов перед ортодонтическим лечением, с нормой с помощью статистических методов исследования; Разработана экспертная система определения показаний для сохранения или удаления зубов при планировании ортодонтического лечения аномалий прикуса первого и второго класса Энгля. Выводы: 1. Для аномалий зубочелюстной системы I и II класса Энгля характерны изменения многих структур лицевого скелета, включая зубоальвеолярные и гнатические, выраженность которых при отдельных нозологических формах различна. Если при аномалиях положения отдельных зубов нарушения в большей степени затрагивают зубоальвеолярные структуры, то при дистальном прикусе в патологический процесс вовлекаются как гнатические, так и скелетные. 2. После лечения аномалий I и II класса Энгля максимальное расширение зубного ряда в области первых премоляров и первых моляров достигается при использовании техники Damon, а минимальное - при лечении с удалением отдельных зубов и применении техники Roth. 3. При аномалиях зубочелюстной системы I класса Энгля со значительным дефицитом места, выраженным сужением зубных рядов в сочетании с прямым или выпуклым профилем лица ортодонтическое лечение наиболее эффективно с использованием техники Damon. 4. При применении самолигирующихсябрекетов пассивного типа обеспечивается максимальное расширение зубных рядов, что позволяет проводить ортодонтическое лечение аномалий зубочелюстной системы без предварительного удаления зубов. 5. Наибольшая эффективность лечения дистального прикуса на фоне нижнечелюстной микро- и ретрогнатии достигается при применении техники Damon. 6. Разработанные в ходе исследования показания к выбору методики несъемной техники Roth и Damon способствуют оптимальному планированию и достижению высоких результатов ортодонтического лечения.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, удаления отдельных зубов, антропометрические особенности строения зубных рядов, пациенты с аномалиями прикуса.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. До настоящего времени НЯК остается проблемой мировой медицины, порою негативно влияющей на жизнедеятельность больного. Поэтому остро ставится вопрос найти подходящую терапию в комплексном лечении НЯК. Для улучшения качество лечения больных с НЯК мы в комплексном лечении НЯК в послеоперационном периоде применяли лимфотропную терапию. Полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных нами патогенетически обоснованных лимфотропной терапии, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и соответственно результаты лечения такой тяжелой патологии как НЯК путем снижения частоты кишечных осложнений в послеоперационном периоде с 25,6% до 9,2%. Неспецифический язвенный колит (НЯК) это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки, характеризующееся тяжелым диффузным язвенно-воспалительным поражением ее слизистой оболочки с развитием местных и системных осложнений. До настоящего времени нет единого мнения о целесообразности антибактериальной терапии даже при тяжелом обострении НЯК. Считают, что прямая эндолимфатическая антибактериальная и лимфостимулирующая терапия эффективно санирует регионарную лимфатическую систему и лимфатических узлов брюшной полости, но местное применение лимфатической терапии при НЯК в послеоперационном периоде не применялись, либо об этом нет существенные данные. Оперативные вмешательства при НЯК выполняются при неэффективности консервативной терапии или развитии осложнений у 10-20% пациентов. Частота ранних послеоперационных осложнений до настоящего времени составляет при плановых вмешательствах около 10%, экстренных до 40-45%, а летальность от 12% до 35%. Однако, до сих пор недостаточно разработаны клинические и морфологические критерии, которые могли бы объективно оценивать как динамику воспалительного процесса, так и результаты различных методов лечения, и в том числе после операций. Учитывая нерешённость вопроса о целесообразности лимфатической терапии при НЯК, а также отсутствие данных о применении эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде, следует считать эти вопросы актуальными для современной абдоминальной хирургии. Цель исследования – улучшить результаты лечения и предотвратить осложнения у пациентов при НЯК в послеоперационном периоде, путем включения в комплексную лечению эндомезентериальной лимфатической терапии и лимфостимуляции. Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного лечения 97 пациентов в послеоперационном периоде при НЯК с применением эндомезентериальной лимфатической терапии и в отдельности общего-традиционного метода, находившихся в колопрактологическом отделении клиники АГМИ за период с 2010 по 2020 год. Мужчин было 45 (46,4%), женщин 52 (53,6%). Возраст пациентов составил от 17 до 73 лет. Наибольшее количество пациентов было трудоспособного возраста – 91 (93,8%). Все оперированные пациенты были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты, которым комплексное лечение НЯК дополнялось применении эндомезентериальной

лимфатической терапии по разработанному в клинике алгоритму (n=54), а во второй – пациенты, получавшие общепринятое традиционное лечение (n=43). В обеих группах большинство пациентов были в возрасте от 17 до 50 лет: в I группе их 39 (72,2%), во II – также 35 (81,4%). В первой группе мужчин было 25, а женщин 29. Во второй группе мужчин было 20, а женщин - 23. Всем пациентам I группы по завершении основного этапа операции эндомезентериально установили полихлорвиниловый катетер для эндомезентериальной лимфатической терапии, которую проводили в течение 4-5 дней, 1 раз в сутки в послеоперационном периоде. После определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, выделенной из материала слизистой оболочки толстой кишки, лимфотропно применяли подобранную одну дозу антибиотика заранее растворив его в 50 мл 0,5% растворе новокаина. До этого для стимуляции лимфатической системы через установленный эндомезентериальный катетер ввели капельно раствор глюкозы 5% - 50 мл + новокаин 0,5% - 50 мл с добавлением 5000 ед. гепарина или лазикса 64 ед., в течение 40-60 минут. Эндолимфатическая терапия способствует улучшению реологических свойств крови и лимфы, усилению лимфа оттока, нормализации микрогемолимфоциркуляции, полноценному удалению из тканей отечной жидкости и токсических метаболитов, активизации обезвреживающей и иммунологической деятельности лимфатических узлов брюшной полости. Результаты эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде были уникальны по профилактике развития функционально-динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде. Этот метод способствовал снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде лимфатического потока токсинов, токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступающих лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции лимфатических капилляров и нормализации лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости. Тем самым в послеоперационном периоде в динамике наблюдались раннее восстановления перистальтики кишечника. Комплексная эндомезентериальная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде при НЯК позволила достоверно улучшить состояние пациентов первой группы по сравнению со второй. Включающие клинические и лабораторные показатели пациентов первой группы снизились более значительно. В целом, полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и, соответственно, результаты лечения такой тяжелой патологии как НЯК, путем снижения частоты осложнений в послеоперационном периоде с 15,9% до 5,7% и летальности с 7,2% до 2,4%. Таким образом, основываясь на результаты наших наблюдений, можно делать вывод, что применяемая эндомезентериальная лимфотропная терапия в комплексном лечении больных в послеоперационном периоде при НЯК способствует достоверную снижению частоты осложнений грозной для жизни этой патологии.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, лимфотропная терапия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эранов Ш.Н., Эранов Н.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. Проанализирован результат лечения 83 больных с вывихами головки лучевой кости. Для воссоздания кольцевидной связки, было использована сама капсула сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава. Результаты оценивали по шкале «Оценка хирургии локтя». Шкала позволяет определить выраженности болевого синдрома, амплитуды движений в локтевом суставе, состояние сустава, силу руки и степень повседневной бытовой активности. Хорошие и отличные результаты при оценке через 6, 12 месяцев (>70 баллов) получены у 56 больных, что составило 57,4%, удовлетворительные результаты (50-69 баллов) наблюдалось у 26 (31,3%). Переломы и вывихи костей предплечья в области локтевого сустава по частоте встречаемости занимают первое место, как среди переломов других сегментов верхней конечности (69,6%), так и по отношению к повреждениям иных локализаций опорно-двигательного аппарата (44%). Среди них вывих головки лучевой кости составляет 9,9%. Перелом локтевой кости в сочетании с вывихом лучевой классически принято разделять на 3 вида: повреждения Монтеджа (сочетание вывиха лучевой кости с переломом метафиза локтевой), Брехта (сочетание вывиха лучевой кости с переломом метафиза локтевой) и Мальгеня (сочетание вывиха лучевой кости с переломом эпифиза локтевой). В ряде литературных источников повреждения Брехта и Мальгеня не рассматриваются отдельно, а входят в структуру повреждений Монтеджа. Повреждения Монтеджа чаще всего наблюдается среди переломов локтевой кости с одновременными вывихами лучевой. По частоте ошибок и осложнений в лечении повреждения данной области занимают первое место относительно других сочленений, образующих локтевой сустав, что диктует необходимость в более тщательном и детальном изучении. Неудовлетворительные результаты лечения повреждений локтевого сустава до настоящего времени остаются высокими, достигают 21% и не имеют тенденции к уменьшению. Нередко лечение повреждений локтевого сустава, как сопутствующих повреждений, производится в отдаленные сроки, когда получить хорошие результаты уже не представляется возможным. Научная литература, освещающая тактику лечения застарелых повреждений плече-лучевого сустава, практически отсутствует. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего изыскания более оптимальных вариантов оперативного восстановления кольцевидной связки при ее повреждениях. Цель: восстановления кольцевидной связки при различных вывихах головки лучевой кости у детей по нашей методике. Материалы и методы. Наше сообщение основано на изучения результатов лечения 83 детей, которые находились в стационаре с 2017 по 2019 гг. Из них изолированные вывихи у 62 больных (74,6%), с повреждениями Монтеджа у 21 больных (25,4%). Мальчиков было – 54 (65,1%), девочек – 29 (34,9%). Повреждения локализовались справа у 41, слева у 39 и двусторонние у 3 больных. По возрасту: до 5 лет – 22 больных, 6-12 лет – 46 больные, 13-18 лет – 15 больные. Больным предприняты следующие оперативные методы лечения:-открытое вправление головки лучевой кости, с воссозданием кольцевидной связки – у 52 больных; -остеосинтез локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости с воссозданием кольцевидной связки – у 21 больных; -остеотомия локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости с воссозданием кольцевидной связки – у 10 больных. Техника операции: доступ латеральный, 2 см выше наружного надмыщелка через сустава, на 4 см в область предплечья. Подкожная клетчатка отсепаровываеется. Мышцы, прикрепляемые к

наружному надмыщелку рассекается спереди, снизу, сзади надмыщелка. Виднеется головка мыщелка плеча. Латерально, продольно рассекается сухожильно-капсульная мягкая ткань на 1-1,5 см, чтобы обнажать головки лучевой кости. Когда выполняется подобное рассечение, пока еще можно не опасаться повреждение r.profundus ветви лучевого нерва. Поверхностный слой мышцы области шейки луча тупо отодвигается медиально, в толще мышцы супинатора находят глубокую ветвь лучевого нерва. Его обнажает до передней капсулы сустава – это необходимо, чтобы безопасно выкроит из капсулы лоскута, чтобы воссоздать кольцевидную связку. Обычно места луче-локтевого сочленения будет заполнено рубцовыми тканями. Ее остро отделяют от локтевой кости, начиная от центра к периферию, в сторону остатка кольцевидной связки, у заднего края локтевой вырезки. Головка смещается в родное место, придерживается, прижимая кзади новообразованной связкой (лоскутом из капсулы), проверяют степени фиксации головки луча при сгибании, разгибании, ротации предплечья. Выкраивается лоскут, для создания кольцевидной связки из передней поверхности капсулы сустава. Направление разреза до внутренней границы головки лучевой кости идет горизонтально, затем меняет направление в дистальную сторону, в сторону к переднему краю лучевой вырезки локтевой кости, где, обычно, естественно прикрепляется кольцевидная связка. Таким образом, в толще образованного лоскута находится и собственно кольцевидная связка. Лоскут укладывается на область шейки лучевой кости и прикрепляется путем сшивания к плотной фиброзной ткани у заднего края лучевой вырезки локтевой кости. Головка лучевой кости после вправления продолжает сохранять тенденцию к переднему, медиальному смещению, что создает нагрузку на сформированное подобие кольцевидной связки. Поэтому для предотвращения ее растяжения и возможного рецидива вывиха проводится дополнительная временная иммобилизация спицей Киршнера, проведенной через головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости. Послойные швы. В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовой лонгетой продлилась до 3 недель в положении супинации. Затем больные получали курс электрофореза йодистым калием, лечебную гимнастику, массаж. Результаты: Анализ результатов лечения проводили с помощью клинического и рентгенологического методов. Результаты оценивали по шкале «Оценка хирургии локтя». Шкала позволяет определить выраженности болевого синдрома, амплитуды движений в локтевом суставе, состояние сустава, силу руки и степень повседневной бытовой активности. Максимальная оценка (100) по этой шкале соответствует здоровому локтевому суставу. Хорошие и отличные результаты при оценке через 6, 12 месяцев (>70 баллов) получены у 56 больных, что составило 57,4%, удовлетворительные результаты (50-69 баллов) наблюдалось у 26 (31,3%). Рецидив в виде подвывиха наблюдался у 1 ребенка. Заключение: Причины застарелых вывихов головки луча объясняются ошибками диагностики, несвоевременной медицинской помощи из-за обращения пациентов, когда родители больных расценивали травму несерьезной. Для воссоздания кольцевидной связки, мы использовали самой капсулы сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава. Хирургическое лечение детей с вывихами головки лучевой кости, воссозданием кольцевидной связки, трансартикулярной фиксацией головки луча, позволила нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 96,4% случаев, а анатомических – в 94,7% случаев.

Ключевые слова: вывих головки лучевой кости, кольцевидная связка, перелом Монтеджа.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ У ВЫДЕЛЕННЫХ ШТАММОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ УХА, ГОРЛА И НОСА

Эсамурадов А.И., Шамсиев Ж.Ф., Мирзаева М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Филиал ТМА (Ургенч)

Актуальность данной проблемы велика и заключается в постоянно и неуклонно растущей резистентности микрофлоры к широко применяемым антибактериальным средствам, смене пейзажа возбудителей заболеваний ЛОР-органов на низкой патогенности этих микробов, растущей роли анаэробных и атипичных микроорганизмов в патогенезе хронического воспаления ЛОР. Цель. Изучить чувствительность к различным антибиотикам культур, выделенных у детей с ГВЗ (гнойно-воспалительные заболевания) лор органов. Материалы и методы. Для решения поставленной цели и задач настоящего исследования было изучена ретроспективные анализ идентификация по антибиотико чувствителности у 200 штаммов выделенных при ГВЗ лор органов. Определение чувствительности к разными антибиотикам у выделенных штаммов показало следующие: Штаммы S.aureus от больных детей с ГВЗ в большинстве своём были высокорезистентными к незащищённым пенициллинам (бензилпенициллин, оксациллин, доксициклин). Таких штаммов было около 80% (R – 85,1%; 78,7%; 82,9% соответственно). К амиксациллину клавуланату чувствитель-ными были 42,5% штаммов S.aureus. К цефалоспоринам были чувствительны 51-55% штаммов. К фторхинолонам было чувствительно также, приблизительно, половина штаммов – от 42,5 до 57,6%. К тетрациклину и доксициклину чувствительность показали 42,5% и 57,4% штаммов соответственно. Также, около половины штаммов были чувствительны к линкомицину, канамицину, гентамицину, 5-Нок и фузидину. 1/5 часть штаммов S.aureus при ГВЗ была чувствительная к эритромицину, клоритромицину, рокситромицину, азитромицину. 10% и мене 10% штаммов были чувствительны к хлорамфениколу, рифампицину, полимиксину. Также как и для S.aureus штаммы S.epidermidis были высоко резистентными (81,8% - 90,9%) и к защищённым пенициллинам – 63,6% и наоборот, S.epidermidis при ГВЗ у детей были достаточно чувствительны к цефалоспоринам и фторхинолонам, их процент составил от 66,7% для цефотаксима до 87,9% для цефозолина и офлаксацина. Из этой группы «выпадает» ципринол – 36,3% чувствительных штаммов. Штаммы, S.pneumoniae при ГВЗ были высокочувствительны к защищенным пенициллинам, цефалоспоринам I и III поколения, а также к фторхинолонам. H.influenzae, характеризовалась слабой чувствительностью к пенициллинам, и высокой чувствительностью к цефалоспоринам I и III поколения и фторхинолонам. Чувствительность M. catarralis была, в целом, похожа на аналогичные показатели для H.influenzae. Вывод. Установлено, что анаэробы и атипичные штаммы проявляют наиболее высокий процент резистентности, ко всем группам антибиотиков по сравнению с другими группами микроорганизмов.

Ключевые слова: чувствительность к различным антибиотикам, гнойно-воспалительные заболевания, ЛОР органы.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ФИБРОЗ КИСТОЗ МАСТОПАТИЯ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Юлдашев О.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Мастопатия – аёлларнинг энг кенг тарқалган касаллиги бўлиб, маммологиядаги касалликлар оқимининг 90% ини ташкил этади. ФКМ сут бези саратонидан фарқли равишда репродуктив ёшда, сут бези саратони эса асосан постменапаузал учрайди. ФКМ 30 - 40 ёшлар орасида энг кўп кузатилади. Масталгия ФКМ нинг асосий белгиларидан бири бўлиб, аёллар популяциясининг 48% дан 81% гача қисмида кузатилади Масталгиянинг ҳайз циклига боғлиқ - циклик ва боғлиқ бўлмаган –ациклик турлари бўлиб, оғир кечганда депрессив синдром, ҳавотир холатлар ва канцерофобия билан бирга кузатилади Циклик масталгия сут бези саратони ҳавфи ортганининг клиник маркери ҳисобланади. Тадқиқот мақсади репродуктив ёшдаги аёлларда фиброз кистоз мастопатия клиник белгилари ўрганиш. Тадқиқот манбаси Хоразм вилоятида фиброз кистоз мастопатия (ФКМ) ташҳиси асосида амбулатор даволанаётган репродуктив ёшдаги 101 та аёл олиниб проспектив усулда клиник лаборатор ва инструментал усуллар ёрдамида текширилди. Аёлларнинг ўртача ёши 34 ± 8 ёш (15–58 ёш), симптомларнинг давомийлиги 26,2 ± 33 ой (2–190 ой), кузатув давомийлиги 13 ± 4,2 ой (6–24 ой)ни ташкил этди. Дастлаб объектив кўрикдан ўтказилиб, сўраб суриштирилди, кузатувга олинган 101 та аёларда шикоятлар, касалликнинг клиник белгилари ўрганилди, сут безлари (СБ) палпацияси ўтказилиб, ультратовуш текшируви (УТТ) ёрдамида текширилди. Сут бези муаммолари бўйича шифокорга мурожат қилган репродуктив ёшдаги аёллар шикоятларини асосан 71,3% ини сут бези соҳасида ҳайз циклига боғлиқ (50,5%) ва боғлиқ бўлмаган (20,8%) масталгия ташкил қилди. Хусусан аёлларнинг 53,5% ида масталгия, 28,7% ида лакторея кузатилган бўлса, 17,8% аёлларда хар икки белгилар аниқланган. Лакторея асосан икки томонлама (22.7%) ва сиқилгандагина (20,8%) ажралар экан. Спонтан (7,9%) ва бир тарафлама ажралувчи (5,9%) ажралма ФКМ билан касалланган беморларда кам кузатилди. ФКМ бўйича шифокорга мурожат қилган репродуктив ёшдаги аёлларда асосан (71,3%) сут бези соҳасида ҳайз циклига боғлиқ (50,5%) ва боғлиқ бўлмаган (20,8%) масталгия ва 28,7% ида кўкракдан сутли ажралма кузатилар экан.

Калит сузлар: фиброз кистоз мастопатия, масталгия, лакторея, репродуктив ёш.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «СОЛКОСЕРИЛ ДЕНТАЛЬНАЯ МАЗЬ» В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Якубова С.Р., Рахимбердиев Р.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. .

Актуальность. При местном применении «солкосерил дентальная мазь» быстро всасывается слизистой оболочкой полости рта, оказывая обезболивающий и противовоспалительный эффект. «Солкосерил дентальная мазь» - обладает противомикробным свойством. «солкосерил дентальная мазь» не содержит сахара, не оказывает местно-раздражающего действия и хорошо переносится пациентами. Заболевания тканей периодонта, характеризующиеся высокой интенсивностью и распространенностью, являются одной из самых актуальных проблем современной стоматологии, что подтверждается данными эпидемиологического исследования. Важной задачей является выбор эффективных препаратов местного действия для лечения воспалительных заболеваний периодонта. Данные средства должны обладать комплексным лечебным эффектом и при этом быть безопасными, простыми и удобными придлительном использовании, доступными по цене широким слоям населения. Цель. Изучить эффективность использования препарата «Солкосерил дентальная мазь» в амбулаторной стоматологической практике. Объекты и методы. Объектом исследования выступали 79 пациентов в возрасте от 19 до 57 лет (мужчин – 27 человек, женщин – 52 человека), проходившие обследование и лечение на базе кафедры терапевтической стоматологии УО «Самаркандский государственный медицинский институт». Нозологическими формами заболевания являлись хронический простой маргинальный гингивит (50 пациента), хронический простой периодонтит лёгкой степени тяжести (13 пациента), острый перикоронарит (16 пациента). У всех пациентов было проведено стоматологическое обследование с использованием разработанной анкеты, включающей регистрацию объективных данных состояния тканей периодонта (индексной оценки), субъективных данных (жалоб пациента) до лечения, после лечения, а также динамики показателей в процессе терапии. При необходимости проводилось рентгенологическое исследование. Пациенты былиразделены на 2 группы: основную (52 человека) и контрольную (27 человек). Во всех группах проводилась традиционная схема комплексного лечения соответствующей патологии, которая предусматривала мотивацию пациента, подбор индивидуальных средств гигиены и обучение стандартному методу чистки зубов, профессиональную гигиену и устранение местных факторов, способствующих накоплению зубного налёта, а также коррекцию гигиенических навыков. Лечение пациентов с перикоронаритом включало местное инъекционное обезболивание, перикоронарэктомию, гемостаз. Лечение пациентов основной группы было дополнено использованием препарата «Солкосерил дентальная мазь». Первая аппликация препарата выполнялась на амбулаторном приеме. В последующем пациенты наносили гель самостоятельно после процедур индивидуальной гигиены зубов 3 раза в день после еды. Было рекомендовано лёгкое втирание препарата в воспалённые участки десны чистыми руками в течение 3-х минут, с последующим обильным полосканием полости рта кипяченой водой комнатной температуры. Курс лечения составлял 5-7 дней. Критериями оценки эффективности служила динамика индексных показателей и исчезновение жалоб пациента. Результаты. В результате проведенного лечения была получена положительная динамика в двух группах, причём наилучшие результаты

наблюдались в основной группе. При обращении 20,3% пациентов из 79 обследованных (13 человек) предъявляли жалобы на боль, 13,9%(10 человек) – на наличие неприятного запаха изо рта, 81%(56 человека) – на наличие кровоточивости дёсен, общий дискомфорт при приёме пищи и проведении индивидуальной гигиены. Большинство пациентов основной группы 77%(40 человек) уже ко 2-му посещению (после 3 дней применения препарата) отметило исчезновение боли, выраженное снижение кровоточивости и дискомфорта. По завершении курса лечения пациенты жалоб на боль и кровоточивость не предъявляли. Наблюдалось улучшение гигиенического состояния полости рта, а также значительное противовоспалительное действие препарата, которое подтверждалось положительной динамикой индексных показателей. Средние значения индекса гигиены в основной группе у пациентов с простым маргинальным гингивитом и с хроническим простым периодонтитом лёгкой степени тяжести снизились с 2,1 и 1,8 (неудовлетворительная гигиена) до 0,8 и 0,7 (удовлетворительная гигиена), соответственно. Средний показатель индекса GI снизился с 1,3 и 1,8 (гингивит средней тяжести) до 0,4 и 0,6 (легкий гингивит) для простого маргинального гингивита и хронического простого периодонтита лёгкой степени тяжести, соответственно. В 2,17 раза произошло снижение среднего значения КПИ (с 1,3 до 0,6) у пациентов с гингивитом, в 1,9 раза (с 1,9 до 1,0) у пациентов с периодонтитом. В контрольной группе у пациентов с простым маргинальным гингивитом произошло снижение индекса гигиены с 2,0 до 0,7, дёсенного индекса GI с 1,3 до 0,6, комплексного периодонтального индекса КПИ с 1,2 до 0,8. Среднее значение OHI-S при хроническом простом периодонтите легкой степени тяжести снизилось с 1,8 до 0,7, GI – с 1,7 до 0,9, КПИ – с 1,9 до 1,2. В группе пациентов с острым перикоронаритом все22 обследованных пациента до начала лечения предъявляли жалобы на боль, кровоточивость десны в области «причинного» зуба, 13,6%(3 человека) - указывало на наличие затруднённого открывания рта, 9,1%(2 человека) - на наличие неприятного запаха изо рта. Аппликации препарата «Солкосерил дентальная мазь» способствовали быстрому заживлению слизистой оболочки альвеолярного отростка: уменьшению гиперемии и купированию отёка десны. Уже в начале терапии

Ключевые слова: солкосерил дентальная мазь, острый перикоронарит, кровоточивость дёсен, гингивит.

CORRETION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS IN PERIOD OF PERIMENOPAUSE

Abdullaeva L.M., Akhmedova A.T., Aghabyan L.R.
Samarkand State Medicine Institute

Many experts believe that this period a woman can perceive and live without severe stressful situations if she is provided with medical and psychological assistance in a timely manner. The increase in the number of women with endometriosis suffering from menopausal syndrome requires the development of a new approach to the treatment of this category of women and is one of the urgent problems of modern gynecology, which served as the basis for our study. To study corretion of psychoemotional disorders in women with endometriosis in period of perimenopause. To study the clinical features of the period of perimenopause with endometriosis, 105 women aged 45 to 55 years will be examined, contacting a gynecologist for complaints related to the appearance of menopausal syndrome in where endometriosis will be diagnosed. Before starting therapy, as well as in the dynamics of observation, patients in the period of perimenopause with psychoemotional disorders performed ultrasound of the pelvic organs, mammography, biochemical blood test, PAP smear. До лечения, слабая степень психоэмоциональных расстройств отмечена у 20,3% пациенток, средняя-у 46% и тяжелая-у 12%. In order to treat early of psychoemotional disorders in women with endometriosis in period of perimenopause, an atypical antypsychotic-active substsnce sulpiride was used, 200 mg. The drug was prescribed 2 times a day, 100 mg to 16 hours of the day. Control was carried out aftert 1,3,6 weeks. The dynamics of the reverse development of symptoms was evaluated using a modified menopausal index (MMI) -Kupperman index. In the 1st week of therapy, there were positive trends in the emotional sphere in the group of 72% of women, by the end of the third or sixth week the number of hot flashes and their severity decreased significantly, sweating, fluctuations in blood pressure, tachycardia, anxiety, depression, emotional lability, headaches decreased increased performance in the group of 92%. Atypical antipsychotic-Prosulpin 200 mg, can be used in the correction of psychoemotional disorders in women during the period of perimenopause with endometriosis, without contraindications.

Keyword: perimenopause, psychoemotional disorders, endometriosis

DRUG USE DURING PREGNANCY

Askarova F.K., Yakhshinorov I.N.
Samarkand Medical Institute

The prescription of drugs to a pregnant woman is one of the most difficult problems for a family doctor. Nevertheless, no family doctor can avoid this problem. For rational prescription of medicine the family doctor should have an idea about pharmacokinetics of medicines in the body of the pregnant woman and in the complex system "mother - placenta - fetus - amniotic fluid". During the twentieth century, life expectancy in Central Europe increased from 45 to 75 years (against this background, our figures do not look good: in 1999, life expectancy for men was 60.4 years and for women 72.6 years). This abruptly changed situation cannot be attributed to improvements in social hygiene alone (i.e. improved drinking water quality and other environmental factors). Specialists believe that the greatest increase in life expectancy is due to the use of medication for patients. There is no doubt that medications are often absolutely necessary during pregnancy, i.e. in a period characterized by a clear danger to the life and health of the pregnant woman and the fetus. The use of medications during this period is often indicated to be mandatory. Without this, many diseases caused by pregnancy or arising during pregnancy, as well as many life-compatible fetal malformation and postpartum complications, can lead to the death of the pregnant woman and the fetus. A century ago, when medicines were not as common as they are now, one in ten women died as a result of complications during pregnancy or the postpartum period. That means that out of ten pregnant women, one woman was dying. Think about those numbers! Now only one out of 30,000 pregnant women in Switzerland is dying, thanks to the use of medication (take the best example). To achieve these results, it is necessary to use drug therapy and prevention during pregnancy, and the risk that one woman or one child among the 1 million pregnant women receiving such treatment will suffer serious damage due to the introduction of the drug must be reconciled. Every woman who wants a healthy child should understand and be close to the following practical issues DRUG THERAPY FOR A HEALTHY WOMAN If a woman does not have a chronic disease, this issue will only become relevant if she suddenly becomes acutely ill (influenza, other types of respiratory infection, pneumonia, urinary infection, etc.), or during a gynecological examination she will find a latent infection. With regard to acute infection, it should be noted that even a minor primary malaise is a reason to consult a doctor. It is important that it is not accidental for this situation to be a specialist with whom the woman has not previously had contact. Understanding and trust on both sides is very important in the matter under discussion. Then the acute illness that has arisen will be properly assessed and the woman will be given the necessary recommendations. Below is a specific list of safe medication and rules of drug therapy during pregnancy will be formulated. If a gynecologist check-up already during pregnancy reveals an infection, the woman should discuss the issue in detail with the gynecologist and the family doctor and make a quick and informed decision on how to proceed DRUG THERAPY FOR CHRONIC DISEASES For some chronic diseases, pregnancy and attempted childbirth are extremely undesirable, as there is very little chance of a favorable outcome if viewed objectively. This is, for example, a serious heart defect. The prognosis of having a healthy child is extremely problematic in women with significant psychiatric pathology (e.g. manic-depressive psychosis). The presence of some chronic diseases means that medication is taken almost continuously or by course. Is this compatible with guaranteed safety for the child? This question requires detailed work with the appropriate specialist and family doctor. MEDICINE AND LIFE OF

A FUTURE CHILD If fertilization occurred unplanned and the woman was taking medication during this period, nothing can be done. If the embryo is damaged by the medication, it dies; if the embryo survives, it is not damaged. If the woman is planning a pregnancy, she continues to take the necessary medication according to the scheme or takes a break after discussing all the above-mentioned issues with the doctors. In the first 3-4 months of pregnancy, special care is required when deciding (together with the doctor) whether to take highly effective and highly active medications. During this period, the child has various internal organs, which may be affected in this case. The indications for medication therapy should be thoroughly discussed with the physician. In the last days and hours before and during childbirth, doctors must do everything necessary to minimize the risk of harm to mother and child. If bearing a baby during pregnancy is difficult, if a woman spends most of her pregnancy in hospital, it is probably not worth thinking about the details of almost continuous drug therapy. It is simply necessary to be under the supervision of those doctors and in the institution that she trusts. HARMLESS MEDICINES -Antibiotics - only benzylpenicillin, ampicillin and a group of cephalosporins.-Antihypertensive and vasodilating drugs-a specific treatment regimen should be discussed with a physician. Antihistamines. Antidotes (i.e. drugs used in poisoning), the specific scheme chosen by the doctor, given that the victim is pregnant. - Vitamin preparations - in recommended doses. - Heparin. - Medications. - Metronidazole (trichopol) - after discussing the treatment scheme with a doctor. - Diuretics. Drugs for the treatment of heart failure - need to discuss the treatment scheme with your doctor. - Anti-viral drugs - for local use only. Thus, there is no doubt that medications are often absolutely necessary during pregnancy, i.e. in a period characterized by a clear risk to the life and health of the pregnant woman and the fetus. The use of medications during this period is often indicated to be mandatory.

Keyword: pregnancy, drug use, healthy woman, chronic diseases.

RISK FACTORS AFFECTING THE PROGNOSIS OF AUTODERMOPLASTY IN PATIENTS WITH VARIOUS SKIN DEFECTS

Babajanov A.S., Akhmedov A.I., Salokhiddinov J.B., Musoev S.T., Djalolov D.A.
Samarkand State Medical Institute. Samarkand, Uzbekistan.

One of the most common complications of autodermoplasty in various skin defects is autograft lysis. Even a small area of lysis increases the recovery time of the skin, as it requires repeated surgery or long-term conservative treatment. Recently, objective methods of adequate assessment of wound readiness for autodermoplasty have been a good help. It is known that activation of free-radical mechanisms of lipid peroxidation (LPO) of biological membranes is aimed at adaptive, under hypermetabolism, increase of cell permeability. However, due to unrestrained self-sustained initiation of LPO, not only modification of the cell wall occurs, but also its loosening and damage, leading to an increase in microvascular permeability to the system of organ and tissue damage. Therefore, the determination of LPO products ensures optimal reactivity of the body. This indicates the criteria for the readiness of the body for surgery, and also serves as a predictive criteria for the outcomes of autodermoplasty for various skin defects. The aim of the research was to evaluate the possibility of using indicators of malondialdehyde (MDA) and diene ketones (DK) in the plasma of patients as markers of the risk of developing autograft lysis. Materials and methods of research. The object of the study was 69 patients aged 18 to 70 years. The patients had various skin defects with local burns of the body and limbs of the III AB, IV degree, the area of deep burn up to 15%, trophic ulcers and other causes. In accordance with the purpose of the study, all patients were divided into 2 groups. Group 1 consisted of 38 patients who had complete autograft engraftment on day 7-9. According to the etiology of wounds, the majority of patients in this group were patients with local deep burns (in 20 patients), the rest - with wounds received for other reasons (in 14 patients) and trophic ulcers (in 4 patients). 24 patients were operated on before 2 weeks of receiving the wound, 6 patients were operated on after 2 weeks, and 8 patients underwent "early" autodermoplasty (within 7 days of receiving the wound). Group 2 consisted of 31 patients who had a complication in the form of partial lysis of the transplanted flap on the 2nd-14th day after surgery, on average for 7±0.6 days. Of these patients, 20 patients had local deep burns, 5 patients had post-traumatic and post-necrotic wounds, and 6 patients had trophic ulcers. The operation was performed before 2 weeks from the moment of injury (acute wounds) in 18 patients, 10 - were operated after 2 weeks from receiving the wound, 3 - "early" autodermoplasty was performed. The groups of patients were comparable in terms of their physical condition (degree of anesthetic risk III), age, period of limitation of the wound, and volume of surgical intervention. Plasma of heparinized venous blood was taken for the study of MDA and DK. Results and discussion. Differences between the groups persisted in the dynamics of the postoperative period. In group 1 patients, there was a gradual decrease MDA and an increase DK in plasma. At the time of engraftment of the autograft (7-9 days after surgery), complete normalization of MDA was observed, the remaining indicators were approaching the values in healthy people. In group 2 patients with clinical signs of cutaneous autograft lysis, there was a further increase in the concentration of MDA, while DK content remained at the level of preoperative values. On 3,7,11 days, patients were monitored dynamically. In the control group, MDA was 3,33 ±0,18 mmol/ml in the blood plasma, DK was 0,43 ±0,08 IU/ml. On the 3rd day after autodermoplasty, the blood plasma content of MDA was 6,44±0,41 mmol/ml, DK was 1,13±0,16 IU/ml. On day 7, the MDA content in blood plasma was 4,78±0,32 mmol/ml, DK 1,06±0,28 IU/ml. On day 11, the MDA content in blood

plasma was 3,94±0,26 mmol/ml, DK was 0,66 ± 0,2 IU/ml. When the results of the analysis were observed on day 3, 40% of autograft lysis was observed in 3 patients. Because at this time, there was a suppuration of the granulation wound. On day 7, 11 patients had autograft lysis ranging from 12% to 21%. After 11 days, up to 8% of autograft lysis was observed in the 1st patient. It turned out that when determining the preoperative values of MDA and DK simultaneously, depending on the values obtained, the probability of flap lysis in 94% of cases, and the probability of a good outcome of the operation - in 91%. For clinical diagnostic laboratories, it is possible to determine all these indicators, so we evaluated the diagnostic reliability criteria separately for each of the predictors. Conclusions. According to the results of our study on the content of MDA and DK in plasma before and after autodermoplasty, we can predict the risk of developing cutaneous autograft lysis in patients with various skin defects. Using the proposed markers allows you to prevent an adverse outcome of the operation, reduce the patient's hospital stay, and avoid the cost of additional conservative and surgical treatment of autograft lysis.

Keywords: autodermoplasty, autograft, malone dialdehyde, diene ketone, lipid peroxidation.

WAYS TO ELIMINATE EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PLASTIC VENTRAL HERNIAS IN PATIENTS WITH OBESITY

Davlatov S.S.
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. Introduction. Combination of anterior abdominal wall hernia with disturbances correct proportion of anterior abdominal walls and trunk, occurring result over spraining muscle and enlarging the thickness of derma-fatty folds abdomen said negatively on the results of hernioplastics. Hypernormal deposit of fatty tissue on anterior abdominal walls associated with derma-fatty lining except causing esthetic inconvenient is the cause occurring functional disturbance with a side of gastrointestinal tract, cardiovascular system, respiratory organs. Under flabby folds as rule appears stabile diaper rash. All these changes lead to restriction labor ability of patients, that allows to consider of plastic anterior abdominal wall as operation directed on correction not only esthetic deformation but also functional disturbances. That's why actual and even necessary supplement of hernioplastics dermatolipectomy (DLE) directed on restoration morphological condition of abdominal walls, preceding that changes which occurred in the results of pregnancy undergo interference, long hernia carrier, obesity. Purpose of the study. Determine the criteria for selecting the surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity. Materials and methods. From 2014 to 2019 in the surgical department of the clinic summit operated 82 patients with postoperative ventral hernia of anterior abdominal wall. According to the classification by D.E. Toskin, hernias are divided into four largest groups: small, medium, large (wide) and giant. 56 (68.3%) patients aged 27 to 60 years were obese grade III-IV and the presence of significant skin and fat apron (venter pendulus). Of these, 47 were women (83.9%). Patients were divided into two groups. Control group consisted of 39 (47.6%) patients, they were satisfied with the hernia repair and plasticity auto tissue and prosthetic materials. This graft is fixed but the technique onlay, inlay and sublay. The main group consisted of 43 (52.4%) patients who: hernia repair was performed with abdominoplasty. All patients underwent anthropometry (BMI), clinical, biochemical studies, measuring abdominal pressure before and after surgery. The data allows you to select optimum access during hernia repair and abdominoplasty of postoperative ventral hernias. In preparation postoperative examined the following indicators of external respiration by conventional means: sample rods, breathing frequency (BF), tidal volume (TV), the respiratory minute volume (RMV) capacitance life (CL), the maximum ventilation (MVV). All patients underwent an electrocardiogram, abdominal ultrasound, x-ray of the chest, according to testimony - barium enema, x-ray contrast study of the gastrointestinal tract. Results and discussion. In general, among the examined (n = 82) of different degree of obesity (BMI between 28 and 60.9) was 76.4% (n-65). Thus III-IV degree of obesity (BMI between 36 and 60.9) were 35,4% (n ~ 29). The postoperative period in patients in the control group was observed complication 11 (28.2%): hematoma in 2, seroma at 3 lymphorrhea at 1 and festering wounds 1. Bronchopulmonary complications were observed in 1, the phenomenon of heart failure in 2 patients. In the study group were complications in 4 patients ((9.3%) postoperative wound festering in 1 patient, infiltration in surgical wound in 2, necrosis of the skin flap from the edge 1). Thus, the maximum number of complications observed in patients of the control group. Conclusions. Treatment of patients with obesity should be comprehensive and individual, as in the initial assessment of the patient, and in the choice of treatment, since the task of such operations is not only to weight loss, but also the normalization of metabolic processes. Hernioplasty with abdominoplasty in patients with postoperative ventral hernias BSS obese grade III-IV, performed after careful preoperative preparation, improves the quality of life of patients, eliminating the aesthetic inconvenience, it contributes greatly to the psychological and social rehabilitation of patients with obesity and is a good incentive for the development of motivation and weight loss.

Keywords: postoperative venral hernia, surgical treatment, hernioalloplasty, transplant, obesity, dermatolipidectomy.

SURUNKALI TARQALGAN PARODONTNING DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHIDA RAQAMLI KOMPYUTER TEXNOLOGIYALARINING IMKONIYATLARI

Gaybullaev E.A., Rizaev J.A., Anvarov Z.L., Gaybullaeva Z.X.
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Samarqand davlat tibbiyot instituti
Toshkent vrachlar malakasini oshirish intsituti

Dolzarabligi. Ushbu maqolada surunkali generallashgan parodontitni tashxislash va davolash uchun konus nurli kompyuter tomografiyasi imkoniyatlari keltirib o’tilgan, shuningdek ushbu kasallikni davolashning jarrohlik taktikasiga zamonaviy yondoshish. 3D tomografiyasi bo'yicha ma'lumotlar radiologiya va jarrohlik stomatologiya sohasida ustuvor bo'lishi bo’lishi mumkin bo'lgan malumotlar.yani suyak mineral zichligini aniqlashni hisobga olgan holda diagnostika usullari taqdim etilgan. Maqolada, shuningdek, jarrohlik davolash prognozlarini baholashda densimometrik tahlilning T-mezonidan o'ziga xos belgi sifatida foydalanish samaradorligi ko'rsatilgan. Natijalar taqdim etildi, tegishli xulosalar chiqarilgan. Kirish: Stomatologik texnologiyalarning rivojlanishi bilan davolash jarayonini usullarini yangi progressiv optimallashtirish parodont yallig'lanishi bilan og’rigan bemorlarning hayot sifatini yaxshilashi mumkin. Tish kasalliklari va shikastlanishlarini klinik tashxislash imkoniyatlari ko'p hollarda simptomlarning o'ziga xos bo'lmaganligi va tashqi tekshiruv paytida tishlarning yuza qismining 50% dan ko'prog'i ko'rinmasligi va faqat rentgenologik jihatdan o'rganilishi tufayli cheklangan. Bundan tashqari, rentgen tekshiruvi yoki maqsadga muvofiq bo'lmagan foydalanish paytida tishlarning qattiq to'qimalari, parodontal va periodontal kasalliklarni davolashdagi nuqsonlar va xatolar 75% ga etadi [1,2-5,7]. Zamonaviy stomatologiyada rentgenologik usulning rolini yordamchi deb atash mumkin emas. Bunga stomatologiya fani va amaliyotining salmoqli yutuqlari, rentgen va kompyuter texnologiyalarining so'nggi uch o'n yillikdagi rivojlanishi natijalari misol bo’la oladi. Shuning uchun suyak to'qimasini avtomatlashtirilgan monitoring usulini yaratish bugungi kungacha dolzarb bo'lib qolmoqda. Tadqiqot maqsadi: Klinik va rentgenologik tekshirish usullariga asoslanib, qisqa va uzoq muddatda suyak minerallarining zichligini aniqlash uchun randomizatsiyalangan tadqiqot o'tkazish. Tadqiqot materiallari va usullari: Biz surunkali generallashgan parodontitning turli darajadagi og'irlikdagi 32 nafar bemorni tekshirish va davolash natijalarini tahlil qildik. Ularning 18 nafari erkaklar va 14 nafari ayollardir. Bemorlarning yoshi 30-62 yoshda. O'rta yosh 45,5 yoshni tashkil etdi. Tekshirilgan barcha bemorlar 2 guruhga bo'lindi: 1 guruh - asosiy guruh bo'lib, SIRONA konus nurli kompyuter tomografiyasi yordamida rentgen tekshiruvi orqali baholangan o'rtacha va og'ir darajadagi surunkali generallashgan parodontitning klinik ko'rinishlarining har xil og'irlikdagi 16 bemordir, hamda suyak minerallarining zichligi tekshiruvi olib borilgan. T va Z mezonlari hisobga olingan. Tekshirish guruhiga faqat ortopantomografiyadan o'tkazilgan 16 nafar bemor surunkali generallashgan parodontitning klinik ko'rinishlariga ega edi. Asosiy guruhdagi suyak nuqsonini almashtirish uchun osteotropik material sifatida suyak moddasi ishlatilgan, bu β-3 kaltsiy fosfat. Yopiq kuretaj nazorat guruhida o'tkazildi. Davolash usullariga klinik va rentgenologik tadqiqotlar kiritilgan. Natijalar va muhokamalar: Suyak mineral zichligini o'rganish shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhdagi ayollarda yosh normasining foiz nisbati 79,34 ± 1,88% ($p \leq 0,05$), taqqoslash guruhidagi odamlarda esa 98,95 ± 1,51%. Surunkali generallashgan parodontitli bemorlarda mineralizatsiyaning yoshiga nisbatan BMD ko'rsatkichlari nazoratdan asosiy guruhgacha pasaygan: eng kam suyak mineral zichligi asosiy guruhda bo'lgan va 77,65 ± 1,97% (p00.05), taqqoslash guruhining odamlari - 97,13 ± 1,63%. 1-rasmda densitometrik

tadqiqotlar natijalari ko'rsatilgan. Shuni ta'kidlash kerakki, suyak to'qimalari patologiyasining og'ir shakllari (osteoporoz va III darajali osteopeniya) yuzaga kelmadi. Jarrohlik davolash paytida - uchta kaltsiy fosfat ishlatgan bemorlar guruhidagi ma'lumotlarga asoslanib, periodontal cho'ntaklar chuqurligining pasayishi taqqoslash guruhiga qaraganda tezroq sodir bo'ldi. Asosiy guruhda va taqqoslash guruhida 2 va 12 oylik kompyuter tomografiyasida suyak shaklini normallashtirish va suyak darajasini oshirish tendentsiyasi kuzatildi. Shu bilan birga, bir qator farqlar aniqlandi. 2 oylik davrda asosiy guruhdagi o'rtacha og'irlikdagi kompyuter tomografiyasi kortikal plastinka konturining tiklanishini ko'rsatdi. Panoramali rentgenografiyada taqqoslash guruhida sezilarli o'zgarishlar kuzatilmadi. Asosiy va taqqoslash guruhlarida og'ir parodontit bilan og'rigan bemorlarda kichik guruhlar bir xil tendentsiyalarni ko'rsatdi, ammo kamroq aniqlandi. 12 oylik davrda rentgenologik tekshiruvda ß, uchta kaltsiy fosfat va OTP ishlatilganda, o'rtacha og'irlikdagi surunkali umumiy parodontitda ham, ushbu kasallikning og'ir shakllarida ham aniq belgilangan barqarorlik aniqlandi. Suyak naqshida nozik halqa tuzilishi bor va aniq belgilangan kortikal plastinka mavjud. Suyak cho'ntaklar yo'q, suyak to'qimalari darajasida o'sish kuzatiladi. Jarrohlik davolashda ksenogen apatit OTP bilan birgalikda qo'llanilgan bemorlarda bir vaqtning o'zida ahamiyatsiz ijobiy tendentsiyalar qayd etildi. Taqdim etilgan ma'lumotlarga asoslanib, osteopeniya belgilari bo'lgan bemorlarda diagnostik algoritmning bir qismi sifatida yallig'lanish-distrofik parodontal jarayonlarniningg jarrohlik davolashning ijobiy ta'sirini ta'kidlash mumkin. Shunday qilib, asosiy guruhda deyarli barcha bemorlarda (98,7%) T-mezonning -2.21 dan -1.32 gacha (p0.001) yaxshilanishi kuzatildi. Holbuki taqqoslash guruhida T-mezonning yaxshilanishi ishonchli tarzda aniqlanmagan (-2.21-2.2.12, p0.001). Xulosa: Surunkali generallashgan parodontitni turli osteoplastik materiallardan foydalangan holda jarrohlik davolash usulidan foydalanish zamonaviy davolash usuli ekanligi isbotlangan. Osteoplastik materiallardan foydalanish T-mezonini yaxshilash uchun asosiy guruhdagi suyak minerallari zichligining oshishiga olib keldi, bu qisqa vaqt ichida ham, uzoq muddatda ham osteoporozning kamayishi shaklida ma'lum ahamiyatga ega bo'lib, bu yoriqlar sonining kamayishi va jarohatlarning yaxshilanishi bilan namoyon bo'ladi. yallig'lanish-distrofik periodont kasalliklarda davolashning asosiy usuli sifatida ushbu davolash usulini tavsiya etish uchun asos mavjud.

Kalit so'zlar: konus nurli kompyuter tomografiya; surunkali generallashgan parodontit; densitometriya; osteotrop material, 3d tomografiya.

EFFICIENCY OF PREVENTION AND TREATMENT OF DENTAL CARIES IN PRESCHOOL CHILDREN BASED ON INTEGRATED MEDICAL-SOCIAL ANALYSIS

Kamalova M.K., Atavullaev M.J.
Bukhara State Abu Ali Ibn Sin Medical Institute

Abstract. The increase in the prevalence of early childhood caries, accompanied by a large number of complications and an increased need for dental care in children. Only examinations and medical measures, without carrying out preventive measures, cannot lead to the achievement of significant successes in reducing the dental incidence of children. This article substantiates the need to improve the prevention and treatment of dental diseases in preschool children. Many authors report an increase in the dental morbidity of children, and untreated carious lesions of temporary teeth take 10th place among all chronic diseases of the population. There is an increase in the prevalence of early childhood caries, accompanied by a large number of complications and an increased need for dental care in children. For children of preschool age, the most convenient form of service is the provision of dental preventive and medical care directly in preschool organizations. A positive effect on preserving the health of teeth in kindergarten pupils was found to include programs for sealing fissures, hygienic training and education, and applying fluoride varnish to teeth. The treatment of caries in children of early and preschool age is associated with a number of problems caused not only by the anatomical and physiological characteristics of milk teeth, but also by the difficulty of performing many manipulations. Fear of drills and injections are the main reasons for children refusing dental treatment. In addition, it is difficult to organize a dentist's office in a kindergarten, and parents do not always have time and financial opportunities to visit a dental clinic with a child. However, modern non-invasive and minimally invasive methods of treating dental caries can overcome these obstacles. The aim of the study is the organization of field teams for the implementation of health education and hygienic education among the children and their parents, as well as the prevention of early occurrence, development of dental diseases and their consequences. Materials and research methods: A survey of parents of children aged 3-6 years attending kindergarten No. 2 of Bukhara was conducted. The total number of children was 100 children (45 children 3-4 years old; 55 children 5-6 years old), 30 examined children in the younger group, 70 children in the middle and older age group. We have developed a questionnaire containing 15 questions to identify the reasons for preschool children seeking dental care. The questionnaire also revealed the nature of hygienic care for the oral cavity of preschool children and the degree of participation of parents in it. Studied the dental status of preschoolers. The work of field teams was organized to provide dental care to children directly in kindergartens. Children were examined by a dentist, active prevention was carried out by applying non-invasive sealing of the fissures of the teeth and applying fluoride varnish to the teeth. The examination of children was carried out according to the usual method using a standard set of dental instruments. For each child, the prevalence and intensity of tooth decay, premature removal of temporary teeth, and the presence of sealants are determined and evaluated. Data are entered into survey maps and statistically processed using variation statistics methods. Research results and discussion. The organization of field teams allowed us to obtain data on the reasons for preschool children applying for dental care and the amount of assistance provided in state dental organizations. We found that the average rate of dental caries intensity by the BMI index in preschool children was 5.17 ± 0.51, which corresponds to the average caries activity. The average prevalence of caries of temporary teeth in the middle group was

established according to WHO criteria of 69.0%. The lowest prevalence was found in children of the younger group of 43.0%. The highest - in children 6-7 years old - 77.0% ($p < 0.05$). The average level of intensity of caries of temporary teeth in children 3-4 years old was established - 3.7, in preschoolers 6-7 years old, the intensity according to the WHO criterion is high - 5.0. Premature removal of temporary teeth was not detected. Fissure sealing helps stabilize the carious process in the early stages, stopping demineralization under the sealant layer. Fluoride was used for the presence of a sealant; the drug increases the concentration of fluorine in the oral fluid and reduces the growth of caries on smooth surfaces of teeth. An analysis of the results of a survey of parents showed: 35% of children believe that the main cause of dental diseases is poor medical care, 9.7% - poor financial situation in the family, and the majority (55.3%) - lack of knowledge in maintaining health. To the question "Does the child have any bad habits?" very contradictory answers were received: 50% of parents found it difficult to answer, 37% answered "NO", 13% - confirmed the presence of bad habits in their children. According to a survey of parents about the presence of carious teeth in their children that previously bothered them, it was found that 53.2% of parents went to the dentist to treat painful teeth, 29.6% of children had not previously complained of pain, and 17.2% found it difficult to answer this question. The study revealed that in 55.1% of the examined children food between the teeth was delayed, 35.6% did not show such complaints, 9.3% of the children could not give an exact answer. Analyzing the data of the questionnaire on compliance with the recommendations of dentists to improve oral hygiene in children, the following results were found: 34.5% of parents follow the advice and recommendations of a doctor, 33.2% are reluctant to follow oral hygiene, 22.6% of such recommendations have not received, the number of patients not following these recommendations is 9.7%. The questionnaire showed that 61.3% of preschoolers brush their teeth under parental control, 31.5% of children observe hygiene rules on their own, and 7.2% of parents found it difficult to answer this question. The study revealed that 40.8% of children rinse their mouth after each meal without reminding their elders, 43.8% need reminders from their parents and 15.4% of the examined do not follow this rule. According to the study, it was found that 46.2% of children brush their teeth 2 times a day, the number of preschool children who clean, their teeth only 1 time per day, was 29.5%, 19.1% - they rarely brush their teeth and 5.2% Do not brush your teeth at all. To the question “How often do you visit your dentist with your child?” 39.7% of parents replied that they visit the dentist on the recommendation, that is, once every 6 months, 49.6% of the parents surveyed visit the doctor as necessary, and 10.7% take their children to the dentist very rarely. Parents who turn to the dentist for pain or discomfort accounted for 43.4%, 33.2% of children visit dental clinics according to the doctor’s recommendations occasionally for the purpose of prevention - 19.3%, unlike those who have never visited a dentist (4, 1%). Analyzing the questionnaire data, it was found that 66.1% of young patients do not pay a visit to the dentist because of fear of rather painful procedures. For 24.3% of the parents surveyed, the main reason why they often postpone a visit to the doctor is their frequent employment and lack of time, and 9.6% of the population are financial difficulties. The study revealed that 51.9% of parents prefer to treat their children in the dental office, 27.5% do not and 20.6% do not want to. To the question “Does your child know how to protect teeth from various diseases?”, 43.6% of parents gave a positive answer, 56.4% - a negative one. Conclusions: Our health education and educational work revealed the following: - The level of dental knowledge of parents of preschool children and educators of preschool organizations is determined, the possibility of their involvement in the prevention of dental diseases in children is assessed; - Questioning parents gave positive results for the provision of dental care and preventive measures, and also showed the effectiveness of

working with children and parents on the formation of initial ideas of children about a healthy lifestyle and familiarization with oral hygiene; - It is only necessary to instill in a child measures to preserve dental health only through the joint efforts of medical personnel, pediatric dentists, educators and parents, using presentations, video lectures, books, memos, computer questionnaires; - Our preventive measures have allowed us to obtain results on the prevention of a cariogenic situation in the oral cavity; - Applications of fluoride alone do not have a significant preventive effect on the development of the carious process in fissures. - The minimally invasive treatment of caries of temporary teeth will also reduce the treatment time, reduce the level of stomatophobia among the child population, improve medical rehabilitation and increase the cost-effectiveness of treatment; - A model for the organization of dental care for preschool children will help to reduce the incidence of dental morbidity, improve dental health, reduce the cost of providing dental care to children; - Conducting a survey, treatment, prevention by the created team, as well as identification of the increase in the prevalence and intensity of caries among children. Thus, the diseases that were managed to be cured by a non-invasive method were treated by the team's specialists directly in children's institutions, and children with the presence of medium and deep carious cavities were sent to children's dental clinics, due to the impossibility of using non-invasive treatment**.** As a result of the comprehensive studies, a new direction in dentistry is substantiated, which contributes to the improvement of the dental health of children by introducing clinically and economically feasible models for the provision of dental medical and preventive care to preschool children. Implementation of the proposed models for the organization of dental care for preschoolers helps to reduce the incidence of dental morbidity, improve the dental health of children, reduce the cost of providing dental care to children. The minimally invasive treatment of temporary caries will also shorten the treatment time, reduce the level of stomatophobia among the pediatric population, improve medical rehabilitation and increase the cost-effectiveness of treatment.

Key words: dental care, preschool children, caries, oral hygiene, questionnaire, prevention, treatment, parents.

MUDDATIDAN OLDINGI TUG'RUQLARNI OLDINIOLISHDA KKB (KALTSIY KANALI BLOKATORLARI)NING TA'SIRI

Mamasaliyeva N.A., Mamasoliyeva Sh.A.
Samarqand davlat tibbiyot instituti

Bugungi kunda ko'pgina homilador ayollarda homilaning muddatidan oldin tugilishi tug'iladigan bolalarning to'liq aqliy rivojlanmaganligi va ularning maxsus parvarishga muhtojligiga sabab bo'lib, uning oldini olish onalik va bolalalikni muhofaza qilishning asosiy omillaridan biridir. Konstitutsiyamizning 65 moddasiga binoan onalik va bolalik davlat tomonidan himoya qilinishi belgilab qo'yilgan va yana bir muhimji hat: sog'lom tushunchasiga keng ma'noda qarash va yondashish lozim. "Biz sog'lom bola deganda nafaqat jismoniy, balki ma'naviy jihatdan ham sog'lom bolani o'zimizga tasavur etamiz", "Bu yorug' jahonda neki jonzot bo'lsa, barchasi bolasi uchun qayg'uradi, hatto og'zida don tashib boqadi, himoyalab voyaga etkazadi" va "Butun mavjudot orasida eng ulug', eng mukarram etib yaratilgan inson farzandi, uning baxti, kelajagi uchun butun borlig'ini, kerak bo'lsa butun umrini bag'ishlaydi". Xomilador ayollarda uchraydigan muddatidan oldingi tug'ruqlarni oldini olishda KKB(kaltsiykanali blakatorlari)ning ta'sirini o'rganish. Muddatidan oldingi tug'ruqlar risk faktorlari quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1. O'tmishida vaktidan oldin tugruq bo'lganda; 2. Egizak homilaga homiladorlikda; 3. Qandli diabet xolatda; 4. Qon bosimi kasalligi; 5. Bachadon yoki bacnadon buynida yoki homila hamrohidagi nuqsonlar; 6. Chekish; 7. Narkotiklar qabul qiluvchilarda; 8. Kamqonlik; 9. Jinsiy yullari nfeksiya; 10. Homila suvining ko'pligi; 11. Homiladorlikdan oldingi vazn etishmovchiligi yoki semizlik; 12. Homiladorlik davrida jinsiy yo'llardan qon ketishi; 13. Nuqson bilan tugilgan chaqaloklar yoki o'lik tug'ilish bo'lganligi; 14. Hayotida qattik qayg'urish bulganligi; 15. Homiladorlik davomida parvarishning yo'qligi yoki kamligi; Muddatidan oldin tugruqqa tashxis qo'yish ushun qullaniladigan tekshiruv uslublari**:(**Quyidagi tekshiruvlardan biri yoki bir nechtasi tashxis quyisda ishlatilishi mumkin). Bachadon bo'yni ochilishini va bachadondagi og'riq nisbatini aniqlash va homilaning kelish qismini aniqlash uchun. Ulratovishli tekshirish: bachadon bo'yni uzunligi va homila vaznini va positsiyasini aniklash uchun, bachadon qisqarishi davomiyligi va oralig'ini monitor qilish, qindan surtma olib tekshirish: qin infektsiyasini tekshirish uchun,qindan surtma olib tekshirish: qin infektsiyasin itekshirish uchun. Amniotik suyuklikni tekshirish: Homilaning upka etukligini aniklash maksadida. Kaltsiy kanali blokatorlarining bachadon qisqarishiga ta'sir mexanizmi: Bachadon minglab mushak tolalari tuplamidan iborat bulgan a'zodir.Bu mushaklarga kaltsiy kirganda bachadon mushaklari qisqarib,siqiladi.CCB preparatlari kaltsiyni mushak hujayralariga utishiga yul quymaslik yuli bilan bachadon qisqarishinig oldini oladi yoki kamaytiradi.CCB preparatlari tokolitiklar guruhidandir. Ulardan Nifedipin muddatidan oldingi tug'ruqni davolashda boshqa dorilarga nisbatan eng samarali dori vositasidir. Xulosa: 1.Nifedipin bachadon qisqarishining soni va tezligini kamaytiradi,ammo uning tasiri va davomiyligi har bir ayolda har xil kechadi.Hamma dori-darmonlar singari CCB lar ham uzok muddat muddatidan oldin tugishni oldini ola olmaydi. 2. Ishonchliko'rsatmalarga asoslangan holda shuni aytib o'tishimiz mumkinki, CCB larni qabul kilish vaqtida homilador ayolning bachadon buyni ochilish darajasiga bog'liq holda CCB ning ta'siri bir necha kun davom etishi mumkin.Chetdan qaraganda bu juda qisqa muddatli tasir bulishi mumkin,ammo CCB larni steroidlar bilan birga qabul qilinganda homilaning rivojlanishida yaxshi samara berishi mumkin. Steroid qabul qilgach,48 soatdan keyin homilaning o'pkasi funktsiyalarining jadallashishi va homila o'limini oldini olishda yaxshi samara beradi. Qaysi holatlardan Nifedipin qabul qilish mumkin emas? Qonbosimi past ayollar; Yurak yetishmovchiligi kasalliklari bo'lganda.

Kalitli so'zlar: kaltsiy kanali blokatorlari, homiladorlik, Nifedipin preparati.

MOST FREQUENTLY USED BY TASHKENT DENTAL IMPLANTOLOGISTS METHODS FOR CHECKING THE OSTEOINTEGRATION FACT OF THE DENTAL IMPLANTS

Nuritdinov U.A., Fattakhov R.A.
«Nafis Nur Dent» dental clinic. Tashkent, Uzbekistan

This survey was conducted among 74 dental implantologists in Tashkent in order to identify commonly used methods for verifying the fact of osseointegration of dental implants. Introduction. It is no longer possible to imagine modern medicine without dental implantology. The criterion for successful implantation is the process of osseointegration, which, on average, in intraosseous screw implants occurs in 3-6 months. Undoubtedly, successful implant engraftment is the moment that any implant dentist awaits in the process of his work. In addition to the doctor, the patient is looking forward to this moment. The interaction between the implant and the biological substrate is essential for the success or failure of implantation. Optimal implantation technologies for improving osseointegration processes include not only the development of new surgical procedures, the use of new methods of stimulation of osseointegration, but also new methods of verifying the fact of osseointegration of the implant. There are various methods for checking the fact of osseointegration of a dental implant that doctors can use: targeted dental radiography, 3D computed tomography, densitometry, resonance frequency analysis (RFA), torque test with a torque wrench, standard clinical examination. However, in most cases, the prediction of implant osseointegration is determined by doctors based on x-ray images and subjective feelings of the surgeon at the time of implant placement. Dental visiography, like computed tomography, allowing to determine the so-called optical density of bone tissue, does not provide an opportunity to assess the response of dental implants to functional load i.e. find the dependence of the displacement of dental implants on the value applied load. But such estimates are essential when choosing the design of prosthesis and the number of dental implants, as well as to optimize the therapeutic process and improve the long-term outcome of treatment. Objective: the goal of the research was to identify the most popular methods for checking the osseointegration of dental implants. Research methods included a survey among 74 dental implantologists in Tashkent using own questionnaire. The questionnaire contains questions about the experience of a doctor and about the methods used by a specialist to verify the fact of osseointegration. For questions about methods, several answers to one question are acceptable. Results: it was revealed that the most popular methods for checking osseointegration of implants are: targeted dental radiography - it is used by 94% of all respondents. Two other common verification methods are clinical examination (61%) and torque testing with a torque wrench (57%). Densitometry does not verify the fact of osseointegration. To increase the efficiency of operations using dental implants specialists need devices to establish a direct connection between the efforts exerted on dental implants and their (implants) displacements, as well as methods for assessing the bearing capacity of the “dental” system implants - bone tissue ”in physical units. Only 7% of specialists use the RFA method in their work. Meanwhile, the use of this method in the work of a dental implantologist seems to us very relevant. The method of resonance-frequency analysis is to study the stress-strain state of the bone-implant system. Implants installed in areas with low bone density are characterized by lower

torque during installation, but an increase in the resonance frequency. A decrease in pressure on the bone at the time of formation of the bed under the implant leads to an improvement in the primary stability of the implant, which is especially noticeable on bones with low density. Many authors with RFA receive data that differ from the tactile sensations of the surgeon at the time of implant placement. In this way, the RFA can help in predicting and choosing implant protocol tactics. The essence of the method is to determine the stability of the implant in the jaw bone using a resonance-frequency analysis of the forced vibrations observed in the implant using an alternating magnetic field of the device emitter. The more stable the implant, the higher the oscillation frequency (ISQ). For ISQs above 70, a one-step or immediate loading protocol is usually used. As is known, as a result of the process of osseointegration, the initial mechanical stability is supplemented and / or replaced by biological stability. High primary stability (ISQ ≥ 70), usually remains at the same level, since its decrease is offset by the development of biological stability. In the event of a decrease in stability during subsequent measurements, special attention should be paid to this implant. Low primary stability (ISQ≤55), most often, increases in subsequent measurements, due to the process of osseointegration. If the increase does not occur, then perhaps the loss of this implant should be expected We recommend that doctors pay closer attention to the RFA method, since it does not have harmful radiation, is informative, has virtually no contraindications, and is easy to use. Conclusion: the problem of optimal implantation technologies to improve osseointegration processes is relevant to date and includes not only the development of new methods of surgical interventions, the use of new methods of stimulation of osseointegration, but also the creation, comprehensive justification of the effectiveness of new systems for verifying the fact of osseointegration of implants. Undoubtedly, new advances in this direction will help to reduce the terms of rehabilitation of dental patients, improve their quality of life.

Key words: osseointegration, RFA, dental implants.

OCCUPATIONAL HAZARDS IN DENTISTRY

Rizaev J.A., Fattakhov R.A.
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan
"Nafis Nur Dent" dental clinic, Tashkent, Uzbekistan

Annotation. A study of electronic sources was conducted; the data of their own research were used. The obtained data were divided into groups for better understanding of the potential risks in the dental profession. During carrying out their clinical treatment duties, dentists are exposed to occupational risks. In some cases, they lead to diseases that can be considered professional. Their most common manifestations include diseases of the musculoskeletal system, hemorrhoids, diseases of the gastrointestinal tract and cardiovascular system. More than half of dentists experience psychological problems associated with professional activities. Negative emotions experienced by dentists associated with occupational diseases, chronic fatigue and psycho-emotional stress can lead to the development of burnout. In our opinion, the concept of "professional risk" can be defined as an activity, process or situation that predispose or themselves cause accidents or illness in the workplace. Occupational hazards are present in the activities of dentists of all countries. Brooks S.L. et al. (1981) stated that dentists are more common in dentists than in other healthcare providers. Occupational hazards in the dental profession can be divided as follows (I) physical, (II) chemical, (III) biological, (IV) psychological. I. Physical factors include: 1. Problems with lighting: Bad light. It leads to pain, tension, eye fatigue, headache. Excessively bright lighting. It leads to discomfort during work, fatigue and pain in the eyes, headache. The limited working area and its artificial lighting lead to eye strain, conjunctivitis, decreased visual acuity or myopia. 13-52% of dentists have vision problems [5]. 2. The impact of sound. Regular exposure to frequencies above 3 kHz leads to acoustic stress, temporary and permanent hearing loss, and impaired ability to concentrate. The risk depends on the susceptibility of a particular person, the total daily exposure. Up to 20% of dentists have hearing problems. 3. Exposure to ionizing and non-ionizing radiation. Includes exposure to photopolymer lamps and x-rays. 4. Injuries to sharp objects during operation. Includes needle pricks, cuts with a scalpel, burs, discs, etc. Also, they can be attributed to bites with sharp teeth. The most common route of transmission is through needle injections. 5. The formation of aerosol - air-dust-water mixture, with particles with a diameter of less than 50 micrometers. It contains blood and microflora and is a source of spread of infection through the airborne droplets and contact routes. 6. Disorders of the musculoskeletal system. The most common: lower back pain, shoulder pain, pain in the hands and wrists. Low back pain is the most common. The reason for it is the multiple unilateral tilts of the body, long work in one position, long static periods. During 37.7% of the working time, the dentist is in a forced position (standing or sitting next to the patient), which causes overstrain of the spine and limbs. Overexertion negatively affects the musculoskeletal and peripheral nervous system. The chronic effects of all these adverse circumstances, over time, can lead to cumulative traumatic disorders. II. Chemical hazards. Most of the chemicals and materials used in clinical practice and in the dental laboratory have a harmful effect on the body with chronic ingestion. They can act locally or systemically, have an immediate or delayed effect.These materials include: silicon dioxide, nickel, chromium, beryllium, formaldehyde, natural latex. III. Biological hazards. Includes infectious agents: viruses, bacteria and fungi. These include HIV, hepatitis B and C viruses, tuberculosis mycobacteria. Infection occurs in direct and indirect (indirect) ways. Legnani P. et al. (1994) evaluated aerosol contamination from dental procedures. It was proved that during operation, the average bacterial load

of air increased more than three times, the number of aerobic bacteria increased 1.5 times, anaerobes - 2, compared with the initial load. IV. The psychological dangers. Stressful situations are an integral part of dentistry. The profession requires the doctor to act in two roles: as a psychotherapist and as a dentist. The psychological aspects of collaboration between the dentist and the patient are very important. In everyday clinical practice, the dentist must adhere to an individual attitude to the patient, depending on his / her mental state and personality. In most cases, knowledge of psychology, good communication skills and establishing the right relationship between the dentist and the patient are important factors in determining whether preventive measures and treatment are successful. Good communication between the doctor and the patient has a positive effect on more stringent adherence to specialist recommendations. Many clinical situations are a source of stress for the dentist, and they include, but are not limited to, procedures related to patient anesthesia, procedures with an uncertain prognosis, pain, emergency situations in which the patient's health or life is at risk. Such factors include the frequent cancellation of visits or chronic delays of patients. In cases of excessive nervousness, patient anxiety or soreness of the procedure, the dentist often seeks to perform manipulations in the shortest possible time. This forces the doctor to focus and mobilize mental and physical resources, which increases the power of stress. The repetition of such situations in medical practice inevitably leads to the development of burnout. Health hazards are present in every occupation. Dentists are one such professional group. Despite these dangers, we cannot refrain from providing assistance and services to the community. Sufficient knowledge and adequate information about occupational hazards and their prevention will undoubtedly contribute to ensuring high-quality treatment of patients and preserving the health and performance of dentists.

Key words: burnout, occupational stress factors, ergonomics in dentistry, occupational hazards.

ETIOPATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND MODERN METHODS IN THE TREATMENT OF PTERYGIUM.

Shorustamova M.M.
Tashkent Medical Academy.

Summary. This article presents a summary review of the literature devoted to the description of the main features of the clinical course, surgical treatment, prognosis for patients undergoing pterygiumectomy, as well as the introduction of photodynamic therapy in ophthalmological practice. Described possible triggers for the occurrence of pterygium. The characteristic of the main types of pterygium removal operations carried out at the moment is given. The basics of photodynamic therapy and its increasing role in ophthalmology are described.

Among all diseases of the organ of vision after inflammatory diseases in second place are dystrophic lesions of the eye. Pterygium remains one of the dominant diseases in the structure of ophthalmopathology of the local population. due to the high prevalence of pterygium (2-2. 5% to 34.4%) and the high frequency of relapses of the disease, the problem of treatment of pterygium is urgent Until recently, pterygium was considered a disease endemic to geographic regions with hot and dry climates. However, currently, due to the intensification of migration processes, this problem is becoming relevant in areas with a temperate climate. Pterygium is a pathology that is widespread among the population of southern countries, including Uzbekistan and several Central Asian republics. In Uzbekistan, the results of a medical examination of the population found a high incidence of this pathology. Features of ecology of Uzbekistan, with sharply continental climate and character of work of rural population, cause prevalence of various pathologies of an organ of sight, including a pterygoid hymen making in different areas to 22% which distinctive feature, is more severe clinical course, than in regions with a moderate climate. The exact causes leading to the growth of pterygium remain unknown to this day, despite many previous studies aimed at studying the etiology and pathogenesis of pterygium. However, it is known that various trigger factors can provoke the growth of pterygium. Below are the main ones. The first etiopathogenetic concepts suggested a relationship between the development of the pterygium and the specifics of lifestyle. In people working outdoors under the influence of direct sunlight or dust, against the background of chronic irritation of the eye surface by external environmental factors, pterygium developed most often Perhaps this explains the higher incidence of pterygium in men than in women. However, the high prevalence of pterygium in sailors, fishermen, surfers who are in an environment devoid of dust, but are exposed to increased amounts of scattered light from reflective surfaces such as the sea surface, indicated that high insolation is of primary importance in the formation of pterygium. It is assumed that the trigger mechanism in the pathogenesis of pterygium is a genetic change in limbal stem cells under prolonged exposure to UV radiation There is a point of view that scattered light can pass through the eye by alternative transcameral pathways, thereby damaging the limbal stem cells on the inner side [10]. In this case, the violation of the corneoscleral limbal barrier subsequently leads to conjunctivization of the cornea and the development of the pterygium. The pathogenesis of the disease is as follows. Systematic exposure to the conjunctiva causes increased vascular pattern, which over time leads to changes in the epithelial tissue of the outer shell of the eye. Many formed vessels promote the penetration of cells such as fibroblasts, which are responsible for the production of epithelial tissue. As a result, pterygium grows. E. N. Bilalov carried out morphological analysis of the conjunctival tissue of the inner segment of the eyeball in healthy individuals, whose indicators

are accepted as normal. The cell-tissue structure of the conjunctiva is as follows: the surface is covered with a multilayer flat epithelium consisting of three layers (a deep basal layer of cylindrical cells, a middle layer of polygonal cells and a surface layer represented by flat cells); the submucosal layer of connective tissue is permeated with collagen and elastic fibers and there are two layers (superficial-relatively thin own connective tissue layer of the conjunctiva mucosa and deep-thick layer consisting of decorated fibrous tissue and numerous vessels); in addition, there are capillaries larger than in other tissues, so they resemble blood sinusoids. In the tissue of the penguin, the first signs of destruction and degradation were revealed, an increase in the amount of pigment was noted (as a protective reaction to excessive insolation). The layers of the integumentary epithelium were thinned, there were no microvilli, normally holding the lacrimal fluid on its surface, there were single mast cells and basophils, swelling and swelling of fibrous structures, the first signs of the so-called "elastoid degeneration". All these changes disrupt the thermoregulation of the conjunctiva, and this, in turn, facilitates the passage of UV rays, which exacerbate the processes of disorganization. The study of stationary pterygium showed that violations that occurred during pinguecula already acquire a detailed nature: surface epithelium increases melaninogenica, partial keratinization, metaplasia into stratified squamous epithelium; the connective-tissue stroma of the conjunctiva revealed the denaturation of collagen, vascular changes of microcirculatory vessels, immune complexes, resulting in the formed seat of photoelastic, performing the role of a protective screen of deep tissue structures of the eye. In the tissue of the progressive pterygium, we identified the first signs of an autoimmune process: the development of accelerated catabolism of immunized collagen; an increase in the level of structural antigen that induces cellular immune reactions; a deep violation of microcirculation and intercellular basic substance with a predominance of acid glycosaminglicans in it; a more severe course of previously begun changes is the appearance of structurless immune proteins in the tissue, the development of mucoid swelling and fibrinoid necrosis of fibrous structures of connective tissue, the emergence of immunological inflammatory infiltration of lymphoid and macrophage cells. Morphological study of recurrent pterygoid hymen revealed the prevalence of pathological proliferation of epithelial connective tissue components of the conjunctiva. Moreover, this occurred both in the vascular and connective tissue bases of the conjunctiva of the eye: there was an initial proliferation of the drainage-depositing link of sinusoidal capillaries and venules; endothelial cells were in a state of proliferation and hyperchromasia; thick, convoluted, lumpy structures were formed, differing in different optical density when stained with proteins. Thus, with recurrent pterygium, the stromal-vascular components of the conjunctiva proliferate to a much greater extent than the cells of the epithelial cover. Clinical manifestations associated with the development of pterygium include chronic inflammation of the eye surface, lacrimation, astigmatism and decreased visual acuity when the optical center of the cornea is involved in the process Conservative treatment aimed at preventing re-growth and especially the delay in the growth of the initial forms of the pterygoid hymen is not effective enough. Surgical removal of pterygium remains the main method of treatment of pterygium, but the use of surgical treatment alone is not effective due to the high postoperative recurrence of the disease. In order to prevent recurrence of pterygium, cytostatics (mitomycin-C, 5-fluorouracil), irradiation with β-radiation are used in combination with surgical treatment. The technique of excision of the pterygium without plastic defect, the so-called technique of "naked sclera", remains one of the most common in Russia due to the ease of implementation and short time of operation, the absence of the need for sutures, a short rehabilitation period. The method involves excision of the pterygium tissue without plastic defect followed by spontaneous coating of the sclera conjunctival

epithelium. Nevertheless, the percentage of relapses after the described technique ranges from 5 to 68% for primary and 35-89% for recurrent pterygium. Based on the pathogenetic mechanisms of pterygium growth, today preference is given to the use of the so-called barrier method of treatment with the replacement of the bulbar conjunctiva defect over the bed of the removed pterygium with various biocompatible tissues that create a barrier preventing its re-growth. For this purpose, methods of plastic surgery of excised pterygium with subsequent autotransplantation of the conjunctiva on the pedicle allotransplantation of biological materials: donor cornea, amniotic membrane, xenograft implantationwere used with varying degrees of success. The most widespread due to their high efficiency were techniques with transplantation of the autoconjunctiva and amniotic membrane. However, complications arising from the use of these techniques (scleromalacia, keratitis, keratopathy, etc.), forced to look for other methods of prevention of relapses of the disease. At the present stage, a promising method of treatment of pterygium is photodynamic therapy (PDT), which is widely used in the treatment of diseases of the anterior and posterior segment of the eye of different Genesis. Photodynamic therapy (PDT) is the result of the combined action of three non-toxic components-photosensitizer, light and oxygen. Photodynamic therapy (PDT), based on the use of photosensitizers (FS) and low-intensity laser radiation with a wavelength corresponding to the peak absorption of FS. The interaction of FS and laser radiation produces singlet oxygen, triggering the mechanism of apoptosis of cells in tissues with increased mitotic activity. In the works of several authors it is shown that the main target of PDT in vivo is the vascular system, namely, endothelial cells of the capillary network, subjected to obliteration under irradiation. In this connection, PDT efficiency is especially high in pathological processes occurring with neovascularization The main advantage of PDT in comparison with other energy methods of treatment is the targeted local impact of the active factor on the focus of the pathological process. PDT has almost no contraindications and its effect is painless for the patient. Initially, PDT attracted the attention of oncologists as a possible way of non-invasive treatment of tumors. Subsequent studies of scientists indicate the wider possibilities of PDT in various branches of medicine The literature contains information on the use of PDT in the treatment of corneal neovascularization, choroidal neovascularization in the " wet " form of AMD, high complicated myopia, chronic Central serous chorioretinopathy. Also, effective results of PDT application in ophthalmic and oncological diseases (epibulbar and choroidal melanomas, hemangiomas, retinoblastoma), treatment of cystic filtration pads after antiglaucomatous operations were obtained Employees of the Department of eye diseases of TMA conducted experimental and clinical studies to study the effectiveness of PDT on the equipment of domestic production "ALT-Vostok". The results of the research are implemented in the practical ophthalmology of the Republic of Uzbekistan. In particular, in the field of treatment of inflammatory eye diseases, postoperative treatment of glaucoma and burns. In this regard, the aim of our study was to improve treatment of postoperative period of pterygium.

Key words: pterygium, photodynamic therapy, photosensitizer, treatment of ophthalmopathology.

TUG'RUQDAN KEYINGI DEPRESSIYANING FARZAND SOG'LIG'IGA TA'SIRI

Valijonov Sh.
Andijon Davlat tibbiyot instituti

Mazkur maqolada tug‘ruqdan keyingi onalarda kechayotgan depressiyalarni hamda depressiyalarning keltirib chiqaradigan omillari, belgilarini aniqlash maqsad qilib olingan. Maqolada asosan bir yoshgacha farzandi bor bemorlar tanlab olindi hamda o'rganildi. Tadqiqot muammosini ochib berishda Edinburg shkalasi metodi asosida aniqlandi va depressiyani oldini olish hamda davolash usullari tavsiya etildi. Hozirgi kunda onalarni sog'lig'iga xavf solayotgan muammolardan biri tug'ruqdan keyingi depressiyadir. Bu holat onalarni o'z farzandiga nisbatan e'tiborsizlik, mehrsizlik, hattoki nafrat tuyg'usini keltirib chiqaradi. Bu holat o'z navbatida bolalarga ham ruhan, ham jismonan salbiy ta'sir ko'rsatadi. Ayniqsa onalarning o'z chaqaloqlariga nisbatan anitpatiya holatlari esa rivojlanayotgan go'dakka kuchli salbiy ta'sir etadi. Ya'ni uning oziqlanishiga, uyqusiga, organizmida sodir bo'layotgan o'zgarish jarayonlariga, undagi patologik holatlarga nisbatan onaning befarqligi, nisbatan salbiy munosabati bolaning salomatligiga xavf soladi.. Shuning uchun onalardagi tug'ruqdan keyingi depressiyani aniqlash, o'rganish hamda uni bartaraf etish shifokorlar oldidagi muhim masala bo'lib qolmoqda. Onalardagi tug‘ruqdan keyingi depressiyani aniqlash, o'rganish, davolash hamda oldini olish choralarni ishlab chiqish. Tug'ruqdan keyingi depressiya – bu bola tug'ilgandan so'ng ayollarda yuzaga keladigan, tushkunlik, xavotir, va o'z vazifasini bajara olmaslik bilan namoyon bo'ladigan ruhiy o'zgarishdir. Tug'ruqdan keyingi vaqtinchalik depressiyadan farqli ravishda 2 haftadan ko'proq davom etadi. Bunday holat tug'ruqdan keyin ayollarning 10-15% ida uchraydi. Ushbu patologik jarayon ona va bolaning sog'lig'iga salbiy ta'sir etadi. Depressiyaning kelib chiqish sabalari polietiologik hisoblanadi. Bunda dastlabki sabablar quyidagi omillarda namoyon bo'ladi: 1. Tug'ruq vaqtidagi og'riq; 2. Oilaviy muhit: a) er-xotin munosabatlari: ular o'rtasidagi tushunmovchilik, janjallar; b) qaynona-kelin munosabatlari: sharq mamlakatlarida yashovchi xalqlar xususan o'zbek oilalaridagi qaynona-kelin munosabatlaridagi muammolar, qiyinchiliklar, uy yumushlari, ayniqsa tug'ruqdan keyingi holatlar; c) chaqaloq tug'ilgandan keyingi marosimlar: turli xil urf-odatlar, unga sarflanadigan harajatlar; d) iqtisodiy muammolar: chaqaloqning va onaning ehtiyojlarini ta'minlay olmaslik, moliyaviy yetishmovchilik holatlari; ya'ni Edvard Hagenni olib borgan tadqiqotlari onalarda depressiyani kelib chiqishiga asosiy sabab deb moliyaviy yetishmovchilikni ko'rsatmoqda. e) homiladorliklar orasidagi muddat; - bu muddatning qisqaligi onaning ham jismonan ham ruhan zo'riqishga, farzandlariga yetarlicha e'tibor bera olmaslikka, farzandlarning sog'lig'iga salbiy tas'iri nazarda tutiladi; f) rejalashtirilmagan homiladorlik; - Edvard Hagen tadqiqotlari natijasida tug'ruqdan keyingi depressiya rejalashtirilmagan homiladorlik va abort qilinishi bilan bog'liqligini aniqladi. Yuqorida aytilgan depressiyaning kelib chiqish sabablari tahlili asosida uning quyidagicha belgilarini Juliya o'zining ilmiy tadqiqotlarida ayrimlariga to'xtalib o'tgan: chuqur tashvish, chuqur qayg'u, bosh og'rishi, tez-tez ko'z yoshi to'kishlar, bolani parvarish qila olmaslik hissi, aybdorlik, vahima hurujlari, stress va asabiylashish, charchoq va xolsizlik, diqqat jamlay olmaslik, uyqu buzilishi, intim kontaktga qiziqishni yo'qolishi, umidsizlik hissi, bolaga antipatiya. Mazkur belgilar asosida quyidagicha xulosa qilish mumkin ya'ni, tug'ruqdan keyingi depressiyaning aniq etiologiyasi noma'lum, ammo tug'ruqdan keyingi gormonal o'zgarishlar, yetarlicha uxlay olmaslik, genetik moyillik sabab bo'lishi mumkin. Ko'rsatib o'tilgan sabab va belgilarni o'rganish va tahlil etish uchun biz Andijon shahar bolalar ko'p tarmoqli shifoxonasida erta yoshli bolalar bo'limida davolanayotgan bemor chaqaloqlar

tanlab olindi. Tahlil Edinburg shkalasi asosida anonim so'rov yeg'ish yo'li bilan o'tkazdik. Edinburg shkalasi bu o'zini o'zi boshqaradigan so'rov shaklidagi taqdim etilgan klinik skrining uslubidir, u ayollarda prenatal va postnatal davrlardagi depressiv kasalliklarni aniqlash uchun mo'ljallangan. Jarayon oddiy, bemor tomonidan mustaqil ravishda to'ldiriladi, to'ldirish vaqti 5-6 daqiqa. Shkalaning ichki tuzilishi juda sodda: 14 ta punktdan iborat bo'lib, ularning har biri 4 darajadagi javoblarga ega, D-depressiyani va Q-qo'rquvni baholash uchun xizmat qildi. So'rovnomaga ayolning iqtisodiy ahvoli, turmush o'rtog'ining qo'llab quvvatlashi, tug'ruq turi, ko'krak bilan emizishi haqidagi savollar ilova qilindi. Yakunda javoblarga qarab ball qo'yiladi va bemorning holatiga baho beriladi, 0-7 ball olgan ayollarda bu normal kayfiyat statusi,8-10 ball olgan ayollarda postnatal distress,11-21 va undan yuqori ball haqiqiy postnatal depressiyaga moyil bo'lgan ayollardir. Tadqiqot davomida olingan ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatdiki tanlab olingan 18 nafar onadan 1 nafar(5,5%)i normal holatda, 3 nafar(16.6%) noodatiyga yaqin, qolgan 15 nafar(83,2%) ona esa nooadtiy holatda edi. Farzandlari 6 oylikgacha bo'lgan onalar 14 nafar(77,7%)ni tashkil etdi. Onalardan 4 nafar(22.2%)sida bola tushish holati bo'lganligi va depressiya bu onalarda yuqori ekanligi kuzatildi. Shifoxonaga yaqinda olib kelingan bemorlarning onalarida ham farzandi va o'zining yangi muhitga moslasha olmasligi, ortiqcha shovqinlar, farzandining injiqligi va boshqa noqulayliklar sababli depressiya ko'rsatkichlari yuqori ekanligi kuzatildi. Farzandlari 1 nafar bo'lgan onalar 3 nafar(16,6%)ni, 2 nafar bo'lgan onalar 6 nafar(33,3%)ni, 3 nafar bo'lgan onalar 7 nafar(38,8%)ni, 4 nafar bo'lgan onalar 2 nafar(11,1%)ni tashkil etdi. Ham o'g'il, ham qiz farzand bor onalar 15 nafar(83,3%) ekanligi aniqlandi. Onalardan 4 nafar(22,2%)sida tug'ruq jarayoni kessarcha kesish yo'li bilan o'tgani ma'lum bo'ldi. Onalar yoshi 20-25 oralig'ida bo'lganlar 4 nafar(22,2%)ni, 26-30 oralig'ida bo'lganlar 8 nafar(44,4)ni, 31-35 oralig'ida bo'lganlar 5 nafar(27,7%)ni, 36-40 oralig'ida bo'lganlar 1 nafar(5,5%)ni tashkil etdi. Yuqorida olingan natijalar asosida tug'ruqdan keyingi depressiya tabiiy yo'l bilan tug'ruqni boshidan o'tkazgan onalarda - kuchli og'riqni his qilganligi uchun, bola tushish holati bo'lgan onalarda, yosh onalarda, 3 va undan ortiq farzandli onalarda hamda homiladorlik oraliq vaqtlari qisqa bo'lgan onalarda yuqori bo'lishini aniqladik. Shu sababli oilaviy poliklinika shifokorlari yosh va tug'ruqdan keyingi depressiyaga uchragan onalarga bu haqida tushuntirish ishlari, depressiyaning belgilari va keltirib chiqaruvchi sabablari haqida to'liq ma'lumot berishi hamda bu holatga tushmaslik uchun ko'rilishi zarur bo'lgan choralarni qo'llashlari lozim. Yuqoridagi natijalar xulosalarini.hisobga olgan holda bu onalarga depressiyadan chiqish uchun ruhiy madad berilishi kerak, agar zarurat bo'lsa farzandining sog'lig'iga ta'sir qilmaydigan tinchlantiruvchi dori preparatlari yoki ruhshunosh yordami ko'rsatilishi lozim. Onani o'zini tiklab olishi uchun oilada qulay sharoit, tinchlikni ta'minlab berish zarur. Bunda albatta farzand tarbiyasida turmush o'rtog'ini yordami kerak. Zero ona va farzandlar sog'lig'i nafaqat oila a'zolari uchun balki, shifokorlar uchun juda muhimdir. Biz o'rganayotgan muammoning ma'lum bir yechimlariga hukumatimiz tomonidan olib borilayotgan onalar va bolalarni ijtimoiy himoyalashga bag'ishlangan qarorlar va tadbirlar xizmat qilmoqda. Ko'rilayotgan tadbirlarning barchasi yurtimizda inson qadr-qimmatiga, uning solomatligiga, ayniqsa, onalar va bolalarning salomatligiga alohida e'tibor berilayotganidan dalolatdir. Zero xalqimizni sog'ligi hamma narsadan ustundir.

Kalit so`zlar: depressiya, patologik jarayon, oilaviy muhit, stress, klinik skrining, Edinburg shkalasi, postnatal depressiya, prezident farmonlari, antipatiya.

ОБЗОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АНТИКОАГУЛЯЦИИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Абдувахитова А.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Нефротический синдром связан с повышенным риском венозной и артериальной тромбоэмболии, которая может достигать 40% в зависимости от тяжести и основной причины нефротического синдрома. В Руководстве 2012 года по болезням почек: улучшение общих результатов (KDIGO) рекомендована профилактическая антикоагуляция только при идиопатической мембранозной нефропатии, но признается, что существующие данные ограничены и имеют низкое качество. Существует необходимость в лучшей идентификации уязвимых пациентов, чтобы сбалансировать риски антикоагуляции. Антикоагуляция, артериальная тромбоэмболия, нефротический синдром, профилактика, венозная тромбоэмболия. Нефротический синдром (NS) - это проявление заболевания клубочков, характеризующееся протеинурией > 3,5 г / сут, гипоальбуминемией, дислипидемией и отеком. Первичные гломерулярные патологии, часто связанные с NS, включают, но не ограничиваются ими, мембранозный гломерулонефрит (MGN), заболевание с минимальными изменениями (MCD), очаговый сегментарный гломерулосклероз (FSGS) и мембранопролиферативный гломерулонефрит (MPGN). Важные вторичные причины включают диабетическую нефропатию и амилоидную болезнь. Одним из серьезных клинических проявлений НС является развитие состояния гиперкоагуляции, в результате чего у пациентов повышается риск развития венозной тромбоэмболии (ВТЭ) и артериальной тромбоэмболии (АТЭ). В некоторых случаях тромбоэмболическое заболевание является начальным симптомом, приводящим к последующему открытию NS. Гиперкоагуляция отражает дисбаланс в коагуляционном гомеостазе, вызванный потерей в моче антитромботических факторов и повышенным синтезом протромботических факторов в печени. Имеются пониженные уровни природного антикоагулянта антитромбина III и более высокие уровни факторов свертывания крови V, VIII и фибриногена у пациентов с NS [5 , 6]. Уровни белка C и S также могут быть снижены, но это менее последовательный вывод. Нарушения также обнаруживаются в функции тромбоцитов. Потеря альбумина приводит к увеличению свободной арахидоновой кислоты и образованию тромбоксана A2, что приводит к агрегации тромбоцитов, которая дополнительно усиливается гипертриглицеридемией, еще одной особенностью NS. Другими способствующими факторами являются потенциальная прокоагулопатическая роль кортикостероидов, основной части многих схем лечения гломерулонефрита, и сокращение объема у пациентов с НС при использовании диуретиков. Углубленный анализ механизмов гиперкоагуляции при НС широко освещался в литературе и выходит за рамки нашего обзора. Риск тромбоэмболии: Белломо и Аткинс обнаружили венозные тромбоэмболические осложнения у 40% пациентов с мембранной нефропатией. Говорят, что тромбоз глубоких вен развивается примерно у 15% пациентов с НС, а тромбоз почечных вен развивается у 25-30% пациентов с НС, при этом наибольший риск наблюдается у МГН (37%), МПГН. (26%) и MCD (24%). В ретроспективном когортном

исследовании 298 пациентов с NS Махмуди и соавт. изучили показатели объективно подтвержденных тромбоэмболических осложнений и сообщили о ежегодной заболеваемости 1% и 1,5% для ВТЭ и АТЭ в этой популяции соответственно. Это исследование подтверждает высокий абсолютный риск симптоматических ВТЭ и АТЭ, которые были значительно повышены в течение первых 6 месяцев после постановки диагноза. Для сравнения, показатель ВТЭ среди населения в целом оценивается от 1 до 2 на 1000 человек в год. Аналогичные результаты были сообщены Kayali et al. В ретроспективном анализе пациентов, выписанных из больниц США, выявлены пациенты с НС и тромбозом глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) или тромбозом почечных вен (РВТ). Приблизительно 1,5% и 0,5% госпитализированных пациентов с НС в период с 1979 по 2005 годы в этом исследовании испытывали ТГВ и ПЭ соответственно, а пациенты в возрасте от 18 до 39 лет подвергались наибольшему риску. Однако риск ВТЭ и АТЕ варьирует среди пациентов с НС, и эти события связаны с высоким уровнем заболеваемости и смертности, с частотой смерти 6% и 12% через 30 дней после ТГВ и ПЭ соответственно. Поэтому существует необходимость в точной идентификации тех людей, которые наиболее уязвимы, чтобы сбалансировать риски антикоагуляции.

Ключевые слова: Нефротический синдром, тромбозом глубоких вен, артериальная тромбоэмболия.

СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА АСОСИЙ ГЕМОСТАТИК БУЗИЛИШЛАР

Абдуганиева Э.А., Ливерко И.В.

Республика Ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази

СОЎК билан оғриган беморлар орасида протромботик ва тромботик ҳолатларнинг кенг тарқалганлиги уларнинг шифохонага ётиш сонини ва давомийлигини оширади, иқтисодий харажатлар ва ўлим даражасини кўпайтиради. Сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморларда тромботик бузилишларни асосий ўлим сабаби сифатидаги аҳамиятини ўрганиш. Ретроспектив таҳлил обьекти сифатида 281 аутопсия протоколлари хулосалари ишлатилган. Тадқиқотга 123 СОЎК билан оғриган, шу жумладан касалликнинг оғир (38,2%) ва ўта оғир (61,8%) босқичида бўлган, Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт марказининг пульмонология бўлимида 2016-2019 йиллар давомида даволанган беморлар киритилган. Натижаларга кўра тромбоген бузилишлар туфайли ўлим ҳолати кузатилган беморлар асосан юрак қон-томир касалликлари 65,6% ва иккинчи ўринда нафас касалликлари билан оғриган беморлардан ташкил топган. Нафас касалликлари билан оғриган беморларда тромбозлар 80,8%да, нафас етишмовчилиги 9,6%да, ошқозон-ичак тизимидан қон кетиш ҳолатлари 5,8%да, септиш шок ҳолати 4%да асосий ўлим сабаби бўлган. СОЎК белгилари бўлган ҳолатларда ҳам тромбоген бузилишлар асосий ўлим сабабини ташкил қилган ва ўз таркибида: 76,1% ЎМИдан, 18,5%да ишемик турдаги ўткир мия қон айланиши етишмовчилигидан, 3,3%да ЎАТЭдан ва 2,2%да мезентериал артериялар тромбозидан ташкил топган. СОЎК беморларнинг клиник ташҳисида 13,9%да қайд этилган бўлса, патоморфологик ташҳислаш натижасида у 37,0% ҳолатда аниқланган. СОЎК ташҳисини ёндошиб келиши кўпроқ юрак ишемик касаллиги (61,5%) ва миянинг томир касалликлари (25%) билан кузатилган. Хафақон ва юрак ишемик касалликларининг патоморфологик белгилари: коронар артериялар атеросклерози(КАА), юрак массаси (ЮМ) ва чап қоринча қалинлиги (ЧҚҚ) кўрсаткичлари СОЎК билан оғриган беморларда СОЎК бўлмаган беморларга нисбатан кўпроқ кузатилди ва бу ЮИКнинг СОЎК билан оғриган беморларда паст ташҳисланишини кўрсатди (1-расм). СОЎК билан оғриган беморларда тромбоген бузилишлар предикторларини аниқланиши СОЎКда мавжуд бўлган юқори тромбоген хавф назариясини тасдиқлайди. 1.Ретроспектив таҳлил натижаларига кўра, ўлимга сабаб бўлган тромботик ҳолатлар билан асоратланган касалликлар ичида нафас олиш тизими аъзолари касалликлари (21,5%) юрак-қон томир тизими касалликларидан (65,6%) кейин иккинчи ўринни эгаллади. Тромботик ҳолатлар ўпка касалликларида структураси бўйича 69%да ўткир миокард инфаркти, 5%да ўпка артерияси тромбоэмболияси ва 2,4%да мезентериал томирлар тромбозидан иборат бўлди. 2.СОЎК билан оғриган беморларда гиподиагностика ҳолатдаги юқори мультиморбидлик аниқланган, бу 61,5% ҳолатда юрак қон томир тизими касалликларнинг патоморфологик маркерлари аниқланиши билан тасдиқланган ва улар муҳим тромбоген предикторлар – тож артериялари атеросклерози 50%дан юқори бўлиши (85,6%), юрак массасининг 350 граммдан ортиқлиги (57,6%) ва чап қоринча деворларининг 15 миллиметрдан қалинлиги (57,6%) билан ифодаланган.

Калит сўзлар**:** сурункали обструктив ўпка касаллиги, ўлим сабаблари, тромбозлар, коронар артериялар атеросклерози, юрак массаси, чап қоринча деворининг қалинлиги.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ СЕПСИСЕ

Абдуллаев А.С., Абдукодиров С.А., Кодиров Х.Н., Сайфуддинов С.З., Орипова Ш.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

В ходе многолетнего изучения патогенеза сепсиса предложено несколько десятков определений этого заболевания: сепсис, тяжелый сепсис, септический синдром, септический шок, септические состояния, потенциально септический больной и т. д. По данным ВОЗ, более чем в 60% случаев госпитальная инфекция вызвана антибиотикоустойчивыми штаммами. Риску инфекционных осложнений наиболее подвержены больные с хроническими заболеваниями - цирроз печени, рак, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность. Факторами нарушения адекватного иммунного ответа и трансформации саногенетической ответной реакции в патогенетическую у них является применение глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, цитостатиков, антиметаболитов, а также использование инвазивных методов обследования и лечения. Появление признаков инфекции может приводить к развитию синдрома системного воспалительного ответа (ССВО)/сепсиса, который способствует развитию гипотензии (тяжелый сепсис), почечной дисфункции, энцефалопатии и коагу-лопатии, т. е. полиорганной недостаточности. Усугубление гемодинамических расстройств у пациентов с ЦП может привести к развитию септического шока и смерти. Установлено, что больные циррозом имеют более высокий относительный риск смерти от сепсиса по сравнению с другими больными. Изучение особенностей ведения и оценка результатов хирургического лечения пациентов с неспецифическими гнойными заболеваниями позвоночника, осложненными септическим течением синдрома системного воспалительного ответа.За период с 2017 по 2020 гг. на лечении в клинике АГМИ находились 120 пациентов с неспецифическими гнойными заболеваниями позвоночника. Среди них мужчин было 64 (53,33%), женщин - 56 (46,67%). Наибольшее количество пациентов - 84 (70%) - были в возрасте от 40 до 60 лет. Результаты лечения расценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные в зависимости от динамики болевого и неврологического синдромов, синдрома системного воспалительного ответа, наличия послеоперационных раневых осложнений, выживаемости больных. В послеоперационном периоде умерло 2 (2,85%) пациента из основной группы с тяжелым сепсисом вследствие развития полиорганной дисфункции. Летальные исходы учитывались в течение 28 суток после выполненной операции. Данный период оценки летальности при септических процессах был определен Федеральной комиссией по контролю за качеством продуктов и лекарственными средствами (Food and Drug Administration, USA, 1997); комиссией Европейского общества интенсивной терапии (1994) в качестве специального критерия эффективности лечения, где летальность основной группы определялась только в течение 4 недель, а после 28 суток она была связана, как правило, с прогрессированием сопутствующих заболеваний. Особенностями лечения пациентов с ССВО были комплексная подготовка к проведению хирургического лечения с применением

антибактериальной терапии, послеоперационная последовательная антибактериальная терапия с неоднократной коррекцией используемых препаратов, коррекция возможных электролитных нарушений, формулы крови. Неспецифические гнойные заболевания позвоночника более чем в половине случаев (58,33%) протекают с синдромом системного воспалительного ответа. У 10% больных ССВО переходит в сепсис и в тяжелый сепсис, которые в 2,85% наблюдений привели к летальному исходу. Количество летальных исходов в наших наблюдениях меньше, в сравнении с литературными данными (10-15%). При поступлении пациентов в стационар необходимо комплексное обследование больного с проведением всех клиниколабораторных тестов для выявления ССВО. Диагностирование ССВО требует более тщательного подхода к проведению хирургической санации гнойника в позвоночнике и к подбору адекватной антибактериальной терапии, обязательно с учетом чувствительности микробов. Полученные результаты хирургического лечения двух групп пациентов, несмотря на наличие ССВО и сопутствующей патологии в основной группе больных, свидетельствуют об отсутствии разницы в неудовлетворительных исходах. Септическое течение синдрома системного воспалительного ответа у пациентов с неспецифическими гнойными заболеваниями позвоночника существенно отягощает течение болезни и может приводить к летальным исходам за счет развития септической полиорганной недостаточности. Комплексный подход к лечению септических пациентов за счет оптимизации хирургической тактики и подбора чувствительной антибактериальной терапии позволяет в большинстве случаев достигать благоприятных исходов хирургического лечения.

Ключевые слова: Сепсис, синдрома системного воспалительного ответа, неспецифическими гнойными заболеваниями позвоночника.

СВОЙСТВА КОЛОТО-РЕЗАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕБИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ, ПРИЧИНЁННЫХ НАЦИОНАЛЬНЫМ УЗБЕКСКИМ НОЖОМ

Абдуллаев Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

Морфологические свойства повреждений острыми орудиями зависят не только от анатомической особенности травмируемой области, но и покрывающей тело одежды, а также конструктивных особенностей повреждающего объекта. Оба этих фактора в научной литературе недостаточно освещены в случаях причинения повреждений национальными ножами. На основании экспериментальных повреждений небиологических тканей изучит свойства колото-резаных ран, причинённых национальным узбекским ножом. Причинённые ножом 83 разреза на плотной хлопчатобумажной (джинсовой) ткани имеют длину в пределах 3,40-3,50 см. Разрезы имеют извилисто-линейную (37%), ломано-линейную (46%), линейную (17%) формы. В верхней части по верхнему краю выступают повреждённые поперечные краевые нити (место вкола). Обушковый конец имеет надрезы углов, придающие концу разреза вид «хвоста ласточки» (51%), в 29% случаев надрезы ткани не отмечаются и тогда обушковый конец принимает округлую форму с потёртостью за счет уплотнения переплетения нитей углами обушка; в 14% случаев отмечался разрыв только одного угла обушкового конца, придающий разрезу Г-образную форму; а в 6% случаев углообразная форма обушкового конца разреза сопровождалась, помимо уплотнения переплетения нитей, потёртостью поверхностно расположенных волокон концевых нитей. Лезвийный конец остроугольной формы, ограничен надсечённой поперечной концевой нитью с пересечением волокон на одном уровне. Несколько отступя от лезвийного конца, под острым углом к оси разреза, располагается углообразный надрез с ровными краями, возникающий от действия режущего края клинка на складку, образовавшуюся при погружении ткани в подлежащий объект. Полученные нами данные могут способствовать более точному и объективному учету степени влияния изученных факторов, при решении вопроса о конструктивных особенностях клинка колюще-режущего орудия, а именно национального узбекского ножа. По повреждениям джинсовой ткани выявлен ряд морфологических признаков и установлена их зависимость от конструктивных особенностей клинка ножа «пичак».

Ключевые слова: Повреждающего объекта, повреждений небиологических тканей.

МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТЕАТОМЫ СРЕДНЕГО УХА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОТИТОМ

Абдуллаева У.Б., Ходжибеков М.Х.
Ташкентская медицинская академия

Холестеатома (ХС) – постепенно прогрессирующее деструктивное поражение среднего уха, содержащее омертвевшие эпителиальные клетки, скопление кератина, кристаллы холестерина, является причиной многих осложнений вследствие эрозии прилегающих структур.По данным литературы, ХС в среднем ухе выявляется у 24–63% больных хроническим гнойным средним отитом (ХГСО). ХГСО являясь одним из наиболее часто встречающихся заболеваний ЛОР органов, состоит из двух главных клинических типов: ХГСО без холестеатомы, отличающийся доброкачественным течением и ХГСО с холестеатомой, характеризующийся более агрессивным течением. ХС считается потенциально опасной, увеличиваясь в размерах может разрушать близлежащие костные структуры барабанной полости, являясь причиной многих экстра- и интракраниальных осложнений. Патогенез ХС обычно связан с нарушением вентиляции за счет дисфункции слуховой трубы.Диагностика ХС среднего уха зачастую основывается на данных клинического обследования, но наличие полипов, грануляций и обильных гнойных выделений в ухе не всегда дает возможность полноценной её визуализации и оценки клиницистом.МСКТ являясь золотым стандартом исследования височных костей становится все более доступным лучевым методом исследования. Роль МСКТ в оценке распространённости и осложнений ХС является клинически значимой и требующей изучения задачей. Цель исследования: оценить роль МСКТ в диагностике холестеатомы среднего уха у больных с ХГСО. МСКТ исследования выполнены у 42 больных с ХГСО, из них мужчин - 24 (57.1%), женщин - 18 (42.8%), в возрасте от 12 до 66 лет (средний возраст 30.6). Из них у 18 (42.8%) больных был выявлен двусторонний процесс, у 24 (57.1%) односторонний, в целом было исследовано 60 сосцевидных отростка. Исследования проводились на МСКТ «SomatomEmotion – 6» (Сименс) с толщиной срезов 0.65 мм, с параметрами сканирования 130 kV, 120 mA, поле обзора (FOV) 15x15см, питч 1, с последующим получением мультипланарных реконструкций. Холестеатомы были выявлены в 45 сосцевидных отростках**.** Самыми частыми признаками ХС при МСКТ были выявлены: наличие мягкотканного образования (77.8%) в барабанной полости, эрозия слуховых косточек (91.1%), расширение входа в антрум (75.5%), эрозия щитка (73.3%), эрозия стенок наружного слухового прохода (66.7%), эрозия костных стенок барабанного сегмента лицевого нерва (62.2%), дислокация слуховых косточек (55.5%), эрозии крыши барабанной полости (44.4%), эрозия внутреннего уха (26.6%). Эрозивные изменения слуховых косточек распределились следующим образом: наковальня (93.3%), молоточек (77.7%), стремя (71.1%). Чаще всего вовлекались в процесс длинный и лентикулярный отростки наковальни, головка и рукоятка молоточка и головка стремени. Нужно отметить, что во всех случаях эрозии слуховых косточек имели сложный и сочетанный характер. В 70.7% случаях было выявлено поражение одновременно всех слуховых косточек, при этом кариозный процесс вовлекал косточек тотально, либо как минимум два элемента каждой косточки отсутствовали при МСКТ-исследовании. В 19.5% случаях поражены были два вида слуховых косточек, только в 4.8% кариозный процесс охватывал одну слуховую косточку (чаще наковальня).

Чаще всего наблюдалась медиальная дислокация слуховых косточек (80%), что было связано с большой частотой встречаемости ХС ненатянутой части барабанной перепонки, для которого характерен этот симптом. В остальных случаях (20%) наблюдалась латеральная дислокация слуховых косточек, который был характерен для ХС натянутой части барабанной перепонки. Случаи ХС с отсутствием признака смещения слуховых косточек (44.5%) можно объяснить с распространенными случаями ХС с тотальной деструкцией слуховых косточек в барабанной полости. Эрозивные изменения внутреннего уха наибольшим образом наблюдались в стенках латерального полукружного канала (66.7%). В остальных случаях случаи эрозии внутреннего уха распределились следующим образом - стенки переднего полукружного канала (16.7%), вестибулума (16.6%). Таким образом, наиболее характерными МСКТ признаками ХС височных костей явились: эрозия слуховых косточек, наличие мягкотканного образования в барабанной полости, эрозия щитка, расширение входа в антрум. Наличие симптомокомплекса из указанных 4 признаков наблюдалось в 68.9% случаях ХС, но нужно отметить что большинство этих случаев были распространенными. Совокупность из трех признаков (эрозия слуховых косточек, наличие мягкотканного образования в барабанной полости, расширение входа в антрум) наблюдали в 11.1% ХС, при этом размеры ХС варьировали от 3х3мм до 23х9мм. Отсутствие признака «расширение входа в антрум» наблюдалось при небольших ХС (размеры в среднем 7-9мм). В двух случаях ХС (размеры до 3 мм) КТ-исследование не выявило ни одного из вышеуказанных характерных признаков. МСКТ являясь основным методом исследования височных костей, позволяет достоверно оценить степень и объем разрушения костной структуры среднего уха при ХС. При наличии вышеуказанных характерных признаков МСКТ (эрозия слуховых косточек, наличие мягкотканного образования в барабанной полости, эрозия щитка, расширение входа в антрум) может диагностировать ХС. Но при присутствии тотального содержимого среднего уха, отсутствии эрозивных изменений щитка, слуховых косточек, расширения входа в антрум и при небольших размерах ХС, МСКТ не сможет дифференцировать ее от воспалительного содержимого среднего уха. МСКТ не способна дифференцировать ХС от другого рода воспалительного содержимого среднего уха.

Ключевые слова: среднее ухо, хронический гнойный средний отит, холестеатома, барабанная полость, слуховые косточки

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН ИЗБАСКАНСКОГО РАЙОНА АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.

Абдуразакова Д.С., Ниезова Е.М., Сахаталиева Р.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Узбекистан относится к зоне тяжелого йоддефицита и высокого риска развития субклинических форм (СГ) гипотиреоза. Исследования указывают на нарастание частоты заболевания с возрастом, причем женщины в 10 раз чаще страдают СГ, чем мужчины. Известна роль тиреоидных гормонов в работе сердца и состоянии сосудов. Активно изучается влияние СГ на сердечно-сосудистую систему. Существенную роль в развитии сердечно – сосудистых имеет метаболический синдром (МС). Проблема патогенеза диагностики и лечения МС активно дискутируется. Рост заболеваемости требует совершенствования подходов в профилактике, диагностике и правильного лечения. У женщин в Избасканском районе Андижанской области тиреоидная патология (ТП) выявлено 64,5% случаев. При проведении кореляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между индексом массы тела (ИМТ) и уровнем тиреотропного гормона (ТТГ). Снижение функции ЩЖ оказывает потенцирующее действие на процессы, которые лежат в основе МС. Узбекистан относится к зоне тяжелого йоддефицита и высокого риска развития субклинических форм гипотиреоза. СГ – это синдром, при котором на фоне нормального уровня свободного T_4 отмечается изолированное повышение уровня ТТГ гипофиза в крови. Частота встречаемости СГ в общей популяции может достигать 10-20% в зависимости от пола и возраста. Эпидемиологические исследования указывают на нарастание частоты заболевания с возрастом, причем женщины в 10 раз чаще страдают СГ, чем мужчины. Установлено, что при отсутствии лечения в течение года у 5–15% лиц субклинический гипотиреоз переходит в явный, причем при наличии антитиреоидных антител значительно быстрее (через 4 года у 80% лиц старше 65 лет). В настоящее время СГ достаточно часто выявляется у лиц молодого и среднего возраста, предполагают, что это связно с расширением использования в клинической практике исследования гормонов щитовидной железы. Среди причин заболеваемости и смертности населения основными на сегодняшний день являются сердечно – сосудистые заболевания (ССЗ). Существенную роль в развитии ССЗ имеет метаболический синдром (МС). По мнению экспертов ВОЗ мы сталкиваемся с новой пандемией XXI века, охватывающей индустриально развитые страны. Это может оказаться демографической катастрофой для развивающихся стран. Распространенность метаболического синдрома в 2 раза превышает распространенность сахарного диабета, в ближайшее 25 лет ожидается увеличение темпов его роста на 50%". В популяции взрослого населения (30-69 лет) МС выявляется 15-25% случаев. Старше 70 лет – выявляемость 40-45%, в возрасте 20-30 лет в 5-10%. Метаболический синдром представляет собой комплекс патогенетически взаимрсвязанных нарушений чувствительности тканей к инсулину (инсулинорезистентность), углеводного, липидного, пуринового обмена, абдоминального ожирения и артериальной гипертензии. МС повышает риск развития сахарного диабета 2 типа, атеросклероза, артериальной гипертонии, и других заболеваний 4 раза возрастает частота развития жизненно опасных ССЗ, причем у женщин встречается в 2 раза чаще. Известна роль тиреоидных гормонов в работе сердца и состоянии сосудов, последние годы активно изучается влияние СГ на сердечно-сосудистую систему. Актуальность изучения клинических и патогенетических особенностей СГ определяется, из-за возможности развития ряда негативных последствий этого состояния, особенно сердечно-сосудистых, клиническая и прогностическая значимость которых подтверждается многими исследованиями. Проблема патогенеза диагностики и лечения МС активно дискутируется. Ежегодный рост заболеваемости требует совершенствования подходов в профилактике,

диагностике и правильного лечения. Оценить встречаемость СГ и МС среди женщин проживающих в Избасканском районе Андижанской области. В исследование включены 155 женщин в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст составил 33,8±0,67 лет. Сформированы 4 категории возрастных групп. Из них 66 (42,8%) - до 30 лет, в возрастную категорию от 30 до 40 лет вошли 41 (26,7%), от 40 до 50 лет – 29 (18,6%) и старше 50 лет 19 (11,9%). В исследование не были включены : беременные и кормящие женщины, женщины с тяжелыми соматическими заболеваниями, женщины с нервно – психическими нарушениями. У всех обследуемых женщин диагностировали СГ и МС. Фунуцию щитовидной железы оценивали с определением ТТГ и свободного тироксина в сыворотке крови (исследования выполнялись наборами фирмы “ Bekhman Coulter” в радиоиммунной лаборатории Республиканском Специализированном Научно-практическом Медицинском Центре Эндокринологии) и ультразвукового исследования. МС диагностировали с определением индекса массы тела (ИМТ), абдоминального ожирения с расчетом соотношения окружности талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) измеренное в сантиметрах (более 0,80 у женщин считается абдоминальным ожирением) , измерением артериального давления в покое при комнатной температуре методом Короткова (артериальная гипертензия АД > =130/85 мм.рт.с,). Нарушение углеводного обмена оценивали с определением гликемии на тощак (глюкоза в плазме > 5,6 ммоль/л), нарушение толерантности к глюкозе – глюкоза крови через 2 ч. после теста в пределах >7.8 и <11.1 ммоль/л. Для оценки нарушений липидного спектра отобраны 13 женщин с ТТГ>2,5 mlU/L и св T_4 в пределах нормы. Возраст от 18 до 60 лет,в возрасте 36,0±2,26 лет. В контрольную группу вошли 11 женщин аналогичного возраста без тиреоидной патологией (ТП) возрасте 32,4±3,69 лет. Уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП) оценивались фотометрическим методом с расчетом индекса атерогенности (ИА) по формуле КА=(общий холестерин – ЛПВП/ЛПВП) норма коэфицента 2-3. Избыточная масса тела выявлена у 46 (29,6%), ожирение 9 (5,9%). У 100 (64,5%) женщин с ТП исследовался ТТГ (норме 0,17– 4,05 mlU/L), св T_4 (11,5-23 пмоль/л) ТП выявлена у 100 (64,5%) женщин. Гипотиреоз выявлен у 17 (17%), пограничные значения ТТГ (4,05-10,0 mlU/L) у 13 (13%), ТТГ более 10 mlU/L- у 3 (3%). СГ (ТТГ>2,5 mlU/L и св T_4 в пределах нормы) установлен у 18 (18%) женщин. У молодых женщин (23,0±0,40 лет) СГ встречался в 10,5%. С увеличением возраста частота СГ, МС увеличивается достигая 19% в возрастной группе 50 лет и старше. Женщины с СГ в сравнении с контрольной группой имели статистически более высокие уровни ОХС и ТГ, более высокий коэффицент ИА, уровни ХСЛПВП были ниже нормы, чем в группе без патологии ЩЖ, ХС ЛПНП с СГ имело тенденцию к повышению.

1. Распространенность тиреоидной патологии среди женщин Андижанской области составляет 64,5%, из диагностированной патологии ЩЖ СГ установлен в 18% случаев.

2. Нарастание уровня ТТГ в крови у женщин ассоцируется более старшим возрастом , повышением ИМТ, АГ, наличием нарушений углеводного и липидного обмена достигая 19%

3. У женщин с СГ средние уровни ОХС, ТГ и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин без нарушений функции ЩЖ.

4. При проведении кореляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между ИМТ и уровнем ТТГ.

5. Снижение функциональной активности ЩЖ потенцирует процессы, которые лежат в основе МС.

Ключевые слова: йоддефицитные заболевания, субклинический гипотиреоз, липидный спектр, метаболический синдром, тиреотропный гормон, тиреоидные гормоны.

МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМНИНГ ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИГА ТАЪСИРИНИНГ АЙРИМ ЖИХАТЛАРИ

Абдурахимов З.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

20 асрдан бошлаб хорижий давлатлар тиббиёт соҳасидаги олий ўқув юртлари ва диполомдан кейинги малака ошириш даврларида масофадан ўқитиш тизими кескин ривожлана бошлади. 2004 йилда Америка қўшма штатларининг бир қатор етакчи тиббиёт журналлари ва интернет дастурлари орқали масофадан ўқитиш дастурлари нашр қилина бошланди. Илмий изланишда масофавий таълимнинг журнал шакли ва уни тиббий хизмат натижаларига бағишланган тадқиқот натижалари келтирилган. Дунёда тиббиёт соҳаси ҳеч қачон такомиллашиш ва олдинга интилишдан тўхтамайди. Сўнгги 100 йил давомида ушбу жараён тубдан ўзгарди ҳамда ўтган асрларга нисбатан ҳажм ва сифат жиҳатидан жуда тез суръатларда ривожланди, далилларга асосланган тиббиётга мувофиқ касалликларни ташхислаш, даволаш ва профилактика қилиш яхшиланди. Ушбу ўзгаришлар туфайли шифокорларнинг касаллик этиологияси, патогенези, дори-дармонлар билан даволаш, шунингдек, турли касалликларнинг олдини олиш бўйича билимларини доимий равишда ошириб бориш талаб этилади. Шу сабабли касалликлар профилактикаси бўйича врачларни тайёрлаш ва қайта тайёрлаш, давлат томонидан ажратилган маблағларнинг юқори самарадорлигини таъминлаш долзарб масала ҳисобланади. Маълумки, таълимда кимдир анъанавий усулда (ўқув дастурлари асосида бевосита ўқитувчи билан бирга) яхши ўзлаштирса, кимдир ноанъанавий (интерфаол, масофавий, аралаш:-аудио,-видео ёки билвосита) усул орқали мавзуни ўзлаштириш даражаси юқори бўлади. Шу сабабли ўқитишнинг турли шаклларини мавжуд бўлиши, ўқувчиларнинг ўзлаштириш жараёнига ижобий таъсир кўрсатиши мумкин Бундан ташқари, врачларни тайёрлаш ва қайта тайёрлаш жараёнидаги таълим тизими молиявий харажатлар билан боғлиқ. Тез-тез хизмат сафарлари, ишдан узилиш ва молиявий харажатлар билан боғлиқ бўлмаган масофавий таълим врачлар малакасини оширишнинг замонавий усулларидан бири бўлиб ҳисобланади. Масофавий таълимнинг журнал шаклини тиббий хизмат сифатига таъсирини ўрганиш. Тадқиқотнинг амалга оширишда халқаро тажрибадан келиб чиққан ҳолда 2010 йилда Тошкент врачлар малакасини ошириш институти билан ҳамкорликда «Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени» журналида масофавий таълим татбиқ этилди (journal of base). Бунда ўзаро манфаатлар ҳақида шартнома имзоланди, масофадан таълим бўйича тайёрланадиган ўқув қўлланмаларига бўлган талаблар тасдиқланди. 2010-2019 йиллардаёқ 40 дан ортиқ ўқув дастурлари тайёрланди ва нашр қилинди. Ташкилий ишлар жараёнини яхшилаш ва такомиллаштириш мақсадида масофадан ўқитишнинг журнал усулида врачлар иштирок этишининг 4 босқичдан (танишиш, йўналтириш, текшириш ва тайёрлаш) иборат механизми ишлаб чиқилди. 2010–2019 йилларда таълимнинг ушбу шаклидан фойдаланган холда 1491 нафар врачдан 1383 нафари (93%) тест саволларига тўғри жавоб бериб, ҳар бир ўқув дастури учун сертификат олишди. Масофавий таълимнинг журнал шаклини тиббий хизмат сифатига таъсирини ўрганиш мақсадида Самарқанд вилояти қишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП)даги 24 нафар врачнинг 2013–2014 йиллардаги иш кўрсаткичлари ретроспектив усулдан фойдаланилган холда ўрганилди (14 та тадқиқот гуруҳи, 10 та назорат гуруҳи). Тадқиқот гуруҳида иштирок этганлар масофавий таълимнинг журнал шакли орқали «Ўткир коронар

синдром» мавзуси муваффақиятли ўқиб, тегишли сертификатларга эга бўлганлардан иборат бўлди. Назорат гуруҳига тасодифий усулдан фойдаланилган холда врачлар киритилди. Масофавий таълимнинг журнал шаклини тиббий хизмат сифатига таъсирини ўрганиш мақсадида махсус жадвал ишлаб чиқилди ва ҳар бир врач томонидан йиллик натижалари, шу жумладан артериал гипертонияли шахслар сони, ўтказилган ЭКГ миқдори, инсульт ёки миокард инфаркти натижасида ногирон бўлиб қолган шахслар ва 18 ёшдан катта шахсларда кўз тубини текширишлар сони каби кўрсаткичлар бўйича маълумот тўлдирилди. Статистик ва математик усуллардан фойдаланиб ҳар бир врач фаолиятининг ўртача кўрсаткичлари аниқланди. ҚВПдаги 14 нафар врачнинг (тадқиқот гуруҳи-t) 2013–2014 йиллардаги фаолият кўрсаткичларининг қиёсий таҳлилига мувофиқ аниқландики, юрак-қон томир касалликлари туфайли ўлим ҳолатлари абсолют миқдори 2 та (–2%)га камайди, артериал гипертонияли беморлар сони 333 (+8%) беморга ошди, амалга оширилган ЭКГ текширишлар сони 853 та (+17%) текширишга ортди, инсульт ёки миокард инфаркти натижасида ногирон бўлиб қолган шахслар сони 2 (–29%)га камайди ва 18 ёшдан катта шахсларда кўз тубини текширишлар сони 445 ҳолат (+11%)га ортди. 10 нафар врач (назорат гуруҳи-n) ўртасида олиб борилган кўрсаткичлар таҳлилига кўра қуйидаги натижалар аниқланди: юрак-қон томир касалликлари туфайли ўлим ҳолатлари абсолют миқдори 2 (–4%)га камайди, артериал гипертонияли беморлар сони 38 (+2%)га ошди, ўтказилган ЭКГ текширишлар сони 335 (+16%)га ортди, инсульт ёки миокард инфаркти натижасида ногирон бўлиб қолган шахслар сони 3 (+75%)га кўпайди ва 18 ёшдан катта шахсларда кўз тубини текширишлар сони 168 (+9%)га ортди. 2013-2014 йиллик натижаларининг йиғиндисидан ўртача ҳар бир врачнинг фаолияти тахлил қилинганда, унда тадқиқот гуруҳидаги врачларда артериал гипертонияли беморлар сони 24 нафарга ошган (бу пайтда ушбу ҳолат назорат гуруҳида 4 тага камайган), ўтказилган ЭКГ текширишлар сони деярли икки баробар ошиб 61 тани ташкил этган (назорат гуруҳида – 34 та), инсульт ёки миокард инфаркти натижасида ногирон бўлиб қолган шахслар сони 2 та ҳолатга камайган бўлса, бу пайтда назорат гуруҳида ушбу ҳолат, аксинча, 3 тага кўпайган, шу билан бирга тадқиқот гуруҳида 18 ёшдан катта шахсларда кўз тубини текширишлар сони 32 нафарни ташкил этган вақтда, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 10 ҳолатни ташкил этди. Кўрсаткичлар таҳлили шундан далолат беради, узлуксиз тиббий таълимнинг журнал шаклидан фойдаланиб «Ўткир коронар синдром» мавзуси бўйича ўқиган ва сертификат олган врачларда назорат гуруҳи билан таққосланганда юрак-қон томир касалликлари туфайли ўлим ҳолатлари миқдори камайган, артериал гипертонияли беморлар сони ҳамда ўтказилган ЭКГ текширишлар миқдори ортган, инсульт ёки миокард инфаркти натижасида ногирон бўлиб қолган шахслар сони камайган, шунингдек, 18 ёшдан катта шахсларда кўз тубини текширишлар сони ҳам аҳамиятли даражада ортган. Шундай қилиб, узлуксиз тиббий таълим журнал шаклининг Самарқанд вилояти умумий амалиёт шифокорлари томонидан кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатига ижобий таъсири ҳамда ўзаро боғлиқлигини кўриш мумкин.

Калит сўзлар: масофавий таълим, юрак ишемик касаллиги, артериал қон босими, интернет технологиялари.

COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA, DEPENDING ON THE PRESENCE OF VENOUS CEREBRAL DYSFUNCTION

Abdurakhmonova K.B., Nazarova J.A.

Tashkent Medical Academy

A clinical-instrumental and neuropsychological examination was conducted in 110 patients with chronic cerebral ischemia of 2 degrees against the background of hypertension of stage 2 disease. The investigated were divided into 2 groups by sex. Signs of venous cerebral dysgemia are reliably manifested in more cases in the group in women. It was shown that in the group of women venous cerebral dysgemia in more patients cognitive disorders (MMSE scale) were detected. Also, the low speed of conducting induced cognitive potentials in the brain (a method of cognitive induced potentials) was more pronounced in women than men. It should be assumed that in hypertensive disease, the presence of concomitant cerebral venous dysfunction is beyond the flow of ischemia of the brain, especially in women's faces. Cerebrovascular disease is one of the main problems of modern medicine. It is known that in recent years the structure of vascular diseases of the brain changes due to the increase in ischemic forms. This is due to the increase in the specific weight of arterial hypertension and atherosclerosis as the main cause of cerebrovascular pathology. In the study of individual forms of cerebral circulation disorders, chronic brain ischemia (CBI) is the first most common. Chronic ischemia of the brain is considered as a single pathological process, which includes a variety of ischemic cerebral circulatory disorders arising from the mismatch of cerebral blood flow to the metabolic needs of brain tissue, leading in the etiology of which belongs to atherosclerosis of cerebral palsy. The study of cognitive disorders (CD), denoted in the domestic literature as well as a violation of higher mental functions, in vascular diseases of the brain is important, due to the medical and social aspects of the problem. Dementia - a marked violation of the ERF - according to A.S. Henderson (1995), 1% of people 65 years of age and older are diagnosed annually. Due to the high incidence of brain vascular diseases and the aging of the population in recent years, most economically developed countries have experienced a significant increase in the number of patients with vascular dementia. Despite the intensive study of the morphological substrate of the CD under the CVD, the pathophysiological mechanisms of their formation remain insufficiently studied. In the literature there is no detailed neuropsychological and electrophysiological analysis of CD against the background of the CVD, depending on sexual demorfism. The urgency of the problem, as well as some unexplored and controversial issues, have defined the goals and objectives of this work. Analysis of neuropsychological and electrophysiological differences of CD under CBI against the background of hypertension (HT) depending on sex, with clarification of neurophysiological indicators of cognitive induced potencial (CIP). We investigated 110 patients with CBI 2 stage against hypertension II (HT), who were treated in the neurological department of the Tashkent Medical Academy. All the surveyed were divided into 2 groups: I The group included 41 women (the average age was 45.5 ± 7.7 years) and II group included 69 men (the average age was 51.2 ± b, 7 years). Both groups were comparable in age and diagnosis. The sex ratio of the patients surveyed was 1:1.7 in favor of men. The average age of patients was 62.8±8.3 years. The average duration of the disease in our studies was 5.7 years. The control group was 20 healthy individuals with normal blood pressure and without stenosis of brain vessels. The median age in this group was 53.1 ± 9 years. The methods of the study included general clinical methods: A general blood and urine test. Biochemical studies included blood coagulogram, blood clotting time, ophthalmoscopy. Neurophysiological methods of research were

also investigated: USDG arteries and veins of the head, brain MRI, EEG brain research, cognitive induced brain potentials, as well as the study of higher cortical functions by the neuropsychological test MMSE. In the analysis, it was noted that in the group of women 29 (70.1%) showed signs of cerebral venous dysgemia, in the group of men this indicator was reliably lower - 25 (36.2%) cases. In the group of women, moderate CD had more patients (65.9%), which is significantly higher than in the group of men, where the number of moderate CD cases was the lowest and amounted to only 34.8. The MMSE score for men and women was also studied, depending on their symptoms of cerebral venous dyshemia (CVD). As can be seen from Table 2 in the group of women with CVD cases with --, it was significantly higher than in the group without the CVD, both among women and among men. In a group of men with CVD, the corresponding figures were lower than the group of women with CVD, where no valid differences were found. Along with clinical neurologic studies, studies of cognitive induced potentials (CIP)(P300) (Goodin D.S., Aminoff M.J. were included in the research block, in addition to EEG recording 1986). Cognitive induced potentials (CIP) were chosen because they allow to estimate endogenous events occurring in the brain and related to the recognition and memorization of the stimuli (Gnezditsky V.V. 1997). We conducted 46 neurophysiological studies of the first and second groups. The results of the studies were compared with the indicators of CD. For the remaining parameters studied, the differences were not reliable. When comparing the indices of CIP in patients of the first and second group, we noted an extension of the indicators of latency in all leads, with the preserving of the difference in indicators in patients with left and right hemisphere localization. Although the differences in the indicators of the second and first groups were unreliable, they were of great importance, which corresponded to more rude cognitive violations. Therefore, the registration of cognitive induced potentials allows to obtain additional information about the state of the cognitive sphere in patients with chemotherapy. With the defeat of the left hemisphere, a more significant decrease in amplitude and an increase in the latency of the P300 peak was noted, which indicated a greater degree of cognitive impairment and corresponded to the data of the neuropsychological survey. The latency of the N2 component was greater in all leads in patients with the defeat of the right hemisphere, which was probably due to the predominantly Gnostic function of this hemisphere and, as a result, the violation of the processes of identifying stimuli. In conclusion, neuropsychological examination and cognitive induced potentials are important methods of assessing the state of higher mental functions in with HIM, which allow to assess the degree of involvement in the pathological process affected brain parts, as well as the functional state of the brain as a whole. The study showed differences in neuropsychological indicators depending on sex, in the group women had significantly more pronounced CD and a lower rate of implementation of induced cognitive potentials in the brain, unlike men. The MMSE score in the women group in the CVD was also significantly lower than that of women surveyed without the CVD, and the scores were also higher than that of men with both the CVD and without the CVD. It should be assumed that in hypertension of encephalopathy, the presence of venous dyscirculation of the brain is beyond the course of cerebral ischemia, and women are at risk. The obtained data should be taken into account in the treatment of patients with HIM against the background of hypertension, and, to recommend to patients with this pathology, especially female, early prevention of cognitive disorders of the brain, which includes regular adequate basic therapy of arterial hypertension and the use of courses of venous, nootropic and neurotrophic drugs.

Key words: venous cerebral dysfunction, chronic ischemia of the brain.

КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Абрамян А. А., Рахимбаева Г. С., Насирдинова Н. А., Клычева Р. И.

Андижанский государственный медицинский институт

Нами было обследовано 25 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) с наличием когнитивных нарушений. В результате исследования выявилось, что у пациентов, получающих донепезил в составе комплексной терапии, когнитивные функции восстанавливаются лучше и быстрее, чем в группе сравнения. Оценка эффективности применения препарата Алзанцер, действующим веществом которого является донепезил, для лечения когнитивных расстройств при ДЭ. Исследование проводилось на базе отделения 3 Неврологии клиники АГМИ. В исследование были включены 25 пациентов в возрасте от 57 до 73 лет, страдающих ДЭ I и II стадии. У 15 пациентов наблюдалась клиника ДЭ 1-й стадии с легкими когнитивными нарушениями, у 10 пациентов была выявлена ДЭ II стадии с умеренными когнитивными нарушениями. Все пациенты были разделены на 2 группы: 10 пациентов в первой группе и 15 пациентов во второй группе. Всем пациентам проводилась базисная терапия, включающая ноотропы, препараты, улучшающие микроциркуляцию, антигипоксанты, витамины группы «В». Помимо этого пациенты из второй группы получали в течение месяца препарат Алзанцер в дозировке 10 мг на ночь. Анализ полученных данных до и после лечения, проводился по оценке субъективных жалоб пациентов и по результатам тестов MMSE. Через месяц после проведённого лечения головная боль наблюдалась у 30% пациентов 1 группы и у 8% пациентов 2 группы, головокружение – у 40% пациентов 1 группы и у 25% пациентов второй группы, шум в ушах – у 55% пациентов 1 группы и у 31% пациента второй группы, нарушение сна – у 44% пациентов 1 группы и у 15% пациентов 2 группы, снижение памяти – у 33% пациентов 1 группы и у 11% пациентов 2 группы, раздражительность – у 30% пациентов 1 группы и 15% пациентов 2 группы. В результате проведённого тестирования по шкале MMSE было выявлено, что психический статус пациентов после проведённого лечения значительно улучшился как в первой, так и во второй группе. Общий балл во второй группе был больше, чем в группе контроля на 4,2 балла. Таким образом, проведённые нами исследования показали, что применение препарата Алзанцер для коррекции когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии является обоснованным и необходимым.

Ключевые слова: дисциркулятор энцефалопатя, Алзанцер

.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ И АНТИБИОТИКО РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Агзамова Н.В., Маматова Н.М., Шерова З.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Начиная с 1986 года клинические данные по эффективности и переносимости ФХ (ципрофлоксацина, офлоксацина, левофлоксацина) показывают возможность и обоснованность их применения у детей для лечения тяжелых инфекций при неэффективности стандартных схем антибактериальной терапии (АБТ), полирезистентности возбудителей инфекции и при сохранении их чувствительности к фторхинолонов (ФХ). Учитывая результаты обзоров, выполненных ведущими мировыми и российскими педиатрами мы применили их по жизненным показаниям у детей с тяжелой хирургической госпитальной инфекцией. В наше исследование были включены 23 пациента: перенесших абдоминальные операции по поводу кишечной непроходимости, разлитого перитонита, травматического разрыва кишечника и пищевода. Средний возраст детей составил 5,7±1,3 лет (n-23). Было проведено проспективное исследование с изучением бактериологического анализа различных сред больного (зев, мокрота, моча, кал, рана, интубационная трубка, кровь, содержимое из дренажей). Микробиологический мониторинг проводился течение 48-72 часов. Из 23 больных 12 пациентов (52,2%) находились на респираторной поддержке на вентиляторах «SAVINA» и «SULLA». Длительность респираторной поддержки у этой категории больных составила в среднем 15,1±3,5 дней. Дети с абдоминальной патологией относились к категории самых тяжелых, неоднократно им были проведены повторные операции по поводу развития интраабдоминальных инфекций (межкишечные абсцессы, продолженный перитонит, несостоятельность кишечного анастомоза). В средах из дренажей брюшной полости высевались полирезистентные Гр- бактерии кишечной группы: E.coli, E.faecalis, P.aeroginosa, Enterobacter. Все пациенты получали АБТ согласно данным микробиологического мониторинга - в основном, это ЦФ III-IV поколения в комбинации с АГ III поколения (+ метронидазол). Пациенты получали несколько курсов АБТ (от 2 до3-х), но при отсутствии эффекта от предшествующей антимикробной терапии на фоне прогрессирования интоксикации, с развитием гнойных очагов в брюшной полости, развитием хирургического сепсиса с явлениями полиорганной недостаточности, больные данной группы были переведены по жизненным показаниям на фторхиналоны (ФХ).

Обоснованием для перевода больных на ФХ были:

1. Прогрессирующее ухудшение состояния.
2. Отсутствие эффекта от предшествующей АБТ.
3. Высокая чувствительность микроорганизмов к ФХ.

В последующих бактериологических посевах из различных дренажей больного высевалась полимикробная резистентная госпитальная флора (Paureginosa – 10, Enterobacteriaceae -4, E.coli - 5), высокочувствительная к ФХ. Рост резистентной синегнойной палочки нарастал. Однако, ФХ сразу в эмпирическую терапию госпитальных инфекций мы не вводили, оставляя их препаратами 2 ряда (или резерва). Ухудшение состояния пациента на основании клинико-лабораторных и рентгенологических данных явилось обоснованным переводом больных на ФХ. В связи с этим левофлоксацин (Лефлоцин, «Юрия-фарм», Украина), как в изолированном применении, так и в комбинации с метронидазолом

(возможно сочетание с АГ III поколения) был назначен для лечения интраабдоминальных инфекций у больных в разные сроки заболевания. Комбинированная антимикробная терапия применялась у детей с тяжелым течением госпитальной инфекции с вовлечением в синдром полиорганной недостаточности более 2-3 органов. У больных этой группы наиболее часто развивались недостаточности органов сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы и ЖКТ. Энтеральная недостаточность - одна из основных причин сохраняющейся эндогенной интоксикации, синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), септического шока и полиорганной недостаточности. На этом фоне происходит снижение барьерных свойств кишечной стенки с развитием восходящего дисбиоза, явлений эндогенной микробной интоксикации за счет повышенного образования биологически активных веществ, цитокинов и транзиторной транслокации микробов в кровь. Поэтому в данной группе в 83,3% случаев проводилась комбинированная антимикробная терапия, направленная на подавление как анаэробной, так и аэробной инфекции. В процессе исследования и лечения выявлено, что при прогрессирующих хирургических госпитальных инфекционных осложнениях в раннем послеоперационном периоде у детей высевались микробные ассоциации, включающие 2 и более условно-патогенных микроорганизмов в 51,2% случаев. Эффективность терапии лефлоцином в чистом виде и в виде комбинаций составила 87%. Комбинированная антимикробная терапия применялась у детей с тяжелым течением госпитальной инфекции с вовлечением в синдром полиорганной недостаточности более 2-3 органов. На фоне терапии у пациентов не отмечалось жалоб на боли в области суставов, не выявлено отечности и болезненности в области суставов. У выздоровевших детей по данным клинических и рентгенологических исследований не отмечено нарушений в развитии костной системы, наличия артропатий или увеличения объема суставов. Представленные данные на основании микробиологического анализа, клинико-лабораторных и рентгенологических исследований свидетельствуют о достаточно высокой эффективности Лефлоцина в лечении жизнеугрожающих хирургических госпитальных инфекций у детей в раннем послеоперационном периоде в условиях ОРИТ. Эффективность антимикробной терапии составила 87%. Наши данные по назначению Лефлоцина совпадают со многими мировыми исследованиями в педиатрии.

Ключевые слова: антибактериальной, фторхинолоны (ФХ), терапия, инфекция, педиатрия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИИ

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

Исследование качества жизни все шире используется в клинической медицине, так как позволяет, с одной стороны, глубже изучить влияние болезни на различные составляющие здоровья пациента, с другой, выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимой терапии. Внедрение в клиническую практику современных технологий исследования качества жизни открыло доступ к важной информации о сферах функционирования больного, которые могут быть использованы как для разработки лечебно-реабилитационных программ, так и для мониторинга состояния больного в процессе лечения. Все более актуальной становится проблема повышения качества жизни (КЖ) больных неврологическими заболеваниями, в том числе эпилепсией. Это обменяется тем, что эпилепсия является одним из наиболее значимых в медицинском, психологическом и социальном плане неврологических заболеваний. В мире насчитывается около 50 млн. больных эпилепсией, 5% населения переносят не менее одного припадка в течение жизни, у 20-30% пациентов заболевание является пожизненным. По данным ВОЗ более 75% из 40 млн. больных, а согласно российскому анализу около 63% зарегистрированных пациентов, не получают рациональную противо-эпилепгическую терапию. У больных эпилепсией закономерно обнаруживают более высокий коэффициент смертности, чем в популяции в целом. Оценка качества жизни, анализ влияния базисных характеристик эпилепсии и психосоциальных показателей на качество жизни у больных эпилепсией подростково-юношеского возраста. В результате проведенного скрининга в исследование были включены 96 пациентов с локализационно обусловленной эпилепсией в возрасте от 18 до 65 лет, из них 56% (п=54) - мужчины, 44% (п=42) -женщины. При сборе анамнеза учитывали перенесенные и сопутствующие заболевания, характер и эффективность проводимого лечения. В соответствии с международной классификацией эпилепсии и эпилептических синдромов (ILAE, 1989 г.) число пациентов с локально обусловленной симптоматической эпилепсией составило 88,5% (п=85), локально обусловленной криптогенной эпилепсией -11,5% (п =11). Эффективность противоэпилептической терапии оценивали по снижению частоты или полному регрессу судорожных припадков, отсутствию побочных эффектов, а также по динамике изменения показателей качества жизни больных. Оценку частоты приступов через 1 месяц проводили с целью исключения неэффективности терапии или ухудшения течения эпилепсии в виде учащения приступов. Через 6 месяцев по частоте приступов оценивали эффективность ПЭП. При анализе частоты припадков во время визитов 2 и 3 были выявлены следующие изменения. У больных, принимавших вальпроаты (1 группа), ко второму визиту регресс приступов был достигнут в 79% наблюдений, у 16% пациентов получено значительное улучшение, у 5% пациентов - незначительное. Через 6 месяцев приступы были купированы только у 37% больных, в 63% наблюдений выявлено значительное улучшение. Пациентам, у которых припадки уменьшились менее чем на 50%, проводили коррекцию

дозы препарата, с повышением до 20 мг/кг. За время наблюдения уменьшилось число больных с регрессом приступов, однако во всех случаях был получен эффект от проводимой терапии. У пациентов, которым для лечения эпилепсии был назначен карбамазепин, в 73,6% были выявлены: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, ожирение. За время наблюдения также не было выявлено ухудшения течения сопутствующих заболеваний, связанных с лечением КБЗ. У больных, получавших лечение леветирацетамом, в 42,7% случаев были выявлены: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, заболевания желудочно-кишечного тракта. Терапия ЛЕВ не вызвала ухудшения течения заболеваний, что подтверждалось результатами лабораторных исследований и отсутствием побочных эффектов через б месяцев. У 53,4% больных группы IV и 59,9% группы VI были выявлены: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ИБС, ожирение. На фоне проводимой терапии ТПМ и ОКЗ не было отмечено ухудшения течения сопутствующих заболеваний. У пациентов группы V не было отмечено обострений заболеваний желудочно-кишечного тракта, связанных с приемом ЛТГ. Таким образом, на фоне противоэпилептической терапии не было отмечено ухудшения течения хронических заболеваний. У пациентов, принимавших ПЭП последнего поколения, через б месяцев побочные эффекты были выражены минимально, либо отсутствовали, в отличие от группы больных, получавших терапию ВПА. Анализ факторов, вызывающих снижение качества жизни у больных эпилепсией подростково-юношеского возраста и установленные в ходе исследования закономерности позволяют своевременно выявлять психосоциальные и медицинские проблемы, воздействовать на «факторы-мишени» с разработкой индивидуальной программы психосоциальной реабилитации. Среди факторов снижения качества жизни особое внимание уделено вопросам самостигматизации подростков, т.к. данный аспект ведет к социальной изоляции, школьной дезадаптации и усилению аффективной напряженности (вплоть до депрессивных расстройств).

Ключевые слова: эпилепсия, противоэпилептическая терапии, качество жизни.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

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

На основании комплексного многоосевого анализа при изучении состояния здоровья 183 пациентов (110 с лёгкой степенью УО, 43 с умеренной степенью УО, 30 с тяжёлой степенью УО) был установлен широкий спектр факторов риска возникновения у детей умственной отсталости. Комплексное лонгитудинальное изучение состояния здоровья детей с умственной отсталостью; определение коморбидной неврологической, соматической, психической патологии и разработка реабилитационных мероприятий, повышающих их социальный уровень функционирования в условиях города Андижана. Материалом настоящего исследования послужили 183 человека (114 мужского пола и 69 женского пола). Критерием включения в основную группу явилось наличие признаков умственной отсталости (УО) в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10 (Р70-Р72), рождение и проживание в г. Андижана. Все пациенты наблюдались в детской поликлинике. 139 человек достигли возраста 12-18 лет. 44 человека, переданных в связи с исполнением 18 лет во взрослую поликлинику, были в возрасте 19-22 лет (средний возраст 15 лет). Для более достоверной и дифференцированной характеристики, ориентируясь на степень умственной отсталости, они были включены в исследовательскую выборку. Основными факторами риска возникновения умственной отсталости являются среди экстрагенитальной патологии болезни органов дыхания: при лёгкой УО - 18,2% случаев ($p<0,05$), болезни мочеполовой системы: при умеренной УО - 20,9% и при тяжёлой УО - 23,4% случаев ($p<0,05$); среди патологии беременности у матерей угроза прерывания: при лёгкой УО - 30,9%, при умеренной УО - 46,5%, при тяжёлой УО - 50,0% случаев ($p<0,001$). Хроническая гипоксия плода диагностировалась: при лёгкой УО - в 30,9% случаев, при умеренной УО - в 37,2% и при тяжёлой УО -в 63,3% ($p<0,05$). В раннем периоде выявлялась перинатальная энцефалопатия в 66,4% случаев у детей с легкой степенью УО, в 100,0% -с умеренной и тяжёлой УО ($p<0,001$). При лёгкой степени УО чаще встречался синдром вегетативно-висцеральных нарушений -18,2% ($p<0,01$), при умеренной и тяжелой УО - синдром двигательных нарушений (34,8% и 46,6% соответственно) ($p<0,001$). Сравнительный анализ факторов микросоциальной среды показал, что большая часть воспитывались в полных семьях (с лёгкой степенью УО - 65,4% детей, с умеренной УО - 79,0%, с тяжёлой степенью УО - 73,3% детей), с хорошими материально-бытовыми условиями. Воспитание по типу гипоопеки встречались у детей с лёгкой умственной отсталостью в 59,2% случаев, у детей с умеренной и тяжёлой степенью УО выявлялась гиперопека в 69,8% и 70,0% случаев соответственно. Установлено, что динамика умственной отсталости направлена как в сторону утяжеления с явлениями декомпенсаций, так и в сторону послабления и обусловлена степенью умственной отсталости, возрастом ребенка, имеющимися соматоневрологическими и психическими расстройствами. Биопсихосоциальная модель оказания помощи пациентам с умственной отсталостью с включением медико-биологического, психолого-педагогического,

социального аспектов, позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий, направленных на уменьшение степени выраженности умственной отсталости и улучшение социализации детей. В соматическом статусе больных олигофренией часто отмечаются признаки физического недоразвития, дисгенезии и дисплазии, многие из которых соответствуют эмбриональным этапам развития органов и систем. В ряде случаев они дают возможность судить о времени воздействия патогенного фактора, а их типичное сочетание позволяет выделять отдельные дифференцированные формы олигофрении (болезнь Дауна, микроцефалия и др.). Физическое развитие больных олигофренией часто отстает от возрастной нормы и характеризуется непропорциональностью строения туловища и конечностей, искривлениями позвоночника, признаками церебрально-эндокринной недостаточности (ожирение, недоразвитие половых органов, нарушение темпа и сроков формирования вторичных половых признаков). В заключение необходимо сказать, что при некоторых формах олигофрении структура психического недоразвития неравномерна и не исчерпывается только основными, характерными симптомами слабоумия. В связи с этим выделяют атипичные и осложненные варианты олигофрении. К атипичным формам относят случаи олигофрении с неравномерной структурой психического дефекта, проявляющейся либо в одностороннем развитии какой-либо психической функции, либо в признаках парциального психического недоразвития. При осложненных формах в структуре психического недоразвития наблюдаются дополнительные психопатологические синдромы, неспецифичные для олигофрении (астенический, эпилептиформный, психопатоподобный и др.).

Ключевые слова: дети, состояние здоровья, умственная отсталость.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Артериальная гипертензия (АГ) - одно из наиболее распространенных сосудистых заболеваний. Среди органов-мишеней АГ чаще и раньше других страдает головной мозг. В психиатрической и неврологической практике зачастую наблюдается гипердиагностика психоневрологических осложнений АГ. Так, головная боль, головокружение, снижение памяти на текущие события, нарушение ночного сна и многие другие жалобы пациента, страдающего АГ, обычно расцениваются как проявление «дисциркуляторной энцефалопатии». Между тем, головная боль у пациентов с АГ носит преимущественно первичный характер (головная боль напряжения и мигрень). В то же время головная боль, связанная с резким выраженным подъемом артериального давления, встречается лишь у небольшого числа пациентов. Цель исследования. Комплексное изучение психических нарушений на начальных стадиях эссенциальной артериальной гипертензии, эмоциональных и когнитивных предпосылок их формирования, а также обоснование и разработка эффективных методов терапии и профилактики. Комплексное обследование 210 больных с I и II стадиями эссенциальной артериальной гипертензии позволяет выявить психические расстройства у 76% обследованных преимущественно невротического уровня. Психические расстройства при артериальной гипертензии представлены структурно сложными психопатологическими нарушениями, среди которых преобладают тревожно-депрессивные (32,5%), тревожно-фобические (25,6%) и астено-депрессивные (18,1%). На начальных стадиях артериальной гипертензии по МКБ-10 диагностируются психические нарушения, которые у 42,5% соответствуют невротическим, связанным со стрессом, у 32,5% - аффективным расстройствам депрессивного спектра, у 6,9% - расстройствам личности и поведения в зрелом возрасте, у 18,1% - органическим непсихотическим расстройствам. Анализ механизмов формирования психических расстройств при эссенциальной артериальной гипертензии свидетельствует о значительной роли психосоциальных факторов, среди которых ведущими стрессорами являются медицинские (52,6%), семейно-бытовые (49,5%) и производственные (37,6%). По шкале стрессов 300 и более баллов определяется у 48,1% пациентов, множественные психотравмирующие ситуации выявляются у 35,0%. Уровень стрессовых переживаний достоверно выше ($P<0,01$) у больных со II стадией артериальной гипертензии. Эмоциональные и когнитивные особенности пациентов артериальной гипертензией оказывают существенное влияние на формирование психических расстройств и стратегии совладания с болезнью, способствуют их дезадаптации, усиливая внутренний конфликт между потребностью сделать все по своим стандартам и невозможностью достичь этого в реальности из-за болезни. Специфические иррациональные установки больных лежат в основе их сильных неотреагированных отрицательных чувств, которые усугубляют негативные психосоматические взаимовлияния. Защитно-совладающий стиль поведения больных эссенциальной артериальной гипертензией в стрессовых ситуациях носит подавляюще-избегающий характер с ориентацией на социальную желательность. Среди психологических защит достоверно чаще ($P<0,01$) наблюдаются «отрицание», «проекция» и «рационализация», причем чем старше возраст больных, тем чаще

используется механизм «проекции». Для 1-ой стадии артериальной гипертензии характерны такие копинг-стратегии совладания со стрессом, как высокий контроль над проявлением своих чувств и подавление агрессивных реакций, для 2-ой стадии - сотрудничество и активное избегание. При прогрессировали заболевания происходит сужение спектра выбора продуктивных копинг-стратегий (P<0,001). Образовательная программа Школы Здоровья пациентов артериальной гипертензией, основанная на когнитивных моделях совладания со стрессом, раскрытии социальных, эмоциональных и когнитивных предпосылок возникновения и развития болезни позволяет проводить профилактику психических нарушений, а также прогрессирования основного заболевания. Лечебные мероприятия для больных артериальной гипертензией и психическими нарушениями включают в себя три дифференцированные программы: психофармакологическую, психотерапевтическую (где ведущим является когнитивный подход) и комплексную, при которой сочетается психофармако- и психотерапия. Клинико-динамическая оценка эффективности лечения психических расстройств при эссенциальной артериальной гипертензии показала улучшение через два месяца терапии у 78,6% больных, получавших психофармакотерапию, у 71,2% больных, проходивших психотерапевтический курс и у 83,8% пациентов, в лечении которых сочетались психофармако- и психотерапия. Результаты исследования дают представление о частоте, клинической структуре и типологии психических нарушений при современном течении начальных стадий эссенциальной артериальной гипертензии. Установленная прогностическая значимость личностных, эмоционально-когнитивных и социальных факторов на начальных стадиях заболевания будет способствовать профилактике выраженных психических нарушений и формирования тяжелых осложнений АГ у этой группы больных. Применение разработанных дифференцированных программ психофармакологического и психотерапевтического лечения в комплексной реабилитации больных АГ позволит существенно улучшить их психическое состояние и уменьшить тяжесть клинических проявлений болезни. Выявленные особенности эмоциональной и когнитивной сфер больных эссенциальной артериальной гипертензией послужили основой для разработки эффективного образовательного занятия с пациентами в Школе Здоровья, имеющего психопрофилактическую направленность.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, психические расстройства, психофармакотерапия.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С ПРОЯВЛЕНИЯМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Адизова З. О., Тогаева Г.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Установлено, что для дислипидемии при метаболическом синдроме (МС) характерно увеличение уровня ТГ, общего ХС, ХСЛПНП и снижение ХСЛПВП. Дислипидемия сопровождается увеличением концентрации атерогенных липопротеидов с большой молекулярной массой, что приводит к повышению вязкости плазмы, повышению ОПСС и поддерживает высокий уровень АД. В связи с этим помимо констатации фактов триглицеридемии, нам представило интерес выявить частоту встречаемости гиперхолестеринемии. Абдоминальное ожирение (АО), метаболический синдром (МС), триглицерид (ТГ), холестерин (ХС), холестерин липопротеиды низкой плотности (ХСЛПНП), холестерин липопротеиды высокой плотности (ХСЛПВП). Под наблюдением находились 26 больных с абдоминальным ожирением, которые были выявлены при диспансерном осмотре в поликлиниках г. Самарканда. Повышение уровня общего холестерина выше нормы наблюдалось в 60,9% случаев, при этом средний уровень холестерина крови составил 6,2±1,2 ммоль/л. Основным фактором нарушения липидного обмена при МС является низкая концентрация антиатерогенного ХСЛПВП. Исследования ЛПВП показали повышение его уровня у больных с АО 56,1% случаев, его средние показатели составили в среднем 0,98±0,07 ммоль/л. При исследовании фракций холестерина ЛПНП было выявлено, что уровень составил 4,2± 0,5 ммоль/л у 47,6% больных, а триглицеридемия - у 61,2% больных. Таким образом, к патогенетическим звеньям у больных с проявлениями МС можно отнести гиперхолестеринемию, дислипидемию, гипертриглицеридемию, что важно в плане терапии больных с абдоминальным ожирением.

Ключевые слова: метаболический синдром, дислипидемия

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонова И.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Рекуррентное депрессивное расстройство **(**РДР) является хроническим, дезадаптирующим заболеванием, характеризующимся депрессивными эпизодами, которые часто сопровождаются нарушениями поведения, познавательной сферы и сферы восприятия. Эти расстройства, как правило, полностью редуцируются в периоды ремиссий, и степень социальной дезадаптации пациентов определяется частотой, длительностью и тяжестью развивающихся у них рецидивов депрессивной симптоматики. Больные РДР относятся к контингенту наиболее «сохранных» страдающих психическими расстройствами пациентов. Высокая распространенность РДР, а также многочисленные проблемы, связанные с ущербом, наносимым этим заболеванием, определяют высокий интерес специалистов к новым возможностям в области терапии депрессии. Встречаемость РДР в популяции среди мужчин составляет 6%, среди женщин - 15%. Риск заболевания в течение жизни составляет около 20%. Целью данного исследования являлось определение влияния остаточной симптоматики, типа течения заболевания и уровня социальной адаптации пациентов на формирование стойких и качественных ремиссий при психофармакотерапии больных с депрессивными расстройствами. Всего в исследование было включено 137 больных, из них 87,6% -женщин Средний возраст пациентов 36,9+11,8 лет. Рекуррентное депрессивное расстройство (58,4%) встречалось чаще, чем депрессивный эпизод (41,6%), тревожная (27%), истерическая (26,3%) и астеническая (23,4%) депрессии чаще, чем апатические (14,6%) и ипохондрические (8,7%) Средний фоновый балл составил 23,6±4,2 по HAM-D, 37,5±8,03 по шкале самооценки депрессии Бэка и 22,2±4,3 по шкале социальной адаптации Шихана. С целью определения роли клинико-демографических и субъективно-психологических факторов в становлении ремиссии сравнительному анализу подвергались пациенты, вошедшие в группу ремиссии (44 пациента - основная группа) и респондеры (46 пациентов - контрольная группа). В группе больных с ремиссией по сравнению с контрольной группой преобладали лица более старшего возраста (39,9±10,6 лет по сравнению с 37,1±12,9 лет), с более высоким уровнем образования (54,6% по сравнению с 45,6%), со стабильным профессиональным статусом (61,4% по сравнению с 47,8%) и семейным положением (54,6% по сравнению с 41,3%), впервые выявленной депрессией (54,6% по сравнению с 22,7%) - чаще тревожного (38,6%) и истерического (25%) клинических вариантов, более легкой тяжестью депрессии (средний балл по шкале HAM-П - 21,7±4,2) и меньшей длительностью состояния (4,2 мес ± 3,2 по сравнению с 4,7 мес ± 3,3) и заболевания (9,4 лет ± 6,7 по сравнению с 10,8 лет ± 12,8), меньшим числом депрессивных эпизодов при рекуррентном депрессивном расстройстве (3,1±1,6 по сравнению с 4,5±1,8), большим депрессивным циклом (2,8±1,7 по сравнению с 1,9±1,5) и с психогенной провокацией состояния (75% по сравнению с 60,9%). Из 32,1% больных, достигших ремиссии, у одной трети (29,5%) отмечалась полная ремиссия с отсутствием какой-либо остаточной симптоматики, а в 70,5%

случаях - неполная ремиссия (симптоматическая) Наибольший процент пациентов достигал ремиссии уже на четвертой и пятой неделях терапии (27,3% и 36,4%, соответственно), 25% - на третьей и только 11,3% - на шестой В структуре симптоматической ремиссии на одного пациента в среднем приходилось 2,2 симптома - преимущественно психические проявления тревоги (15,6%), общие соматические симптомы (12,5%), снижение работоспособности и активности (10,4%), соматические проявления тревога (9,4%). Несколько реже встречалась гипотимия (8.3%), нарушения сна (8,3%), отсутствие осознания болезни (8,3%), ипохондричность (8,3%), чувство вины (7,3%), расстройства половой сферы (5,3%) Гастроинтестинальные симптомы (4,2%) и заторможенность (2,1%) наблюдались крайне редко. Несмотря на значительный прогресс тимоаналептической терапии РДР, сохраняется ряд серьезных препятствий для успешной фармакотерапии на всем протяжении заболевания. По-прежнему, не решена проблема резистентности к терапии АД, следствием которой является увеличение числа пациентов с хронифицированным течением заболевания. Нерешенной проблемой является и отставленный эффект большинства АД (4-6 недель). По-прежнему не разработан и дифференцированный подход к выбору АД при проведении терапии. Последнее особенно важно в связи с большим количеством новых АД и отсутствием рекомендаций по терапии, которые основывались бы одновременно на результатах проведенных исследований и клинических наблюдениях. Для решения всех этих проблем необходимо не только продолжение фундаментальных исследований патогенеза депрессии и создание новых, более совершенных препаратов, удовлетворяющих всем клиническим требованиям терапии РДР, но и проведение исследований, направленных на разработку дифференцированных подходов к применению уже имеющихся антидепрессантов и четких алгоритмов терапии этого заболевания.

Ключевые слова: рекуррентные депрессивные расстройства, психофармакотерапия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Козимжонова И.Ф., Муминов Р.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) - одна из ведущих причин смертности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Прогноз при ОИМ определяется его типом, локализацией и распространенностью, а также развитием осложнений, в частности, выраженностью ремоделирования левого желудочка, в значительной степени определяющего формирование хронической сердечной недостаточности (ХСН). Появившиеся в последние десятилетия данные свидетельствуют, что наличие сопутствующих расстройств аффективного спектра (депрессии и тревоги) оказывает негативное влияние на течение и прогноз при ОИМ. Это побуждает исследователей к активному научному поиску причин, обусловливающих эту взаимосвязь, а также возможностей коррекции аффективных расстройств современными психофармакологическими средствами. Изучение упомянутых аспектов представляется важным для оптимизации лечения и реабилитации больных ОИМ и улучшения их прогноза. В последние годы пристальное внимание уделяется изучению депрессии в общемедицинской практике, в частности у пациентов с ОИМ. Актуальность проблемы определяется тем, что, по данным ВОЗ, при сохранении существующих демографических тенденций к 2020 г. депрессия выйдет на второе место после ишемической болезни сердца (ИБС) по числу утраченных лет полноценной жизнь. Уточнение клинических характеристик аффективных (депрессивных и тревожно-депрессивных) расстройств у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, и динамики их развития в течение 1 года после перенесенного острого инфаркта миокарда, определение на этой основе возможностей комплексной фармакотерапии (сердечно-сосудистые препараты и антидепрессанты). В исследование вошли 133 пациента (108 пациентов из клинике АГМИ, не-выборочное включение которых позволило провести эпидемиологическую оценку, и 25 пациентов с ОИМ и аффективными расстройствами 87(65,4%) мужчин и 46 (34,6%) женщин, средний возраст составил 53,9(25%-50,0, 75%-60,0) лету мужчин и 66,5(25%-57,0 - 75%-73,0) лету женщин. Расстройства депрессивного спектра выявляются у 40,7% пациентов в первую неделю после острого инфаркта миокарда, при этом, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, депрессивные расстройства (депрессивные эпизоды и рекуррентная депрессия) составляют 22,2% от общего числа наблюдений, тревожно-депрессивные реакции в рамках расстройств адаптации - 13,9%, органические аффективные расстройства -2,8%, дистимия - 1,8%. За 12 месяцев наблюдения суммарное количество всех выявленных случаев расстройств депрессивного спектра возрастает на 10,2%. У части пациентов (19,4%) до развития острого инфаркта миокарда отмечаются расстройства депрессивного спектра, однако они не диагностируются в общесоматической сети, что свидетельствует о недостаточной выявляемое™ данных расстройств при сердечно-сосудистой патологии. Доминирующая часть расстройств депрессивного спектра (92,2%) у пациентов в

постинфарктном периоде выявляется в первые 2 месяца после ОИМ; этот период требует особого внимания к своевременной диагностике аффективных расстройств, возникающих у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Расстройства депрессивного спектра у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, характеризуются полиморфностью клинической картины с выраженным снижением физического тонуса, с повышенной утомляемостью, большим удельным весом тревоги, и превалированием соматических жалоб над собственно аффективными. Определение диагностической категории аффективных расстройств, развивающихся после ОИМ, позволяет в определенной степени прогнозировать тенденции клинической динамики болезненного состояния. Тревожно-депрессивные реакции в рамках расстройств адаптации у пациентов с ОИМ вариабельны по течению: в большинстве случаев (61,5%) отмечается постепенное снижение выраженности психопатологической симптоматики, что позволяет оценивать данные состояния как транзиторные; наряду с этим относительно часто (38,5%) наблюдается утяжеление клинических проявлений до уровня, соответствующего критериям депрессивного эпизода. Факторы, влияющие на развитие и тяжесть аффективных расстройств в постинфаркгном периоде, включают наличие тревожно-мнительных и эмоционально-лабильных черт личности, аффективных, астенических, невротических расстройств и признаков невропатической конституции в анамнезе. Выраженность аффективных нарушений в раннем постинфарктном периоде соотносится с тяжестью предшествующего психологического стресса. Необходимо подчеркнуть, что большое количество работ, проведенных в течение последних 20 лет, свидетельствует о значительном интересе исследователей к проблеме влияния сопутствующей депрессии на течение и прогноз при ОИМ. В настоящее время ряд вопросов остается дискутабельным и требует дальнейшего изучения. Учитывая недавно полученные данные, для статистически достоверной оценки возможного влияния депрессии на смертность после ОКС требуются рандомизированные исследования, которые будут включать не менее 4000 пациентов с ОКС, из которых не менее 700 - 950 пациентов должны иметь сопутствующую депрессию.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, расстройства депрессивного спектра

БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧЕК ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Акбарова Г.Х., Худайбердиева Х.Т., Арзикулов А.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт.

Результаты исследования будут использованы в профилактической деятельности педагогов общеобразовательных школ, тренеров, врачей спортивных лицеев и колледжей, что позволит составить региональную программу здорового образа жизни, физической культуры, на улучшение качества жизни, полового развития и репродуктивной функции девочек-подростков, занимающихся спортом. Физические упражнения могут продлевать функцию зон роста длинных трубчатых костей (бедра), задерживать срастание эпифизов и диафизов костей и, таким образом, увеличивать рост тела. Отмечается влияние физических упражнений на пресс биологического созревания. Спортивная гимнастика, требующая интенсивных скоростносиловых нагрузок, задерживает половое созревания. С другой стороны, указывается, что относительно медленное половое созревание гимнасток связано с отбором в этот вид спорта девочек с особым соматотипом. Установлено, что более позднее наступление месячных у спортсменок не оказывает отрицацельного влияния на процесс созревания и фертильность (способность к деторождению). Приводятся наблюдения о нормализующем влиянии спорта (занятия баскетболом) на половое созревание девочек. Изучить физической нагрузки различной интенсивности на формирование вторичных половых признаков и гормональный статус девочек в подростковом возрасте. Создана стройная теория нейрогуморальной регуляции репродуктивной функции женщины, осуществляемая гипоталамо – гипофизарно – овариальной системой, определяющей цикличность изменений функционального состояния женского организма. Понятие «цикл» подразумевает повторяемость, периодичность процесса. В любом организме существует большое число биоритмов. Каждый свойственный данному организму биологический процесс не находится в стационарном состоянии, а колеблется с определенной частотой. По продолжительности различают, например, циркадные циклы, инфрадианные. Типичным примером таких циклов является менструальный цикл (МЦ), протекающий в женском организме. Нарушений менструальной функции у спортсменок выявляли, применив анкетного опроса (1- этап исследования) которое содержат несколько пунктов и подпунктов где указывается паспортные данные, антропометрические показатели с учетом антропометрических индексов, сведение о менструальном цикле. Из 135 спортсменок в возрасте 13-16 лет занимающихся с различными видами спорта (гимнастика, ручной мяч, плавания, баскетбол, волейбол) – спортивных гимнасток отмечены нарушения менструальной функции в 86.7% (аменорея первичная или вторичная, нерегулярные МЦ), в плавания – в 57,1%. Изменяется и общее состояние на протяжении менструального цикла. В большинстве случаев спортсменки указывают на увеличение раздражительности в предменструальной (45%) и менструальной (36%) фазе. В эти фазы девушки отмечают повышение утомляемости в 46,5% и 58% (соответственно). У девочек в процессе полового созревания продолжаются, формируется, вторичные половые признаки и наиболее четким показателем наступления половой зрелости является, возраст наступления первой менструации - менархе. Специалистов считают задержку менархе как показатель задержки полового развития. Изучив, вторичных половых признаков по Теннеру можно оценит, ЗПР девочек спортсменок. Недоразвитие или отсутствие вторичных половых признаков

(лобкового и подмышечного оволосения, развитие молочных желез) в 13-14 лет и отсутствие менструации в 15-16 лет следует рассматривать как задержку полового развития. По мнению специалистов в области детской и подростковой гинекологии, особого внимания заслуживают формы задержка полового развития (ЗПР) без внешних признаков нарушений. Клинический опыт показывает, что именно этому контингенту девушек обычно предлагают «подождать» с обследованием и лечением до 18-20 лет, что нередко приводит к запоздалой диагностике причин ЗПР, требующих своевременной коррекции еще в период созревания. Во всем мире проблеме ЗПР придается большое значение,

1. Физические упражнения оказывают положительное влияние на все основные системы организма и тем самым способствуют укреплению здоровья.

2. Наряду с благоприятным действием на здоровье человека физические упражнения при несоблюдении требований занятием спорта могут принести вред.

Ключевые слова: Девочки занимающихся спортом, биологическое созревания, задержка полового развития.

ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ-КУЛЬТИВИРОВАННЫЕ КЛЕТКИ И РАНЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ

Алексеев Андрей Анатольевич, Салахиддинова Мадина,
Салахиддинов К.З., Гаврилюк Б.К.
НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского,
Институт теоретической и экспериментальной биофизики РАН, Россия,
Андижанский государственный медицинский институт

В исследовательской работе предложено комбинированное лечение поверхностных и глубоких ожоговых ран различной локализации. В комплексном лечении использованы культивированные фибробласты распределенные в геле Биокол а также раневое покрытие Парапран. Исследовано 59 пациентов, которые разделены на две сравниваемые группы. Получены положительные результаты: экономичен в производстве, прост в применении, создает оптимальную микросреду для заживления ран; обладает высокой абсорбционной способностью; создает эффект «влажной среды». Было проведено множество фундаментальных лабораторно-клинических исследований по разработке современных эффективных методов восстановления целостности кожных покровов с использованием культивированных кератиноцитов и фибробластов кожи человека. Но несмотря на множество методик, восстановление утраченных от ожога кожных покровов, профилактика и лечение возможных раневых инфекций, лечение пациентов с обширными и глубокими ожогами ШБ-IV степени представляет собой сложность, в связи с чем нами были изучены различные возможности трансплантации культивированных фибробластов и современных раневых покрытий для восстановления целостности кожных покровов. Разработка усовершенствованного метода восстановления кожных покровов. Для подготовки ожоговых ран к аутодермопластике применялись различные методы хирургического лечения. Как наиболее активными хирургическими методами лечения глубоких ожогов являются хирургическая некрэктомия (ХН) и тангенциальное иссечение гранулирующих ран (ТИГР). Одномоментная аутодермопластика выполнялась лишь в том случае, когда была уверенность в радикальности иссечения некротизированных тканей. При любых сомнениях в жизнеспособности тканей после хирургической некрэктомии выполнялась отсроченная аутодермопластика. Методика проведения оперативного лечения была следующей, производилась одна из некрэктомий, в пределах жизнеспособных тканей, раневая поверхность тщательно обрабатывалась антисептиками (1% хлоргексидин или Лавосепт), после чего проводилась комбинированная аутодермопластика кожным лоскутом с коэффициентом перфорации 1:4 с последующей трансплантацией культивированных фибробластов распределенных в клеточной геле «Биокол» (КФ-гель) в качестве дополнительной фиксации и защиты использовалось раневое покрытие Парапран. Фибробласты были получены из лаборатории роста клеток и ткани ИТЭБ РАН. Клетки были, тестированы на отсутствие вирусных и бактериальных контаминаций и идентифицированы методом проточной цитофлюорометрии как дермальные фибробласты. Общее число пациентов составило 59 человек из них 29 пациентов, у которых проводилась комбинированная аутодермопластика с перфорированным лоскутом 1:4 и трансплантацией культивированных фибробластов распределенных в клеточной геле Биокол и 30 контрольной группы с традиционным методом лечения с применение аутодермопластики

перфорированным лоскутом 1:4. В обеих группах в целях защиты и дополнительной фиксации кожных трансплантатов использовалось временное раневое покрытие Парапран. 0бщая площадь ожогов у пациентов 1 группы составила от 10% до 62% поверхности тела. Глубокие ожоги составили от 5% до 40% поверхности тела. Ожоги пламенем отмечены в 65,5% случаев, кипятком 27,6% и контактный 6,9%. Среди пациентов данной группы мужчин было 72,4%, женщин 27,6%. 2 группу составили пациенты с общей площадью ожогов от 6% до 52% поверхности тела. Глубокие ожоги составили от 1,5 до 20% поверхности тела. Ожоги пламенем отмечены в 56,7% случае, кипятком 33,3% случае и комбинированные 10% случаев. Мужчин было 70%, а женщин 30%. Оценку результатов лечения проводили на основе клинических- визуального контроля за течением раневого процесса, лабораторных, цитологического и микробиологического исследований ран. При комбинированной аутодермопластике с трансплантацией культивированных фибробластов распределенных в клеточной геле по отношению к группе сравнения наблюдалось быстрое разрастание перфорированного в соотношении 1:4 кожного лоскута и заполнение его ячеек. Активная эпителизация ячеек отмечалась на 4-5 сутки после пластической операции. Средний срок полной эпителизации ран при трансплантации культивированных фибробластов в клеточном геле составил 8+1,4 суток, а в группе сравнения после традиционной аутодермопластики отмечалась на 14±1,8 суток. Использование трансплантации культивированных фибробластов распределенных в геле «Биокол» в сочетании с аутодермопластикой обеспечивает реализацию стимулирующих свойств Фибробластов на пролиферацию аутокератиноцитов в условиях In vitro. Это способствует ускорению эпителизации аутотрансплантатов кожи. Как клеточный носитель гель Биокол, является благоприятной средой для переноса фибробластов на раневую поверхность. В свою очередь обладает рядом важных свойств: более экономичен в производстве, прост в применении, создает оптимальную микросреду для заживления ран; обладает высокой абсорбционной способностью в отношении раневого экссудата; имеет достаточную проницаемость для газов (кислород, углекислота) для обеспечения протекания репаративных процессов; исключает высушивание дна раны- эффект «влажной среды»; имеет возможность моделирования поверхностей со сложным рельефом.

Ключевые слова: ожоги, культивированные фибробласты, раневые покрытия.

DIFFERENTIAL SIGNS NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA

Aralov N.R., Makhmatmuradova N.N.
Samarkand State Medical Institute

The article is devoted to the differential diagnosis of nonspecific interstitial pneumonia with other pulmonary diseases. It has been revealed that, in the clinical course, it is similar to idiopathic pulmonary fibrosis, exogenous allergic alveolitis, systemic scleroderma, and drug pneumonia. In the differential diagnosis of nonspecific interstitial pneumonia and other lung diseases, special attention should be paid to the anamnesis, clinical presentation and CT signs. Recently, there has been a sharp increase in the interest of a number of both domestic and foreign researchers in the problem of timely diagnosis and treatment of respiratory diseases. Especially in light of the emerging problem of the coronavirus pandemic, in which the respiratory tract is affected, especially mild and fatal outcomes arise due to the development of severe pneumonia. “Interstitial pulmonary diseases” (IBS) is by far the most common term in the world to refer to a group of diseases. This concept presupposes a predominant lesion of interstitium, while the most serious in its outcome processes occur in the lung parenchyma with frequent involvement of the airways. “Diffuse parenchymal lung diseases” - emphasizes parenchymal lesion - alveolitis, in which serious complications develop. Nonspecific interstitial pneumonia (NIP) is the second most frequent (after ILF) variant of interstitial pneumonia, occurring in 14-35% of biopsies with IIP. A NIP can act as an independent disease of an unknown nature, but more often it is a manifestation of systemic diseases of the connective tissue, drug damage to the lungs, or a consequence of diffuse alveolar damage, for example, after suffering severe forms of the flu. A.L. Katzenstein and R.F Fiorelli identified three groups of NIPs - with a predominance of inflammation (cellular); with a predominance of fibrosis (fibrous) and mixed, in which both of these processes are correlated in close proportions. The cellular variant of NIPs usually responds better to treatment and has a more favorable outcome than fibrous. NIP can occur at any age, but most cases occur in the second half of life, with women (more than two-thirds) and never-smokers (70%) prevailing among the cases. The aim of the study is the establishment of differential diagnostic signs of nonspecific interstitial pneumonia and other lung diseases. As a material, we performed a retrospective analysis of case histories of 82 patients with nonspecific interstitial pneumonia, 24 patients with ILF, 8 with exogenous allergic alveolitis (EAA), 12 with systemic scleroderma (SSD) and 6 with drug pneumonia (DP) who were hospitalized in pulmonology department of Samarkand city medical hospital in 2010-2019 All patients underwent the necessary volume of examination using clinical and laboratory methods, as well as radiography, high resolution computed tomography. The results obtained indicate that special attention should be paid to the anamnesis, clinical presentation and CT signs. In particular, a history of NIP revealed an arthralgic syndrome, the onset of the disease in 40-50 years; with ILF - the onset of the disease after 50 years, prolonged smoking; with EAA - exposure with a potential allergen; with SSD - Raynaud's syndrome; in case of DP - taking bleomycin, amiodarone, cyclophosphamide, methotrexate, immunobiological preparations. In the NIP clinic, more often non-smoking women; with ILF - more often than men, “drumsticks” on the hands; with EAA - increased shortness of breath, fever after contact with an allergen; with SSD - sclerodactyly, dry thinned skin; with DP - the appearance of respiratory symptoms usually coincides with the time of taking the drug. CT signs in NIP - “frosted glass”, moderate reticular changes, symmetrical subpleural zones of the preserved parenchyma, mainly basal localization; with ILF - “cellular lung” with predominant subpleural and basal localization, pronounced reticular changes; with EAA - “frosted glass”, lobular areas of reduced transparency; intralobular nodules, unaffected

subpleural strips (subpleural sparing), even distribution with capture of the upper lobes; in chronic course - subpleural "honeycombs", thickening of interlobular and intralobular partitions; in case of SSD - identical to NIPs, dilatation of the esophagus, expansion of the pulmonary artery; in case of DP, they are identical to NIPs, often - consolidation zones as a manifestation of obliterating bronchiolitis with organized pneumonia, there may be an upper lobe localization. It should be noted that systemic diseases of the connective tissue, drug lesions of the lungs and exogenous allergic alveolitis may have an X-ray pattern of NIP. Systemic scleroderma is characterized by the appearance of Raynaud's syndrome, which is often many years ahead of parenchymal lesions. Accordingly, the CT picture includes a set of possible radiological manifestations already described above. An important additional feature that often appears on CT of the chest is the dilatation of the esophagus due to sclerosis of the mediastinal periesophageal tissue. This symptom can be detected earlier than the defeat of the lung parenchyma. Another radiological sign of SSD is pulmonary artery dilatation, reflecting severe pulmonary hypertension, which develops in approximately 20% of SSD. Chronic and subacute forms of EAA radiologically differentiate from NIPs is very difficult. C.I. Silva et al. based on a comparative analysis of CT data in 66 patients, it is more typical for EAA to appear lobed areas of increased transparency with air traps devoid of vessels, centrilobular foci and the absence of dominance of the lower lobe localization of the lesion. At the same time, a thorough analysis of the etiological factors of EAA allows one to lean towards the correct diagnosis, however, even in cases of obvious EAA, patients are not always able to identify a trigger allergen. An important diagnostic test that facilitates the differential diagnosis of EAA from IIP is the cytological analysis of bronchoalveolar lavage fluid. The appearance of more than 50% T-lymphocytes in the cell pellet indicates (with certain reservations) in favor of a diagnosis of EAA. In patients with DP bleeding, bleomycin, cyclophosphamide, methotrexate, and amiodarone are the drugs that most often cause pneumopathies, like NIPs. The apparent chronological relationship of the drug with the development of the interstitial process in the lungs usually facilitates the correct interpretation of the diagnosis. In practice, cases of delayed drug illness for several years after completion of treatment are described. So, in patients treated with the cytostatic carmustine for brain tumors, the manifestation of NIPs was observed 15-17 years after the last course of chemotherapy. For a drug-induced NIP, there are no clear differential differences from the NIP as an independent disease, with the exception of the possible predominant localization of the process in the upper lobes, which is not always the case. It was found that before the advent of large comparative studies, erroneous diagnosis of NIPs was very common. Evaluated the compliance of radiological and morphological diagnoses in 129 patients with IIP. It turned out that two independent radiologists correctly diagnosed ILF in 71% of patients, diagnosed with obliterating bronchiolitis with organized pneumonia in 79% of cases, desquamated interstitial pneumonia in 63% of patients, while only 9% of patients had a correct interpretation of NIPs. Subsequently, several studies have shown that the principal differences in HRCT of ILF and NIP are the severity of cellular degeneration, typical of ILF and “frosted glass” (a sign of NIP). Another symptom that is quite characteristic of NIPs and does not occur in ILF is the presence of symmetrical thin subpleural strips of preserved lung tissue (subpleural sparing), followed by reticular and inflammatory changes. Therefore, studies have shown that, in the clinical course, nonspecific interstitial pneumonia is similar to idiopathic pulmonary fibrosis, exogenous allergic alveolitis, systemic scleroderma, and drug pneumonia. In the differential diagnosis of nonspecific interstitial pneumonia and other lung diseases, special attention should be paid to the anamnesis, clinical presentation and CT signs.

Key words: nonspecific interstitial pneumonia, differential diagnostic signs.

ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫЕ ИНТРАДУРАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЯД НА ПРОБЛЕМУ

Арифжанов И.А., Каримов А.А., Абдуллаев Б.Э.

Республиканский специализированый научно-практический медицинский центр Эндокринологии имени Я.Х.Туракулова

Ежегодная заболеваемость спинальными опухолями 2-10 случаев на 100.000. Наиболее распространенная локализация опухоли позвоночника - экстрадуральная (55-60%), где весомую долю составляют метастазы рака в позвоночник. Экстрамедуллярные, интрадуральные опухоли позвоночника (ЭИОП) встречаются реже. Они составляют около 40-45%- всех опухолей позвоночника. Они отличаются от интрамедуллярных опухолей их внеаксиальным расположением. В данном обзоре проанализированы различные аспекты представления симптоматологии, диагностики, предоперационного планирования и тактики, хирургического лечения и осложнений. Среднее время для постановки диагноза составляет около 12 месяцев, и местоположение на уровне конского хвоста не проявляется раньше, чем в других местах позвоночника. Симптомы поражения неспецифичны и не различаются между интрамедуллярным и экстрамедуллярным расположением. Наиболее распространенным начальным симптомом является боль, которая может быть локальной и ночной или распространяющейся на руку и/или ногу. Дисфункция сфинктера, парапарез и эректильная дисфункция встречаются у 20%, 12% и 2% пациентов соответственно. Основным методом диагностики (ЭИОСМ) является магнитно-резонансная томография (МРТ) без и с контрастным усилением. Необходимо также включение рентгенографии в прямой, боковой и динамической проекциях (сгибание, разгибание), для планирования операционного объема. Кроме того, компьютерная томография (КТ), тонкие разрезы с реконструкциями («костными окнами») важны для оценки анатомии кости. У пациентов, которые не могли провести МРТ – КТ-миелография является альтернативным методом диагностики. Наиболее распространенные опухоли в группе (ЭИОСМ) - это менингиомы, опухоли нервной оболочки (шванномы) и эпендимомы, составляющие 85% этой группы. Опухоли по типу «песочных часов» (гантелей (dumbbell)) составляет 18% (ЭИОСМ), наиболее частая локализация их – в шейном отделе. Наиболее распространенными опухолями по типу «песочных часов» являются шванномы (69%), за которыми следуют нейрофибромы (12%). Реже опухоли по типу «песочных часов» встречаются среди менингиом (5%). (ЭИОСМ) могут значительно компримировать и смещать спинной мозг, нервные корешки или даже окружающие структуры (например, позвоночную артерию). Это может повлиять на предоперационное неврологическое проявление и послеоперационную реабилитацию. Тотальное удаление опухоли при сохранении и улучшении неврологической функции является основной целью операции, что в свою очередь может быть достигнута в подавляющем большинстве случаев. Интраоперационный мониторинг – применение соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) и транскраниальных моторных

вызванных потенциалов (ТкМВП), а также интраоперационное УЗИ очень информативны, для оценки интраоперационной степени поражения и радикальности операции. После детальной клинической, неврологической и нейрорадиологической оценки планируется оперативный доступ, который основан, в зависимости от локализации опухоли, ее распространения, размера и других параметров. Цель заключается в максимальном радикальном удалении опухоли при минимальном повреждении окружающих структур. Чрезмерное удаление костных структур и связок может привести к нестабильности позвоночника. Для удаления большинства (ЭИОСМ) методом выбора является задний доступ (ламинэктомия или гемиламинэктомия). Результаты операции (ЭИОСМ) обычно благоприятны, даже длительный дооперационный неврологический дефицит может быть купирован и регрессирован после операции. Наиболее распространенные осложнения включают: послеоперационную ликворею, образование псевдоменингоцеле и присоединение вторичной инфекции. Реже встречаются послеоперационная нестабильность позвоночника и неврологический дефицит. Таким образом, (ЭИОСМ) могут быть радикально удалены с минимальной смертностью и послеоперационными осложнениями. Тщательный неврологический осмотр, помощь современных диагностических машин, предоперационное планирование оптимального доступа, использование современных микрохирургических методов, интраоперационный мониторинг, ранняя мобилизация и реабилитация необходимы для достижения положительных клинических результатов.

Ключевые слова: спинной мозг; опухоли, интрадуральные, экстрамедуллярные, менигиомы, шванномы,эпендимомы.

НОВЫЙ ПОДХОД К МЕТОДИКЕ ИЗУЧЕНИЯ СТРЕССОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Артикова С.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Определено значение отдельных факторов риска в развитии стрессовых повреждений желудочнокишечного тракта и эффективность современных профилактических мероприятий больным в период подготовки к сложному хирургическому лечению. Доказано, что среди факторов риска наибольшую повреждающую значимость имеет длительная искусственная вентиляция легких и продолжительность искусственного кровообращения, а также развитие в послеоперационном периоде сепсиса и ДВС синдрома. Среди анамнестических факторов наибольшее значение принадлежит рецидивирующей язвенной болезни и хроническому эрозивному гастродуодениту. Основными направлениями профилактики и лечения желудочно-кишечных осложнений являются антисекреторная терапия, направленная на поддержание pH выше 3,5 (до 6,0), и гастропротекторная терапия, повышающая устойчивость слизистого барьера. Уточнить причинные факторы развития СОПЖ у больных после открытых операций на сердце и разработать систему профилактики и лечения желудочнокишечных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Проведено исследование, включавшее ретроспективный анализ историй болезни 680 больных, оперированных в клинике АГМИ в 2018-2020 гг. по поводу хронической ишемической болезни и другой патологии сердца. Всем больным операции выполняли с использованием ИК и антеградной фармако-холодовой или тепловой кровяной кардиоплегии. Общее количество больных с осложнениями в основной и контрольной группах составило 33 (4,8% от всех оперированных). При этом количество больных с осложнениями в основной и контрольной группах имело достоверные различия - 20 против 13 (t = 3,8). Сопоставление количества больных с геморрагическими осложнениями в основной и контрольной группах показало наиболее существенные различия: 17 против 6 (t=5,8) при соотношении риска (RR) 18,6. По остальным видам осложнений (ишемический колит, гастродуоденальная дискинезия) в основной и контрольной группах достоверного различия не было (t=2). Анализ влияния отдельных факторов риска на развитие осложнений показал, что ведущее значение в развитии осложнений принадлежит факторам оперативного лечения и послеоперационного периода. Среди них ведущими оказались длительная искусственная вентиляция легких, длительное искусственное кровообращение, а также развитие ДВС синдрома, сепсиса (АР% = 98, 96, 96 и 95 соответственно). Лечение глюкокортикоидами, длительное энтеральное питание также показали высокую причинную зависимость (АР%=93). Меньшее значение в развитии осложнений имели такие факторы как острая сердечная недостаточность, гипотензия, печеночная и почечная недостаточность. Среди анамнестических факторов наибольшее значение для развития осложнений со стороны ЖКТ принадлежало наличию в

анамнезе рецидивирующей язвенной болезни (АР% = 95). Вторым по причинной значимости анамнестическим фактором развития осложнений являлось наличие в анамнезе хронического эрозивного гастродуоденита (АР = 90). Злоупотребление алкоголем, пожилой возраст больных, хроническая сердечная недостаточность показали низкую вероятность причинной связи (АР% = 62, 53 и 16 соответственно). Количество осложнений в группе риска в 5,6 раз превысило аналогичный показатель контрольной группы, поэтому выявление риск-факторов развития желудочно-кишечных осложнений и их профилактика является обязательной частью лечения этой тяжелой категории больных. Среди факторов риска наибольшую повреждающую значимость имеет длительная искусственная вентиляция легких и длительное искусственное кровообращение, а в послеоперационном периоде - развитие сепсиса и ДВС синдрома. Среди анамнестических факторов наибольшую повреждающую значимость имеют рецидивирующая язвенная болезнь и хронический эрозивный гастродуоденит. Основными направлениями профилактики и лечения желудочно-кишечных осложнений являются антисекреторная терапия, направленная на поддержание pH выше 3,5 (до 6,0), и гастропротекторная терапия, повышающая устойчивость слизистого барьера.

Ключевые слова: ДВС синдрома, ишемический колит, гастродуоденальная дискинезия.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИ РАҲБАР ХОДИМЛАРИНИ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШДА МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ ЎРНИ

Асадов Д.А., Хакимов В.А.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Мазкур ишда соғлиқни сақлаш тизимида кечаётган ислоҳотлар мазмунидан келиб чиқан холда раҳбар ходимларни касбий малакасини оширишда масофавий таълим технологияларини ўрни, Тошкент врачлар малакасини ошириш институтини «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш» кафедраси тажрибаси асосида тахлил қилинган. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сонли «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони билан тасдиқланган «2019-2025 йилларда Ўзбекистон Республикасининг соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш концепцияси» да. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 8 сентябрдаги ПФ-5185-сонли Фармони билан тасдиқланган «Ўзбекистон Республикасида Маъмурий ислоҳотлар концепцияси» мамлакатнинг интеллектуал ва технологик салоҳиятини ошириш, устувор соҳа ва тармоқларни инновацион ривожлантиришни стратегик режалаштириш тизимини яратиш тамойиллари ўз ифодасини топган. Концепция асосий индикатор сифатида «Менежмент бўйича тайёрлашдан, қайта тайёрлашдан ва малака оширишдан ўтган соглиқни сақлаш тизимининг барча бўғинларидаги маъмурий-бошқарув ходимлари фоизи»ни 2025 йилга 100% олиб бориш белгилаб берилган. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 2 мартдаги ПФ-5953 сонли «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясини «Илм, маърифат ва рақамли иқтисодиётни ривожлантириш йили»да амалга оширишга оид давлат дастури тўғрисида»ги Фармони билан масофавий ўқитишни амалиётга киритиш механизми келтирилган. Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш» кафедрасида республика соғлиқни сақлаш тизимида фаолият кўрсатаётган ёки раҳбарлик фаолиятига тайёрланаётган мутахассислар учун «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш» мутахассислиги бўйича ихтисослаштириш, умумий ва мавзуий малака ошириш кўринишларида таълим жараёни йўлга қўйилган. Оддатда ўқув йили давомида кафедрада 600-750 нафар мутахассислар таълим олган бўлсалар, охирги уч йилда бу кўрсаткич бир ўқув йилига 1900-2100 нафар тингловчини ташкил қилмоқда. Бу эса тизимдаги юз бераётган ислоҳотлар кафедра ходимлари таркиби ўзгармаганлигини инобатга олсак сохадаги ташкилий, таркибий ўзгаришлар раҳбарларни малакасини ошириш жараёнларини тезлашуви билан бир қаторда, янги ёндошувларни талаб қилаётганлигидан далолат беради. Ислоҳотлар йўналишларини белгиловчи меёрий хужжатлар мазмун моҳиятини соҳа раҳбар ходимларига ўз вақтида етказиш зарурати таълим амалиётига янги технологияларни олиб киришни тақозо этмоқда. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Ўзбекистон Республикаси Президенти ҳузуридаги лойиҳа бошқаруви миллий агентлигининг 2019 йил 25 январдаги 34/25-сонли “Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ходимларининг стратегик режалаштириш ва бошқариш имкониятларини такомиллаштириш тўғрисида”ги қўшма қарори Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590 Фармони ижросига қабул қилинди. Кафедра томонидан қўшма қарор ижроси доирасида 306 кредитлик “Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш” мутахассислиги бўйича қисқа муддатли бирламчи ихтисослаштириш курсларида таълим жараёни йўлга қўйилди. 2018-2019, 2019-2020 ўқув йиллари давомида ўтказилган 4 та курсда 77 нафар тингловчи таълим олди. Мазкур циклда ўқув жараёнинг ўзига хослиги шундан иборатки тингловчилар бевосита

кафедрада, ихтисослаштирилган ва бирламчи тиббий-санитария муассасаларида, нодавлат тиббиёт муассасаларида, халқаро ташкилотлар вакиллари иштирокида машғулотлар билан бир қаторда таълим жараёнининг 90 соатини соғлиқни сақлаш вазирлигида машғулот ўтадилар. Таълим жараёни давомида тингловчининг назарий билими ва амалий кўникмалари хажми, IQ-даражаси, психологик барқарорлиги тестлаш ёрдамида баҳоланади. Хар бир тингловчини соха бўйича умумий касбий даражаси аниқланади. Тингловчи соғлиқни сақлаш тизими бошқарувида ишлаш учун тайёрланади. 2020 йилнинг 16 мартидан бошлаб кафедра томонидан ўтказилаётган цикллар, яъни ихтисослаштириш (306 кредитли), умумий малака ошириш (144 кредитли), мавзуий малака ошириш (72, 36, 18 кредитли) цикларнинг барчаси масофавий тартибга ўтказилди. Эпидемиологик холат бўйича кафедра ходимлари уй шароитида масофавий тартибда хизмат фаолиятини олиб боришга асос бўлиб Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг таълим жараёнини масофавий тартибда ташкил қилиш бўйича вақтинчалик тартиби хизмат қилмоқда. Таълим жараёни цикл куратори томонидан ташкиллаштирилади ва расмийлаштирилади. Алоқа Telegram тармоғи орқали амалга оширилади. Цикл куратори: -Telegram тармоғида цикл тингловчиларидан иборат ўқув гуруҳи шакллантиради; -гуруҳни таълим тартиби, таълим берувчи ўқитувчилар билан таништиради; -гуруҳ таркибига кафедра ходимларини, ўқув ишлари бўйича проректорини, факультет деканини киритади; -дарс жадвалини ўқитувчиларга ва тингловчиларга етказиб беради. Дарс жадвалига асосан хар бир ўқитувчи белгиланган куни ўзининг машғулоти бўйича презентация, тарқатма материал, назорат саволлари (ёки вазифаларни) телеграм гурухга жойлаштиради. Тингловчилар жавоблари тахлили асосида дарс мавзуси мухокамаси (матн ёзиш орқали, товуш орқали) ўтказилади. Таълимни масофавий тартибда олиб борилиши соғлиқни сақлаш тизими раҳбарлари учун муҳим бўлган иш фаолиятидан ажралмаган холда долзарб мавзулар бўйича малака ошириш, амалий кўникмаларга эга бўлиш имконини туғдирмоқда. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 7 апрелдаги ПҚ-4666 сонли “Тиббий-санитария соҳасида кадрларни тайёрлаш ва узлуксиз касбий ривожлантиришнинг мутлақо янги тизимини жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори соҳа таълим тизими олдига, жумладан Тошкент врачлар малакасини ошириш институтига муҳим вазифалар қўйди. Ўз навбатида «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш» кафедраси жамоаси мазкур қарор ижросини таъминлаш борасида қуйидагиларни жорий ва 2020/2021 ўқув йилига режалаштирди: -ўқув жараёнига интеграцион, яъни бевосита, сайёр ва масофавий таълим кўринишлари имкониятларини жамлаган цикларни жорий этиш; -қарорга биноан Тошкент врачлар малакасини ошириш институтини Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази этиб қайта ташкил этилиши, марказнинг худудларда филиаллари очилиши муносабати уларда “Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш” мутахассислиги бўйича педагогларни хар бирини кафедра томонидан ўтказиладиган 306 кредитли қисқа муддатли ихтисослаштириш циклида (бевосита+масофавий кўринишда) тайёргарликдан ўтказиш;-қарорга биноан 47 та тиббиёт коллежларини Абу Али ибн Сино номидаги Жамоат саломатлиги техникумлари этиб қайта ташкил этилиши муносабати билан уларда ҳам “Жамоат саломатлиги” фани бўйича педагогларни кафедрада махсус дастур бўйича интеграцион (сайёр+масофавий) циклда тайёрлаш.Соғлиқни сақлаш тизими раҳбар ходимларини меёрий хужжатлар билан белгилаб берилган даражада малакали тиббий хизматни ташкиллаштира оладиган, ислоҳотларни ўз вақтида ва самарали жорий эта оладиган қилиб тайёрлашда, малакасини ошириб боришда масофавий таълим технологияларини ўрни босқичма-босқич ортиб боришига таълим муассасалари ходимлари тайёр бўлиши керак деб хисоблаймиз.

Калит сўзлар: соғлиқни сақлаш тизими, раҳбар ходим, касбий таълим, масофавий таълим.

ПЕРСПЕКТИВЫ ОНЛАЙН-ОБУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Асадов Д.А., Нармухамедова Н.А., Хакимов В.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

В работе представлен анализ внедрения онлайн - обучения по мобильному Телеграмм каналу для повышения квалификации руководителей медицинских учреждений первичного звена здравоохранения, который оказался эффективным и доступным методом в сельской местности, не требующим дополнительной оргтехники и финансовых затрат. В последние годы стремительно возрастает объем информации по развитию медицинской науки и практики. Это – новые клинические руководства и протоколы, методы диагностики и лечения, представлен большой выбор современных лекарственных препаратов. Разрабатываются и внедряются директивные и нормативные документы: Указы и Постановления Президента Республики Узбекистан, Постановления Кабинета Министров, приказы Министерства и региональных управлений здравоохранения, направленные на совершенствование эффективной медицинской помощи населению, которые должны знать руководители медицинских учреждений. С этой целью на кафедре «Общественного здоровья и управления здравоохранением» Ташкентского института усовершенствования врачей разработана 72-часовая программа повышения квалификации руководителей центральных районных многопрофильных поликлиник, городских и сельских семейных поликлиник, сельских врачебных пунктов по организации деятельности медицинских учреждений. Анализ документации, приехавших на обучение слушателей, о стаже работы в должности руководителей учреждений первичного звена здравоохранения, наличии медицинской категории по специальности «Общественное здоровье. Менеджмент в здравоохранении», повышении квалификации по этому направлению показал неоднозначные результаты. Нами проведен анализ документации одной группы слушателей из Ферганской области (28 человек) и двух групп из Хорезмской области (29 и 27), проходивших обучение на кафедре Общественного здоровья и управления здравоохранением Ташкентского института усовершенствования врачей. В первой группе в должности руководителя медицинского учреждения слушатели проработали в среднем 8,7 лет: до 5 лет – 11, от 5 до 10 лет – 7 и более 10 лет – 10 человек. Повышали свою квалификацию последние пять лет 21 слушателей, квалификационную аттестацию на категорию по специальности «Общественное здоровье. Менеджмент в здравоохранении» никто не проходил.Во второй группе в должности руководителя медицинского учреждения слушатели работали дольше, в среднем 15,2 года: до 5 лет – 6, от 5 до 10 лет – один и более 10 лет – 20 человек. Повышали свою квалификацию последние 5 лет только четыре слушателя из них. Первая квалификационная категория по специальности «Общественное здоровье. Менеджмент в здравоохранении» была только у одного слушателя из 29. В третьей группе в должности руководителя медицинского учреждения слушатели работали в среднем, 14,3 года: до 5 лет – один, от 5 до 10 лет – 9 , и более 10 лет – 17 человек. Повышали свою квалификацию последние пять лет только 5 человек из 27 слушателей. Квалификационной категории по специальности «Общественное здоровье. Менеджмент в здравоохранении» нет ни у одного из 27 слушателей. Анализ причин низкой приверженности руководителей медицинских учреждений к повышению квалификации и получению квалификационной категории

показал, что наиболее часто это связано с недостаточностью врачебного персонала в учреждениях первичного звена здравоохранения, в связи с чем, руководители не имели возможности оставить учреждения на время обучения. Другая причина это финансовые траты на транспортные расходы до Ташкента, проживание и питание во время обучения, что создает серьезные проблемы для поездки на циклы повышения квалификации. В связи со сказанным и возникшими условиями карантина была введена система онлайн-обучения по мобильному Телеграмм-каналу для повышения знаний, практических навыков и квалификации руководителей медицинских учреждений. Для этого была создана на Телеграмм канале группа слушателей – руководителей медицинских учреждений первичной медико-санитарной помощи, представленных областными управлениями здравоохранением. Им ежедневно рассылались презентации, раздаточный материал и вопросы для обратной связи. Ответы слушателей ежедневно оценивались и фиксировались в специально разработанной таблице. В конце цикла было проведено итоговое тестирование по всем темам, которое показало высокий процент баллов и, следовательно, хорошее усвоение материалов учебной программы. Таким образом, проведенная работа еще раз подтвердила необходимость и заинтересованность в обучении руководителей медицинских учреждений, а онлайн-обучение по мобильному Телеграмм каналу оказался эффективным и доступным методом в сельской местности, не требующим дополнительной оргтехники и финансовых затрат. Следует также отметить, что в Постановлении Президента Республики Узбекистан ПП-№4666 от 7 апреля 2020 г. «О мерах по внедрению совершенно новой системы подготовки и непрерывного профессионального развития кадров в медико-санитарной сфере» четко указано о необходимости внедрения новых инновационных методов в процессы постдипломного обучения. Для обеспечения доступности повышения квалификации руководителям органов управления здравоохранением, в особенности работникам первичного звена здравоохранения, в получении новых знаний и практических навыков необходимо широко практиковать дистанционные методы обучения, в том числе онлайн-обучение на Телеграмм-канале. Сегодня практически у каждого врача имеются мобильные телефоны с выходом в Интернет, поэтому данный процесс обучения можно проводить по всей стране. В процессе работы мы убедились, что работники первичного звена здравоохранения крайне заинтересованы в онлайн обучении и получении новой информации в презентациях, раздаточном материале, подготовленных сотрудниками кафедры по тематике цикла, причем большую часть вопросов можно решать во время онлайн-обучения. Но вместе с тем оказалось, что некоторые вопросы требуют проведения аудиторного обучения и совместного обсуждения их со всеми слушателями. Таким образом, наиболее приемлемым является комбинированный метод обучения – очный во время выезда в регионы (30% часов) и заочный - онлайн-обучение по Телеграмм каналу (70% часов), как наиболее доступный и эффективный метод повышения квалификации руководителей медицинских учреждений первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: дистанционное обучение, повышение квалификации, руководители медицинских учреждений первичного звена здравоохранения.

THE IMPACT OF NEIGHBORHOOD TO INDUSTRIAL AREAS ON HEALTH IN UZBEKISTAN: AN ECOLOGICAL ANALYSIS OF CONGENITAL DISEASES, INFANT MORTALITY, AND LUNG CANCER

Asadov D.A., Aripov T.Y.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

The role of different environment-related agents in deaths from and in development cancer, cardiovascular diseases and congenital anomalies is studied well. However, the source of the pollution is not always clear in a specific case, because it can be multiple, not industrial or even not anthropogenic one. More recent data from a national agency demonstrate varying ratios of stationary to mobile sources of emissions, in different parts of the country. A consideration of even known degree of environmental pollution as an index of the industrial role has the risk of either over- or underestimation the true impact of industry on public health. Therefore, proximity to specific factories could be an alternative measurable factor for evaluation of the industry's role in health of communities. The primary objective of this study was to estimate whether the distance from factories, as a surrogate measurement for environmental exposure to community, is critical to the specific health endpoints in communities of Uzbekistan. An original hypothesis supposed that communities locating closer to industrial plants experienced greater health impact than did communities locating far from the plants. We performed an ecological analysis using aggregated data from several communities on exposure from industry and rates for congenital diseases, infant mortality and a lung cancer. Communities in regions of Uzbekistan were units of the study, so it was characterized as ecological or group level study. Exposure from the industry was estimated by the distance of the community to the next plant. The linear distance from the nearest plant to the mid-point of community was used as a proxy of exposure. Descriptive analysis was used to describe results of our study. We plotted the data in a scatter diagram to inspect whether any trend between distance and disease rates exists. First, we estimated the correlation between distance and each of the three health variables. Second, the regression line between distance and health indication was estimated. No correction or adjustment for any confounder was done. So, bivariate analysis with the standard method of sensitivity analysis was used to calculate regression coefficients and outlier's detection and exclusion. By random selection of towns, we sampled 21 towns and their communities that located in different distance from the nearest plants. Four groups of towns, stratified by distance, were represented in the sample. Sampled towns were localized in different geographic areas of the country, however most of them were located around industry zones in Ferghana valley, Tashkent region and Navoi. The number and type of plants in zones and areas differed; however, metallurgy industry was represented in all areas except one The size of the participating communities varied from 4,648 to 133,540 and their size was independent from their distance from plants. A maximal distance, of the studied communities, was 140 km from the nearest plant. Health outcomes'rates also varied in communities. The most varying was the congenital diseases rate, by which 16-fold difference among communities was found. Data for congenital anomalies were not available for five communities, and, missing for infant mortality and lung cancer in two communities. A regression analysis demonstrated a trend in relationships between distances to the plant and the three health indicators. However, the values of calculated linear models and their predictive powers varied among the pairs. After sensitivity analysis, outliers were excluded from models. The strongest negative correlation (r=-0.48) and the highest determination

power (r^2=0.23) were found for the distance from the plant and congenital diseases' prevalence. For infant mortality and lung cancer incidence, descriptions and analyses demonstrated lower negative correlation of them with the distance and a lower predictive power of linear models. This ecological study demonstrated a clear trend of increasing congenital diseases prevalence, lung cancer incidence and infant mortality with closeness to industrial plants. The most important message that comes from our findings is that protection against environmental pollution is necessary, and industry makes its greatest impact by contribution to congenital diseases prevalence. In studies, where specific industrial impact on public health was evaluated, potential risk groups were workers of industries or those who lived in presumably exposed areas. Among communities who lived in proximity of oil and gas industries, such risk was clear only for heart and neural tube defects. For the cancer of a reproductive system, occupational studies did not find an increased risk, and such risk was not also found in residential studies. In a lung cancer review, residents living near to the plant had an insignificantly higher risk of cancer compared to those who lived farther away. Such results confirm, though indirectly, the role of the distance from the industrial plant ina development of specific health outcomes in community. There are very few strong evidences demonstrating the direct role of the studied industries in infant mortality. One study showed an increased risk of perinatal deaths in proximity of an industrial park. We found a weak correlation and power of linear model to suggest strong association of distance from plants with infant mortality. A possible explanation of our results can be that the risk, associated with the proximity to plants, was epidemiologically distributed among causes of infant deaths. One of such known causes is birth defects, and their association with industry was confirmed in our study. Despite the limitations of our study, we believe that closer distance of the community to specific industrial plants can be considered an indirect factor of higher prevalence of congenital diseases in those communities. A prospective research is needed to further investigate whether the association between birth defects in a neighborhood of industrial plants is causal or due to confounding factors. An evaluation of distance role on individual level may require performing cohort studies including a bigger sample and a long observation period. Other options are retrospective (case-control, historical cohort) studies that could be conducted in resource restrictions. A policy for a public health protection should consider a degree of known factors distribution in an environment and perform effective prevention of congenital diseases, in close communities.

Keywords: ecology, congenital diseases, prevention.

СОДЕРЖАНИЕ МАГНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЭРИТРОЦИТАХ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Аскарова Н.К., Рахимова Д.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт.

Магний играет важную биологическую роль в организме, являясь активатором многих ферментных систем, особенно связанных с образованием энергии. Так, он является активатором щелочной фосфатазы, пирофосфатазы, кокарбоксилазы и других важных ферментов; участвует в синтезе глутатиона из глутаминовой кислоты и аммиака. Благоприятное действие солей магния при лечении целого ряда заболеваний позволило широко использовать его в клинической практике. Цель исследования заключается в изучении содержания магния в сыворотке крови и эритроцитах у новорожденных и детей раннего возраста. Исследование магния проводилось по методу в клинической лаборатории клиники №1 Самаркандского медицинского института. Содержание магния в сыворотке крови и эритроцитах было определено у 28 здоровых детей первого года жизни и у 47 больных пневмонией в возрасте от 9 дней до 1 года. Из числа новорожденных 6 детей родилось недоношенными; у 3-х было подозрение на врожденный порок сердца, у 8 больных отмечались пиодермические элементы на коже и опрелости; у 5-х заболевание осложнилось отитом. Среди детей грудного возраста токсическая форма пневмонии с кардиоваскулярным синдромом диагностирована у 14 больных; субтоксическая форма – у 8; у 11 детей пневмония протекала с астматическим синдромом. Рахит выявлен у 11 детей; экссудативный диатез – у 9-х; анемия сопутствовала пневмонии у 31больных. Исследования проводились в динамике – в разгар заболевания и в период реконвалесценции. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики. У здоровых детей содержание магния в сыворотке крови составило 1,75+-0,053 мг%; в эритроцитах – 4,40+0,089 мг%. Полученные нами данные у здоровых детей: 1,9 – 2,5 мг% в сыворотке крови и 5,9 – 6,8 мг% в эритроцитах. При сравнении средних показателей концентрации магния в сыворотке крови и в эритроцитах у здоровых детей и у больных пневмонией выявлен дефицит магния в период новорожденности: 1.57 +-0,029 мг% в сыворотке и 4,15+-0,047 мг% в эритроцитах ($P<0,01$ и $P<0,02$). Содержание магния в крови при пневмонии у детей грудного возраста (1,72+-0,037 мг% и 4,32+-0,052 мг%) близко к показателям у здоровых детей ($P<0,1$). Пределы колебаний содержания магния в сыворотке крови у здоровых детей и больных пневмонией близки между собой, но средние показатели более низкие в периоде новорожденности (1,57+-0,029 мг% против 1,72+-0,032 мг% у детей грудного возраста), $P<0,001$. Была выявлена возрастная зависимость и между показателями магния в эритроцитах: 4,15+-0,047 мг% и 4,32+-0,052 мг%, $P< 0,01$ В период реконвалесценции более существенно повысился уровень магния в сыворотке крови у новорожденных детей ($P<0,01$), чем у детей грудного возраста ($P <0,1$).Если сравнить полученные нами данные содержания магния у больных пневмонией грудного возраста с данными литературы, то можно думать и о дефиците магния у детей данной группы. Наиболее низкие показатели экстрацеллюлярного магния наблюдались у детей первого месяца жизни с токсической формой пневмонии, у недоношенных и с отягощенным анамнезом (асфиксия, внутричерепная родовая травма), которые сохранялись и в периоде реконвалесценции. Поскольку магний содержится в большом количестве в эритроцитах, о его дефиците в крови, в основном, следует судить по целлюлярному показателю. Дефицит магния при пневмонии у детей в период новорожденности требует включения препаратов магния в терапию.

Ключевые слова: магний, пневмония, часто болеющие дети.

ПОДАГРА КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА МИОКАРДНИНГ СТРУКТУР ВА ФУНКЦИОНАЛ ХОЛАТИ

Ахматова Г.С., Таиров Д.Р.
Самарканд давлат тиббиёт институти

25 нафар подагра касаллиги билан касалланган беморлар олиб борилди, барча беморларга юрак эхокардиогафия (ЭхоКГ) текшируви ўтказилди. Бунда барча беморларда чап коринчанинг систолик ва диастолик функциялари ва чап коринчанинг зарб хажми, систола ва диастоладан сунг юрак бушлиқларининг холати, чап қоринчанинг геометрик типлари урганилди. Бизнинг текширувимизда чап коринчанинг гипертрофияси умумий учраш частотаси, касаллик қайталаниб кечган беморларда 64,5% ни касаллик сурункали кечган беморларда эса 54% ни ташкил килди. Энг куп холатларда беморларда чап қоринчанинг концентрик гипертрофияси ривожланганлиги аникланди. Малумки ушбу архитектоник бузилишлар юрак кон томир тизимининг модефикацияланмаган хавф омилларига киради ва юрак етишмовчилиги ривожланишида энг ёмон хавф омилларидан хисобланади. Подагра касаллигининг тиббий ва ижтимоий долзарблиги аҳоли орасида касалланиш даражасининг йилдан-йилга кўпайиб бориши, беморларнинг меҳнатга лаёқатлилик қобилятининг пасайиши ва ногиронлик кўрсаткичларининг ошуви билан изоҳланади. Подагра касаллиги билан 1% эркак аҳоли касалланган бўлиб касаллик ўрта ёшдаги эркаклар орасида буғимларининг яллиғланиши билан кечадиган касалликлар ичида асосий ўринни эгаллайди.Текширув ва даволаш усулларининг яхшиланувига қарамасдан подагра касаллиги билан касалланиш даражаси охирги 30 йиллиқДа кескин ошган .Хусусан, М.С Элисеев ва бошқалар малумотларига кўра, подагра касаллиги билан оғриган беморларнинг 65% юрак қон-томир асоратлари сабабли нобуд бўлиши келтириб утилади. Бу холатда юрак қон томир асоратларининг асосида атеросклеротик узгаришлар асосий ўринни эгаллайди. Подагра касаллиги билан касалланган беморларда юрак қон-томир зарарланишларининг кўп учраши, касалликни комплекс ўрганиш мухимлигини кўрсатиб турибди. Подагра касаллиги билан касалланган беморларда миокарднинг структур ва функционал холатини урганиш. Ушбу булимда текшириш учун 25 нафар подагра касаллиги билан касалланган (хаммаси эркак) бемор ажратиб олинди. Касалликни кечишига караб беморларни кайталанувчи ва сурункали кечувчи типлари алохида ажратиб олинди. Барча беморларда Эхокардиография (ЭхоКГ) текшируви утказилди. Эхокардиография текшируви 400CL, датчик С 364, 3,3/Д2 5 МГ аппаратида амалга оширилди. Бунда барча беморларда чап коринчанинг систолик ва диастолик функциялари ва чап коринчанинг зарб хажми, систола ва диастоладан сунг юрак бушликларининг холати урганилди. Чап коринчанинг миокард массасини (ЧКММ) Simpson «майдон-узунлик» усулида аникладик. Чап коринчанинг миокард массаси индекси (ЧКММИ) D.Dobios формуласи ёрдамида тана майдонини ЧКММ га нисбати оркали аникланди. ЧКММИ ва чап коринча деворининг нисбий калинлигини (ЧКДНК) аниклаган холда, чап коринчанинг куйидаги геометрир шакллари аникланди: -

нормал геометрия -ЧКММИ≤125 г/м2, ЧКДНК< 0,45; -концентрик ремоделлашган- ЧКММИ≤125 г/м2, ЧКДНК≥ 0,45 -концентрик гипертрофиялашган- ЧКММИ>125 г/м2, ЧКДНК≥ 0,45 -эксцентрик гипертрофиялашган- ЧКММИ1>25 г/м2, ЧКДНК< 0,45. Чап коринча гипертрофиясининг мезони килиб Фрамингем мезони булган ЧКММИ 125г/м2 ва ундан ортик курсаткичлар киритилди. Барча беморлар 2 гурухга булиб урганилди: 1-гурух бу касаллик кайталаниб кечаётган 13 нафар бемор, иккинчи гурух бу касаллик сурункали кчаётган 25 нафар бемор. Иккинчи гурухдаги беморлар уртача ёши биринчи гурухдаги беморларга караганда катталиги кайд килинди (57,3±8,9 ва 55,8±8,2 ёш, мос равишда p<0.05). Подагра касаллиги сурункали кечган беморлар анамнези, касаллик кайталаниб кечган беморларга нисбатан узокрокни ташкил килди (13,0 [7,0; 15,0] df 12,0 [3,0; 25,0] ёш, мос равишда, p<0.05). Подагра сурункали кечган беморларда чап коринчанинг диастола охиридаги улчами (ЧКДОУ) ва диастола охиридаги хажми (ЧКДОХ), касаллик кайталаниб кечган беморларга караганда мос равишда 4,65 ва 10,3% ошганлиги аникланди. Чап коринчанинг систола охиридаги улчами (ЧКСОУ) ва чап коринчанинг систола охиридаги хажми (ЧКСОХ) эса подагра касаллиги сурункали кечган беморларда мос равишда 2,4 ва 5,45% га ошганлиги аникланди (p<0,05). Чап коринча миокард массаси факат бир йуналишда подагра касаллигининг огирлик даражасига параллел равишда ошиб борганлиги кузатилди. Текширилаётган гурухлар орасида бу курсаткич сезиларли даражада тафовутни юзага келтирди (p<0.05). Подагра касаллиги сурункали кечган беморларда, касаллик кайталаниб кечган беморларга караганда ЧКММ 103,7% (p<0.05) ни ташкил килди. Текширувдаги беморлар орасида хар турттала типдаги чап коринча архитектоникасига эга беморлар учради: 3 (26,7%) нафар беморда НГЧК, 7 (18,4%) нафар беморда КРЧК; 13 (34,2%) нафар беморда КГЧК ва 9 (26,7%) беморда ЭГЧК аникланди (15 жадвал). Аникландики подагра билан касалланган хар 4 чи беморда чап коринча архитектоникасининг бузилиши кузатилмайди, беморларнинг 1/3 кисмида ЧККГ си учрайди, 26,7% беморда ЧКЭГ си аникланган булса. Колган беморларда ЧКММИ нормал сакланган холда унинг КР кузатилди. Подагра касаллиги сурункали кечган беморларда 32% холатларда ЧККГ кузатилди, 24% беморларда ЧКЭГ ривожланган, 16% беморларда эса ЧККР ривожланган булса 28% беморларда ЧКНГ кузатилди. Касаллик сурункали кечган беморларда энг куп (46,1%) ЧККГ ривожланган, 23,1% холатда эса ЧККР юзага келган. ЧКЭГ ва ЧКНГ касаллик кайталаниб кечган беморларда бир хил частотада кузатилди (15,4%). Бизнинг текширувимизда чап коринчанинг гипертрофияси умумий учраш частотаси, касаллик кайталаниб кечган беморларда 61,5% ни касаллик сурункали кечган беморларда эса 56% ни ташкил килди. Энг куп холатларда беморларда чап коринчанинг концентрик гипертрофияси ривожланганлиги аникланди. Малумки ушбу архитектоник бузилишлар юрак кон томир тизимининг модефикацияланмаган хавф омилларига киради ва юрак етишмовчилиги ривожланишида энг ёмон хавф омилларидан хисобланади

Калит сўзлар: подагра, чап коринча гипертрофияси, систола, диастола, юрак.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ахмедова Х.Ю., Мирзаахмедова И.З.

Андижанский государственный медицинский институт

В тех случаях, когда острый инфаркт миокарда (ОИМ) проявляется в своем классическом клиническом (ангинозном) варианте, его диагностика не представляет трудностей. Однако, по данным литературы, почти в четверти случаев течение заболевания носит атипичный характер, что значительно усложняет диагностику ОИМ, особенно на догоспитальном этапе. Определенная сложность анализа АкФ ОИМ связана с отсутствием единой общепринятой классификации этих вариантов заболевания, несмотря на неоднократные попытки их систематизации. В последних отечественных рекомендациях по диагностике и лечению больных с ОИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ предложены в качестве АКФ ОИМ астматический, абдоминальный, аритмический, церебральный и безболевой варианты. Однако следует упомянуть, что в литературе в настоящее время достаточно часто и регулярно описываются такие АКФ инфаркта, как коллаптоидная и периферическая (с атипичной локализацией боли). Вероятно, по причине отсутствия единой классификации, а также в силу различных методических подходов и селективности анализируемого материала сведения о частоте распространения АКФ ОИМ, представленные в литературе, достаточно сильно различаются. Цель исследования. Изучить возрастно-гендерные и клинико-анамнестические особенности больных с атипичными клиническими формами (АКФ) острого инфаркта миокарда (ОИМ). Исследование основано на данных программы ВОЗ "Регистр острого инфаркта миокарда". Изучено 836 случаев заболевания ОИМ, АКФ ОИМ выявлены у 184 (22,0%) больных. В структуре АКФ ОИМ выделяли следующие варианты: астматический (32,6%), коллаптоидный (31,5%), абдоминальный (13,6%), аритмический (7,6%), периферический (5,4%), безболевой (4,9%), церебральный (4,3%). Больше всего мужчин (62,5%) оказалось в группе больных с абдоминальной формой ОИМ, женщин (75,0%) - в группе с церебральной формой. Во всех анализируемых группах преобладали лица старше 60 лет. В группе больных с церебральным вариантом выявлено больше всего лиц, перенесших ранее ОИМ (50,0%). Сахарный диабет чаще всего (55,6%) регистрировался среди лиц с безболевой КФ. Диагностика АКФ ОИМ оказалась низкой. Из всех АКФ после первого врачебного осмотра лучше всего (55,5%) распознавался безболевой вариант ОИМ. Во всех случаях течение ОИМ было осложненным. При АКФ ОИМ зарегистрирована высокая летальность, а в группах с аритмической и церебральной формами она достигала 100%. Вся группа больных с АКФ ОИМ представлена возрастным контингентом, тяжелым в клиническом, анамнестическом и прогностическом плане. Неудовлетворительная диагностика АКФ ОИМ приводила к высокой летальности в данной группе больных. С учетом того, что общей тенденцией изменения возрастной структуры населения России является неуклонный рост доли лиц старших возрастных групп, частота встречаемости АКФ ОИМ будет постоянно возраста.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, атипичные клинические формы.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ашурова М.Д., Ашурова М.Д. Мадрахимова З.М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

В работе представлены сведения о значении информационных технологий, электронных компьютерных методов представления информации в подготовке врача, их роль при повышение качества и доступности образования. Отражено требования к организации, созданию и функционированию дистанционного обучения, проводимое в Ферганском филиале ТМА. Современные условия быстро меняющейся действительности предъявляют разнонаправленные требования к профессиональной деятельности всех специалистов. Педагогическая деятельность всегда относилась к числу быстро реагирующих на изменяющиеся потребности, запросы общества. Современное педагогическое образование приобретает большое значение особенно с использованием компьютерных телекоммуникационных средств. Одним из приоритетных направлений государственной политики в области образования является информатизация. В концепции государственной программы развития высшего образования до 2030 года в качестве одной из основных целей обозначено «обеспечение условий для формирования конкурентоспособного человеческого потенциала». В ней особое значение уделяется современным образовательным и информационно-коммуникационным технологиям, инновационным формам и методам обучения. Реализация образовательных стандартов нового поколения осуществляется с использованием активных форм обучения. Методологической основой перехода на новые стандарты является компетентностный формат, а практика его реализации требует использования современных информационно-коммуникационных систем обучения. Актуальность исследования обусловлена необходимостью формирования профессиональных компетенций будущего медицинского работника в условиях информатизации современного образования. А это, в свою очередь, требует создания благоприятных организационно-педагогических условий для внедрения современных компьютерных и информационных технологий в образовательный процесс. Информационные технологии предоставляют возможности сбора, хранения, передачи, преобразования, анализа и применения разнообразной по своей природе информации, способствуют доступности образования, непрерывности его получения, развития личностно ориентированного обучения; закладывает основы для создания единой информационной среды (региона, страны и т.д.). Во многом формирование и реализация этих возможностей слушателями зависит от подготовленности педагога к работе в условиях информационного взрыва. Педагог, так же как и слушатель, должен сформировать в себе потребность к непрерывному повышению квалификации, непрерывному обучению. Нельзя не подчеркнуть важное значение информационных технологий в процессе самообразования. Цель данной статьи – показать способы формирования информационной компетентности студентов медицинских вузов в условиях модернизации и информатизации системы образования и здравоохранения. Основополагающим для данного исследования является описательный метод, состоящий из анализа публикаций в периодических изданиях, обобщения опыта. Изучение влияния цифровых технологий на учебно-методическую, научную и лечебную работу в Ферганском филиале ТМА. Для анализа использован метод контент-анализа с элементами обобщения. В исследованиях, выполненных за рубежом, информационно образовательные системы (ИОС) рассматриваются с позиций их деятельного и конструктивного характера. Это понимание ИОС основано на концепции самостоятельности в приобретения знаний при решении педагогических задач, разработанных в рамках теории познания. Обучение в данном подходе играет роль информационной поддержки конструктивных идей учащегося по самостоятельному накоплению знаний и навыков. Дистанционное обучение – инновация

сегодняшнего времени, обеспечивающая развитие и преподавателя – модератора этого процесса, и учащегося – объекта знаний. Дистанционное обучение, проводимое в Ферганском филиале ТМА, является продолжением очного образования и составляет часть контролируемой самостоятельной работы обучающихся. В течение многих лет на всех кафедрах с успехом используется тестовый компьютерный контроль, который позволяет в краткой и доступной форме провести скрининговую оценку знаний обучаемого по теме. Положительными моментами являются также объективизация оценки знаний, отсутствие психологического воздействия «преподаватель – обучающийся». Наиболее активное использование онлайн-технологий с марта 2020 г. внедряет в учебный процесс программный комплекс на базе LMS Moodle (Learning Management System «Moodle»), что дает возможность осуществлять онлайн-обучение, которое представлено тремя основными уровнями: электронные ресурсы библиотек, онлайн-организация учебного процесса (системы управления) и онлайн-курсы с системой контроля, что снижает трудозатраты и дает возможность сотрудникам более свободно распорядиться своим временем, чтение онлайн лекций для обучающихся и др. На сегодняшний день филиал начал реализовать 115 программ на основе дистанционных технологий, обучение осуществляется с любых мобильных устройств через образовательный портал «moodle ttaff.uz». Требования к организации, созданию и функционированию электронной образовательной среды содержатся в «Инструкции о создании учебных ресурсов на платформе дистанционного обучения». Развитие онлайн-технологий и внедрение их в образовательный процесс рассматривается в филиале как важная часть смешанного обучения (онлайн и традиционное образование), направленного на повышение качества и доступности образования. Электронные презентации доступны для обучающихся. Студенту достаточно на лекции фиксировать только комментарий лектора к мультимедийным слайдам, но не фиксировать содержимое слайдов. Подобное чтение лекций позволяет с одной стороны увеличить количество информации, а с другой стороны – обучающимся облегчается усвоение лекционного курса. В электронном виде создаются комплекты оценочных средств по каждому практическому занятию, которые включают тестовые задания и ситуационные задачи к каждой теме. При подготовке к практическим занятиям студенты имеют возможность ознакомиться с оценочным материалом и более эффективно изучать предметы. Целенаправленное и эффективное использование разнообразных доступных ресурсов в медицинских ВУЗах (множество современной литературы, интернет-ресурсы, электронные программы и др.) создаёт возможности для профессиональной подготовки студентов. 1. Современные потребности и задачи электронного здравоохранения обусловливают значительные перемены в образовательном процессе высших медицинских учебных заведений, так как их решение возможно только имеющими соответствующую подготовку специалистами, которая должна быть организована в вузах. 2. Совершенствование учебно-практических программ в медицинских вузах, разработка учебно-методических материалов, отвечающих требованиям современных образовательных стандартов, применение интерактивных технологий, программно-технических ресурсов, создание электронной информационно-образовательной среды, будут способствовать повышению качества образования за счет развития компьютерной компетентности студентов и формированию мотивации, мобильности, самостоятельности и ответственности студентов. 3. Таким образом, задачи профессорско-преподавательского коллектива Ферганском филиале ТМА в аспекте цифровизации образования и медицины предусматривают активизацию учебно-методической деятельности кафедр и других организационных структур вуза по подготовке методического обеспечения на базе ИКТ и внедрения его в учебный процесс, что является одной из задач образовательной политики филиала на ближайшую перспективу.

Ключевые слова: дистанционное обучение, информационная технология, электронные компьютерные методы, онлайн-технология, профессиональная компетенция.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Бадалбаева Н.М., Юсупова М.Ш., Китьян С.А.

Андижанский государственный медицинский институт.

В статье рассматривается проблема точной оценки качества знаний студентов при изучении медицинских дисциплин в цифровой образовательной среде вуза, которая актуальна при использовании в узбекской системе высшего образования современных технологий тестирования, позволяющих оперативно реализовать качественный педагогический контроль и объективно оценить с высокой точностью уровень сформированности знаний у студента. Положительной стороной систематического контроля знаний на основе применения цифровых технологий выступает его объективность, основанная на реализации возможностей их информативных функций. При осуществлении такого вида контроля создаются условия, при которых студент не боится процедуры контроля и не пытается изобрести новые способы повышения оценки. У преподавателя появляется возможность объективной оценки реального уровня знаний обучаемых и их соответствия заявленным компетенциям. Современный мир сложно представить без цифровых технологий. Они сегодня применяются во всех сферах жизни: образовании, медицине, политике, экономике. Производство товаров или оказание услуг сопровождается использованием различных компьютерных и виртуальных средств. Эти данные указывают на необходимость обучения студентов овладением цифровыми технологиями. Проблема компьютерного тестирования в системе высшего образования заключается, в поиске перспективных направлений. разработки современных способов контроля качества знаний студентов. Данная проблема наиболее актуальна в период карантина при преподавании медицинских дисциплин, где компьютер рассматривается как средство учебной деятельности. Значимым фактором оценки качества процесса обучения студентов медицинских вузов является наличие системы педагогического контроля уровня сформированности знаний, умений и навыков, составляющих основу профессиональных компетенций будущего специалиста. Для системы высшего образования исключительное значение имеют средства и методы контроля знаний, поэтому в настоящее время, кроме индивидуализации обучения и выработки практических умений, определяется такое направление использования компьютерной технологии обучения в учебном процессе, как контроль и оценка знаний в рамках заявленных государством компетенций. Эффективным инструментом педагогической диагностики знаний обучающихся является компьютерное тестирование. Внедрение в вузовскую систему обучения компьютерного контроля является эффективным средством управления учебно-познавательной деятельностью студента, которое должно организовываться на основе комплексной диагностики и обеспечивать надежную взаимосвязь контролирующей, развивающей и образовательной функций контроля с целью успешного усвоения содержания обучения .Необходимость стандартизации способов оценки качества профессиональной подготовки студентов актуализировала проблему эффективного применения тестовых технологий в образовательной среде вуза. Использование тестовых технологий при изучении студентами медицинских дисциплин в вузе позволяет добиться объективной оценки качества знаний, умений и навыков, составляющих основу медицинских знаний у будущих медиков. Создание и реализация на практике валидных тестов, позволяющих преподавателю объективно измерить реальный уровень знаний обучающихся, предполагает наличие у вузовского педагога не только глубоких знаний в предметной области, но и опыта применения

предметных тестов на практике. Преимущества компьютерных технологий в тестировании очевидны. Так, они дают возможность освободить преподавателя вуза от трудоемкой рутинной работы при проведении экзаменов и промежуточной оценки знаний в рамках традиционной организации учебного процесса. Кроме того, при дистанционном обучении компьютерные технологии являются базовым средством педагогического контроля. На начальных этапах профессионального образования имеют место объективные трудности внедрения компьютерного тестирования, однако на уровне высшего образования студенты должны демонстрировать высокую компьютерную грамотность. Актуальность проблемы автоматизации системы компьютерного контроля эффективности процесса обучения определяется совокупностью факторов: освобождение педагога от выполнения трудоемкой работы, наличие времени для профессионально творческого саморазвития и совершенствования; обеспечение комплексного характера проверки; повышение показателей результативности и объективности оценки качества системы контроля и обеспечение его стандартизации; возможность оперативной математической обработки результатов. Использование в учебном процессе вуза технологии компьютерного тестирования обеспечивает качественную обратную связь между преподавателем и обучающимся. Контроль знаний с использованием цифровых технологий помогает преподавателю получить объективную информацию об уровне усвоения изученного материала учебной группой студентов одновременно. Техническая реализация такого контроля позволяет полностью избежать списывания, давая возможность предложить каждому студенту свой вариант решения учебной задачи. Рядом авторов установлено, что система компьютерного контроля включает в себя совокупность структурных элементов. Базовым элементом в ней является цель, определяющая основные задачи контроля. Значимыми компонентами этой системы выступают формы и методы организации контроля, определение и отбор содержания учебного материала; механизмы сбора, обработки и анализ результатов функционирования системы. Компьютер и его программное обеспечение являются частью системы контроля обучения и становятся структурным элементом современной системы профессионального образования. Организации самостоятельной работы студентов отводится значимое место в системе высшего профессионального образования, поскольку она обладает широкими возможностями для включения студента в цифровую образовательную среду с целью его профессионального, в нашем случае медицинского, саморазвития. Однако ее реализация предполагает осуществление систематического контроля усвоения студентами учебного материала, использование которого обеспечивает преподавателю значительную экономию времени. Исследованиями ряда авторов установлено, что систематический контроль за уровнем сформированности знаний студентов является фактором, стимулирующим повышение качества образования посредством акцентирования внимания на трудных для понимания и усвоения студентами положений и осознания ими ответственности за результаты самостоятельной учебной деятельности. Положительной стороной систематического контроля знаний на основе применения цифровых технологий выступает его объективность, основанная на реализации возможностей их информативных функций. При осуществлении такого вида контроля создаются условия, при которых студент не боится процедуры контроля и не пытается изобрести новые способы повышения оценки. У преподавателя появляется возможность объективной оценки реального уровня знаний обучаемых и их соответствия заявленным компетенциям. Процедура оценивания уровня знаний обучающихся на основе компьютерных тестов имеет поэтапный характер. Этап первоначальной диагностики направлен на определение дидактических возможностей образовательной среды и уровня предметной подготовленности обучающегося. На этом этапе используют тесты, включающие в себя небольшое количество контрольных заданий с

одинаковым и невысоким уровнем сложности (информативного и операционного характера). Этап основной диагностики обеспечивает определение базового уровня предметной подготовленности обучающегося. Он предполагает наличие большого количества полноценных тестовых заданий различного уровня сложности по конкретной теме подготовки студентов. На заключительном этапе тестирования осуществляется итоговый контроль сформированности знаний по данной учебной дисциплине.При реализации в цифровой образовательной среде систем компьютерного тестирования необходимо придерживаться обязательных требований к создаваемым тестам в соответствии со спецификой преподаваемой дисциплины. В условиях сложившейся системы профессиональной подготовки в вузе используемые методы применения компьютеров не представляют возможности для полноценного раскрытия индивидуально-творческого потенциала студента, а также разработки эффективного индивидуального маршрута обучения и саморазвития. Цифровая обучающая среда, встроенная в информационно-образовательную технологию, становится базовым элементом образовательной системы вуза и обеспечивает инновационный характер перестройки процесса обучения в вузе, полноценное индивидуальное развитие личностного потенциала, повышение уровня профессионализма, общей и профессиональной культуры посредством информационных ресурсов. Одними из основных преимуществ использования тестирования в цифровой образовательной среде являются автоматизация процесса обработки полученных результатов, объективность системы контроля и скорость проверки качества профессиональной подготовки студентов по различным темам предметной области медицинских дисциплин. Полученная информация позволяет преподавателю определить разделы и отдельные темы дисциплины, вызывающие у студентов сложности в изучении, и эффективные способы коррекции обучения в зависимости от полученных результатов тестирования. Таким образом, в системах тестирования проявляются многие преимущества использования тестового контроля для оценки уровня знаний студентов (оперативность, информативность, простота сбора и обработки информации и пр.). Диагностика, анализ и оценка уровня знаний может проводиться для отдельного студента по принятой в данной системе оценочной шкале. Для оценки уровня знаний группы студентов результаты тестирования могут быть сформированы на базе материалов статистической обработки данных с выдачей относительных оценок. В базу данных цифровой контрольно-обучающей системы возможно интегрировать тесты задачи трех типов: – тесты I уровня, в которых из нескольких готовых ответов необходимо выбрать наиболее правильный; – тесты II уровня, где на представленном рисунке необходимо указать на нужную область; – тесты III уровня, в которых студентам предлагаются случайно выбранные исходные данные к задаче и требуется самостоятельно ввести ответ. В задачах I, II и III уровня можно использовать все виды информации (текстовую, статическую и анимационную графику, аудио- и видеоклипы). Из имеющегося набора задач преподаватель может формировать контрольные работы для групп студентов и затем, если нужно, просмотреть решение. Каждому ответу назначается оценка. Тестовая задача не должна сопровождаться совершенно неправильными ответами, поэтому преподаватели должны стараться формулировать их таким образом, чтобы количество нелогичных ответов было минимальным. Таким образом, автоматизация итоговых контрольных процедур в процессе обучения медицинским дисциплинам способствует совершенствованию системы подготовки будущих медиков, позволяет получить объективную картину аттестации студента, готовит его к саморазвитию в информационно-цифровом социуме, развивает профессиональные компетенции.

Ключевые слова: цифровые технологии, учебный процесс, качественное образование, инженерно-графические дисциплины, саморазвитие, цифровая образовательная среда.

КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ С МУМИЁ

Бахриев Б.Р., Маджидова Ё.Н., Бахрамов М.С., Мухтаров О.А., Солиев И. М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Согласно медицинской статистики около 80% население планеты страдало остеохондрозом позвоночника, при этом у 50% из них выявляется патология в шейном отделе, поэтому лечения этой патологии является особенно актуальной. Изучить эффективности мумиё при остеохондрозе шейного отдела позвоночника. Нами проанализировано лечение 102 больных, лечившихся в неврологическом и физиотерапевтическом отделениях с поражениями перифеческой нервной системы, в том числе с шейным остеохондрозом: первичных – 22 и вторичных – 41, с плекситом – 36, с невритом плечевого нерва – 13. Возраст больных от 19 до 69 лет давность заболевания от 1 года до 16 лет. Всем больным установлен диагноз в клинике нервных болезней. Первичным больным с острым течением (плексалгия, острые боли в области шейного отдела позвоночника) назначали электрофорез мумиё с первого дня поступления. С 4-5 сеанса лечения у больных сильные боли исчезли, обьём активны движений несколько увеличился, больные стали активными. С 4-5 дня поступления в комплекс лечения назначали дополнительно ЛФК и массаж. Из 52 больных у 36 на 8-й день боли совсем исчезли, больные считали себя практически здоровыми, у 13 больных после сеансов исчезли боли, а у 3 больных боль продолжалась до 12-14 дней. Больным со вторичным шейным остеохондрозом (61 больных с тяжёлым течением наряду с физиотерапевтическим лечением назначали противовоспалительную, дегидратационную и витаминотерапию. Их укладывали на щит и в первые дни назначались диадинамические токи с мумиё с обоих полюсов. Во всех случаях силу тока дозируют на уровне максимально доступной. А на 4-5 дня заболевания назначали тепловые процедуры, массаж ЛФК, разработанной проф. Епифановым (2014) с некоторой индивидуализацией. У больных, получивших вышеизложенные процедуры, первое снижение резких болей наступало у 35-ти больных на 4-6 день а у 28-х на 8-10 сутки, у 4 больных на 12 день. В эти сроки больные себя считали практически здоровыми. Они могли свободно ходить и долечиваться в отделении физиотерапии. Больным с плексалгией назначались физиопроцедуры с первых дней- электрофорез мумиё 4% в сочетании с тепловыми процедурами (парафин, соллюкс). У 12-ти больных из 32 болевой синдром исчез после 3 процедуры, у 25 больных после 10 процедуры и у 4 больных боль продолжалась в течение 12 дней. Больным с невритами плечевого нерва с явлениями выпадения с 4-го дня поступления проводили электрофорез 4% мумиё в сочетании с тепловыми процедурами, массажем и ЛФК. У 7 больных после 7 процедуры отмечалось восстановление симптома выпадения, а у 6 больных после 12-13 процедур. У 4 больных отмечали восстановление рефлексов на 12-14 дни со дня поступления. Двум больным проводили электрофорез апифора. Таким образом, анализ материала показал, что дифференцированное комплексное лечение больных с поражениями периферической нервной системы с помощью электрофореза мумиё, массажа и ЛФК даёт хорошие стойки результаты, что позволяет широко использовать их в реабилитации этих больных.

Ключевые слова: остеохондроз, электрофорез мумиё, шейного отдела позвоночника, физиотерапия.

КЛИНИКО НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ППНС

Бахриев Б.Р., Хидирова С.Ф., Садыкова Г.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Дети с перинатальным поражением ЦНС в настоящие время растут. В клинике наблюдается различные клинические синдромы, и их необходимо корригировать с данными нейросонографии. Связи с этим нами поставлена задача провести клиника-пара клиническую корреляцию ППНС с нейросонографическими данным. Клинико-нейрофизиологическая корреляция различных клинических синдромов ППНС острого и восстановительного периода. Нами обследовано 20 больных с диагнозом ППНС клиническими формами таких как: гипертензионная дистензия (4 больных), микроцефальный синдром, церебральная возбудимость, двигательные нарушения, вегето-висцеральные расстройства, церебральная депрессии, повышенное нервно-рефлекторный возбудимость. При НСГ исследование при различных формах болезни обнаружена различные данные. При синдроме гипертензионной дистензии на нейросонографии обнаружена киста (1,1х0,9) на заднем роге бокового желудочка. У другого пациента с таким диагнозом на нейросонографии обнаружена расширение боковых желудочек 6,5х6,6 мм и субэпендимальная киста (2,2х1,3 см). У четверых больных микроцефальным синдромом на нейросонографии найдено расширения боковых желудочек второй степени. С синдром церебральный возбудимость на НСГ обнаружена внутри желудочковая кровоизлияния первый степень. При синдроме двигательных нарушение НСГ показала субтенториальная киста с размером 1,9х1,6см. При синдроме вегето-висцеральных расстройств обнаружена субарахноидальная киста 0,6х0,8 см. У двоих больных с диагнозом синдром церебральной депрессии НСГ показала множественная мелкие паренхиматозные кровоизлияние и расширение боковой желудочек. При синдроме повышенной нейро-рефлекторной возбудимости на НСГ найдено субэпиндимальная киста с размером 2,2х1,4. Проведенное научное исследования показало различные НСГ показатели и эти изменение зависит от клинических форм болезни. По результатам клинических исследований, различные клинические формы ППНС на НСГ могут вызвать схожие изменения. Для получение конкретных данных, необходимо исследование большого количество больных.

Ключевые слова: перинатальная поражения нервная система, гипертензионная дистензия, микроцефальний синдром, церебральная депрессия.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА «ТИОСТАН» ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ.

Маджидова Ё.Н., Бахрамов М.С., Бахриев Б.Р., Гаффорова В.Ф.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

В настоящее время цереброваскулярные болезни (ЦВБ) являются наиболее распространенными. В популяции населения возрастает количество не только острых, но и хронических нарушений мозгового кровообращения. Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) или хронической ишемии мозга (ХИМ) остается одним из самых распространенных в отечественной практике. В современной зарубежной терминологии и неврологической практике не используется диагноз ДЭ, но выделяются сосудистые когнитивные расстройства, которые расцениваются как основное проявление хронической сосудистой патологии головного мозга. Эффективное лечение сосудистых когнитивных расстройств имеет большее значение, поскольку способно замедлить прогрессирование, привести к снижению частоты развития инсульта и деменции. Анализ и оценка клинической эффективности и переносимости препарата «Тиостан», раствор для инъекций 10 мл, в отношении клинико-неврологических проявлений дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Нами обследованы 60 больных с ДЭ в возрасте от 45 до 75 лет. Все больные находились в стационарном лечении в центре неврология и нейрореабилатации имени академика Маджидова Н.М. города Ташкента. Обследованным больным был проведен подробный анамнез, где учитывался возраст, пол, вес и наличие соматических заболеваний. Все исследуемые были тщательно осмотрены по стандартному неврологическому статусу (САД/ДАД, ЧСС, ЧД). Из методов нейровизуализации использовали МРТ, MMSE –тест, Мини- КОГ тест, лабораторная исследование ОАК (HGB, RBC, WBC, ESR), БАК (АЛТ, Билирубин). Все тестирование проводились дважды, до и после лечения. Тиостан входит к группе цереброактивных (улучшающий метаболизм головного мозга) средств. Фармакологической эффект обусловлен взаимопотенциирующим действием тиотриазолина и пирацетама. Тиостан ускоряет утилизацию глюкозы в реакциях аэробного и анаэробного окисления и повышает интенсивность работы метаболического ГАМК - шунта и концентрацию ГАМК в ишемизированных тканях. Тиостан устраняет последствия стресса (чувство тревоги, фобии. Депрессии. Нарушение сна). По данным наших исследований было выявлено из больных, 31 (70%) мужчин и 39 (30%) женщин, результаты показывают эффективность и переносимость до/после лечение: САД (мм.рт.ст) 145.6±21.6/128.2±11.3; ДАД (мм.рт.ст) 89.1±6.6/77.3±6.4; ЧСС (ударов в 1 минут) 78.3±12.3/75.1±7.1; ЧД (раз в 1 минут) 17.6±1.6/18.3±0.91; Гемоглобин (HGB, г/л) 120.8±12.7/121.3±12.4; Эритроцит (RBC, 10^{12}/л) 4.12±0.64/4.12±0.65; Лейкоцит (WBC, 10^{9}/л) 6.98±10.9/7.14±9.7; СОЭ (ESR, мм/час) 9.25±8.3/8.83±5.6; АЛТ (U/l) 29.7±19.9/31.2±20.2; Билирубин (мкмоль/л) 18.4±4.72/16.75±4.1; MMSE тест (балл) 22.9±2.15/24.25±2.07; Мини-Ког тест (балл) 1.77±0.22/1.09±0.29. Проведенные клинические исследование показали эффективность Тиостана, раствор для инфузии 10 мл, при лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, дисциркуляторная энцефалопатия, препарат «Тиостан».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СУСТАВИН У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Буранова С.Н., Ахмедов Х.С., Абдурахманова Н.М.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время Остеоартрит (ОА) лидирует по частоте встречаемости и по уровню инвалидизации среди болезней опорно-двигательного аппарата. Известно, что в развитии дегенеративных дистрофических изменений при остеоартрите играет важную роль первичное повреждение хрящевых структур с последующей их воспалительной реакцией. Это определяется прежде всего, несоответствием между нагрузкой, падающей на суставной хрящ, и его возможностями сопротивляться этой нагрузке, что, в конце концов, приводит к деструкции хрящевой ткани. Аспекты комплексной консервативной терапии остеоартрита коленных суставов по сей день актуальны в клинической практике лечащих врачей. Это аргументируется тем, что пациентам, которым необходимо эндопротезирование коленных суставов, не во всех случаях можно провести такого рода вмешательство из-за коморбидных состояний. На сегодня все больше и больше экспертов приходят к мнению, что ОА нужно и возможно лечить, причем вполне с успешным результатом. Но начинать терапию необходимо с понимания того что ОА это заболевание не только суставного хряща, а всех суставных структур. С точки зрения возрастной патологии ОА – заболевание с высоким уровнем коморбидности. Исследования последних лет показывают, что коморбидные состояния значительно усугубляют нарушение физической функции и приводят к более высокой смертности у пациентов ОА. Так как население земли неуклонно стареет, проблема ОА, а также других возраст-ассоциированных патологий приобретает все большее экономическое и социальное значение для современной медицины. Изучить эффективность современных методов консервативного лечения наряду с применением схем лечения препаратом растительного происхождения с хондропротективным действием (Суставин) у пациентов с остеоартритом коленных суставов. В исследовании участвовали всего 48 пациентов возрастной категории 71-75,5 лет, с гонартрозом III–IV стадии по Келлгрену-Лоренсу, которым была показано эндопротезирование коленных суставов, но имевшие сопутствующие патологии (болезни почек и печени, сердечно сосудистой системы, ожирение 3-4 степени). Пациенты находились на стационарном лечении ревматологического отделения 3-ГКБ Ташкента в период с 2018-2019гг. По добровольному согласию эти 48 пациентов в дальнейшем находились под активным динамическим наблюдением в течении 3 месяцев после госпитализации. Было проведено комплексное консервативное лечение: Немедикаментозная терапия в виде ортопедического режима, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, коррекция лишнего веса. Для оценки эффективности лечения применялась визуально аналоговая шкала (ВАШ). Медикаментозная терапия: В группе исследования (всего -48;из них 37 - женщин, 11 - мужчин, средний возраст - 73,0±2,7 года, индекс коморбидности - 2,8, средние показатели боли по ВАШ составили - 51,0±4,7мм) применялся

препарат Суставин по следующей схеме: по 2 таблетке 2 раза в день на протяжении 3мес, в сочетании с внутрисуставными инъекциями Дипроспана при наличии синовита. При выраженном болевом синдроме дополнительно применялись препараты Диклофенака(50-100мг/сут) наряду с препаратом Мидокальм(100-150мг\сут) короткими курсами. Нами было обнаружено, что через 2 недели после начала исследования, более чем на 30% от исходных значений по ВАШ отметили уменьшение боли 53% пациентов, через 1мес - 65,5%, а также через 6 нед-77,4% соответственно. Эффект последействия в отношении болевого синдрома держался на протяжении от 1 до 3мес после окончания курса лечения. По завершению терапии у 61,5% больных уменьшилась окружность КС, что свидетельствовало о положительном влиянии комплексной терапии на воспалительную инфильтрацию мягких периартикулярных тканей коленного сустава. За весь период наблюдения во время лечения состояний, потребовавших коррекции или отмены медикаментозного лечения, не было отмечено. Аллергических реакций не наблюдалось. Все пациенты прошли курс терапии в полном объеме. Полностью смогли отказаться от приема НПВС в период терапии 18 (37,5%) пациентов. Вышеизложенная 12 недельная стандартная консервативная терапия наряду с применением препарата Суставин в комплексном лечении остеоартрита позволило считать нам его безопасным у пациентов с множественной коморбидностью, поскольку он не провоцировал понижение эффективности лекарственных средств, уже применяемых больными к моменту начала лечения, и не вызывало ухудшения течения сопутствующих нозологий. Эффективность лечения мы оценили уменьшением боли в коленном суставе у пациентов (вплоть до отказа приема НПВС) и регрессом синовита. В течении полугода после проведенного курса консервативной терапии многие пациенты отмечали положительный эффект (снижение интенсивности и продолжительности боли; уменьшение отека; улучшение качества жизни). Данные пациенты оценивали уровень боли по шкале ВАШ как слабая боль (5–44 мм), умеренная боль (45–75 мм). и увеличение подвижности суставов (снижение параметров по визуальной аналоговой шкале боли; уменьшение расстояния между пальцами рук и полом при наклоне пациентов как меры выраженности боли; увеличение подвижности суставов). Важно отметить, что схема лечения препаратом Суставин оказалась эффективной при суставном синдроме у пациентов с остеоартритом, сопровождалась малым количеством побочных эффектов, что позволило сократить дозы принимаемых ранее пациентами препаратов НПВС в плоть до отмены последних. . В заключение можно сказать, что консервативное лечение эффективно, при правильном рациональном подборе лекарственных средств и обязательном сочетании их с немедикаментозными методами терапии, то есть при комплексном лечении, но это не отменяет необходимость оперативного лечения.

Ключевые слова: Остеоартрит, консервативная терапия, хондропротекторы.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИЮ МАНИФЕСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМЫ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Валиева Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Заболевания, ассоциированные с вирусом папилломы человека (ВПЧ), в последние годы всё больше привлекают внимание врачей разных специальностей, в том числе акушеров-гинекологов и педиатров. На сегодняшний день ВПЧ-инфекция является одной из наиболее распространённых инфекций передающихся половым путем (ИППП), которой инфицирована большая часть сексуально активного населения планеты. Пик инфицирования ВПЧ приходится на молодой возраст от 15 до 30 лет, составляя по данным различных авторов от 17,6 до 20,8% среди женщин данной возрастной группы. После 30 лет частота инфицирования ВПЧ колеблется в пределах от 8,6 до 9,9%, в то время как выявление дисплазий и рака шейки матки существенно возрастает. Около 35 типов ВПЧ вызывают поражение покровного эпителия слизистых оболочек половых органов и примерно 99,7% всех плоскоклеточных раков шейки матки содержат ДНК ВПЧ. ВПЧ является одним из основных этиологических агентов как генитального, так и негенитального канцерогенеза. Ежегодно во всём мире выявляется более 600000 случаев онкологических заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека, что составляет 12% среди всех онкологических заболеваний, регистрируемых у женщин. В дальнейшем подобные поражения стали связывать с сопутствующей интраэпителиальной неоплазией и иногда с инвазивной плоскоклеточной карциномой шейки матки. В настоящее время рак шейки матки занимает лидирующие позиции по показателям женской смертности среди онкологических заболеваний. Оценить эффективность и приемлемость использования комплексного лечения кондиломатоза вульвы и влагалища методом аргоноплазменной аблации в сочетании с системной и местной противовирусной и иммуномодулирующей терапией. 36 пациенткам в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст 27,9 ± 6,3 года) проведено комплексное лечение кондиломатоза вульвы и/или влагалища путем деструкции разрастаний факелом аргоновой плазмы и иссечения высокочастотным электрическим током в режиме радиоволны аппаратом «ФОТЕК ЕА141» и назначения системной и локальной противовирусной и иммуномодулирующей терапии препаратом Панавир. На кондиломатоз вульвы и влагалища в анамнезе показали 5 (13,9%) женщин, которым ранее проводилось криохирургическое лечение. У10 (27,8%) пациенток были выявлены онкогенные типы (16, 18) вируса папилломы человека, 29 (80,6%) пациенток указывали на перенесенные в прошлом инфекции половых путей, которые были санированы до начала комбинированной терапии. Локализация высыпаний: у 27 (75,0%) женщин кондиломы имелись на половых губах, у 23(63,9%) - в преддверии влагалища, у 19 (52,8%) - в перианальной области, у 2 (5,6%) - на слизистой оболочке шейки матки и у 3 (8,3%) - на стенках влагалища. Таким образом, тактика лечения ВПЧ-инфекции должна быть индивидуальной. При лечении следует учитывать: возраст пациентов, иммунный статус, сопутствующую соматическую патологию, сопутствующие урогенитальные инфекции, локализацию патологического процесса, характер патологических изменений на шейке матки, предшествующую противовирусную терапию.

Ключевые слова: вирусом папилломы человека, инфекций передающихся половым путем.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПОЧЕК ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЯХ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ГЕМОКОЛИТОМ

Гулямов Нариман Гулямович, Ахмедова Халида Юлдашевна, Имамова Ильмира Абдуллаевна, Саидова Ситора Голибжоновна

Научно – исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Ташкенская медицинская академия

Одной из серьезных проблем педиатрии и инфектологии в мире является уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) среди детей**.** В период за 2017-2019 год было обследовано 40 больных детей, поступавших в НИИЭМИЗ МЗ РУз с тяжелой формой острой инфекционной диареи, протекающей с гемоколитом (ОИДСГ). Из проведенных исследований было выявлено что, при острых инфекционных диареях ОПП чаще всего развивается при поздно начатой или неполноценно проводимой регидратационной терапии, сопровождающейся при назначении нефротоксичных антибиотиков и петлевых диуретиков без проведения возмещения ОЦК. Одной из серьезных проблем педиатрии и инфектологии в мире является уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) среди детей**.** Исходы тяжелых вариантов острых инфекционных диарей у детей с острым почечным повреждением (ОПП) остаются неудовлетворительными, а летальность достигает 70% и более. Терапия ОПП требует огромных материальных затрат, которые ложатся тяжелым бременем на все системы финансирования здравоохранения. Все это заставляет рассматривать ОПП в качестве одной из важнейших медико-социальных проблем. Учитывая актуальность острых инфекционных диарей (ОИД) и возможность развития острого поражения почек, целью нашего исследования стало изучение предрасполагающих факторов, способствующих развитию дисфункции почек при острых инфекционных диареях, протекающих с гемоколитом. В период за 2017-2019 год было обследовано 40 больных детей, поступавших в НИИЭМИЗ МЗ РУз с тяжелой формой острой инфекционной диареи, протекающей с гемоколитом (ОИДСГ). Все больные дети от момента начала заболевания обследовались комплексно клинико-лабораторными, бактериологическими, серологическими, иммунологическими методами. Таким образом, все 40(100%) больных детей с ОИДСГ в свою очередь были подразделены на две группы: с острым почечным повреждением и без поражения почек. У 15 (37,5%) больных детей с тяжёлой формой ОИДСГ установлено острое почечное повреждение, из них троим детям 3(20%) с олигоанурией был выставлен диагноз гемолитико-уремический синдром, Уровень мочевины крови у больных детей с ОИДСГ без острого почечного повреждения составило 7,5±0,4 ммоль/л, уровень креатинина 79,8±3,4 ммоль/л; а у больных с острым почечным повреждением уровень мочевины составил 9,87±0,5 ммоль/л, уровень креатинина - 74,8±6,3 ммоль/л. У всех больных до поступления в стационар отмечался выраженный гемоколит и только у 9(22,5%) в стационаре. Установлено, что 77,5% детей

поступили на стационарное лечение только на 4,7±0,1 день заболевания после самолечения либо скитания по знакомым врачам, в 22,5% дети поступали на 1,6±0,2 день заболевания. При этом развитие поражения со стороны почек превалировало у 93,3% детей с поздней госпитализацией в стационар (на 5,2±0,2 день заболевания). До поступления в стационар терапию антибактериальными препаратами получали 29 (72,5%) детей**.** Из них 8(27,6%) получали инъекции меркацина; 3(7,5%) совместно с инъекцией гентамицина таблетки эрсефурила; 12 (41,4%) таблетки эрсефурила; 5 (17,2%) фуразолидона и 1 (3,4%) ребёнку мама давала ципрофлоксацин. При этом поражение со стороны почек (n=15) превалировало у детей, получивших в анамнезе меркацин (46,7%), у 13,3% совместно с инъекцией гентамицина фиксировался приём таблеток нифуроксазида, 26,7% детям давали только таблетки эрсефурила и 13,3% таблетки фуразолидона. Из анамнеза выявлено, что 16 (40,0%) больным детям мамы для снижения температуры дома давали парацетамол 1-2 раза в день и 4 (10%) больным – ибуклин. Из них у 10 (62,5%) больных детей в клинике отмечалось нарастание признаков гемоколита, а у 5 (31,2%) развилось ОПП. Основным симптомом начального периода у всех больных детей со слов родителей была рвота и потеря аппетита. Она появлялась, как правило, в первый день болезни, одновременно с появлением жидкого стула, или предшествовала ему. В сопорозном состоянии были 3 (7,5%), в коматозном состоянии – 1 (2,5%) больных детей **с** ОИДСГ и клиникой ОПП**.** У 2 больных детей с ГУС+ОПН отмечалось сопорозное и у одного коматозное состояние. При острых инфекционных диареях ОПП чаще всего развивается при поздно начатой или неполноценно проводимой регидратационной терапии, сопровождающейся при назначении нефротоксичных антибиотиков и петлевых диуретиков без проведения возмещения ОЦК. Благодаря правильному и своевременному сбору анамнеза мы сможем прогнозировать утрату адаптационной способности почек при нагрузке на них в результате различных заболеваний с тяжелыми течениями, в том числе и острых инфекционных диареях, что будет способствовать предупреждению развития ОПП при ОИДСГ.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, острая почечная недостаточность, антигенсвязывающие лимфоциты, эндогенная интоксикация.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ

Дадаханова Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Классически данные микробиологических исследований образцов клинического материала пациентов используют для выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и расследования вспышек, а также разработки и коррекции схем эмпирической и этиотропной антибактериальной терапии. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются многогранной проблемой, с которой сталкиваются в клинической практике специалисты разного профиля. Особенно актуальны ИСМП для многопрофильных стационаров, в которых концентрируются ослабленные по причине заболевания или травмы пациенты, нуждающиеся в выполнении неоднократных оперативных вмешательств и проведении мероприятий интенсивной терапии. В развитии инфекционных осложнений принимают участие условно-патогенные антибиотикорезистентные микроорганизмы, что свидетельствует о высокой восприимчивости пациентов вследствие вторичной иммунной недостаточности, обусловленной, с одной стороны влиянием эндогенных факторов, связанных с основным заболеванием, а с другой стороны, экзогенных факторов лечебно-диагностического процесса и госпитальной среды. Оценить эффективность и информативность регламентированных методов санитарно-микробиологического исследования объектов больничной среды и наметить возможные пути их совершенствования. Исследование проводилось на кафедре фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии, вирусологии и иммунологии АГМИ. Экспериментальными базами являлись: лаборатория в клинике АГМИ. Плановые санитарно-микробиологические исследования больничной среды малоэффективны и могут быть заменены исследованиями по эпидпоказаниями и контролем за циркуляцией микроорганизмов, устойчивых к действию антибактериальных препаратов. Для сравнительной оценки эффективности стерилизации в ЛПУ может быть использован критерий SAL, рассчитываемый не менее чем на 1000 исследованных на стерильность изделий. Затраты на выполнение санитарно-микробиологических исследований предметов больничной среды можно значительно сократить путем применения комбинированной неэлективной питательной среды, обеспечивающей одновременное выделение и идентификацию БГКП, стафилококков и псевдомонад. Проведение фаготипирования стафилококков, выделенных от носителей и из окружающей среды при плановых исследованиях, мало информативно. Комплексный санитарно-микробиологический мониторинг больничной среды должен включать определение активности дезинфектантов и антисептиков по отношению к циркулирующим штаммам. Предложенная новая питательная среда позволяет снизить трудозатраты и стоимость санитарно-микробиологических исследований. Предложенная схема определения чувствительности микроорганизмов к дезинфектантам и антисептикам позволяет проводить мониторинг резистентности циркулирующих в больничной среде штаммов к антимикробным препаратам в условиях практического здравоохранения.

Ключевые слова: микробиологический метод, антисептик.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЦИОНАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Делкашева Ш.Дж.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на достигнутые успехи в лечении артериальной гипертонии (АГ), адекватный контроль артериального давления (АД) в популяции далек от идеального. В лекции дается характеристика четырех степеней риска сердечно-сосудистых осложнений, вызванных АГ. Подробно рассмотрены современные стандарты медикаментозной и немедикаментозной гипотензивной терапии. Приведены целевые уровни АД, которые рекомендуется достигнуть при лечении больных АГ, в соответствии с существующими международными рекомендациями. Разбираются показания к использованию рациональной комбинированной антигипертензивной терапии. Целью антигипертензивной терапии является достижение целевого АД. Основной целью лечения больного АГ является максимальное снижение общего сердечно-сосудистого риска. Для достижения этой цели необходима коррекция всех модифицируемых факторов риска, лечение ассоциированных клинических состояний, а также лечение собственно синдрома АГ, то есть антигипертензивная терапия. В исследование были включены 80 больных ГБ II-III стадии, 2-3 степени АГ в возрасте от 40 до 60 лет, не достигшие целевого уровня АД на фоне приема двух АГП в течение 6 месяцев в максимальных терапевтических дозах в сочетании с тремя и более факторами сердечно-сосудистого риска и 20 условно здоровых лиц (группа контроля) для уточнения нормативов изучаемых показателей. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Из исследования исключались больные с симптоматической АГ, перенесенным острым инфарктом миокарда или инсультом (менее 6 месяцев), застойной сердечной недостаточностью, тяжёлыми стойкими нарушениями ритма и проводимости, тяжёлой сопутствующей соматической, неврологической и онкологической патологией. У включенных в исследование больных выявлены выраженные нарушения суточного профиля артериального давления, множественное поражение органов-мишеней, дисфункция эндотелия, дисметаболические изменения, затрудняющие адекватный контроль над артериальным давлением и позволяющие включить данную категорию больных в разряд больных с «трудно контролируемой артериальной гипертензией». Выявленные корреляционные связи между основными показателями метаболического профиля, периферической гемодинамики, функции эндотелия, структурно-функциональными показателями левого желудочка констатируют взаимосвязь и взаимозависимость патогенетических механизмов, лежащих в основе трудно контролируемой артериальной гипертензией. Длительный прием кандесартана в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином способствует достижению целевого уровня артериального давления у 88% больных, с преимущественной положительной динамикой для среднедневных показателей и вариабельности артериального давления, а терапия моксонидином в сочетании с

гидрохлортиазидом и лерканидипином -у 82% больных, с достижением нормативных значений для средненочных показателей АД и индекса временной гипертонической нагрузки. Достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка достигается к третьему месяцу терапии на фоне терапии кандесартаном с гидрохлортиазидом и лерканидипином и к 6-му месяцу - на фоне терапии моксонидином с гидрохлортиазидом и лерканидипином. Улучшение диастолической функции отмечается с 3-го месяца терапии при лечении обеими комбинациями. Терапия кандесартаном в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином видоизменяет концентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка в эксцентрическую у 13,5% больных. Трехкомпонентные антигипертензивные схемы лечения артериальной гипертензией с включением лерканидипина оказывают корригирующее действие на нарушенную церебральную, почечную гемодинамику, функцию эндотелия уже на ранних этапах лечения - через 3 месяца, однако более выраженная положительная динамика отмечена при его комбинации с кандесартаном и гидрохлортиазидом при длительной терапии. Корригирующее действие на нарушенный липидный профиль оказывают обе трехкомпонентные схемы антигипертензивной терапии, гиперурикемия устраняется через 3 месяца на фоне терапии кандесартаном в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином, а постпрандиальная гликемия - на терапии с включением моксонидина. Таким образом, основные изменения рекомендация по диагностики и лечению АГ 2018 г выглядят следующим образом: Новые целевые значения АД, менее консервативное лечение (очень) пожилых людей; Изменение схем рациональной комбинированной фармакотерапии; Необходимость выявления низкой приверженности и применение комплекса мер, направленных на её повышение. Вместе с тем разрабатываются новые методы диагностики и лечения метаболических нарушений, которые выявляются на ранних этапах или предшествуют повышению АД. В настоящее время показано, что такие группы лекарственных средств, как иАПФ, БРА, БМКК, селективные агонисты имидазолиновых рецепторов, имеют преимущества у больных с метаболическим синдромом в качестве средств лечения и профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: артериальная гипертония, целевое АД, сердечно-сосудистый риск.

ПРЕМОРБИДНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ И НАСЛЕДСВЕННАЯ ОТЯГОЩЁННОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ.

Джураев Н.Н., Аграновский М.Л., Усманова М.Б., Бувабеков О.С., Аскарова К.И.

Андижанский областной психоневрологический диспансер,
Андижанский Государственный медицинский институт

Суицид - одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует на земле человек. Самоубийство, как считают исследователи, явления сугубо антропологическое. Следует отметить, что число суицидов в Узбекистане в 2009 году составило 7,8 на 100 000 населения. Рост суицидов среди подростков в нашей республике свидетельствует об актуальности этой проблемы и необходимости ее дальнейшего изучения. За последнее пятилетие число самоубийств среди молодежи в Андижанском регионе выросло в 3 раза. Это проблема не только психиатрии, но и всей медицины в целом. Это и актуальнейшим социальном проблемой. Цель исследования: изучить преморбидные характеристики личности и наследсвенная отягощенность у пациентов с незавершенными суицидами**.** Для решения поставленных задач были обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, ожоговом, нейрореанимационном и хирургическом отделениях Андижанского филиала РЦЭМ. Нами было изучено 158 пациентов с незавершенными суицидами. Из них только 2 повторяли суицидальную попытку. По нашим данным 158 суицидентов, совершивших попытку самоубийства не состояли на диспансерном наблюдении. Контрольная группа состоит из 40 лиц (здоровые люди - добровольцы, из числа рабочих, служащих, учащихся студентов). Обследование суицидентов проводилось клинико-психологическими, патопсихологическими, анамнестическими и клинико-катамнестическими методами. Анализ возрастно-половой характеристики лиц показывает, что мужчины и женщины в возрастной группе 15-29 лет часто совершали суицидальную попытку. Наиболее часто совершаются независимого от пола в наиболее трудоспособном возрасте от 15 до 30 лет соответственно. Наши данные подтверждают, что родственники жертв суицида имеют повышенный риск, в этот риск вносят свой вклад как гены, так и общая среда. Генетические предрасположенности в семьях передаются вместе со средовыми рисками, что формирует цепь взаимосвязанных событий. Особенно высока встречаемость такого фактора, как наследственная отягощенность психическими расстройствами (41,8%), (соотв: 58,2 и 41,8%, $p< 0,05$). Наибольший удельный вес занимали не отягощенность у 58,2% пациентов. Из наших исследований замечено, что у 17,1% суицидентов в семье отмечались психопатические личности. Оказалось, что 12,1% суициденты имели в анамнезе аффективные расстройства (депрессия). Проанализировав наследственную отягощенность по наркологической патологии (употребление ПАВ), было установлено, что отягощенность по наркотической зависимости отмечалась в большинстве случаев (8,2%). Таким образом, можно с уверенностью сказать, что роль наследственности в выявленных случаев суицида очень велика. Это свидетельствует о значительной роли генетического фактора. Преморбидные особенности личности, как один их факторов риска аутоагрессивного поведения изучены достаточно глубоко как психиатрами, так и психологами и психотерапевтами. Распределения суицидентов зависимости от типапреморбида демонстрируют, что у большенство части обследуемых пациентов отмечается патологии в

преморбиде (86,0). Среди суицидентов наиболее часто встречались лица с истероидными 31 (19,6%), гипертимными 24 (15,1%) и эмотивно- лабильными чертами личности 22 (13,9%) и значительно реже встречались неустойчивые, шизоидные, астеноневротические и психастенические личности. Как показывают результаты определения акцентуацией характера по методике Леонгарда у 31 (19,6%) обследованных, преобладают акцентуация характера по истероидному типу. Истероидному типу свойственна повышенная импульсивность, угрюмость, конфликтность, гневливость, раздражительность, вспыльчивость, неуживчивость в коллективе. Отличается низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Черты, свойственные людям с данными акцентуациями, делают их менее стрессо - устойчивыми, им трудно справляться с проблемами и сложными ситуациями, что может привести к формированию суицидального поведение. Циклотимный тип характеризуется 24 (15,1%) сменой гипертимных и дистимных состояний. Людям с акцентуацией данного типа свойственны частые периодические смены настроение, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у них картины гипертимии (жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей), а печальные - подавленность, замедленность реакции и мышления. Также часто меняется их манера общения с окружающими людьми. Настроение влияет на самооценку. В механизме развития суицидов помимо психологически – социальных и микросоциальных факторов, существенную роль играет и биологические факторы. Значительную роль играет сочетании наследственно отягощенности (психопатии и депрессии) с наличием в преморбидегипертимных и неустойчивых черт характера у мужчин, и истероидно и эмотивно-лабильных у женщин.

Ключевые слова: суицид, личность, преморбид, характер, акцентуация.

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ РЕМИССИЙ ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Долимова М.А., Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х., Каримов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Ремиссии при рекуррентной шизофрении описывались преимущественно при относительно благоприятных вариантах течения заболевания - при циркулярной шизофрении, в структуре ремиссий при однопристуной юношеской шизофрении. Длительность и качество ремиссий имеет очень большое значение как для клинического, так и социально-трудового прогноза больных рекуррентной шизофренией, а также для реализации всех компенсаторных возможностей данных категорий больных. В ряде работ проводилось их сопоставление с клиническими особенностями аффективных расстройств при вялом течении процесса. Изучалась клиническая картина патологии в зависимости от структуры предшествующих приступов. Цель исследования: изучить клиническую типологию ремиссий при рекуррентной шизофрении. Было проведено клинико-эпидемиологическое и клинико-психопатологическое обследование больных рекуррентной шизофренией (РШ) с длительностью заболевания свыше 15 лет. Были изучены 188 больных (основная группа): муж –86 (45,7%), жен – 102 (54,3%), возрасте от 18 до 50 лет с диагнозом РШ, находившихся на лечении в Андижанском областном психоневрологическом диспансере. В качестве контрольной группы нами были обследованы 40 больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией (ППШ) – репрезентативной по полу и возрасту: муж - 22 (55%), жен – 18 (45%). В результате проведенных исследований нами были выявлены следующие типы ремиссий при РШ. У 2 больных после 1-2 приступов наступила стойкая, длящаяся десятилетиями интермиссия, при которой какие-либо последствия перенесенного психоза не определялись. Ремиссия с лёгкими (незначительными) изменениями личности (при РШ - 13 больных, 7%; при ППШ – 1 больной, 2,5%) выражались в нарастающей замкнутости, эгоистичности, эмоциональном обеднении, холодности к близким, сужении круга интересов, отсутствии стремления к преодолению астенических явлений. Астенический тип ремиссии встречался (при РШ - 42 больных, 27%; при ППШ – 5 больных, 2,5%) случаев всех ремиссий. На фоне лёгких негативных расстройств в виде аутизма, эмоциональной нивелировки отмечалась астеническая симптоматика: общая слабость, утомляемость, непереносимость резких шумов, раздражительность, капризность, трудность в усвоении прочитанного, соматические жалобы. Особенно часто этот тип ремиссии возникал после дебютов и рецидивов с выраженной кататонической симптоматикой либо галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, сочетающимися с отчётливыми депрессивными явлениями. Неврозоподобный тип ремиссии (при РШ - 54 больных, 29%; при ППШ – 6 больных, 15%) протекал с неврозоподобной симптоматикой: слабость, вялость, утомляемость, раздражительность, головные боли, нарушения сна. Тимопатический тип ремиссий (при РШ - 49 больных, 32%; при ПШ – 7 больных, 17,5%) протекал с лёгкими колебаниями настроения (от субдепрессии до гипомании) на фоне лёгких изменений личности. Ведущим симптомом являлись беспричинные колебания настроения, не достигающие психотического уровня (тип «continua»). Периоды «подъёма» и «спада» продолжались от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Психопатоподобный тип ремиссии (при РШ - 2 больных, 1%; при ППШ

– 10 больных, 25%) характеризовался наличием грубых эксплозивных реакций, крайним эгоцентризмом, оппозицией к близким, расторможенностью влечений, склонностью к асоциальным формам поведения и наиболее выраженными негативными изменениями личности. Ремиссии с резидуальной симптоматикой (при РШ – 0%, при ППШ - 11 больных, 27,5%) характеризовался остаточными (отрывочными) явлениями перенесенного галлюцинаторного и бредового приступов, а также отсутствием полной критики к перенесенному психозу. Психопатоподобный тип ремиссии и ремиссии с резидуальной симптоматикой чаще встречались при ППШ (соотв. 52,5% и 0%, $P<0.05$). При РШ, чаще чем при ППШ, встречаются ремиссии без продуктивных расстройств, в то время как психопатоподобный тип ремиссий и ремиссии с резидуальной симптоматикой, наоборот, – при приступообразно-прогредиентном типе течения. Наиболее часто при РШ встречался тимопатический тип ремиссии (60 больных, 32%). Выделение указанных вариантов ремиссий имеет известное практическое значение для организации диспансерного наблюдения за больными, проведения амбулаторного внебольничного лечения, а также реализации комплекса мероприятий по социально-трудовой реабилитации тематических больных.

Ключевые слова: рекуррентная форма, шизофрения, ремиссия, приступообразная форма, интермиссия.

ЕНГИЛ АТЛЕТИКАЧИЛАРНИНГ ОРГАНИЗМ ҲУСУСИЯТЛАРИНИ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ

Дониёров Б.Б., Мавлянова З.Ф.
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти

Спорт тиббиётида тана таркибий тузилиши анатомик ва антропометрик кўрсаткичлар бўйича намоён бўлади, улар асосий аҳамиятга эга бўлган холда спорт машғулотининг бош мезони, спортнинг рақобатбардош фаолиятини юксалишини белгиловчи тиббий омиллар жумласига киради. Олиб борилган илмий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, спорт фаолиятида анатомик ва антропометрик текширувга еҳтиёжлар юқорилигини кўрсатади. Ушбу текширув усулларининг натижаси, спорт машғулотларининг организм тиббий хусусиятларига таъсир доирасини аниқлаш ва спорт турини тўғри танлаш имкониятини беради. Шундай текширувлар қаторига ўзида хам антропометрик ва анатомик хусусиятларни жамловчи биоимпедансометрия усулини келтириш мумкин. Ушбу тезисда биоимпедансометрия методи орқали,спортнинг енгил атлетика йўналиши билан шуғилланувчи, 18-22 ёшдаги спортчиларнинг организм хусусиятларини тадқиқ этишга йўналтирилган. Натижалар асосида организмнинг кўплаб хусусиятлари аниқланиб, улардаги номутаносибликлар аниқ фоиз нисбатларида қайд этилиб ўтилган. XX асрнинг иккинчи ярми бошида тана таркибини ўрганиш бу биология ва тиббиётнинг нисбатан янги соҳаси, илмий тадқиқотларнинг алоҳида йўналиши сифатида ажралиб туради. Илмий тадқиқот ишларида тана тузилиши атамаси тана вазнининг икки ёки ундан ортиқ қўшимча таркибий қисмларга бўлиниши тушунилади. Тана тузилишини чуқурроқ ўрганиш соҳасидаги изланишлар сонининг кўпайиши физикавий тадқиқот усулларини ишлаб чиқиш билан боғлиқ. Биоимпеданс текшируви биологик тажриба ва тиббиёт амалиётига инвазив бўлмаган усул сифатида кенг кўламда кириб келди. Спорт кучли ривожланган мамлакатларнинг спорт тиббиётида спортчиларнинг тана таркиби хусусиятларини тадқиқ этиш асосий ўринга эга. Ҳозирги кунга келиб спортчилар организмини тадқиқ этиш учун бир қатор инструментал тиббий назорат усуллари кўплаб текширувларни амалга оширмоқда. Замонавий тиббиётда даврида инсон танаси массасини in vivo шароитида ўрганиш мухим ахамият касб этмоқда. Шундай инструментал тиббий текширув усулларидан бири жумласига биоимпедансометрия усулини киритиш мумкин. Енгил атлетикачиларнинг организм ҳусусиятларини биоимпедансометрия ёрдамида текширишни спорт соҳасида кенг йўлга қўйиш. Биоимпедансометрия (Bioelectrical impedance analysis, BIA), текширув усули- организмдаги умумий мускул тўқима массасини, тана оғирлигини (кг), ёғ ва суюқликлар миқдорини, шунингдек организм суткалик метаболизм (ккал) ва тана масса индексини (ИМТ), биоимпедансометр тиббий инструментал мосламаси орқали аниқлаб беради. Қўшимча равишта спортчига тана оғирлигини хисобга олган холда, спортчи организмида жамланган энергияни бир ой давомида қандай спорт фаолиятига йўналтирилиши кераклигини кўрсатиб беради. Биоимпедансометрия диагностик имкониятлари жуда кўп. Кўплаб муаллифларнинг илмий тадқиқотларининг натижалари

шуни кўрсатадики, тананинг таркибий хусусиятлари инсоннинг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари билан узвий боғлиқдир, шунингдек организмнинг атроф-мухит экологик шароитларига ва спорт машғулотларига нисбатан адаптация қилиши билан хам боғлиқ. Биоимпеданс таҳлили – бу биологик тўқималарнинг электр ўтказувчанлигини ўлчаш учун контакт усули ҳамдир. Шунингдек ушбу таҳлил инсон танасининг ёки унинг сегментларининг турли частоталарда фаол ва реактив қаршилигини ўлчайди. Бундай тадқиқот ёрдамида спорт шифокори танадаги суяк ва мускул тўқималарининг миқдорини бир-бирига қандай боғлиқлигини билиб олиши мумкин. Кўрсаткичлар орқали спорт шифокори спортчига берилаётган юкламаларни оширишга ёки камайтиришга ҳулоса бериш имконини беради. Ушбу тадқиқот усули билан спортчиларни текшириш орқали спорт шифокорига ва мураббийларига кўплаб қўшимча тиббий маълумотларни тақдим этади. Анъанавий усулларга таққосланганда бу усул орқали текширувдан ўтказиш жуда осон, кам вақт сарфланади, энг муҳими текширилувчи учун турли ноқулайликлар келтириб чиқармайди. Шунингдек таҳлил натижалари қисқа вақт ичида тайёр бўлади ҳамда тахлил натижаларини тушуниш, тахлил этиш мураккабликдан иборат эмас. Биоимпеданс тана таркиби маълумотларининг ўзгаришига олиб келадиган энг муҳим омиллар элетродларнинг жойлашувининг аниқлиги, шунингдек тана ҳолатига ҳам боғлиқ. Бу шуни кўрсатадики, танани биоимпеданс таҳлил қилиш бу техник жиҳатдан содда ва қулай усул бўлиб, биологик импеданс ўлчовларини ўтказиш бўйича барча тавсияларга қатъий риоя қилган ҳолда ҳам тана таркиби тўғрисида аниқ маълумотларни олиш имконини беради. Биоимпеданс таҳлилининг бир неча турлари мавжуд бўлиб, улар қуйидаги ҳарактерли хусусиятлар бўйича таснифланади: Частота турига кўра – битта частотали, иккита частотали, кўп частотали турлари мавжуд. Ўлчов объекти қисмларига кўра эса маҳаллий яъни тананинг индивидуал қисмлари, кўп сегментлилик - бутун организм қисмлари турлари мавжуд. Шунингдек ўлчаш тактикасига кўра – бир марталик, эпизодик, монитор турлари мавжуд. Биоимпедансометр инструментал тиббий мосламаси физиологик қонуниятлар асосида ишлайди. Спортнинг енгил атлетика билан шуғилланувчи спортчиларида биоимпедансометрия текшируви ўтказилди. Текширувга 120 нафар енгил атлетиканинг иккита йўналиши бўйича шуғилланувчи спортчилари танлаб олинди. Ушбу таркибдан 50 нафари “Ғовлар оша югириш” спортчиларининг 39 нафарида умумий хисобда 78% организмида ортиқча суюқликлар мавжудлиги, 11 нафарида эса умумий хисобда 22% ортиқча ёғ массалари мавжудлиги аниқланди. Иккинчи турдаги текширилувчилардан 50 нафари “Баландликка сакраш”, спортчиларининг 42 нафарида умумий хисобда 81% умумий мускул массаси нормадан юқори эканлиги, 8 нафарида эса умумий хисобда 19% тана масса индекси номутаносиблиги аниқланди. Учинчи турдаги текширилувчилардан 20 нафари спортнинг турли йўналишлари билан шуғилланади. Учинчи гурухдаги спортчиларнинг 13 нафарида умумий хисобда 65% суткалик спорт фаолияти учун энергия (ккал) етрали эмаслиги, 7 нафарида эса умумий хисобда 35% керагидан ортиқча миқдорда тана массаси (кг)

мавжудлиги аниқланди. Ушбу текширувдан шундай ҳулоса келиб чиқади спортда катта аҳамиятга эга бўлган жараён бу метаболизмга мойил бўлган орган функцияларини бажарадиган ёғ массасини ҳисоблаш бўлиб, унинг етарли даражаси умумий саломатликни сақлашда муҳим рўл ўйнайди. Ёғ массаси улушини тана вазнига нисбатан 5-6% гача камайтирилса ва скелет мушакларининг массаси умумий тана вазнига нисбатан 46% гача оширилса тана мусобақа учун тайёр эканлигидан далолат беради. Машғулот юкламаси таъсири остида мушак ва ёғ таркибий қисмларининг ўзгариши кузатилади сўнгра эса спортчининг танасидаги таркибий даражадаги адаптив ўзгаришлари, энергия сарфланиши ҳам ортиб боради. Бу ўз навбатида одамнинг лабил морфологик кўрсаткичларини, мушакларининг интенсив фаолиятига мослашув белгиси бўлиб хизмат қилиши мумкин.Тана таркибий хусусиятларини тўлиқ тадқиқ этиш, спортчидаги патологик жараёнларни олдиндан аниқлашда мухим ўрин тутади ва спорт шифокорига жуда кўплаб имконят беради. Шу жумладан спорт шифокорига спортчи танаси хусусиятлари яъни танадаги мушакларнинг массаси, ёғ қавати, танадаги умумий суюқликлар миқдорини тахлил қилиш ва бошқариш, метаболик синдромнинг жадаллигини баҳолаш ва назорат қилиш, парҳезни тўғри белгилай олиши спортчи организмидаги соғайиш жараёнлари самарадорлигини ошириш имконини беради. Сўнги йилларда дунё миқёсида спортчиларни биоимпедансометрия билан таҳлил қилиш учун тиббий текширув мосламаси ва дастурий таъминотни такомиллаштирилиши унинг имкониятларини сезиларли даражада оширди ва спортчини тиббий назорат қилиш имкониятини янада кенгайтирди. 1.Биоимпедансометрия усули янги технологик, иновацион хамда кўп функционалли текширув усули ҳисобланиб келгусида спорт йўналишида ўзининг тиббий-амалий ахамиятини, шунингдек спорт мусобақаларига тайёргарлик жараёнларини осонлаштиришга амалий ёрдам кўрсатади. 2. Спортчига тана оғирлигини хисобга олган холда, спортчи организмида жамланган энергияни бир ой давомида қандай спорт фаолиятига йўналтирилиши кераклигини кўрсатиб беради, шунингдек бу усул организмдаги умумий мускул тўқима массасини, тана оғирлигини (кг), ёғ ва суюқликлар миқдорини, шунингдек организм суткалик метаболизм (ккал) ва тана масса индексини индексини (ИМТ), жуда аниқ ва осон қисқа вақт оралиғида аниқлаб беради.

Калит сўзлар: Анатомик ва антропометрик кўрсаткичлар, биоимпедансометрия, Bioelectrical impedance analysis, BIA, метаболизм, биоимпедансометр, ИМТ, енгил атлетика, адаптация, лабил морфологик кўрсаткич.

АҲОЛИ ОРАСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА РИОЯ ҚИЛИНИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Бахтиёр А.Д., Севара С.И.

Тошкент тиббиёт академиясининг Ургенч филиали,

Соғлом турмуш тарзига риоя қилиниши саломатлик кўрсаткичларини яхшиланишига жиддий таъсир кўрсатиши Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг тажрибали экспертлар томонидан эътироф этилган. Шу муносабат билан, муаллифлар томонидан аҳолини тиббий маданиятига оид 26 саволдан иборат анкета тайёрланиб, 1461 респондент орасида сўровнома ўтказилди. Дунёда тиббиёт соҳаси ҳеч қачон такомиллашиш ва олдинга интилишдан тўхтамайди. Кейинги йилларда соғлиқни сақлаш тизимида молиявий ресурсларга бўлган талабнинг ортиши кузатилмоқда. Бу ўз навбатида соғлиқни сақлаш тизимига ажратилаётган молиявий ресурслардан оқилона фойдаланишни талаб қилади. Маълумки, касалликлар профилактикаси молиявий харажатларни аҳамиятли камайтириши мумкин. Юрак, ўпка ва қон миллий институти (АҚШ) томонидан олиб борилган ҳисоб-китобларга кўра профилактик чораларга сарфланган 1 доллар лаборатор текширишларга сарфланувчи 8 доллар ҳамда касалликни даволашга сарфланадиган 326 долларни тежайди. Шунинг учун касалликлар профилактикасини такомиллаштиришда аҳоли орасида тиббий маданиятни ривожлантириш долзарб масала ҳисобланади. Қорақалпоғистон Республикаси, Сурҳондарё ва Фарғона вилоятлари аҳолиси орасида соғлом турмуш тарзига риоя қилинишини аниқлаш. Аҳоли орасида тиббий маданиятни шаклланишини ўрганиш мақсадида 26 саволдан иборат анкета тайёрланди ва Қорақалпоғистон Республикаси, Сурҳондарё ва Фарғона вилоятлари аҳолиси орасида 2016-2018 йилларда сўровнома ўтказилди. Сўровномада жами 1461, шу жумладан Қорақалпоғистон Республикасидан – 461 нафар, Сурҳондарё ва Фарғона вилоятларидан 500 – нафар респондент иштирок этди. Сўровнома натижалари Microsoft Excel дастури асосида тахлил қилинди. Сўровномада иштирок этганларнинг 832 (57%) нафари ишлайди, 401 (27%) вақтинча ишламайди, 169 (12%) нафақада ва 59 (4%) ногиронлиги сабабли ишламайди. Уларнинг 997 (68%) нафари аёллар, 464 (32%) эркаклардан иборат. 255 (16%) нафарида олий, 474 (31%) ўрта махсус, 641 (42%) ўрта ва 169 (11%) нафари маълумотсиз. 1028 (70%) нафари ўзбек, 266 (18%) қорақалпоқ, 69 (5%) нафари қозоқ, 56 (4%) нафари тожик ва 42 (3%) бошқа миллатларга тўғри келади. Уларнинг 950 (65%) шаҳарларда ва 511 (35%) нафари қишлоқларда истиқомат қилади. Аҳоли томонидан соғлом турмуш тарзияга риоя қилиниши тиббиёт ходимлари олдида турган мухим вазифа хисобланади, шундан келиб чиқиб Хозирги кунда овқатланиш ва соғлом турмуш тарзига риоя қиласизми? деган саволимизга респондентлар томонидан қуйидаги жавоб олинди, яъни 1073 (73%) нафари ҳа, 388 (27%) нафар респондентлар қисман ёки йўқ, деб жавоб беришган.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсияларига кўра бир кунда канча микдорда мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш лозимлигини биласизми? бу саволга 942 (64%) нафари ҳа ва 519 (36%) нафар респондентлар йўқ жавобини беришган.Тўғри овқатланишнинг асосий омилларидан бири бўлиб, овқатланиш рационида Омега-3 балиқ ёғини етарли даражада истеъмол қилиш хисобланади. Балиқ ёғи, айниқса хомиладор ва чақалоқларни эмизаётган аёллар учун фойдали хисобланади. Шу сабабли, кейинги саволимиз, бир хафтада канча балик истеъмол килиши лозимлигини биласизми? 833 (57%) нафари ҳа, 628 (43%) нафари йўқ, деб жавоб беришган. Шуни эътиборга олиб, шифокорлар беморларни, айниқса

хомиладор ва чақалоқларни эмизаётган аёллар қабул қилган вақтда балиқ ёғининг хафтадаги меъёрлари ва унинг фойдаси хақида маълумот беришлари лозим. Туз организм учун мухим минерал хисобланиб, овқат рационининг ажрамас қисми хисобланади. Шу билан бирга, тузни меъёридан ортиқча истеъмол қилиш артериал қон босимини кўтарилишига сабаб бўлиши мумкин. Шу сабабли, тузни меъёридан ортиқча истеъмол қилиш инсон саломатлигига салбий таъсир этади. Шу сабабли, кейинги савол - Бир кунда меъёр бўйича қанча туз истеъмол килишни биласизми? респондентлардан қуйидагича жавоб олинди. Аниқланишича, 850 (58%) нафар респондентлар кунлик туз меъёрларини билишади, 611 (42%) нафари эса билишмайди. Шунинг учун шифокорларимиз беморларни қабул қилиш даврида, айниқса юрак қон-томир касалликлари мавжуд бўлган беморларга туз истеъмолини камайтириш бўйича тавсияларни мунтазам бериб туришлари лозим. Респондентлар 73 фоиз овқатланиш ва соғлом турмуш тарзига риоя қиламан, деб жавоб берган вақтда 36 фоизи мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш меъёрларини билишмаган, 43 фоизи хафталик балиқ, 42 фоизи кунлик туз истеъмол қилиш меъёрларини билишмайди. Юқоридагиларни инобатга олиб, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари томонидан соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишда популяцион ёндашувлардан, шу жумладан оммавий ахборот воситаларидан кенгроқ фойдаланиш керак, деб хисобланади.

Калит сўзлар: соғлом турмуш тарзи, касалликларни профилактикаси, саломатлик кўрсаткичлари.

ТЕРИ ҚИЧИШИШ БИЛАН КЕЧАДИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА «ВАМЕЛАН» ПРЕПАРАТИНИ АҲАМИЯТИ

Ёқубова М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Дерматологларни охирги йилларда кўп изланишларга олиб келувчи касалликлардан бири бу аҳолимиз орсида учровчи-тери қичишишидир, шу сабабли шифокорларни янги даво усулларини излаш ва уларни тадбиқ этиш долзарб муаммодир. Тери қичишиши билан безовта бўлган беморларда вамелан препаратини ахамиятини ўрганиш. Диспансеримизга 37 та беморлар мурожаат этди. Улардан 21 таси эркаклар, 16 таси аёллар бўлиб, 28 ёшдан 59 ёшгачадир. Биз юқорида кўрсатилган беморларга янги антидепрасант “Вамелан” препарати билан даволашга уриндик ва улар билан куйидаги касалликларни таққосладик. Улардан: 22 таси тери қичишиши, 8 таси нейродермит, 7 таси эса тарвоқ касаликларини ташкил килади. Умумий теридаги тошмалар билан биргаликда жуда кўп психовегетатив бузилишлар купинча (нафас олишнинг тезлашиши, терлаш, куздан ёш окиши, сулак окиши, ичи котиб ёки утиб кетиши) борлиги билан бир пайтда кучли кузгалиши – депрессив холат (бемор кайфиятининг йўқлиги, безовталик, йиғлокилик, ипохондрик куринишлар) кузатилди. Юқоридаги ўзгаришлар бемор терисидаги таркалган тугунчалар, чизикли тирналишлар ва конли қалоқлар доимий қичишиш билан бир вақтда кузатилди. Беморлардаги оқ дермографизм симпатик иннервацияни бузилишидан далолат берди. Юкоридагиларни назарда тутиб беморларга ”вамелан”-Pharmaceutical Company World Medicine фармсаноат компанияси маҳсулотини ишлатиб курдик, бошка антидепрессантлардан фарқи жуда кучли седатив таъсир қилмайди ва хотирани бузмайди аксинча хотирани яхшилайди, дорига ўрганиб колиш холати кузатилмайди. Беморлар “вамелан”, билан антиоксидантлар, десенсибиловчи (Тиосулфат натрий 30% - 10 мл, №10 та, никотин кислотаси 1%-1мл, №15), антигистаминлар ва махаллий даво (Дипросалик, Адвантан, Элаком кремлари 2 маҳалдан суртиш) буюрилди. Беморларга “Вамелан” суткасига катталарга 1та таблеткадан 2ва 3 маҳалдан икки хафта давомида берилди. Вамелан кабул килган беморларда 2-кунидан бошлаб қичишиш камайди ва йиғлоқилик ўтиб кетди, лекин безовталик яна 1-2 кун сақланди ва аста-секин 4-5 кунлардан бошлаб юқоридаги белгилар камайди. Теридаги тошмалар 10-13 кунлари сўрила бошлади. Демак: тери қичишиши билан ҳасталанган беморларда “вамелан” дори воситаси жуда кулай булиб, асосий дори воситалари билан бирга шифохонада ётиб ёки амбулатор қатнаб даволанган беморларга қўллаш яхши натижа беради.

Калит сўзлар: Диспансер, тери қичишиш, вамелан.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШАМПУНЯ «ДЕРМАЗОЛ» У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Ёкубова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Оценить эффективность и влияние шампуня «дермазол» на качество жизни пациентов в лечении псориаза волосистой части головы. Настоящего исследования явилось изучить клиническую эффективность шампуня «дермазол» (Ketoconasole, фирмы «Kusum healthcare» India) у больных с псориазом волосистой части головы. Мы включили «дермазол» в комплексный курс лечения больных в качестве моносредства топической терапии. У 39 пациентов(28 мужчин и 11 женщины) имелись типичные псориатические высыпание средней и тяжолой степени тяжести. Шампунь «дермазол» ежедневно наносили на сухую кожу головы, тщательно втирая в пораженной участки. Для одного нанесения на воласистую часть головы применяли не боле 15мл. Оставляли на 15 минут, не покрывая головы. Вспенивали и смывали водой и/или обычным шампунем. Терапию проводили в течение 4 недель. Под наблюдение находилось 39 (из них 29 мужщин, 11 женщин) пациентов, в возрасте от 21 до 59 лет с диагнозом «Псориаз вульгарный распространенный с поражением волосистой части головы». Современная фармакология предлагает много средств, действия которых направлены против этих грибов. Одним из таких препаратов является «дермазол». Он выпускается в виде таблеток и шампуня. К концу 4 недели топической терапии шампунем «дермазол» у всех пациентов отмечено значительное клиническое улучшение состояние. Наиболее выраженная эффективность препарата наблюдалась в таких клинических симптомах как эритема, инфильтрация, зуд и шелушения. Зуд отсутствовал у всех пациентов, шелушения уменьшилось значительно или исчезло у 80,6% пациентов. Эритема была слабой или исчезла у 71,2%пациентов. Полученные в ходе исследования значения в эффективности шампуня «дермазол» коррелируют со значениями, полученными M.Jarratt и соавторами (2004) в многоцентровом рандомизированном плацебо-контролирумом двойном слепом исследованием в параллельных группах. После проведения основного курса топической терапии шампунем «дермазол» всем пациентам был рекомендован курс поддерживающей терапии с применением шампуня два раза в неделю. С точки зрения за время лечения препаратом «дермазол», все пациентов отметили удобство применения и эффективность лекарственного средства. Так же все пациенты, принимавшие участке в исследовании, удовлетворены косметической приемлемостью препарата и считают, что легко включить применение шампуня в свою схему ухода за кожей головы. Применение шампуня «дермазол» является эффективным, безопасным и удобным вариантом полноценного лечения псориаза волосистой части головы, начиная от неотложной терапии обострения и заканчивая длительным в режиме поддерживающей терапии.

Ключевые слова: Эритема, дермазол, Ketoconasole.

ПРИМЕНЕНИЯ КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Журабоев Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Сегодня ни для кого не секрет, что мир захлестнула пандемия атеросклероза и связанных с ним ишемических синдромов. Для улучшения симптоматики ИБС рекомендуется реваскуляризация при любом стенозе >50%, если есть стенокардия или её эквиваленты, не отвечающие на медикаментозную терапию. Изучить частоту назначения клопидогрела больным, имеющим показания к применению этого препарата в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Для оценки применения клопидогрела была использована база данных больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ИМ), и база даннных больных, которым была выполнена коронароангиография в связи с наличием стабильно протекавшей ИБС. Опрошены 84 больных, перенесших острый ИМ, и 239 больных ИБС, которым была проведена ангиопластика с установкой стента. Согласно данным опроса, из выживших клопидогрел принимали 14 человек, из них 5 прекратили принимать его досрочно по разным причинам. Определенно не принимали клопидогрел 63 человека, а 2 затруднились ответить на этот вопрос. Из умерших 1 4 человек 11, по словам родственников, клопидогрел определенно не принимали,в отношении 3 информации о приеме клопидогрела не было. На вопрос о том, почему пациенты не принимали клопидогрел, из 63 человек 61 ответил, что это не рекомендовал лечащий врач поликлиники. На вопрос о том, знают ли пациенты что-либо о клопидогреле (из числа не принимавших его), только 1 5 ответили утвердительно, причем большинство считало, что этот препарат назначается исключительно больным, перенесшим процедуру установки стента. Из 84 выживших больных только 1 5 были информированы о целях использования этого препарата, при этом 2 из них его никогда не принимали. По данным исследования прогноз-ИБС, 20 из 295 больных, нуждавшихся в проведении двойной антиагрегантной терапии, умерли к моменту проведения опроса, с 36 контакт установить не удалось, остальные 239 были приглашены в клинику. Проведенный во время этого посещения опрос показал, что клопидогрел в течение 12 мес принимали 112 больных (47%), остальные принимали его в течение значительно более короткого срока. Данное исследование показало, что применение клопидогрела в поддерживающей дозе 150 мг в день ассоциируется не только с более выраженным ингибированием активности тромбоцитов, а также значительным улучшением функции эндотелия и более сильным противовоспалительным эффектом, чем применение стандартной дозы 75 мг. Клапитакс - на сегодняшний день единственный клопидогрел, который выпускается в дозе 150 мг, что более удобно для пациентов, с высоким риском тромбоза, принимающим клопидогрел в повышенной дозе. Существуют и другие препараты - блокаторы рецепторов АДФ. Их применение возможно при непереносимости клопидогрела или в связи с его генетической неэффективностью. Однако, на сегодняшний день их доказательная база недостаточна для того, чтобы указывать в качестве альтернативы клопидогрелу в рекомендациях по реваскуляризации.

Ключевые слова: Ишемической болезнью сердца, блокаторы рецепторов АДФ, атеросклероз.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЛЕСФАЛ В ПРОЦЕСЕ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

Загрутдинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Мамадалиев Ш.И., Ризакова Д.П., Пулатов М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Значительные успехи достигнуты в изучении этиологии, патогенеза и клиники различных заболеваний гепатобилиарной системы, однако их число не уменьшается. Вирусные гепатиты широко распространены, особенно в странах с жарким климатом, к которым относится и Узбекистан, *г* средства профилактики и лечения недостаточно эффективны. В этом плане особый интерес вызывают средства растительного происхождения в качестве гепатозащитных средств. Целью исследования являлось изучение эффективности препарата "Лесфаль" производимым фармацевтической компании “Фармак” Украина в коррекции нарушений желчевыделительной функции печени при её остром поражении. Опыты проводили на половозрелых белых крысах-самцах стадного разведения с исходной массой тела 165-190 гр. Животным леченой группы раствор "Лесфаль" вводили внутрь в дозе 25 мг/кг один раз в сутки в течение 3 и 6 дней. Крысы нелеченой группы в аналогичном объеме получали дистиллированную воду. Модель острого токсического гепатита воспроизводили путем подкожного введения 50% масляного раствора тетрахлорметана ежедневно. О холеретическом действии препарата судили по общему количеству выделенной желчи, а также по концентрации и количеству её компонентов, то есть билирубина, холестерина и общих желчных кислот. Результаты экспериментов показали, что при остром гепатите, вызванном введением тетрахлорметана, наблюдаются значительные нарушения экскреторной функции печени. У леченых крыс "Лесфаль" отчетливо восстанавливались показатели функционального состояния печени, нарушенные при остром токсическом гепатите. При внутрижелудочном введении "Лесфаль" в течение 3 дней в дозе 25 мг/кг наблюдалось повышение выделения желчи на 145,8% по сравнению с нелеченными крысами, а после 6-дневного лечения - на 96,6%. Наряду с повышением общего количества желчи также отмечается увеличение его компонентов: желчных кислот, холестерина и билирубина в составе выделенной желчи за 4 часа опыта статически значимо увеличилось на 77,9%, 101,5% и 71,1% - в дозе 25 мг/кг. После 6-дневного лечения показатели химического состава желчи увеличились в большей мере и составили 101,6%, 158,3% и 77,9% - в дозе 25 мг/кг. Из приведенных данных видно, что с увеличением срока лечения отмеченный положительный эффект препарата несколько возрастает. При этом наилучший эффект от препарата отмечен при применении его в течение 6 дней.

Ключевые слова: острое поражение печени, коррекция, лесфаль.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИД-РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Мухтаров Ш.М., Суяров А.А., Исмаилов Ж.А., Хатамов Х.М., Киреев В.В., Муталов Б.Б.

Институт иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан, Самаркандский государственный медицинский институт

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных аллергических заболевание. Анализ лечения глюкокортикостероидными (ГКС) препаратами больных бронхиальной астмы показал, что эффективность этих препаратов у больных не всегда даёт одинаковый результат. Причиной этого является неодинаковый уровень чувствительности больного к ГКС-препаратам. В некоторых случаях отмечается глюкокортикостероид-резистентность к ГКС и развитие побочных эффектов этим препаратам. До недавнего времени не существовало методик определения определение чувсвительности к ГКС, и назначение ГКС носило эмпирический характер. Частота резистентности к ГКС иногда достигается 30-40% при БА. По этому определение чувсвительности к ГКС является очень актуальной задачей в лечении требующих глюкокортикоидной терапии при БА. Определение чувсвительности к ГКС дает эффективное лечение, ускоряет сроки наступления ремиссии и в значительной степени уменьшает количество осложнений при длительной терапии ГКС при БА. Изучена индувидуальная чувствительность к глюкокортикостероидным препаратам у больных бронхиальной астмой. Под наблюдением находились 85 больных с БА, в возрасте от 20 до 60 лет. Диагноз установлен на основании анамнестических, клинических и функциональных исследований. Из них мужчин 39 и женшин 46. По ступени тяжести: III ступень у 50, IV ступень 35 больных. По продольжительности заболевания 30 больных в течение 10 лет, 18 больных 6 лет, 17 больных 2 лет и 10 больных в течение 1 лет. 12 больных принимали регулярно серетид дискус, 13-бетаметазон, 18-эрфлюсал, 39 флутимакс и 3 больных берадуал-Н. Чувствительность к ГКС определяли в периферической крови к 7 глюкокортикоидным препаратам (гидрокортизон, преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон, триамцинолон, бетаметазон и небифлюзон). Принцип метода заключается в обработке растворами глюкокортикоидов лифоцитов периферической крови пациента in vitro. Сущность методики исследования: содержания в крови количества лимфоцитов после воздействия глюкокортикоидами, согласно изобретению, у пациента забирают 4 мл венозной крови в стерильную гепаринизированную центрифужную пробирку, центрифугируют в течение 10 мин при 1500 об/мин, выделяют лимфоциты по методу Boum на 76% фиколле и подсчитывают количество лимфоцитов в камере Горяева под микроскопом, затем в отдельные пробирки добавляют при помощи мерной пипетки по 500 мкл взвеси лимфоцитов и добавляют, в каждую пробирку, с использованием отдельных мерных пипеток, по 100 мкл растворов бетаметазона, дексаметазона, триамцинолона и метилпреднизлона, преднизолона, гидрокортизона, небифлюзона. Полученную смесь инкубируют в термостате при температуре 37º ^{C} в течении 1 часа, затем окрашивают трипановым синим и фиксируют, после чего проводят подсчет оставшихся лимфоцитов в камере Горяева под микроскопом, далее определяют чувствительность к глюкокортикоидам в зависимости от количества оставшихся лимфоцитов, при этом, если количество лимфоцитов уменьшалось на 25% - результат оценивают как малочувствительный, 25-50% среднечувствительный, 50-70% -

чувствительный, 70-90% высокочувствительный, свыше 90% абсолютно чувствительный. У больных выявилось абсолютная, а также соответственно высокая чувствительность и малая чувствительност. Абсолютная чувствительность к бетаметазону (бетаспан-депо) наблюдалась у 44 пациентов, высокая чувствительность - у 17 пациентов, средняя чувствительность - у 1 пациента, чувствительными - были 14 и низкая чувствительность - у 9 пациентов. К солу-медролу (метилпреднизалону) у 18 пациентов выявлялась абсолютная чувствительность, 15 пациентов имели высокую чувствительность, 1 пациент- среднюю чувствительность, 17 пациентов были чувствительными и 34 имели низкую чувствительность. А к дексаметазону у 33 пациентов отмечалась абсолютная чувствительность, у 13 - высокая чувствительность, у 3 - средняя чувствительность, у 23 - чувствительные и у 13 - мало чувствительными. Для преднизолона у 38 больных выявлена абсолютная чувствительность, у 14 высокая чувствительность, у 3 средняя чувствительность, у 15 были чувствительными и 15 больных имели малую чувствительность. У кеналога (триамцинолона) 41 пациентов была выявлена абсолютная чувствительность, у 26 - высокая чувствительность, у 2 - средняя чувствительность, у 11 - чувствительность, у 5 пациентов - низкая чувствительность. Для гидрокортизона ацетата у 31 пациентов – определена абсолютная чувствительность, у 23 - высокая чувствительность, у 1 - средняя чувствительность, у 16 - чувствительность и 14 - малая чувствительность. Для небулюзона у 15 больных - абсолютная чувствительность, у 5 - высокая чувствительность, у 1 средняя чувствительность, - у 4 чувствительный, а у 60 больных определена низкая чувствительность. Результаты исследования показали, что индивидуальная чувствительность к каждому ГКС в организме человека неодинакова. В нашем наблюдении наибольшая абсолютная чувствительность наблюдалась у пациентов к бетаметазону (бетастан-депо), преднизолону, дексаметазону, триамцинолону (кеналогу 40) и гидрокартизону ацетату, средняя чувствительность отмечалась к дексаметазону и преднизолону, чувствителность к дексаметазону и низкая чувствительность наблюдалась небуфлюзону и метилпреднизолону.

Ключевые слова: бронхиальная астма, чувствительность к глюкокортикоидам, гидрокортизон, преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон, триамцинолон, бетаметазон, небифлюзон, периферическая кровь.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТЕМРЫ В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Киреев В.В., Арипова Т.У., Зиядуллаев Ш.Х., Суяров А.А., Усманбекова Х.Т.
Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

В настоящее время генно-инженерные препараты занимают прочное место в лечении большого числа аутоиммунных ревматических заболеваний (АРЗ), позволяя достичь либо длительной ремиссии, что равносильно временному выздоровлению, либо получить значительное улучшение, что также позволяет значительно улучшить результаты лечения и улучшить качество жизни пациентов. С развитием фармакологии количество генно-инженерных препаратов увеличивается, чему способствует дальнейшее изучение иммунопатогенеза конкретных АРЗ. Тоцилизумаб (ТЦЗ) (актемра) (фирма Ля Рош)-рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело к человеческому рецептору интерлейкина-6 (ИЛ-6) из подкласса иммуноглобулина Ig-G. ТЦЗ избирательно связывается и подавляет как растворимые, так и мембранные рецепторы ИЛ-6 (sIL-6R и mIL-6R). Данный препарат применяется в лечении многих аутоиммунных заболеваний – ревматоидного артрита (РА), системной красной волчанки (СКВ), системной склеродермии (ССД) и др. Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности применения актемры у больных АРЗ. Актемра применена нами у 25 больных АРЗ: из них 15 больных РА, 5 больных с СКВ, 1 больной с ювенильным РА, 4 больных с ССД. Возраст пациентов составил от 18 до 65 лет, средний возраст 42,61±3,78 года. Продолжительность заболевания составила от 3 мес до 15 лет (средняя продолжительность 7,81±4,26 года). Все пациенты имели II-III степень активности заболевания (СОЭ-37,86±1,45 мм/час, СРБ – 15,63±1,23 мг/л). Все пациенты принимали различные глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон, метилпреднизолон), иммунодепрессанты (метотрексат, азатиоприн, эндоксан). Перед применением препарата все пациенты обследовались на наличие скрытой инфекции, гепатита В и С, а также проводилось иммунологическое исследование венозной периферической крови. Актемра назначалась на 2-7 дни пребывания в стационаре после всестороннего клинико-иммунологического обследования с целью выявления противопоказаний согласно инструкции к применению. Препарат вводится инфузионно в 100 мл 0,9% физ. Раствора в дозе 80 или 200 мг в зависимости от степени активности без использования предикации в течении 1 часа. Во время введения препарата каких-либо реакций не отмечалось. В день введения актемры другие препараты не вводились. Статистическая обработка выполнена при помощи пакета программ Exel, достоверность полученных величин определялась при помощи t критерия Стьюдента. Достоверным считался показатель $p<0,05$. В момент введения препарата каких-либо реакций, а затем каких-либо изменений в самочувствии не отмечали. Но уже со следующего дня отмечалось улучшение состояния: улучшение общего самочувствия, уменьшение болей в суставах, увеличение амплитуды движений в суставах. У пациентов с повышенной температурой отмечалась её нормализация.Далее нами оценено влияние актемры на показатели воспалительного процесса у больных АРЗ. Уровень гемоглобина повысился с 97,63±6,54г/л до 106,41±7,82г/л ($p<0,05$), количество эритроцитов повышалось с $3,12±0,14·10^{12}$/л до $3,93±0,28·10^{12}$/л ($p<0,05$), а число лейкоцитов имело недостоверную тенденцию к снижению с $6,74±0,45·10^{6}$ /л до $6,12±0.27·10^{6}$ /л. Число тромбоцитов достоверно не снижалась, но у

пациентов и исходной тромбоцитопенией или в случаях тромбоцитоза происходила их нормализация. Отмечалась нормализацияуровня СОЭ с 37,86±1,45 мм/час до 19,11±1,25мм/час (в 1,96 раза; p<0,001)) и значительное снижение уровня С-реактивного белка с 15,63±1,23 мг/л до 6,07±0,34мг/л (в 2.56 раза: p<0,001). Видно, что актемра достоверно положительно влияет на уровни гемоглобина и эритроцитов и нормализует показатели воспалительного процесса при лечении АРЗ. Обнаруживается положительная тенденция к нормализации числа лейкоцитов. Актемра избирательно связывается и подавляет как растворимые, так и мембранные рецепторы ИЛ-6 (sIL-6R и mIL-6R). ИЛ-6 вырабатывается различными типами клеток (в первую очередь Т-лимфоцитами) и участвует в паракринной регуляции системных физиологических и патологических процессов таких, как: стимуляция секреции Ig; активация Т-лимфоцитов; стимуляция выработки белков основной фазы в печени; является стимулятором гемопоэза. При необходимости препарат вводился ежемесячно. Отдаленные результаты показали, что пациенты чувствовали себя хорошо на протяжении 6-8 мес после применения препарата, отмечались нормальные показатели периферической крови. Таким образом, актемра является высокоэффективным препаратом в лечении АРЗ, и в первую очередь РА.

Ключевые слова: актемра, генно-инженерные препараты, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, аутоиммунные заболевания.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПРИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Киреев В.В., Суяров А.А., Арипова Т.У., Зиядуллаев Ш.Х., Усманбекова Х.Т.
Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,
Самаркандский государственный медицинский институт

До настоящего времени в лечении ревматоидного артрита (РА) прочное место занимают глюкокортикоидные гормоны, которые применяются на протяжении 65 лет, и до появления иммунодепрессантов были практически единственным средством лечения заболевания. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении данного заболевания, глюкокортикоиды продолжают широко применяются в лечении РА. Однако за эти годы было отмечено немало фактов, свидетельствующих о наличии резистентности или же нечувствительности к глюкокортикоидам, что заставляло увеличивать дозы, а как следствие – развитие осложнений глюкокортикоидной терапии.Общеизвестно подразделение РА на два серологических варианта: серопозитивный и серонегативный. Причем в настоящее время, согласно Международной классификации, РА подразделяется на два заболевания в зависимости от серологического варианта. С другой стороны, также отмечалось отличия в ответе на лечение в зависимости от серологического варианта и тем более, клинической стадии. Традиционно указывается, что серопозитивный вариант РА лучше поддается лечению по сравнению с серонегативным, и что лечение РА лучше всего начинать на ранней стадии – до развития необратимых костных изменений, когда возможно приостановить процесс и даже достигнуть ремиссии. Глюкокортикоиды обладают выраженным противоспалительным действием, оказывают прямое воздействие на клетки кров – лимфоциты, моноциты, макрофаги. Клетками-мишенями для глюкокортикоидов являются главным образом лимфоциты. С начала 80-х годов описан феномен кортизол-резистентных лимфоцитов, т.е. лимфоцитов, не погибающих под действием кортизола. Ранее различными исследователями предпринимались попытки разработать методики определения чувствительности к глюкокортикоидам, но эти методы оказались трудоемкими, требовали большого количества реагентов и сложных приборов, ограничивались главным образом, определением чувствительности к какому-либо одному гормону, главным образом к дексаметазону. В связи с чем они не нашли широкого применения в клинической медицине. Авторами создана методика, позволяющая определять чувствительность к глюкокортикоидам в периферической крови больных РА in vitro. Целью нашего исследования явилось изучение чувствительности больных РА к глюкокортикоидам в зависимости от серологических вариантов и стадии заболевания. Было обследовано 50 больных РА (из них 2 мужчин). Диагноз РА устанавливался на основании критериев АРА (1987) в модификации российских ревматологов (2003). Средний возраст 54,3 года (разброс от 38 до 70 лет), средняя продолжительность заболевания составила 9,87 года (разброс от 1 до 23 лет). Из них 37 пациента были серопозитивным, а остальные были серонегативными. Все пациенты имели II-III степень активности заболевания, и до поступления в клинику принимали различные глюкокортикоиды, чаще всего преднизолон и дексаметазон. При этом у пациентов отмечалась картина активности заболевания. В связи с чем, возникала необходимость оценки чувствительности к глюкокортикоидным гормонам у данной категории больных РА.Принцип методики заключается в определении чувствительности

лимфоцитов периферической крови, обработанных растворами глюкокорикоидов – гидрокортизона, преднизолона, дексаметазона, метилпреднизолона, триамцинолона и бетаметазона. В нашем способе определения чувствительности к глюкокортикоидам in vitro, включающем исследования гепаринизированной периферической крови обработанных глюкокортикоидами, анализ полученных результатов, с последующей оценкой количества оставшихся лимфоцитов, и оценкой чувствительности в зависимости от количества оставшихся лимфоцитов, при этом, если количество лимфоцитов уменьшалось на 20% - результат оценивают как малочувствительный, 20-40% среднечувствительный, 40-60% - чувствительный, 60-80% высокочувствительный, свыше 80% абсолютно чувствительный. Всем больным проводилось исследование на чувствительность к глюкокортикоидным гормонам при поступлении в клинику. При исследовании чувствительности к гидрокортизону выявлено, что малочувствительных было 22 (17 -серопозитивных и 5 серонегативных), чувствительных 11 (10 серопозитивных и 1 серонегативный), средне чувствительных 9 (6 серопозитивных и 3 серонегативных), 5 высокочувствительных (4 серопозитивных и 1 серонегативный). Абсолютно чувствительных пациентов к гидрокортизону не было выявлено. При исследовании чувствительности к преднизолону выявлено, что малочувствительных было 8 (7 серопозитивных и 1 серонегативный), чувствительных было 7 (все серопозитивные), средне чувствительных было 9 (4 серопозитивных и 5 серонегативных), высокочувствительных 11 (10 серопозитивных и 1 серонегативный) и 6 абсолютно чувствительных (по 3 серопозитивных и серонегативных). Изучение чувствительности к метилпреднизолону показало, что малочувствительных было 26 (17 серопозитивных и 9 серонегативных), 5 чувствительных и средне чувствительных (все серопозитивные), 6 высокочувствительных (5 серопозитивных и 1 серонегативный) и 5 высокочувствительных (3 серопозитивных и 2 серонегативных). Изучение чувствительности к дексаметазону показало, что 6 пациентов были малочувствительные (5 серопозитивные и 1 серонегативный), 8 чувствительными (5-серопозитивныхи 3 серонегативных), средне чувствительных было 9 (из них 8 серопозитивные), 9 высокочувствительные (все серопозитивные) и 15 абсолютно чувствительных (10 серопозитивных, 5 серонегативных). Распределение чувствительности к триамцинолону показало, что 8 пациентов были малочувствительные (из них 7 серопозитивных), 13 чувствительных (10 серопозитивных и 3 серонегативных), 10 средне чувствительных (из них 8 серопозитивных), 7 высокочувствительных (6 серопозитивных) и 9 абсолютно чувствительных (6 серопозитивных и 3 серонегативных). Чувствительность к бетаметазону составила: 12 пациентов были малочувствительными (9 серопозитивных и 3 серонегативных), 16 больных были малочувствительными (12 серопозитивных и 4 серонегативных), 4 –средне чувствительных (3 серонегативных), 10 высокочувствительных (все серопозитивные), и 5 абсолютно чувствительные (3 серопозитивных и 2 серонегативных). Из полученных результатов видно, что средняя чувствительность к гидрокоризону была выше у серонегативных больных по сравнению с серопозитивными в 2 раза, остальные же данные по чувствительности существенно не отличались между собой. Высокочувствительных к преднизолону было больше у серопозитивных больных в 2,7 раза по сравнению с серонегативными, а среднечувствительных было, наоборот, почти в 5 раз больше при серонегативном варианте заболевания. Все пациенты, чувствительные к преднизолону, были серопозитивными. Остальные же данные по чувствительности к преднизолону в зависимости

от серологического варианта заболевания существенно не отличались между собой. При изучении зависимости характера чувствительности к метилпреднизолону в зависимости от серологического варианта РА выявлено, что среднечувствительные и чувствительные пациенты были лишь при серопозитивном варианте заболевания и не выявлялись при серонегативном. И, наоборот, малая чувствительность наблюдалась почти в 2 раза чаще при серонегативном варианте заболевания. Остальные же данные достоверно не отличались между собой. Изучение зависимости чувствительности к дексаметазону в зависимости от серологического варианта заболевания, обнаружено, что абсолютная чувствительность встречается почти в 2 раза чаще у серонегативных пациентов по сравнению с серопозитивными. И наоборот, все высокочувствительные пациенты были лишь серопозитивными. Также среднечувствительные пациенты были в 2 раза чаще с серопозитивным вариантом заболевания по сравнению с серонегативным. Также чувствительные пациенты встречались в 2,5 раза чаще при серонегативном варианте РА. Изучение распределения чувствительности к триамцинолону показало, что абсолютная чувствительность встречается почти в 2 раза чаще при серонегативном варианте заболевания и наоборот, малая чувствительность встречается почти в 2 раза чаще при серопозитивном варианте болезни. Изучение чувствительности к бетаметазону показало, что все высокочувствительные пациенты были серопозитивными. Остальные же характеристики достоверно не отличались между собой. У больных РА выявляется зависимость между степенью чувствительности к глюкокортикоиду и серологическим вариантом заболевания. Авторы предполагают, что по мере увеличения числа пациентов данные могут несколько измениться. Полученные данные подтверждают эмпирические сведения, полученные еще в 70 -е голы пошлого века о различии в эффективности лечения в зависимости от серологического варианта РА. Сейчас ещё не установлено как ревматоидные фактор влияет на рецепторы чувствительности к глюкокортикоидам, расположенные на лимфоцитах. Возможно, на характер чувствительности влияют и генетические факторы. Интересно отметить, что продолжительность действия препарата и степень чувствительности к нему во многих случаях не зависят от ревматоидного фактора. Таким образом, у больных РА выявляется разная степень чувствительности к глюкокортикоидным гормонам в зависимости от серологического варианта, что необходимо учитывать при лечении.

Ключевые слова: глюкокортикоиды, ревматоидный артрит, серологический вариант, гормонорезистеность.

РАЗЛИЧИЯ В ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПРИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Киреев В.В., Зиядуллаев Ш.Х., Суяров А.А., Исмаилов Ж.А., Усманбекова Х.Т.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,

Самаркандский государственный медицинский институт

До настоящего времени в лечении ревматоидного артрита (РА) прочное место занимают глюкокортикоидные гормоны, которые применяются на протяжении 65 лет, и до появления иммунодепрессантов были практически единственным средством лечения заболевания. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении данного заболевания, глюкокортикоиды продолжают широко применяются в лечении РА. Однако за эти годы было отмечено немало фактов, свидетельствующих о наличии резистентности или же нечувствительности к глюкокортикоидам, что заставляло увеличивать дозы, а как следствие – развитие осложнений глюкокортикоидной терапии. Общеизвестно подразделение РА на два серологических варианта: серопозитивный и серонегативный. Причем в настоящее время, согласно Международной классификации, РА подразделяется на два заболевания в зависимости от серологического варианта. С другой стороны, также отмечалось отличия в ответе на лечение в зависимости от серологического варианта и тем более, клинической стадии. Традиционно указывается, что серопозитивный вариант РА лучше поддается лечению по сравнению с серонегативным, и что лечение РА лучше всего начинать на ранней стадии – до развития необратимых костных изменений, когда возможно приостановить процесс и даже достигнуть ремиссии. Глюкокортикоиды обладают выраженным противоспалительным действием, оказывают прямое воздействие на клетки кров – лимфоциты, моноциты, макрофаги. Клетками-мишенями для глюкокортикоидов являются главным образом лимфоциты. С начала 80-х годов описан феномен кортизол-резистентных лимфоцитов, т.е. лимфоцитов, не погибающих под действием кортизола. Ранее различными исследователями предпринимались попытки разработать методики определения чувствительности к глюкокортикоидам, но эти методы оказались трудоемкими, требовали большого количества реагентов и сложных приборов, ограничивались главным образом, определением чувствительности к какому-либо одному гормону, главным образом к дексаметазону. В связи с чем они не нашли широкого применения в клинической медицине. Авторами создана методика, позволяющая определять чувствительность к глюкокортикоидам в периферической крови больных РА in vitro. Целью нашего исследования явилось изучение чувствительности больных РА к глюкокортикоидам в зависимости от серологических вариантов и стадии заболевания. Было обследовано 50 больных РА (из них 2 мужчин). Диагноз РА устанавливался на основании критериев АРА (1987) в модификации российских ревматологов (2003). Средний возраст 54,3 года (разброс от 38 до 70 лет), средняя продолжительность заболевания составила 9,87 года (разброс от 1 до 23 лет). Из них 37 пациента были серопозитивным, а остальные были серонегативными. Все пациенты имели II-III степень активности заболевания, и до поступления в клинику принимали различные глюкокортикоиды, чаще всего преднизолон и дексаметазон. При этом у пациентов отмечалась картина активности заболевания. В связи с чем, возникала необходимость оценки чувствительности к глюкокортикоидным гормонам у данной категории больных РА. Принцип методики заключается в определении чувствительности лимфоцитов периферической крови, обработанных растворами глюкокорикоидов – гидрокортизона, преднизолона, дексаметазона, метилпреднизолона, триамцинолона и

бетаметазона. В нашем способе определения чувствительности к глюкокортикоидам in vitro, включающем исследования гепаринизированной периферической крови обработанных глюкокортикоидами, анализ полученных результатов, с последующей оценкой количества оставшихся лимфоцитов, и и оценкой чувствительности в зависимости от количества оставшихся лимфоцитов, при этом, если количество лимфоцитов уменьшалось на 20% - результат оценивают как малочувствительный, 20-40% среднечувствительный, 40-60% - чувствительный, 60-80% высокочувствительный, свыше 80% абсолютно чувствительный. Всем больным проводилось исследование на чувствительность к глюкокортикоидным гормонам при поступлении в клинику. Высокочувствительных к преднизолону было больше у серопозитивных больных в 2,7 раза по сравнению с серонегативными, а среднечувствительных было, наоборот, почти в 5 раз больше при серонегативном варианте заболевания. Все пациенты, чувствительные к преднизолону, были серопозитивными. Остальные же данные по чувствительности к преднизолону в зависимости от серологического варианта заболевания существенно не отличались между собой. При изучении зависимости характера чувствительности к метилпреднизолону в зависимости от серологического варианта РА выявлено, что среднечувствительные и чувствительные пациенты были лишь при серопозитивном варианте заболевания и не выявлялись при серонегативном. И, наоборот, малая чувствительность наблюдалась почти в 2 раза чаще при серонегативном варианте заболевания. Остальные же данные достоверно не отличались между собой. Изучение зависимости чувствительности к дексаметазону в зависимости от серологического варианта заболевания, обнаружено, что абсолютная чувствительность встречается почти в 2 раза чаще у серонегативных пациентов по сравнению с серопозитивными. И наоборот, все высокочувствительные пациенты были лишь серопозитивными. Также среднечувствительные пациенты были в 2 раза чаще с серопозитивным вариантом заболевания по сравнению с серонегативным. Также чувствительные пациенты встречались в 2,5 раза чаще при серонегативном варианте РА. Изучение распределения чувствительности к триамцинолону показало, что абсолютная чувствительность встречается почти в 2 раза чаще при серонегативном варианте заболевания и наоборот, малая чувствительность встречается почти в 2 раза чаще при серопозитивном варианте болезни. Изучение чувствительности к бетаметазону показало, что все высокочувствительные пациенты были серопозитивными. Остальные же характеристики достоверно не отличались между собой. У больных РА выявляется зависимость между степенью чувствительности к глюкокортикоиду и серологическим вариантом заболевания. Авторы предполагают, что по мере увеличения числа пациентов данные могут несколько измениться. Полученные данные подтверждают эмпирические сведения, полученные еще в 70 -е голы пошлого века о различии в эффективности лечения в зависимости от серологического варианта РА. Сейчас ещё не установлено как ревматоидные фактор влияет на рецепторы чувствительности к глюкокортикоидам, расположенные на лимфоцитах. Возможно, на характер чувствительности влияют и генетические факторы. Интересно отметить, что продолжительность действия препарата и степень чувствительности к нему во многих случаях не зависят от ревматоидного фактора. Таким образом, у больных РА выявляется разная степень чувствительности к глюкокортикоидным гормонам в зависимости от серологического варианта, что необходимо учитывать при лечении.

Ключевые слова: глюкокортикоиды, ревматоидный артрит, серологический вариант, гормонорезистеность.

ВЛИЯНИЕ АКТЕМРЫ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АУТОИМУННЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Киреев В.В., Суяров А.А., Арипова Т.У., Исмаилов Ж.А., Усманбекова Х.Т.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,

Самаркандский государственный медицинский институт

Генно-инженерные препараты, и в частности тоцилизумаб (актемра, фирма Ля Рош) широко применяются в настоящее время для лечения аутоиммунных ревматических заболеваний (АРЗ). Являясь суперселективнымиммуноблокатором, блокируя конкретное звено иммунопатогензазаболевания, они обрывают конкретное звено иммунопатогенеза, делая невозможным дальнейшее его развитие. Тем самым развивается ремиссия различной продолжительности, которая в сочетании с базисными иммунодепрессантамии при периодическом курсовом применении препаратов способны вызвать длительную многолетнюю ремиссию заболевания, что равносильно выздоровлению. Актемра – антагонист ИЛ-6, одного из воспалительных цитокинов, принимающих участие в целом спектре большого числа АРЗ. Препарат применяется в лечении ревматоидного артрита, системной красной волчанки, системной склеродермии, системных васкулитов и других аутоиммунных заболеваний. Целью исследования явилось изучение влияние актемры на иммунологические показатели больных АРЗ. Актемра применена нами у 25 больных АРЗ: из них 15 больных РА, 5 больных с СКВ, 1 больной с ювенильным РА, 4 больных с ССД. Возраст пациентов составил от 18 до 65 лет, средний возраст 42,61±3,78 года. Продолжительность заболевания составила от 3 мес до 15 лет (средняя продолжительность 7,81±4,26 года). Все пациенты имели II-III степень активности заболевания (СОЭ-37,86±1,45 мм/час, СРБ – 15,63±1,23 мг/л). Все пациенты принимали различные глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон, метилпреднизолон), иммунодепрессанты (метотрексат, азатиоприн, эндоксан). Перед применением препарата все пациенты обследовались на наличие скрытой инфекции, гепатита В и С, а также проводилось иммунологическое исследование венозной периферической крови. Актемра назначалась на 2-7 дни пребывания в стационаре после всестороннего клинико-иммунологического обследования с целью выявления противопоказаний согласно инструкции к применению. Препарат вводится инфузионно в 100 мл 0,9% физ. Раствора в дозе 80 или 200 мг в зависимости от степени активности без использования предикации в течении 1 часа. Во время введения препарата каких-либо реакций не отмечалось. В день введения актемры другие препараты не вводились. Всем больным проводилосьиммунологическое исследованиевенозной периферической крови.У обследованных в иммунном статусе определялись общее количество лимфоцитов,субпопуляции CD 3, CD 20, CD 4, CD 8, CD 16, CD 25, CD 95,CD 23, показатель CD4/CD8. Выделение лимфоцитов из венозной крови проводили по методу BoyumA.(1991) в градиенте плотности фиколл-верографина. Иммунологические исследования проводились изучением количественного определения лимфоцитов с фенотипом CD3, CD4, CD8, CD16, CD20,CD 23, CD 25, CD 95, с помощью моноклональных антител серии LT (ТОО «Сорбент», Москва, Россия). Контролем служили иммунные показатели 20 практически здоровых лиц. Статистическая обработка выполнена при помощи пакета программ Exel, достоверность полученных величин определялась при помощи t критерия Стьюдента. Достоверным считался показатель $p<0,05$. Отмечается снижение относительного показателя лимфоцитов с 31,07±1,27% до 27,26±1,78% и абсолютного числа лимфоцитов с 2043,49±130,78 до 1745,29±152,67, что свидетельствует о развитии

лимфопении по сравнению с показателем здоровых лиц (30,1±1,1 и 2043±147 соответственно), причем отмечается тенденция к достоверному снижению как относительного, так и абсолютного числа лимфоцитов. Выявляется тенденция к повышению относительного показателя Т-лимфоцитов (CD3) с 42,49±0,69% до 44,17±1,12%, но нормализации, при сопоставлении с показателем здоровых лиц (57,5±1,6%), не происходит. А абсолютный показателей Т-клеток, наоборот, снижается с 945,27±51,76 до 793,28±68,26 по сравнению со здоровыми лицами (1189±89). А относительный показатель В-клеток (CD20) достоверно снижается с 27,12±0,52% до 20,12±1,47%, что даже ниже показателей здоровых лиц 449±37, p<0,01. Уровень относительного показателя CD4 повышается с 27,21±0,32% до 32,04±0,78%, полной нормализации до уровня здоровых лиц не происходит (36,2±1,03%). А вот абсолютный показатель продолжает снижаться с 697,89±30,58 до 601,56±41,37 по сравнению со здоровыми 752±61,p<0,01. Относительный показатель CD8 повышается с 24,35±0,47% до 32,04±0,78% и приближается к показателям здоровых 36,2±1,03%. Абсолютный показатель CD8 снижается с 554,78±41,23 до 471,00±25,26. Приближаясь к показателям здоровых лиц 475±42. Иммунорегуляторный показатель CD4 /CD8 повышается с 1,16±0,04 до 1,25±0,08, но не достигает уровня здоровых лиц 1,56±0,01(p<0,01). Уровень относительного показателя естественных киллеров CD16 снижается с 21,04±0,79% до 14,51±1,07%, но не достигает уровня здоровых лиц (11,9±0,8%, p<0,05). Абсолютный показатель снижается с 598,76±30,52 до 312,78±31,74, но достигает уровня здоровых лиц 286±27,p<0,05). Отмечается снижение относительного показателя CD25 с 22,39±0,36% до 21,02±0,31% и приближается к уровню здоровых лиц 20,1±0,7%. А относительный показатель CD95, наоборот, повышается с 24,77±0,65% до 27,66±1,54%, приближаясь к уровню здоровых лиц 28±1,1%.А относительный показатель CD23 (фактор аллергизации) также снижается с 20,73±0,35% до 18,48±1,68%, приближаясь к уровню здоровых лиц 16,83±0,43%. Согласно полученным результатам выявляется недостоверная тенденция к лифопении, и тенденция к нормализации относительного уровня Т-лимфоцитов (CD3), но отмечается снижение абсолютного показателя CD3-лимфоцитов. Аналогичные изменения уровня относительного и абсолютного показателей CD4 и CD8, а как следствие – достоверная выраженная тенденция к нормализации иммунорегуляторного индекса CD4 /CD8. Из данных таблицы видно, что имеется существенная достоверная разница между показателем В-клеток до и после леченияактемрой, уровнем киллеров иCD23+,% (фактором аллергизации). Полученные данные свидетельствуют об иммунокорригирующем действии препарата. Происходило снижение относительного показателя CD23+ до уровня показателей здоровых лиц, снижение уровня киллерной активности, а также снижения показателей CD8+.

Это обусловлено тем, что актемра избирательно связывается и подавляет как растворимые, так и мембранные рецепторы ИЛ-6 (sIL-6R и mIL-6R). ИЛ-6 вырабатывается различными типами клеток (в первую очередь Т-лимфоцитами) и участвует в паракринной регуляции системных физиологических и патологических процессов таких, как: стимуляция секреции Ig; активация Т-лимфоцитов; стимуляция выработки белков основной фазы в печени; стимуляция гемопоэза; участвует в патогенезе воспалительных заболеваний. А общепризнанным является факт влияние цитокинов на показатели клеточного звена иммунитета. Следовательно, актемра влияет показатели активности процесса и показатели клеточного иммунитета.

Ключевые слова: актемра, генно-инженерные препараты, иммунный статус, аутоиммунные заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НОВОЙ МАЗИ ИЗ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА ЧЕРЕДЫ НА МЕСТНОЙ ОСНОВЕ И ВАЗЕЛИНЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хатамов Х.М., Суяров А.А., Зиядуллаев Ш.Х., Муталов Б.Б.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,

Самаркандский Государственный Медицинский Институт.

Атопический дерматит (АтД) – одно из наиболее распространенных в мире кожных заболеваний у детей, причем в последние годы отмечается тенденция к его тяжелому клиническому течению. За последние 30 лет заболеваемость атопическим дерматитом на 2-10% выросла у взрослых, и на 10-30% - у детей. АтД является первым проявлением «атопического марша» и значимым фактором риска развития бронхиальной астмы у детей, так как его патоморфоз характеризуется не только локальным воспалением кожи, но и системным иммунным ответом с вовлечением в процесс респираторного тракта.Основные средства при воспалении кожи - глюкокортикоиды. При длительном применении их безопасность и эффективность не установлена, а возможность побочных эффектов достаточно высоко. Перспективными в этом отношении являются лекарственные средства растительного происхождения. Но очень мало препаратов растительного происхождения применяется при лечении атопического дерматита. Поэтому поиск новых веществ растительного происхождения в местном основе с фармакологической активностью для лечения АтД чрезвычайно важен. Оценена эффективность мази на местной гидрофобной основе по сравнению с основой вазелина из густого экстракта череды при экспериментальном контактном дерматите у морских свинок. Для проведения эксперимента использовали 18 морских свинок массой 350-400 гр. Экспериментальных животных распределили на 3 групп по 6 животных в каждой:1-группа контроль, 2-группа 3% мазь, полученная из густого экстракта череды на новой гидрофобной основеи 3-группы 3% густого экстракта череды приготовленые на основе вазелина. Мазь готовили на гидрофобной основе, полученной методом ферментативной переэтерификации подсолнечного масла и внутреннего пленочного говяжьего жира в массовом соотношении 1:1,5 с добавлением густого экстракта череды трехраздельной и сухого экстракта корня солодки, в массовом соотношении 1:1, растворенного в 6 мл 70%-этилового спирта, которую смешивают с мазевой основой в массовом соотношении 1:22,5. Аллергический контактный дерматит (АКД) вызывали двухкратной аппликацией 5% спиртово-ацетонового 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ) на морских свинках по методу Е.Я. Ивлевой и П.М. Залкан (1965). Очаг сенсибилизации создавали на участке спины площадью 3х3 см² с которого предварительно удаляли шерстной покров. ДНХБ наносили на участок кожи в дозе 0,1 мл 5% спиртово-ацетонового раствора (2:1). Животным с АКД через сутки после второй аппликации аллергена наносили изучаемые лекарственные препараты. Лечение препаратом проводили каждый день в течение 11 дней. За развитием дерматита наблюдали в динамике на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 сутки после последней аппликациии аллергена. После нанесения аллергена наблюдали за толщиной кожной складки, толшинукоторой измеряли микрометром. Вышеуказанные мази наносили животным по схеме 1 раз в день в одно и тоже время в течении 11 дней. Наблюдения за изменениями кожных покрововпроводили на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 дни лечения, после последнего применения аллергена 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ). С 1-го дня началось нанесение мази на область кожи животных, с аллергическим

дерматитом. Тяжесть воспалительных проявлений кожи оценивали в баллах по И.В. Кутузова (1996). балла – отсуствие реакции; 0,5 балла – проявление изолированных красных пятен; балл – диффузно-умеренная гиперимия; балла – четкая гиперимия и отечность; балла – резкое покраснение и значительный отек; балла – образование геморрагических корок; балла – образование обширных язв; Проявления контактного аллергического дерматита развивались постепенно, и в 1-й группе (контрольная группа). Эта группа никакие препараты не принимала, максимальное развитие аллергического воспаления достигалось на 3-й день (1-й день 0,6±0,1 балла, 3-день 4,6±0,2 балла), и этот процесс до 11 го дня почти не изменился (5-й день - 4,3±0,3 балла, 7-й день 4,4±0,4 балла, 9-й день 4,0±0,4 балла, 11-й день 4,0±0,4 балл). При этом сумма баллов в этой группе животных составила 21,9 балла. В 2-йгруппе животных (3% мазь, полученная из густого экстракта череды на гидрофобной основе) максимальное развитие аллергического воспаления достигало на 3-й день (1-й день 0,6±0,1 балла, 3-й день 4,6±0,3 балла) и с 7-го дня постепенно достоверно начало уменьшаться (5-й день 4±0 балла, 7-й день 3,2±0,2 балла, 9-й день 2,5±0,1 балла, 11-й день 1,5±0,1 балла), по сравнением показатетелями контрольной группы, а сумма баллов составила 16,2. В 3-й группе животных (3% мазь, полученная из густого экстракта череды на основе вазелина) максимальное развитие аллергического воспаления наблюдалось на 3-й день(1-й день 4,3±0,3, 3-й день 4,3±0,3 балла). И с 7-го дня постепенно достоверно стало уменьшатся (5-й день 4,2±0,1 балла, 7-й день 3,2±0,2* балла, 9-й день 2,3±0,2* балла, 11-й день 1,75±0,2 *день) по сравнению с показателями группы контроля. Сумма баллов составила 16,4. Рост толщины кожной складки у животных в группе контроля постепенно увеличивался, и максимальный уровень наблюдался к 7-му дню наблюдения (исход-0,27±0,02 см, 1-й день 0,43±0,02 см, 3-й день 2,36±0,1 см, 5-й день 2,9±0,16 см, 7-й день 3,0±0,2 см) начиная с 9-го дня толшина складки начала снижаться (9-й день 2,3±0,1 см, 11-й день 1,6±0,1 см). Во 2-й группе животных рост толщины складки увеличился до 5-го дня наблюдения, и с 7-го дня начала постепенно достоверно уменьшаться по сравнению с показателями контрольной группы (исход-0,25±0,02 см, 1-й день 0,43±0,01см, 3-й день1,42±0,01 см, 5-й день 2,87±0,1 см, 7-й день 1,65±0,1 см, 9-й день 1,3±0,07 см, 11-й день 0,83±0,06 см).У животных 3-й группы средний размер кожной складки увеличивался с 1-го до 5-го дня (исход-0,21±0,02 см, 1-й день 0,45±0,02 см, 3-й день 1,5±0,08 см, 5-й день 2,76±0,2 см), и начал достоверно снижаться с 7-го дня по отношению к показателям контрольной группы(7-й день 1,91±0,1*см, 9-й день 1,33±0,02*см и 11-й день 0,8±0,02*см). Визуальное наблюдение показало, что эффективность примененных 3% мазейгустого экстракта череды на новой местной основе и вазелиновой основе одиноково действует при экспериментальном контактном аллергическим дерматите. При измерении толщины кожной складки так жевыявлена одинаковое снижениеинтенсивности воспалительного процесса кожи при лечении контактного аллергического дерматита мазями на разных основах в обеих группах экспериментальных животных.

Ключевые слова: густой экстракт череды, морские свинки, эксперимент, 2,4-динитрохлорбензол, аллергический контактный дерматит, кожная складка, гидрофобная мазь, вазелин.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА В ВИДЕ МАЗИ ИЗ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА ЧЕРЕДЫ ТРЕХРАЗДЕЛНОЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хатамов Х.М., Суяров А.А., Исмаилов Ж.А., Зиядуллаев Ш.Х., Муталов Б.Б.

Институт иммунологии и геномики человека академии наук Республики Узбекистан, Самаркандский государственный медицинский институт

Исследовано влияние новой мази густого экстракта на местной основе на кожу морских свинок при контактном аллергическим дерматите. Эксперимент проводен на 4 группах по 6 животных. Аллергический контактный дерматит вызывали раствором 2,4-динитрохлорбензола. Установлено, что из трехдозировок: 3%, 5% и 7% новой гидрофобной мази на основе густого экстракта череды из местного сырья установлено, что 5% мазь более эффективно действует при лечении контактного аллергического дерматита чем другие дозировки. Наружная терапия играет главную роль в лечении и профилактике атопического дерматита. Топические глюкокортикостероиды широко принимают при лечении атопического дерматита. При длительном ихприменении иногда наблюдаются побочные эффекты в видеатрофии кожного покрова в месте постоянного нанесения мази, а когда лекарство попадает на лицо, вокруг рта и на подбородке могут появиться прыщи; появление сосудистых звездочек и расширенных кровеносных сосудов; временное обесцвечивание кожи, атрофия кожного покрова в месте постоянного нанесения гормональной мази, появление стрий – багрово-красных полосок, напоминающих растяжки и др .Перспективными в этом отношении являются лекарственные средства растительного происхождения. Но очень мало препаратов растительного происхождения применяется при лечении атопического дерматита. Поэтому поиск новых веществ растительного происхождения с фармакологической активностью для лечения АтД чрезвычайно важен. Узбекистан богат запасами травы череды трехраздельной. Их настойки давно используются в народной медицине при лечении кожных заболеваний. Если бы были созданы мази на основе биологически активных веществ этих растений, лечение кожных заболеваний было бы целенаправленным. Изучено действие нового отечественного препарата в виде 3%, 5% и 7% гидрофобной мази густого экстракта череды в лечении экспериментального аллергического дерматита. Для проведения эксперимента использовали 24 морских свинки массой 350-400 гр. Экспериментальных животных распределили на 4 группы по 6 животных в каждой: 1-группа контроль; 2-группа 3% мазь, полученная из густого экстракта череды на новой гидрофобной основе; 3-группа 5% мазь, полученная из густого экстракта череды на новой гидрофобной основе; 4-группа 7% мазь, полученная из густого экстракта череды на новой гидрофобной основе; Аллергический контактный дерматит (АКД) вызывали двухкратной аппликацией 5% спиртово-ацетонового 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ) на морских свинках массой 300-400 гр по методу Е.Я. Ивлевой и П.М. Залкан (1965). Очаг сенсибилизации создавали на участке спины площадью 3х3 см² с которого предварительно удаляли шерстной покров. ДНХБ наносили на участок кожи в дозе 0,1 мл 5% спиртово-ацетонового раствора (2:1). Животным с АКД через сутки после второй аппликации аллергена наносили мазь из сухого экстракта корня солодки. ДНХБ-сильный аллерген, имеющий высокую проникающую способность при нанесении на кожу и провоцирующий развитие выраженной воспалительной реакции аллергической природы, которая по

клиническим признакам является адекватным проявлением аллергического дерматита у человека. За развитием дерматита визуально наблюдали в динамике на 1,3,5,7,9 и 11-й дни эксперимента. Вышеуказанные мази наносились животным всех групп, по схеме 1 раз в деньв одно и тоже время в течении 11 дней. Наблюдения за изменениями кожных покровов велись на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 дни лечения после последнего применения аллергена 2,4-ДНХБ. Проявления контактного аллергического дерматита развивались постепенно, и в 1-группе (контрольная группа). Эта группа никакие препараты не принимала, максимальное развитие аллергического воспаления достигалось на 3-й день (1-й день 0,6±0,1 балла, 3-йдень 4,6±0,2 балла, 5-й день 4,3±0,3 балла, 7-й день 4,4±0,4 балла, 9-й день 4±0,4 балла, 11-й день4,0±0,4 балла) и этот процесс до 11-го дня почти не изменился. При этом сумма баллов в этой группе животных составила 21,9 балла. Во 2- группе животных (3% мазь, полученная из суммы флавоноидов на гидрофобной основе) максимальное развитие аллергического воспаления достигало на 3-й день (1-й день 0,6±0,1 балла, 3-й день 4,6±0,3 балла, 5-й день 4±0 балла) и с 7-го дня постепенно достоверно начало уменьшаться (7-й день 3,2±0,2 балла, 9-й день 2,5±0,1 балла, 11-йдень 1,5±0,1 балла), сумма баллов составила 16,2. В 3-группе животных (5% мазь, полученная из суммы флавоноидов на гидрофобной основе) максимальное развитие процесса воспаления наблюдалось на 3-й день (1-й день 0,6±0,1 балла, 3-й день 4,6±0,3 балла, 5-й день 3,8±0,1 балла), и с 7-го дня от начала лечения достоверно уменьшалось (7-й день 2,8±0,1 балл, 9-й день - 1,5±0,2 балла, 11-й день 0,36±0,2 балла) и сумма баллов составила 13,6. В 4-группе животных (7% мазь, полученная из суммы флавоноидов на гидрофобной основе) максимальное развитие процесса наблюдалось за 3 дня (1-й день 0,7±0,1 балла, 3-й день 4,5±0,3 балла, 5-й день 3,9±0,1 балла), и с 7-го дня от начало лечения достоверно уменьшалось (7-й день 2,7±0,1 балла; 9-й день 1,6±0,2 балла; 11-йдень 0,37±0,2 балла) и сумма баллов составила 13,8. Все дозировки: 3%, 5% и 7% - новой гидрофобной мази на основе суммы флавоноидов из местного сырья достоверно снижают интенсивность аллергического воспалительного процесса кожи в эксперименте. Из этих трех дозировок мазей выбрана самая оптимальная дозировка 5% маза для лечения контактного аллергического дерматита.

Ключевые слова: густой экстракт череды, морские свинки, эксперимент, 2,4-динитрохлорбензол, аллергический контактный дерматит, кожная складка, гидрофобная мазь.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ МАЗИ КОРНЯ СОЛОДКИ В СРАВНЕНИИ С ПСИЛО-БАЛЬЗАМОМ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ АЛЛЕРГИИ

Хатамов Х.М., Суяров А.А., Зиядуллаев Ш.Х., Муталов Б.Б.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,

Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Синтетические препараты широко применяют при лечении атопического дерматита. При длительном применении их безопасность и эффективность не установлена, а возможность побочных эффектов достаточна высока. Перспективными в этом отношении являются лекарственные средства растительного происхождение. Но очень мало препаратов растительного происхождения применяется при лечении атопического дерматита. Поэтому поиск новых веществ растительного происхождения с фармакологической активностью для лечения АтД чрезвычайно важен. Корень солодки является ценным лекарственным сырьем. Препараты на его основе обладают широким спектром биологической активности. Механизм противовоспалительного действия солодки связывают со стимулирующим влиянием глициризиновой кислоты на кору надпочечников. Именно это фармакологические свойство растения считается наиболее важным. Целью исследования явилось изучить различные дозы гидрофобной мази из сухого экстракта корня солодки по сравнению с антигистаминным препаратом псило-бальзам. Был изучен процесс получения гидрофобной основы для мазей с помощью ферментативной переэтерификации растительных масел и животных жиров из местного сырья, а также изучены физико-химические свойства. Из сухого экстракта корня солодки иполученных из местного сырья растительных масел и животных жиров биотехнологическим методом была получена новая гидрофобная мазь с основными свойствами и разработана технология получения в 1%, 3%, 5% соотношения. Аллергический контактный дерматит (АКД) вызывали двухкратной аппликацией 5% спиртово-ацетонового 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ) на морских свинках массой 300-400 гр по методу Е.Я. Ивлевой и П.М. Залкан (1965). Очаг сенсибилизации создовали на участке спине площадью 3х3 см² с которого предварительно удаляли шерстной покров. ДНХБ наносили на участок кожи в дозе 0,1 мл 5% спиртово-ацетонового раствора (2:1). Животным с АКД через сутки после второй аппликации аллергена наносили текушего доза маза из сухого экстракта корня солодка. Экспериментальных животных разделили на 5групп по 6 животных в каждой. Каждая группа получала соотвествующую мазь. 1 группа – интактный контроль; 2 группа – 1% мазь из сухого экстракта корня солодки; 3 группа –3% мазь из сухого экстракта корня солодки;4 группа – 5% мазь из сухого экстракта корня солодки;5 группа – наносилиантигистаминный препарат- псило-бальзам; За развитием дерматита наблюдали в динамике на 1,3,5,7,9 и 11- дни. Вышеуказанные мази наносились животным всех групп, по схеме 1 раз в день в течение 11 дней. Наблюдения за изменениями кожных покровов велись на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 дни лечения, после последнего применения аллергена 2,4-динитрохлорбензол (ДНХБ).Степень развития тяжести дерматитов оценивали общим состоянием и течением аллергического процесса на коже: визуально. С 1-го дня началось нанесение мази на область кожи животных, с аллергическим дерматитом. Тяжесть воспалительных проявлений кожи оценивали в баллах по И.В. Кутузова (1996).

0балла – отсутствие реакции;

0,5 балла – проявление изолированных красных пятен;
1балла – диффузно-умеренная гиперемия;
2балла – четкая гиперемия и отечность;
3балла – резкое покраснение и значительный отек;
4балла – образование геморрагических корок;
5балла – образование обширных язв;

В 1-день наблюдения у животных 1-й группы (группа контроля) были выявлены ограниченные красноватые пятна, у некоторых с диффузной гиперемией, состояние оценивалось в среднем 0,6±0,1 балла. На 3-й день на коже были обнаружены острая гиперемия, отек, геморрагические корки и крупные язвы, в среднем 4,6±0,2 балла. Состояние на пятый день было схоже с третьим днем наблюдения, в среднем составило 4,3±0,3 балла. На 7-, 10- и 13-день указанные изменения сохранялись и составили 4,4±0,4, 4,0±0,4 и 4,0±0,4 соответственно. Общий балл этой группы составил 21,9. В 2-й группе (1% мазь), в 1-день, у некоторых животных наблюдались красноватые ограниченные пятна и небольшая диффузная гиперемия, в среднем 0,6±0,1 балла. К 3-му дню процесс протекал остро, с покраснением, отеком, геморрагическими корками и язвами, и оценивался в 4,7±0,2 балла. Аналогичная ситуация наблюдалась на 5- и 7-дни(5-день 4,6±0,2, 7-день 4,3±0,2 балла). Только на 9-й день наблюдалась четкая гиперемия и отек, в среднем 3,0±0,2* балла, и с этого дня началось достоверное снижение в сравнении с контрольной группой. К 11-му дню наблюдались ограниченные красные пятна и легкая диффузная гиперемия, в среднем 1,8±0,2* балла. Общий балл составил 19,0. У животных 3-й группы нашего эксперимента в 1-й день были обнаружены покраснение и незначительная гиперемия, в среднем 1,1±0,2 балла. На 3-й день процесс был острым, с покраснением, отеком, геморрагическими корками и язвами, в среднем 4,8±0,1 балла. На 5-й день процесс несколько ослаблялся, с явной гиперемией, отеком, сильным покраснением и геморрагическими корками, и небольшими язвами, оцениваемой в 4,1±0,3 балла. К 7-дню наблюдения состояние кожи улучшилось, были обнаружены легкая диффузная гиперемия, явная гиперемия, сопровождающиеся отеком и сильным покраснением, что в среднем составило 3,3±0,3* балла. С этого дня показатели данной группы начали достоверно снижаться по сравнению с группой контроля. К 9-му дню отмечались ограниченные красные пятна, слегка диффузная гиперемия и явная гиперемия с отеком, что составляло в среднем 2,3±0,2* балла. К 11-му дню кожа у двух животных полностью восстановилась - реакции не было, красные ограниченные пятна у одного подопытного, умеренная диффузная гиперемия у двух и явная гиперемия была установлена в одном случае, со средним баллом 1,7±0,3*. Общий балл составил 17,3. В наблюдениях за животными 4-й группы, в 1-й день не было никакой реакции на коже у одного животного, у остальных пяти животных обнаружены ограниченные красные пятна, что оценивалось в 0,8±0,1 балла. На 3-й день произошло резкое изменение с резким покраснением, отеком, геморрагическими корками и язвами, в среднем 4,6±0,2 балла. Начиная с 5-го дня кожа животных улучшилась, наблюдались гиперемия, отек и сильное покраснение, которые оценивались в 3,6±0,4* балла. С этого дня началась достоверная динамика по сравнению с контрольной. К 7-му дню кожа животных имела небольшую диффузную гиперемию, отчетливую гиперимию, отек, в среднем 2,7±0,2* балла. К 9-му дню кожный покров одного животного полностью восстановился - никакой реакции, у остальных пяти были ограниченные красные пятна, оцененные в 0,8±0,3* балла. На 11-й день кожа

четырех животных полностью восстановилась, у одного - ограниченное красное пятно и еще у одного - диффузная гиперемия, в среднем 0,36±0,2* балла. Общий балл составил 12,9. В 1-й день нашего наблюдения у подопытных животных 5-й группы отмечались ограниченные красные пятна и гиперемия со средней оценкой 0,7± 0,1, а на 3-й день на коже животных наблюдался отек, а у некоторых геморрагические корки и небольшие раны, что в среднем составило 4,8±0,2 балла. На 5-й день эксперимента у всех животных выявлена гиперемия, отек, сильное покраснение, геморрагические корки и крупные язвы, оценённое в среднем 5,0±0 балла. К 7-дню аллергическое воспаление на коже животных уменьшилось, наблюдалась небольшая гиперемия, отек, сильное покраснение, геморрагические корки и небольшими раны, в среднем 4,4±0,2 балла. К 9-му дню процессы заживления кожи имели положительную тенденцию, отмечались резкое покраснение, отек, геморрагические корки и в среднем 3,2±0,2* балла. С этого дня показатели начали достоверно уменьшатся по сравнению с контрольной группой. На 11-е сутки наблюдения на коже 2 животных отмечались диффузная гиперемия, у 2- выражена явная гиперемия и отек, у 2-резкое покраснение и небольшой отек, что было оценено в среднем 2,3±0,2* балла. Общий балл составил 20,4. Было установлено, что применение мазей, полученных из сухого экстракта корня солодки из местного сырья в разных 1%, 3% и 5% дозах эффективно действует по сравнению с антигистаминным препаратом псило-бальзам. Более эффективна, действует 5% мазь сухого экстракта корня солодкипо сравнению с другими дозами препарата.

Ключевые слова: сухой экстракт корня колодка, морские свинки, эксперимент, 2,4 динитрохлорбензол, аллергический контактный дерматит, кожная складка, гидрофобная мазь.

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ ВОП

Зияева И.Д., Назарова Г.У., Бахрамов С.Т., Рахматова М.М., Зияев И.П.

Андижанский государственный медицинский институт

Информационно-коммуникативные технологии являются необходимым атрибутом и требованием для работы и обучения современных ВОП. Не смотря на это, на данный момент среди старшевозрастных групп ВОП реального опыта общения в социальных сетях и нахождения достоверных источников интернет-информации нет. Поэтому информированность и целенаправленное использование интернета является ключевым звеном при дистанционном обучении старшевозрастных групп врачей общей практики. Целью нашего исследования явилась оценка использования информационно-коммуникативных технологий ВОП при дистанционном обучении на базе кафедры повышения квалификации ВОП при АГМИ. К концу короткого дистанционного обучения в периоде с 17 марта по 31 марта 2020 года врачей общей практики при кафедре повышения квалификации и переквалификации врачей общей практики Андижанского государственного медицинского института был проведён тест – анкетирование дистанционно обученных врачей общей практики. Общее количество анкетированных врачей общей практики было 45 человек. Из них 17 (37,8%) врачей общей практики были в возрасте старше 50 лет, а остальные 28 (62,2%) врачей общей практики - были в возрасте младше 50 лет. Вопросы были в основном о пользовании социальными сетями и использованию интернет сайтов источников информаций медицинского направления. По ходу анкетирования выяснилось, что только 2 (4,4%) из 45 врачей общей практики не пользуются интернет-сайтами и впервые использовали социальные сети. Однако, из всех остальных 43 (95,6%) врачей общей практики, пользующихся интернетом и использующих интернет-сайты источников информации медицинского назначения только 9 (21%) смогли указать на конкретный сайт (www medical.ru, www med.uz, www minzdrav.uz, medlife.uz). Все остальные врачи общей практики в количестве 34 (79%) старше 50 лет, которые имели доступ в интернет и социальные сети не имели четкого представления о существующих достоверных медицинских сайтах и использовали в основном мнения и рассуждения авторитетных людей первой же странички попавшегося сайта (в ответах ограничились лишь названиями общих поисковых сетей Google, Яндекс, не имея разграничения между понятиями поисковая сеть и сайт).

1. Стоит расширить познания врачей общей практики в выборе достоверных медицинских сайтов и пользования интернет ресурсами.
2. Научить врачей общей практики критическому подходу к информациям медицинского значения различных сайтов.
3. До начала дистанционного обучения необходимо обучить старшевозрастной контингент врачей общей практики по поиску достоверных источников информации в интернете на базах кафедры института.
4. Ознакомить старшевозрастной контингент врачей общей практики с глоссарием средств коммуникаций и социальных сетей
5. Дать понятия об этике поведения в социальных сетях.

Ключевые слова: врачи общей практики, интернет, сайт, информация, возраст.

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Зияева И.Д., Назарова Г.У., Бахрамов С.Т., Зияев И.П.

Анижанский государственный медицинский институт

Врач должен учиться всю жизнь – такова специфика этой профессии. В связи с существующими организационными проблемами (пандемия COVID-19, существующий до самоизоляции дефицит кадров в регионах, удалённость от учебных баз, затраты на поездку и проживание) и развитием интернет-коммуникаций вопрос внедрения дистанционного обучения становится возможным и более того, приемлемым методом обучения для дипломированных врачей. Оценить результаты пилотного модуля дистанционного обучения.

45 врачам общей практики, проходящим курсы повышения квалификации на базе кафедры повышения квалификации и переквалификации врачей общей практики Андижанского государственного медицинского института со 2 марта до 31 марта 2020 года на 144 часовой образовательный цикл провели дистанционное обучение во вторую половину цикла в периоде с 17 марта по 31 марта. Для обучения использовалась платформа telegram. Всех обучающихся врачей общей практики и преподавателей включили в закрытую группу. Обучение было разделено на две части: лекционная часть с добавлением видео-, аудио-материалов, иллюстраций и текстовых форм обучающего материала с ежедневными тестами для проверки усвоения материала врачами общей практики. В конце цикла знания обучающихся врачей общей практики проверялись тестовым материалом и самостоятельной работой. Оценивали врачей общей практики по 100 бальной шкале, 70 баллов за тесты и 30 баллов за самостоятельную работу. По итогам дистанционного обучения был проведен опрос, касающийся качества, удобства и полезности данного вида обучения. Бесконтактная форма обучения позволила врачам общей практики быть более активными в дискуссиях и задавать вопросы по непонятным пунктам. Средний балл в последний день обучения составил 87 баллов. Вопросы и ответы в чате не регламентировались временем, обучающиеся врачи общей практики задавали вопросы в любое время суток. По итогам опроса выяснилось, что несмотря на on line режим, у 25 (62,5%) не было «чувства присутствия». Абсолютно все респонденты отметили удобства такого вида обучения, объясняя это с экономией времени и удобным скользящим графиком посещения обучающей платформы без отрыва от трудовой деятельности. 14 респондентов (31,1%) жаловались на объёмность материала, для скачивания которого требовалось больше интернет-трафика. Дистанционное обучение имеет ряд преимуществ в виде сокращения временных и экономических затрат.

1. Дистанционное обучение сравнимо с традиционным образованием по одинаковым результатам усвоения программы.
2. Существует ряд организационных проблем дистанционного обучения, нуждающихся в решении: необходимо совершенствование обучения путем выбора платформы для обучения.
3. Видеоконференции могли бы быть потенциальным решением организационных проблем.
4. Нужно разработать более прозрачный режим оценки полученных знаний, исключающий возможности списывания и обмана.

Ключевые слова: врачи общей практики, обучение, обучающий материал, удобство.

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА БАКТЕРИАЛ ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Ибрагимова Э.Ф., Рустамова Ш.А., Шодиева Д.А., Бахриева З.Д.
Самарканд давлат тиббиёт институти

Ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) тиббиётнинг долзарб муаммоси бўлиб, жаҳон Соғликни Сақлаш ташкилоти берган маълумотларга кўра, йилига 1,5-1,7 млр. ЎИИ инфекцияларизпизодикравишдакузатилади. Буларнингаксарқисмиболаларгатўғри келади. Муаммонинг асосий сабаби шундаки, ўткир ичак инфекциялари кўзғатувчилари 25 тадан ортиқ бўлиб, ўз ичига ҳам бактериал, ҳам вирусли агентларни қамраб олади. Бактериал агентлардан диареянинг энг кенг тарқалган кўзғатувчилари бўлиб, шигеллёз, кампилобактериоз, иерсиниоз, эшерихия коли ва салмонеллёз ҳисобланса ҳам, кўпчилик ҳолларда (70-90%) диарея касаллиги вируслар томонидан чақирилади. Ўткир ичак инфекцияларини даволашнинг асосий усуллари этиотроп даво, патогенетик даво (парҳез, регидратацион терапия, пробиотиклар, энтеросорбентлар, ферментлар, витаминлар, микроэлементлар), симптоматик даво (антидиарей препаратлар, қайт қилишга қарши дори воситалари, оғриқ қолдирувчи препаратлар, метеоризмни бартараф этиш) ҳисобланади. Бактериал ичак касалликлари этиотроп давосида антибактериал дори воситалари қўлланилади. Патогенетик давосида эса смекта ва энтеросорбентларни қўллаш яхши натижа бермоқда (энтеросгель, атоксил, полифепан). Ичак микрофлорасини меъёрлаштириш учун биопрепаратлар тавсия этилган (лактобактерин, бифидумбактерин ва б.). Антидиарей воситалар инвазив, секретор ва осмотик диареяларда буюрилади. Антидиареяли терапия воситаси сифатида энтеросорбентлар, моторика регуляторлар, секреция ингибиторлари, ферментлар, пробиотиклар, метеоризмни бартараф этадиган препаратлар ишлатилади. Моторика регуляторлари лоперамид (имодиум, диасорб, лопедиум, энтеробене, диарол) 2-5 ёшли болаларда қўлланилиши мумкин. Лоперамид ва унинг аналоглари асосан ичакдан сувнинг сўрилиши бузилиши, перистальтика кучайиши билан намоён бўладиган осмотик диареяда қўлланилади. Ҳажми кўп бўлмаган патологик аралашмали (шиллиқ, яшил) ахлат билан характерланадиган инвазив диарея турида (шигеллёз, сальмонеллёз) лоперамид самарадорлиги пасаяди. 2 ёшгача бўлган болаларда ахлатда қон бўлса препаратни қўллаш ман қилинади, чунки атопик ичак бузилиши, ичакдан қон кетиши ривожланиши мумкин. Секретор диареяли беморларда лоперамидни 1-2 марта қўллаганда самара кузатилмаганда ёки ахлатнинг 10-15 мартадан суткасига 2-3 мартага сонининг камайиши бу препаратни қўллаш мақсадсизлигини, чунки асоратлар ривожланиши мумкинлигини кўрсатади. Энтеросорбентлар (смекта, фильтрум, энтеросгель, энтеродез) ва пробиотиклар (энтерол, бифиформ) кучли ва тез антидиареяли самарага эга. Метеоризмда комбинирланган препаратлар (зимоплекс, панкреофлот) тез самара беради. Бу препаратларни бемор ёшига боғлиқ бўлмаган ҳолда барча турдаги диареяларда, метеоризм симптомлари кучли ривожланганда қўллаш мумкин. Бироқ бу препаратларни икки ёшгача бўлган болаларга буюриш амалиётда тавсия этилмаган. Бу ҳолатлар бактериал диареялар патогенетик давосида 2 ёшгача бўлган болаларда янгича замонавий ёндашувни тақозо этади. Охирги йилларда ичак касалликларини патоненетик даволашда айрим биопрепаратлар ва кальций дори воситаси қўлланилмоқда. ЖССТ томонидан, таркибида lactobacillus rhamnosus ва saccharomyces boulardi сақловчи препаратлар ўткир ичак инфекциялари давосида

самарадорлиги айтиб ўтилган. Бу пробиотиклар антимикроб ва антитоксик таъсир кўрсатади. Пробиотиклар ичак шиллиқ қаватида муцин ишлаб чиқарилишини кучайтириб, барьер фаолиятини мустаҳкамлайди. Токсик моддалар учун ичакларнинг секретор фаолиятини пасайтириб, эпителийнинг тикланишини тезлаштиради. Натижада ичак безларидаги секрецияни камайтириб, силлиқ мушак тонусини пасайтиради, ошқозон ва ичаклар ҳаракатини камайтиради. Мутахассислар фикрига кўра, бу восита ичакларда сув ва электролитларнинг гиперсекрециясини камайтириб, базал секретор фаолликка таъсир этмайди. Натижада тезда антидиарей таъсир этиб, ичак транзитининг давомийлигига салбий таъсир этмайди, диарея жараёнига барҳам беради. Препаратнинг айнан шу таъсири касалликни даволашда яхши ёрдам беради. Тадқиқот мақсади болаларда бактериал диареялар давосида замонавий ёндашув самарадорлигини аниқлашдан иборат. Шу мақсадда биз «Ўткир ичак инфекцияси, гастроэнтероколит тури. Номаълум этиологияли» ташхиси билан хасталанган 144 беморни кузатувостига олдик. Кузатув остига олинган беморларда эпидемиологик, клиник, лаборатор текширувлар ўтказилди. Лаборатор текширувлар умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий ахлат таҳлили, ахлат бактериологик таҳлилини ўз ичига қамраб олади. Беморларга касаллик ташхиси клиник, эпидемиологик ва лаборатор маълумотлар асосида қўйилди. Беморларни ёш бўйича тақсимланганда бир ёшгача бўлган болалар 45%, бир ёшдан икки ёшгача бўлган болалар - 32%, икки ёшдан уч ёшгача булган болалар - 23% ни ташкил қилди. Беморларнинг барчасида касаллик йилнинг иссиқ ойларида кузатилди (ёз-куз ойларида). Уларда касалликнинг келиб чиқиш сабаблари сўраб суриштирилганда турли омилларни келтиришди: 12,5% беморларнинг оналари овқат рационига қўшимча аралашмаларни қўшгандан сўнг келиб чиққанлигини, 26,7% беморлар бола овқат рационини кўпол ўзгартириши натижасида келиб чиққанлигини, 5,6% юқори нафас йўллари касалликларидан сўнг келиб чиққанлигини таъкидлашди. 7,8% оддий гигиеник чораларга амал қилмаганлиги натижасида келиб чиққанлигини, қолган беморлар касалликнинг нимадан сўнг кузатилганлигини аниқ айтиша олишмади. Беморларнинг овқатланиш тури таҳлил этилганда, 56% беморлар сунъий овқатланишда, 45% беморлар табиий овқатланишда, 20% беморлар аралаш овқатланишда эканлиги маълум бўлди.

Беморлар касалликнинг оғирлик даражасига кўра қуйидагича тақсимланди:

1. Касалликнинг енгил шакли - 23,5%;
2. Касалликнинг ўртача оғирликдаги шакли - 58,3%;
3. Касалликнинг оғир шакли - 18,2% беморларда қайд этилди.

Беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди:

1. Асосий гуруҳ-72 бемор;
2. Назорат гуруҳи-72 бемор.

Асосий гуруҳдаги 3 ойгача бўлган болалар 43%, 1- 2 ёшдаги болалар - 26,7%, 2-3 ёшдаги болалар 30,2% ни ташкил этди. Стационар даволанишга беморлар касалликнинг 1-2 кунлари мурожаат этишган. 23% ҳолда беморлар касалликнинг 3-куни шифохонага тушишган. Касаллик бемор болаларнинг барчасида ўткир бошланган: тана ҳароратининг 37,5-39°С гача кўтарилиши, инжиқлик, эмишдан бош тортиш, ичининг суюқ ҳолда, шиллиқли ўтиши кузатилган. Шифохонадаги беморларнинг 62,5% изида касаллик ҳолсизлик, кўп марталик қусиш билан бошланган (5 мартагача). Қусиш билан бирга касалликнинг эртаси куни ичининг суюқ ҳолда сувсимон, суткасига 3-4 мартадан, 10 мартагача ўтиши аниқланган. Ахлат характери суюқ, сувсимон, бироз кўпиксимон, сариқ-

яшилранггаэгаэди. Асосий гуруҳдаги беморлар базис терапияга қўшимча равишда (орал регидратация, парентерал регидратацион терапия, парҳез, этиотроп препаратлар - гентамицин, амикацин, цефалоспоринлар гуруҳи антибиотикларидан - цефазолин, цефтриаксон, цефотаксим, цеффаст, цефтизидим, цефоперазон, патогенетик терапия, ферментлар, симптоматик препаратлар) таркибида saccharomyces boulardicaқловчи “Энтерол” дори воситасини ахлат характери ва сони меъёрга келгунча қабул қилишди. “Энтерол” дори воситасипорошок ва капсула тариқасида ишлаб чиқарилиб, эрта ёшдаги болаларга туғилгандан буюрилади. Бу восита эрта ёшдаги болалар аралашмасига аралаштирилиб ёки сув билан биргаликда қабул қилинди. Назорат гуруҳида ҳам 72 бемор бўлиб, уларга фақат комплекс терапия тайинланди (орал регидратация, парентерал регидратацион терапия, парҳез, этиотроп препаратлар - гентамицин, амикацин, цефалоспоринлар гуруҳи антибиотикларидан - цефазолин, цефтриаксон, цефотаксим, цеффаст, цефтизидим, цефаперазон, патогенетик терапия, ферментлар, симптоматик препаратлар). Асосий гуруҳдагибеморларданазорат гуруҳига нисбатан интоксикация жараёнининг тезда барҳам топиши ва ошқозон ичак тизимидаги патологик ўзгаришларнинг қисқа муддатда тикланиши юз берди. Даволанишнинг 2-куни интоксикация белгилари 73% бемордакамайди, касалликнинг 3-куни 93% бемордаижобийўзгариш юз берди. Шу билан биргаликда ахлат таркибининг яхшилануви ҳам рўй берди. Ахлатнинг қуюқлашуви, рангининг ўзгариши, таркибида шиллиқ миқдорининг камайиши юз берди. Назорат гуруҳидагиларда эса бу кўрсаткич 70% ни ташкил этди. “Энтерол” дори воситасини қабул қилаётган гуруҳда ахлат меъёрлашуви тезда юз берди, сувсизланиш белгилари тез барҳам топди. Касалликнинг 3-куни асосий гуруҳдаги беморларнинг 83,3% изида қусиш тўхтади, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 70% ни ташкил этди. Комплекс терапия таркибида “Энтерол” дори воситасини қабул қилмаган назорат гуруҳидаги беморларда даволанишнинг 1-3 кунларида ахлат характерининг деярли ўзгармаганлиги қайд қилинди. Асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг 4-куни ахлат характери меъёрлашуви билан тўлиқ клиник соғайиш кузатилди. Бу муддатда назорат гуруҳида атиги 63% беморларда соғайиш қайд этилди. Ушбу дори воситасини овқат ҳазми билан ҳам бирга қабул қилиш мумкин. Шунингдек, “Энтерол” дори воситаси қабулидан сўнг қорин дамлаш ҳолатининг бартараф бўлиши аниқланди. Бу препарат марказийтаъсиргаэга бўлмасдан, ошқозон ичактрактидантезда сўрилади. Асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг 5 кунда бартараф бўлиши, беморларда ахлатининг бироз қуюқлашиши, суткасига унинг ажралиш сонининг камайиши кузатилди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 12,5% такрорий мурожаат этганлиги боис, уларга“Энтерол” дори воситаси такрорий буюрилди. Бу ҳолат даволаш самарадорлигига салбий таъсир қилмади. Назорат гуруҳидаги беморларда эса касалликнинг 9- 10 кунгача чўзилиши аниқланилди. 5% беморларда“Энтерол” доривоситасининг ножўя таъсири кузатилди: дори қабулидан сўнг беморларда тери қичиши, аллергик тошмалар аниқланди. Тадқиқотлардан маълум бўлдики, “Энтерол” дори воситаси ичак микрофлорасини яхшилаб, этиопатогенетик антидиарей таъсирга эга. Бу дори воситаси ичаклар транзитига ножўя таъсир қилмайди. Ушбу дори воситасининг икки хил чиқарилиш шакли мавжуд бўлиб, эрта ёшдаги болаларга бериш жуда қулай. “Энтерол” дори воситасининг ичак бактериал инфекцияларида антитоксик, антимикроб, антисекретор таъсир қилиши туфайли касалликнинг кечишини енгиллаштиради ва унинг давомийлигини қисқартиради.

Калит сўзлар: ўткир ичак инфекцияси, антидиарея воситаси, эрта ёшдаги болалар.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Ибрагимова Э.Ф., Рустамова Ш.А., Шодиева Д.А., Узакова Г.З.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Острые кишечные инфекции (ОКИ) в связи с полиэтиологичностью, быстрым развитием устойчивости возбудителей к новым антибактериальным препаратам, формированием дисбиоза требуется изучение клинико-эпидемиологических особенностей заболевания с целью усовершенствования организационных основ лечебно-диагностических и противоэпидемических мероприятий. Вопросы рациональной этиотропной терапии острых кишечных инфекций остаются одной из актуальных проблем гериатрии до настоящего времени. Так как у пожилых людей иммунитет снижен, традиционное использование с этой целью антибиотиков и химиопрепаратов нередко не достигает нужного результата и часто приводит к нежелательным последствиям. В последние годы большое внимание клиницистов уделяется изучению эффективности препаратов этиотропной «биоценоз сохраняющей», альтернативной антибиотикам и химиопрепаратам терапии – пробиотикам. Изучить эффективность применения пробиотика «Энтерожермин» и антидиарейного препарата «Реасек» в комплексной терапии острых кишечных инфекций бактериальной этиологии у пожилых людей. Под нашим наблюдением находилось 30 больных ОКИ в возрасте от 49-60 лет. Больные поступали в стационар, в основном (83,3%) в 1-е два дня от начала заболевания и, лишь в 11,7% случаев - на 3-й день болезни. У всех больных заболевание начиналось остро с повышения температуры тела до 37,2- 38,0 С (41,7%) или до 38,1-39,0 С (45%) и выше (13,3%), а также - жидкого стула с частотой от 3-5 (28,3%) до 6-12 (50%) и более (21,7%) раз в сутки с патологическими примесями, в том числе в 26,7% случаев - с прожилками или примесью крови. Более, чем в половине случаев (55%) больные жаловались на рвоту от 3-5 (60,6%) до 10-12 (39,4%) и более раз в сутки, не локализованные или в левой подвздошной области боли в животе (41,7%) и явления метеоризма (30%). В день поступления в стационар всем больным назначалась общепринятая базисная терапия, которая включала - рациональную диету, оральную регидратацию, ферментные препараты (панкреатин или мезим форте) и симптоматические средства при наличии показаний (жаропонижающие или противорвотные). Для сравнительной оценки эффективности этиотропной терапии были разделены на две группы: (по 15 в каждой); 1-я группа (основная) - в качестве этиотпропной терапии получала пробиотик «Энтерожермин» per os в возрастных дозировках 5-7 дневным курсом и антидиарейный препарат “Реасек”; 2-я группа (группа сравнения) - получала ципрофлоксацин (или гентамицин) 5-7 дневным курсом. Легкая форма болезни имела место у 10-и, среднетяжелая - у 15-и, тяжёлая форма 5-и больных. Энтеросорбенты или другие средства с этиотропным действием этим больным не назначались. Этиологический диагноз ОКИ был расшифрован в 43,3% случаев. Основную группу больных (65,4%) среди ОКИ установленной этиологии составили люди, у которых этиологическим фактором ОКИ были представители УПФ (клебсиеллы, энтеробактер и протей), которые высевались из испражнений больных, реже высевались патогенные (сальмонеллы, шигеллы) или различные ассоциации условно-патогенных микроорганизмов (протей+клебсиелла, протей+золотистый стафилококк). По топике поражения желудочно-кишечного тракта в сравниваемых группе больных в одинаковом проценте случаев (50%) в патологический процесс были вовлечены как верхние (энтерит, гастроэнтерит), так и нижние отделы ЖКТ (колит, энтероколит). Практически у всех больных (91,7%) имели место

гастроэнтероколитическому типу, в редких случаях с клиническими проявлениями энтерита. Анализируя динамику исчезновения симптомов было установлено, что в основной группе больных, получавших пробиотик «Энтерожермин» и антидиарейный препарат «Реасек», в том числе - вялость, сниженный аппетит и лихорадка, особенно в первые 2-3 дня лечения, исчезали быстрее, чем в группе больных, леченных ципрофлоксацином или гентамицином. Так уже на 2-й день лечения ОКИ бактериальной этиологии энтерожермином и реасеком в 43,3% случаев полностью исчезли все симптомы диареи, в том числе у 80% больных сниженный аппетит, и в 83,3% случаев нормализовалась температура тела. В то время, как в группе сравнения купирование этих симптомов имело место - лишь в 66,7% случаев. Несмотря на то, что на 3-й день лечения у большинства больных в обеих группах нормализовалась температура тела, исчезли вялость и сниженный аппетит, общее состояние больных в группе сравнения в 46,7% случаев расценивалось еще как среднетяжелое, в то время как в основной группе - лишь у 13,3% больных. При лечении ОКИ с энтерожермином и реасеком, в отличие от группы сравнения, купирование функциональных нарушений ЖКТ наступило также быстрее, однако различия по продолжительности рвоты и болевого синдрома были несущественными: рвота в основной группе больных прекращалась в большем проценте случаев (91,6%), чем в группе сравнения (73,7%) лишь в 1-е сутки лечения, а болевой синдром - начиная с 3-го дня (у 83,3% и 72% больных соответственно). Наиболее существенные различия в сравниваемых группах больных были в динамике купирования явлений метеоризма и, особенно, нормализация частоты и характера стула. Так, уже на 3-й день лечения ОКИ с энтерожермином и реасеком явления метеоризма купировались в 66,7% случаев, а на 4-й день - у всех больных, в то время как в группе сравнения в эти сроки от начала этиотропной терапии- лишь у 55,5% и 72,2% больных соответственно. Нормализация частоты и характера стула на 3-й день лечения с энтерожермином и реасеком имело место в 46,7% случаев, а на 5-й практически у всех (90%) больных, в то время как в группе больных, получавших ципрофлоксацин или гентамицин, нормализация стула в эти сроки имела место лишь в 23,3% и 56,7% случаев соответственно. Таким образом, по окончании 5-и дневного курса «этиотропной» терапии ОКИ бактериальной этиологии с пробиотиком «Энтерожермин» и «Реасек», клиническое выздоровление с купированием симптомов интоксикации и обезвоживания, явлений метеоризма, нормализации частоты стула наступает практически у всех (90%) больных, в то время как при использовании ципрофлоксацина (или гентамицина) у аналогичных больных по этиологии и тяжести заболевания - лишь в 56,7% случаев. Таким образом, включение в комплексную терапию легких и среднетяжелых форм ОКИ бактериальной этиологии у пожилых людей пробиотика «Энтерожермин» 5-7 дневным курсом и «Реасек» 5 дневным курсом, в отличие от традиционно используемых антибактериальных препаратов (ципрофлоксацина или гентамицина), способствует более быстрому исчезновению симптомов интоксикации, функциональных нарушений ЖКТ, в том числе явлений метеоризма, частоты и характера стула и сокращению продолжительности острого периода заболевания. Пробиотик «Энтерожермин» и антидиарейный препарат «Реасек» может быть рекомендован для внедрения в клиническую практику как альтернатива традиционной этиотропной терапии легких и среднетяжелых форм ОКИ у пожилых людей антибактериальными препаратами.

Ключевые слова: Острые кишечные инфекции, энтерожермин.

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА БАКТЕРИАЛ ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Ибрагимова Э.Ф., Рустамова Ш.А., Шодиева Д.А., Бахриева З.Д.
Самарканд Давлат тиббиёт институти

ЖССТ тавсиясига кўра, ўткир ичак инфекциялари билан касалланган болаларни даволашда этиотроп даво, патогенетик даво (дезинтоксикацион, регидратацион, энтеросорбентлар, биопрепаратлар, ферментатив препаратлар) ва симптоматик даво (антидиарей ва қусишга қарши воситалар) буюрилади. Антидиарей ва антисекретор воситаларни ўз вақтида берилмаслиги болаларда сувсизланишнинг жуда тез ривожланишига олиб келади. Мақолада кичик ёшдаги болаларда ўткир ичак инфекцияси давосида замонавий ёндашувга асосий урғу берилган. Ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) тиббиётнинг долзарб муаммоси бўлиб, жаҳон Соғликни Сақлаш ташкилоти берган маълумотларга кўра, йилига 1,5-1,7 млр. ЎИИ инфекциялари эпизодик равишда кузатилади. Буларнинг аксар қисми болаларга тўғри келади. Муаммонинг асосий сабаби шундаки, ўткир ичак инфекциялари кўзғатувчилари 25 тадан ортиқ бўлиб, ўз ичига ҳам бактериал, ҳам вирусли агентларни қамраб олади. Бактериал агентлардан диареянинг энг кенг тарқалган кўзғатувчилари бўлиб, шигеллёз, кампилобактериоз, иерсиниоз, эшерихия коли ва салмонеллёз ҳисобланса ҳам, кўпчилик ҳолларда (70-90%) диарея касаллиги вируслар томонидан чақирилади. Ўткир ичак инфекцияларини даволашнинг асосий усуллари этиотроп даво, патогенетик даво (парҳез, регидратацион терапия, пробиотиклар, энтеросорбентлар, ферментлар, витаминлар, микроэлементлар), симптоматик даво (антидиарей препаратлар, қайт қилишга қарши дори воситалари, оғриқ қолдирувчи препаратлар, метеоризмни бартараф этиш) ҳисобланади. Бактериал ичак касалликлари этиотроп давосида антибактериал дори воситалари қўлланилади. Патогенетик давосида эса смекта ва энтеросорбентларни қўллаш яхши натижа бермоқда (энтеросгель, атоксил, полифепан). Ичак микрофлорасини меъёрлаштириш учун биопрепаратлар тавсия этилган (лактобактерин, бифидумбактерин ва б.). Антидиарей воситалар инвазив, секретор ва осмотик диареяларда буюрилади. Антидиареяли терапия воситаси сифатида энтеросорбентлар, моторика регуляторлар, секреция ингибиторлари, ферментлар, пробиотиклар, метеоризмни бартараф этадиган препаратлар ишлатилади. Моторика регуляторлари лоперамид (имодиум, диасорб, лопедиум, энтеробене, диарол) 2-5 ёшли болаларда қўлланилиши мумкин. Лоперамид ва унинг аналоглари асосан ичакдан сувнинг сўрилиши бузилиши, перистальтика кучайиши билан намоён бўладиган осмотик диареяда қўлланилади. Ҳажми кўп бўлмаган патологик аралашмали (шиллиқ, яшил) ахлат билан характерланадиган инвазив диарея турида (шигеллёз, сальмонеллёз) лоперамид самарадорлиги пасаяди. 2 ёшгача бўлган болаларда ахлатда қон бўлса препаратни қўллаш ман қилинади, чунки атопик ичак бузилиши, ичакдан қон кетиши ривожланиши мумкин. Секретор диареяли беморларда лоперамидни 1-2 марта қўллаганда самара кузатилмаганда ёки ахлатнинг 10-15 мартадан суткасига 2-3 мартага сонининг камайиши бу препаратни қўллаш мақсадсизлигини, чунки асоратлар ривожланиши мумкинлигини кўрсатади. Энтеросорбентлар (смекта, фильтрум, энтеросгель, энтеродез) ва пробиотиклар (энтерол, бифиформ) кучли ва тез антидиареяли самарага эга. Метеоризмда комбинирланган препаратлар (зимоплекс, панкреофлот) тез самара беради. Бу препаратларни бемор ёшига боғлиқ бўлмаган ҳолда барча турдаги диареяларда, метеоризм симптомлари кучли ривожланганда қўллаш мумкин. Бироқ бу препаратларни икки ёшгача бўлган болаларга буюриш амалиётда тавсия этилмаган. Бу ҳолатлар бактериал диареялар патогенетик давосида 2 ёшгача бўлган болаларда янгича замонавий ёндашувни тақозо этади. Охирги

йилларда ичак касалликларини патоненетик даволашда айрим биопрепаратлар ва кальций дори воситаси қўлланилмоқда. ЖССТ томонидан, таркибида lactobacillus rhamnosus ва saccharomyces boulardi сақловчи препаратлар ўткир ичак инфекциялари давосида самарадорлиги айтиб ўтилган. Бу пробиотиклар антимикроб ва антитоксик таъсир кўрсатади. Пробиотиклар ичак шиллиқ қаватида муцин ишлаб чиқарилишини кучайтириб, барьер фаолиятини мустаҳкамлайди. Токсик моддалар учун ичакларнинг секретор фаолиятини пасайтириб, эпителийнинг тикланишини тезлаштиради. Натижада ичак безларидаги секрецияни камайтириб, силлиқ мушак тонусини пасайтиради, ошқозон ва ичаклар ҳаракатини камайтиради. Мутахассислар фикрига кўра, бу восита ичакларда сув ва электролитларнинг гиперсекрециясини камайтириб, базал секретор фаолликка таъсир этмайди. Натижада тезда антидиарей таъсир этиб, ичак транзитининг давомийлигига салбий таъсир этмайди, диарея жараёнига барҳам беради. Препаратнинг айнан шу таъсири касалликни даволашда яхши ёрдам беради. Болаларда бактериал диареялар давосида замонавий ёндашув самарадорлигини аниқлашдан иборат. Шу мақсадда биз «Ўткир ичак инфекцияси. Гастроэнтероколит тури. Номаълум этиологияли» ташхиси билан хасталанган 144 беморни кузатув остига олдик. Кузатув остига олинган беморларда эпидемиологик, клиник, лаборатор текширувлар ўтказилди. Лаборатор текширувлар умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий ахлат таҳлили, ахлат бактериологик таҳлилини ўз ичига қамраб олади. Беморларга касаллик ташхиси клиник, эпидемиологик ва лаборатор маълумотлар асосида қўйилди. Беморларни ёш бўйича тақсимланганда бир ёшгача бўлган болалар 45%, бир ёшдан икки ёшгача бўлган болалар - 32%, икки ёшдан уч ёшгача булган болалар - 23% ни ташкил қилди. Беморларнинг барчасида касаллик йилнинг иссиқ ойларида кузатилди (ёз-куз ойларида). Уларда касалликнинг келиб чиқиш сабаблари сўраб суриштирилганда турли омилларни келтиришди: 12,5% беморларнинг оналари овқат рационига қўшимча аралашмаларни қўшгандан сўнг келиб чиққанлигини, 26,7% беморлар бола овқат рационини қўпол ўзгартириши натижасида келиб чиққанлигини, 5,6% юқори нафас йўллари касалликларидан сўнг келиб чиққанлигини таъкидлашди. 7,8% оддий гигиеник чораларга амал қилмаганлиги натижасида келиб чиққанлигини, қолган беморлар касалликнинг нимадан сўнг кузатилганлигини аниқ айтиша олишмади. Беморларнинг овқатланиш тури таҳлил этилганда, 56% беморлар сунъий овқатланишда, 45% беморлар табиий овқатланишда, 20% беморлар аралаш овқатланишда эканлиги маълум бўлди.

Беморлар касалликнинг оғирлик даражасига кўра қуйидагича тақсимланди:

1. Касалликнинг енгил шакли - 23,5%;
2. Касалликнинг ўртача оғирликдаги шакли - 58,3%;
3. Касалликнинг оғир шакли - 18,2% беморларда қайд этилди.

Беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди:

1. Асосий гуруҳ-72 бемор;
2. Назорат гуруҳи-72 бемор.

Асосий гуруҳдаги 3 ойгача бўлган болалар 43%, 1- 2 ёшдаги болалар - 26,7%, 2-3 ёшдаги болалар 30,2% ни ташкил этди. Стационар даволанишга беморлар касалликнинг 1-2 кунлари мурожаат этишган. 23% ҳолда беморлар касалликнинг 3-куни шифохонага тушишган. Касаллик бемор болаларнинг барчасида ўткир бошланган: тана ҳароратининг 37,5-39°С гача кўтарилиши, инжиқлик, эмишдан бош тортиш, ичининг суюқ ҳолда, шиллиқли ўтиши кузатилган. Шифохонадаги беморларнинг 62,5% изида касаллик ҳолсизлик, кўп марталик қусиш билан бошланган (5 мартагача). Қусиш билан бирга касалликнинг эртаси куни ичининг суюқ ҳолда сувсимон, суткасига 3-4 мартадан, 10

мартагача ўтиши аниқланган. Ахлат характери суюқ, сувсимон, бироз кўпиксимон, сариқ-яшил рангга эга эди. Асосий гуруҳдаги беморлар базис терапияга қўшимча равишда (орал регидратация, парентерал регидратацион терапия, парҳез, этиотроп препаратлар - гентамицин, амикацин, цефалоспоринлар гуруҳи антибиотикларидан - цефазолин, цефтриаксон, цефотаксим, цеффаст, цефтизидим, цефоперазон, патогенетик терапия, ферментлар, симптоматик препаратлар) таркибида saccharomyces boulardi сақловчи “Энтерол” дори воситасини ахлат характери ва сони меъёрга келгунча қабул қилишди. “Энтерол” дори воситаси порошок ва капсула тариқасида ишлаб чиқарилиб, эрта ёшдаги болаларга туғилгандан буюрилади. Бу восита эрта ёшдаги болалар аралашмасига аралаштирилиб ёки сув билан биргаликда қабул қилинди. Назорат гуруҳида ҳам 72 бемор бўлиб, уларга фақат комплекс терапия тайинланди (орал регидратация, парентерал регидратацион терапия, парҳез, этиотроп препаратлар - гентамицин, амикацин, цефалоспоринлар гуруҳи антибиотикларидан - цефазолин, цефтриаксон, цефотаксим, цеффаст, цефтизидим, цефаперазон, патогенетик терапия, ферментлар, симптоматик препаратлар). Асосий гуруҳдаги беморларда назорат гуруҳига нисбатан интоксикация жараёнининг тезда барҳам топиши ва ошқозон ичак тизимидаги патологик ўзгаришларнинг қисқа муддатда тикланиши юз берди. Даволанишнинг 2-куни интоксикация белгилари 73% беморда камайди, касалликнинг 3-куни 93% беморда ижобий ўзгариш юз берди. Шу билан биргаликда ахлат таркибининг яхшиланувви ҳам рўй берди. Ахлатнинг қуюқлашуви, рангининг ўзгариши, таркибида шиллиқ миқдорининг камайиши юз берди. Назорат гуруҳидагиларда эса бу кўрсаткич 70% ни ташкил этди. “Энтерол” дори воситасини қабул қилаётган гуруҳда ахлат меъёрлашуви тезда юз берди, сувсизланиш белгилари тез барҳам топди. Касалликнинг 3-куни асосий гуруҳдаги беморларнинг 83,3% изида қусиш тўхтади, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 70% ни ташкил этди. Комплекс терапия таркибида “Энтерол” дори воситасини қабул қилмаган назорат гуруҳидаги беморларда даволанишнинг 1-3 кунларида ахлат характерининг деярли ўзгармаганлиги қайд қилинди. Асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг 4-куни ахлат характери меъёрлашуви билан тўлиқ клиник соғайиш кузатилди. Бу муддатда назорат гуруҳида атиги 63% беморларда соғайиш қайд этилди. Ушбу дори воситасини овқат ҳазми билан ҳам бирга қабул қилиш мумкин. Шунингдек, “Энтерол” дори воситаси қабулидан сўнг корин дамлаш ҳолатининг бартараф бўлиши аниқланди. Бу препарат марказий таъсирга эга бўлмасдан, ошқозон ичак трактидан тезда сўрилади. Асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг 5 кунда бартараф бўлиши, беморларда ахлатининг бироз қуюқлашиши, суткасига унинг ажралиш сонининг камайиши кузатилди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 12,5% такрорий мурожаат этганлиги боис, уларга “Энтерол” дори воситаси такрорий буюрилди. Бу ҳолат даволаш самарадорлигига салбий таъсир қилмади. Назорат гуруҳидаги беморларда эса касалликнинг 9- 10 кунгача чўзилиши аниқланилди. 5% беморларда “Энтерол” дори воситасининг ножўя таъсири кузатилди: дори қабулидан сўнг беморларда тери қичиши, аллергик тошмалар аниқланди. Тадқиқотлардан маълум бўлдики, “Энтерол” дори воситаси ичак микрофлорасини яхшилаб, этиопатогенетик антидиарей таъсирга эга. Бу дори воситаси ичаклар транзитига ножўя таъсир қилмайди. Ушбу дори воситасининг икки хил чиқарилиш шакли мавжуд бўлиб, эрта ёшдаги болаларга бериш жуда қулай. “Энтерол” дори воситасининг ичак бактериал инфекцияларида антитоксик, антимикроб, антисекретор таъсир қилиши туфайли касалликнинг кечишини енгиллаштиради ва унинг давомийлигини қисқартиради.

Калит сўзлар: ўткир ичак инфекцияси, антидиарей восита, эрта ёшдаги болалар.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РАЗВИВШЕЙСЯ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ (СПМ), ПОРАЖЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Ахмедова М.Д., Гулямов Н.Г., Ахмедова Х.Ю., Имамова И.А., Саидова С.Г.
Ташкентская медицинская академия,
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают 4-е место в структуре детской смертности и 2-е место – в структуре инфекционных заболеваний у детей. К сожалению, смерть от ОКИ входит в десятку основных причин смертности в мире, в первую очередь, в развивающихся странах и на сегодняшний день, ежедневно от диарейных заболеваний в мире умирает более 5000 детей. На современном этапе ОКИ характеризуются увеличением частоты тяжелых форм течения болезни и развитием таких осложнений, как вторичный менингоэнцефалит, гемолитико-уремический синдром с острой почечной недостаточностью (ОПН). Учитывая актуальность острых инфекционных диарей (ОИД) и возможность развития острого поражения почек, целью нашего исследования стало изучение взаимосвязи развившейся дисфункции почек с выраженностью эндогенной интоксикации (СПМ), поражения эндотелия сосудов и состояния системы гемостаза. В период за 2017-2019 год было обследовано 40 (100%) больных детей, поступавших в НИИЭМИЗ МЗ РУз с тяжелой формой острой инфекционной диареи, протекающей с гемоколитом (ОИДСГ). Все больные дети от момента начала заболевания обследовались комплексно клинико-лабораторными, бактериологическими, серологическими, иммунологическими методами. Основным симптомом начального периода у всех больных детей со слов родителей была рвота и потеря аппетита. Она появлялась, как правило, в первый день болезни, одновременно с появлением жидкого стула, или предшествовала ему. В сопорозном состоянии были 3 (7,5%), в коматозном состоянии – 1 (2,5%) больных детей с ОИДСГ и клиникой ОПП. У 2 больных детей с ГУС+ОПН отмечалось сопорозное и у одного коматозное состояние. Отмечено, что у больных детей с тяжелой формой ОИДСГ, у которых зафиксировано развитие поражения со стороны почек в 26,7% этиологическим фактором диареи являлись шигеллы *(Shigella spp),* в 6,7% случаев *Salmonella spp.*, в 6,7% - микст инфекция *Salmonella spp+Pr. Morgani*, в 6,7% случаев *Shigella spp.+Pr. Mirabilis* и в 46,7% случаев этиология возбудителя диареи не выявилось. У больных детей с тяжелой формой с ОИДСГ нами изучены особенности изменений коагулограммы**.** Так, уровень протромбинового индекса (ПТИ) у больных детей в общей группе составило 79,0±1,0%. У троих детей с ГУС+ОПН отмечалось развитие геморрагического синдрома со снижением ПТИ у одного больного до 64%, у второго до 69%, у третьего до 68% (в общей группе детей с острым почечным повреждением (n=15) ПТИ составило (74%±1,6). При этом уровень АСЛ к ТА эндотелия сосудов у детей без ОПП составило 4,2±0,4%, с ОПП составило 7,8±0,6%. Мы рассмотрели динамику показателей фибриногена, уровень которого, как известно, увеличивается в острой фазе воспаления.

Уровень фибриногена у больных детей в общей группе составило 2,9±1,9 г/л, при этом у троих детей с ГУС, получившие гемодиализ, уровень фибриногена составил у одного больного 2,4 г/л и у двоих 2,5 г/л (в группе детей с острым почечным повреждением (n=15) уровень фибриногена составил 2,6±1,8 г/л). У взрослых больных значимых изменений в показателях фибриногена не отмечались. У детей с острым почечным повреждением по мере усугубления нарушений со стороны почек установлено снижение свёртывания крови. При этом геморрагический синдром у детей, получающих сеанс гемодиализа, не усугублялся, ввиду неоднократного получения детьми СЗП. У больных детей с ОИДСГ без признаков ОПП уровень СМП в крови составил 7,8±0,3 г/л, а в группе с установленными признаками ОПП уровень СМП повысился до 9,7±0,6 г/л, что указывает на развитие достаточно выраженной степени эндогенной интоксикации организма у данной категории больных. При этом у детей с признаками ОПП с нарастанием степени эндогенной интоксикации отмечалось и нарастание уровня АСЛ к ТА эндотелия сосудов (7,8±0,6%). Отмечено, что уровень АСЛ к ТА эндотелия сосудов у детей без ОПП составило 4,2±0,4%, с ОПП составило 7,8±0,6%. У больных детей с ОИДСГ без признаков ОПП уровень СМП в крови составил 7,8±0,3 г/л, а в группе с установленными признаками ОПП уровень СМП повысился до 9,7±0,6 г/л. Установлено, что у детей с признаками ОПП с нарастанием степени эндогенной интоксикации отмечалось и нарастание уровня АСЛ к ТА эндотелия сосудов (7,8±0,6%).

Ключевые слова: Острые кишечные инфекции, дисфункции почек, выраженностью эндогенной интоксикации.

FORENSIC MEDICAL ANALYSIS OF SUICIDES

Islamov S.E., Davronov S.F, Kamalova M.I.
Samarkand State Medical Institute

A retrospective analysis of suicides among the population was carried out according to the forensic service, while mechanical asphyxia in the form of self-hang-up dominates in their structure. In gender terms, males are higher than women, but in the age group from 18 to 30 years, their sharp predominance in females is noted. In general, in the age aspect, it is mainly observed in people of working age. The facts of observation in minors are alarming. An increase in the number of suicides in the summer months was revealed by seasons, and by the day their number was slightly increased by the end of the week. According to the World Health Organization (WHO), every 40 seconds, one of the inhabitants of the Earth passes away consciously, committing suicide. According to statistics provided by WHO, among the causes of death of young people (aged 15–29 years), suicide is the second largest in the world. Every day, 3 thousand people commit suicide in the world, and annually about 1 million people (1.5% of all deaths). The lowest suicide rates in Latin America, the Arab and some Asian countries.The average suicide rate in Central and Northern Europe, North America, Southeast Asia and the Western Pacific (Australia, Canada, India, New Zealand, USA). The highest suicide rates for 2008 were in Lithuania, Belarus, Russia, Sri Lanka, Kazakhstan, Hungary, Japan, Ukraine and Latvia. Early identification and appropriate treatment of mental disorders is an important part of a prevention strategy. The main criterion for the treatment and prevention of suicide is the formation of anti-suicidal personality factors, which subsequently impede the development of suicidal behavior or the implementation of suicidal actions. Suicides occupy a certain place among deaths and adversely affect the health of the population. Therefore, a detailed analysis of the mortality rate, with a study of the structure and causes, plays an important role in various preventive measures in this direction. Identification of species in the gender, sex, age, seasonal aspects of suicide based on the materials of the forensic service. We carried out a retrospective analysis of the conclusions of the forensic medical examination of corpses carried out in 2018 in the Samarkand regional branch of the Republican scientific and practical center for forensic medical examination and its regional divisions. In 2018, 1039 corpses were examined in the Samarkand branch, of which 449 (43.2%) were in the regional branch, 84 (8.1%) in the Pastdargom district, 62 (6.0%) in Urgut, and 60 (57) Bulungur (5.8%), Kattakurgan - 56 (5.4%), Pakhtachi 54 (5.2%), Narpay - 52 (5.0%), Ishtikhan 51 (4.9%), Jambay 35 (3.4%), Payaryk 34 (3.3%), etc. At the same time, suicides were noted in 182 cases (17.5%), of which 57 (31.3%) were examined in the regional branch, 25 (13.7%) in the Pastdargom district, and 18 (9.9%) in the Narpay, Ishtihan 17 (9.3%), Bulungur 16 (8.8%), Pakhtachi 11 (6.0%), Kattakurgan - 9 (4.9%), Payaryk and Urgut 8 (4.4%), in the city of Kattakurgan 6 (3.3%), Kushrabad 3 (1.6%), Dzhambay and Taylyak2 (1.1%).

According to the type of suicide, 166 cases (91.2%) self-hanging, thermal and railway injuries 4 (2.2%) each, poisoning and drowning in water 3 (1.6%) each, falling from a height and damage with sharp objects 1 each (0.5%). In gender terms, 87 (47.8%) women and 95 (52.2%) men. In terms of age, in 30 cases (16.5%) there were minors from 14 to 18 years old, of which 18 were female (60.0%) and 12 were male (40.0%), including persons under 14 years old - 10 (33.3%); in the group of 19-30 years old - 75 cases (41.2%), of which 47 were female (62.7%) and 28 were

male (37.3%); in the group of 31-40 years old - 29 cases (15.9%), of which 10 were female (34.5%) and 19 were male (65.5%); in the group of 41-50 years old - 24 cases (13.2%), of which 4 were female (16.7%) and 20 were male (83.3%); in the 51-60 years old group, 16 cases (8.8%), of which 7 were female (43.8%) and 9 were male (56.2%); in the group over 60 years old - 8 cases (4.4%), of which 1 was female (12.5%) and 7 were male (87.5%). A seasonal study revealed the following: in the winter of suicides, 27 cases (14.8%), of which 25 were self-hanging (92.6%); in the spring of suicides 43 (23.6%), of which self-hanging 25 (58.1%); in the summer of suicides, 67 cases (36.8%), of which 63 self-hanging (92.6%); in the autumn of suicides, 45 cases (24.7%), of which 40 self-hanging (88.9%). The study on the days of the week showed the following picture - on Monday 27 cases (14.8%), on Tuesday 22 (12.1%), on Wednesday 27 (14.8%), on Thursday 24 (13.2%), on Friday 28 (15.4%), on Saturday 26 (14.3%), on Sunday 28 (15.4%). Consequently, in the structure of suicides among the population according to the forensic service, mechanical asphyxia in the form of self-hang-up dominates sharply. In gender terms, males are higher than women, but in the age group from 18 to 30 years, their sharp predominance in females is noted. In general, in the age aspect, it is mainly observed in people of working age. The facts of observation in minors are alarming. An increase in the number of suicides in the summer months was revealed by seasons, and by the day their number was slightly increased by the end of the week. The above indicates the need for preventive measures in this direction.

Key words: forensic medical examination, suicides, types, self-hanging, age, gender, seasonal aspects.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Исмаилов Ж.А., Холлиев Р.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт

Сердечно-сосудистые заболевания сегодня лидируют в мире по высоким показателям смертности. В клинической практике камборидная патология этих заболеваний неудобна. С развитием методов ультразвукового исследования появилась возможность детально оценить структурные и функциональные изменения сердца у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Изучение особенностей функциональных изменений сердечно-сосудистой системы у больных с артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Обследованы 30 со II-III стадией ХОБЛ, средний возраст составил 49 лет. Контрольную группу составили 10 пациентов с эссенциальной гипертонией, без ХОБЛ, средний возраст которых составил 35 лет. Состояние сердечной гемодинамики, структурные и функциональные параметры оценивали с помощью эхокардиографии. Всем обследуемым проводилась регистрация электрокардиограммы покоя с помощью электрокардиографа, откалиброванного 10мм=1мV в 12 отведениях (3 стандартных, 3 усиленных, 6 грудных). Внутрисердечной гемодинамики, размеров сердца и показателей сократимости сердца оценивали с помощью эхокардиографии по стандартной методике с использованием аппарата для трансторакального ультразвукового исследования сердца с цветным допплеровским картированием по общепринятой методике. Учитывая наличие легочной гипертонии у пациентов с ХОБЛ, она чаще встречается у пациентов с сопутствующим ожирением. Однако, если у данной группы больных развивается и артериальная гипертония, то из-за увеличения общей легочной резистентности, а также увеличения общего периферического сосудистого сопротивления происходит нагрузка на правые и левые отделы сердца. Изменения левого желудочка наблюдались у пациентов с АГ и ХОБЛ. Сравнивая две группы пациентов с ХОБЛ, были получены существенные результаты по толщине межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, которая была более выраженной у пациентов II группы, связанных с развитием гипертонии. У пациентов с ХОБЛ прогностически несовместимый тип коррекции с АГ - концентрическая гипертрофия левого желудочка, «ограничивающая» диастолическая дисфункция правого желудочка (75%), и диастолические заболевания с более сложной диастолической дисфункцией сердца (всего 60%), пришли к выводу, что более сложно протекают и дают раннее развитие ХСН диастолические и последующие гемодинамические изменения. Непредсказуемый дискомфортный тип нарушения гемодинамики чаще встречается у пациентов с ХОБЛ, наряду с гипертонией и ожирением - концентрическая гипертрофия левого желудочка, определяемая как ограничивающая диастолическую дисфункцию правого желудочка – 77% и диастолическую дисфункция сердца в целом - 70%. Все эти осложнения быстро приводят к ремоделированию сердца, и отсюда к известным осложнениям – хронической легочно-сердечной и хронической сердечной недоостаточности.

Ключевые слова: Хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), артериальной гипертонией (АГ), концентрическая гипертрофия левого желудочка, диастолическую дисфункцию правого желудочка.

ГЕОИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК КОМПОНЕНТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Исраилова С.Б., Курбанов А.А., Жураев Ш.А.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Здоровье человека - интегральный показатель степени благоприятности экономических, экологических и социально- психологических условий для проживания и отражения основных проблем территории. ГИС – это аппаратно-программные комплексы, обеспечивающие сбор, хранение и распространение пространственно скоординированных данных и иных сведений, относящихся к конкретной территории, для эффективного использования при решении научных и практических задач, связанных с инвентаризацией, анализом, моделированием, прогнозированием и управлением окружающей средой, а также для познавательных целей в области образования. ГИС помогают обеспечить комплексную поддержку решаемых медицинскими учреждениями задач, расширить круг выполняемых исследований и обследований, улучшить сбор данных по анкетированию населения и предоставляемым услугам и составлять отчеты на их основе, проводить анализ данных о состоянии здоровья населения, распространения заболеваний, предоставлять результаты в удобном для дальнейшей работы и понимания картографическом виде. Ряд зарубежных стран имеют многолетний опыт применения ГИС в сфере здравоохранения. Так, по данным Билла Девейнхола, глобального менеджера по внедрению геоинформационных решений в сфере здравоохранения и медицинские услуги компании Esri (Калифорния, США), в 121 стране используется ГИС, из них 120 на базе платформы Esri (система ArcGIS), как наиболее сильной с точки зрения аналитики и системы сбора и геокодирования данных здравоохранения. Для широкого внедрения в практику здравоохранения республики необходимо обучение будущих врачей и организаторов здравоохранения навыкам работы с медицинскими ГИС на современном уровне. ГИС имеют следующие подсистемы: подсистема сбора данных, подсистема хранения и выборки данных, подсистема манипуляции данными и анализа, подсистема вывода. Для анализа территориального распределения показателей здоровья населения и ресурсов здравоохранения целесообразно применение ГИС-технологии, предоставляющей возможность визуальной и статистической оценки различий между территориями. В случае совместного использования баз данных, характеризующих здоровье населения и влияющих на него факторов с территориальной "привязкой" соответствующих характеристик в ГИС, появляется возможность глубокого анализа причинно - следственных связей. В основе анализа здоровья населения лежат данные медицинской статистики, классифицированные по различным типам заболеваний и факторам заболеваемости. Подобная статистика, как правило, приводится в абсолютных (общее количество заболевших) и относительных (количество заболевших на 100 тыс. человек) величинах. Картографическая визуализация различных типов заболеваемости позволяет оценить здоровье населения в целом и в отдельности по различным административно-территориальным образованиям, выявить проблемные вопросы. Накопление данных по различным видам заболеваемости позволяет выявлять динамику и тенденцию изменения здоровья населения, количественно оценивать эффективность принимаемых мер в области охраны здоровья. Внедрение в практику геоинформационных технологий позволит решить актуальные управленческие задачи, например, такие как медико-санитарное зонирование территории на основе изучения реальных потоков госпитализации экстренных больных. Эффективное использование и комплексный анализ данных о здоровье населения, медицинской инфраструктуре и т. п. в существенной мере связаны с данными других отраслевых геоинформационных систем. Интеграция медицинской ГИС с данными о социальной и экономической стратификации населения, с информацией об экологическом состоянии

компонентов природной среды позволяет создавать геоинформационные системы более высокого ранга - медико-демографические и медико-экологические. Нами был проведен обзор программного обеспечения для работы с ГИС в области здравоохранения. учитывались такие факторы как удобство интерфейса, стоимость, совместимость с различными операционными системами, языковые пакеты и др.

1. ГИС Панорама

Это программное обеспечение для профессионалов. Его особенности:

-Возможность установки на разные операционные системы.
-Совместимость с различными способами безопасности и шифрования данных.
-Есть русскоязычный пакет, также софт переведен на английский, французский и другие языки.
-Присутствует трехмерный взгляд на карту.
-Подготовительный вид к печати.
-Поддержка стандартов OGC, ISO 19100, IHO, ICAO и национальных систем.
-Есть отдельные надстройки для различных специализаций: для инженеров по кадастру, экологической и социальной обстановке.
-Автоматическая редактура для специальных карт для авиации, мореплавания и других отраслей.
-Работа с данными в облачном хранилище.
-Составление графических сводных таблиц, диаграмм.
-Масштабирование.
-Сбор информации и управление БД.
-Поддержка форматов: SXF, TXF, OGC GML (XML), KML, RSW, BMP, JPEG, GeoTIFF, TIFF, IMG и пр.

2. Линейка MosMap. Разработчик предлагает три комплекса:

1. Marker – базовый софт с автоматизированнымподгружением данных в электронную карту. Функции: заполнение сведениями, их анализ, хранение и использование различных файлов.
2. Integrator – связь с базами данных и гаджетами через облачное хранилище по технологии OLE. При этом черезПО, смартфон или другой источник можно наносить метки, закладки, вносить комментарии.
3. Editor – создание и последующее внесение корректировок в картографические данные. Можно самостоятельно сделать карту города или конкретного участка. Все слои могут отображать разную информацию – о местах, о постройках, о характеристиках, контактных данных и проч. Можно менять масштабирование, настройки интерфейса, вывод на печать. Основное преимущество – удобная эксплуатация на уровне любительского пользователя.

3. QGIS. Это свободный программный продукт с единым кодом, поэтому у него нет классической защиты данных. Молодой проект начал свое функционирование в 2002 году, не переведен полностью на русский язык и подходит для любительских целей. Возможности:

-поддержание растровых и векторных графических данных;
-работа с таблицами и слоями текстовых комментариев;
-удобное составление и редактура чертежей – от масштабирования до подписи объектов;
-визуализация;
-экспорт в другие ПО с изменением разрешения;
-оцифровка распечатанных карт;
-подготовка к печати.

4. ГИС Spatial Manager Professional для ZWCAD

Модуль является надстройкой для базового САПРа. Аналогичный проект есть для установки на AutoCAD. Преимущества:

-Невысокая стоимость.
-Удобный интерфейс.
-Полная интеграция с системой автоматизированного проектирования ZWCAD.
-Настройка свойств объектов в графическом редакторе: ширина линий, их цвет, заливка и проч.
-Обработка большого объема данных без ущерба производительности.
-Выгрузка данных из форматов GoogleEarth, OpenStreetMap, AutodeskMap, EsriArcgis, MapInfo, Microstation, Microsoft SQL Server, PostGIS и пр.
-Связь с данными в облаке.
-Фоновые карты, в т.ч. Гугл, Яндекс, Космоснимки.
-Вставка и совмещение георефернцированных изображений Jpeg, Tiff, Png и др.
-Сравнение с подложкой из других сторонних программ.
-Трансформация в сотни систем координат.
-Импорт и экспорт без потери данных пространственных таблиц.
-Передача в форматы KML и KMZ, MiD и MiF, Tab и SHP.

5. MapInfoProfessional

-Картографический интерфейс.
-Создание и редактирование карт высокого качества.
-Пространственные данные, поставляемые с программным обеспечением.
-Легкость интеграции карт - несколько строк кода внедряют окно MapInfo в приложения Windows (Excel, Access, Word).
-Анимационный слой - быстрая перерисовка при частых изменениях на слое (полезно для систем слежения за движущимися объектами).
-Работа с 3D-данными - построение изолиний, триангуляция Делоне и трехмерная визуализация.

6. EpiInfouHealthMapper

EpiInfo представляет собой ряд свободно распространяемых программ для использования специалистами общественного здравоохранения в проведении расследования вспышек заболеваний и управления базами данных.HealthMapper – одна из составных частей пакета. Разработка и поддержка данного продукта осуществляется ВОЗ. Немаловажными факторами в пользу выбора данного программного обеспечения явились бесплатный статус программы, небольшой размер дистрибутива, совместимость с большим количеством операционных систем, имеющийся опыт работы у пользователей. Заключение. Медицинские геоинформационно-аналитические системы выступают важным инструментом анализа и выявления проблем регионов, Обучение применению геоинформационных технологий в области здравоохранения будет способствовать их широкому внедрению в практику. Это позволит решить задачи оптимизации и управления ресурсами здравоохранения, пространственно-временного прогноза распределения медико-демографических характеристик, эпидемиологической ситуации (медицинская география), повышения качества предоставления медицинских услуг, выявления причинно-следственных связей между факторами среды и показателями здоровья. Рекомендовано в учебном процессе предусмотреть введение разделов по изучению и применению геоинформационных систем в области здравоохранения по предметам преподаваемых в медицинском ВУЗе.

Ключевые слова: Географические информационные системы, модернизация.

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Каландаров Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В основе взаимного отягощения ИБС и пневмонии лежит общность ряда факторов риска и звеньев патогенеза, включая курение, гемодинамические, нейрогормональные и иммуновоспалительные сдвиги. Несмотря на известные диагностические приемы и характерные жалобы примерно в 60% случаев пневмония остается нераспознанной, правильный ее диагноз в первые 3 суток ставится только в 35% случаев, а у 30-40% заболевших устанавливается лишь в конце первой недели болезни. Изучить особенности сочетанного течения инфаркта миокарда и внебольничной пневмонии и на основании этого разработать направления их диагностики. Все больные были разделены на 2 группы: в 1-ю (основную) вошли 27 больных ИМ в сочетании с ВП, 2-я группа являлась группой сравнения и состояла из 30 пациентов только с ИМ. В сравниваемых группах проведен анализ клинической симптоматики. Длительность лечения больных с сочетанным течением ИМ и ВП была, в среднем, на 32% больше, чем сроки нахождения в стационаре больных инфарктом миокарда. Летальные исходы у больных с сочетанной патологией имели место в 2 раза чаще, чем у пациентов ИМ без ВП (16,7% и 8,0% соответственно). При анализе 88 протоколов патологоанатомических исследований больных ИМ, умерших в первые 48 часов после госпитализации, в 22,7% случаев при вскрытии выявлялись признаки легочного воспаления. Частота расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по внебольничной пневмонии (гиподиагностика) при этом была весьма существенной и достигала до 40% в разные годы. Нами изучались клинические особенности сочетанного течения ВП и ИМ, изменения показателей лабораторных и функциональных исследований. Сравнение по указанным критериям осуществлялось в двух группах больных. Основную группу (I) составили 27 больных с сочетанным течением ИМ и ВП. В группу сравнения (ИМ без ВП) вошли 30 пациентов. Группы были рандомизированы по полу, возрасту, тяжести состояния. Первоначально исследовали особенности развития ИМ на фоне ВП. Так, в основной группе те или иные нарушения сердечного ритма и проводимости были зафиксированы практически у всех больных (в группе сравнения - в 46,6% наблюдений). Необходимо отметить, что в основной группе гораздо чаще (в 8,0%) возникали тяжелые жизнеугрожающие виды аритмий, требовавшие проведения неотложных мероприятий. Развитие легочного воспаления у пациентов с сочетанным течением ИМ и ВП в большинстве случаев характеризуется относительно малосимптомным, стертым началом, как правило, на фоне имеющейся недостаточности кровообращения, длительным сохранением аускультативных феноменов (13,7±2,0 сут.) и интоксикации (4,2±0,8 сут.), сохранением при выписке у значительной части пациентов остаточных рентгенологических изменений (пневмофиброз - 25%, плевральные спайки -5%, усиление легочного рисунка - 15%). Предложенный алгоритм диагностики возможной ВП у больных ИМ, поступающих на лечение в отделение кардиореанимации, основу которого составляют проведение указанным больным повторного рентгенологического обследования органов грудной клетки после купирования застойных явлений в легких, изучение цитокинового профиля и уровня иммуноглобулинов, посев мокроты и крови на микрофлору и чувствительность к антибиотикам позволяет своевременно выявить у пациентов легочное воспаление и назначить адекватное лечение.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, внебольничной пневмонии, интоксикации.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС В РАЗВИТИИ РЕСПИРАТОРНО-КАРДИАЛЬНОЙ КОМОРБИДНОСТИ

Каландаров Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Исследований, в которых комплексно (посредством функциональных и биохимических методов) оценивались нарушения эндотелиальной функции и оксидативного стресса у больных с респираторно-кардиальной коморбидной патологией, по данным литературного анализа, не проводилось, а имеющиеся данные отличаются отрывочностью и неопределенностью, ограничиваются констатацией выявления лишь отдельных параметров. Оптимизация диагностики и прогнозирование риска развития респираторно-кардиальной коморбидности на основе комплексного исследования эндотелиальной функции, оксидативного стресса и активности воспаления. Исходя из цели и задач исследования, было обследовано 300 больных и 50 соматически здоровых лиц Андижанского региона в качестве контрольной группы. Все пациенты были разбиты на 8 групп: 1 группа -больные ХОБЛ (35); 2 группа - больные БА (35); 3 группа -больные ИБС (стабильная стенокардия) (35); 4 группа - больные АГ (35); 5 группа - ХОБЛ+ИБС (стабильная стенокардия) (40); б группа - БА+ИБС (стабильная стенокардия) (40); 7 группа - ХОБЛ+АГ (40); 8 группа -БА+АГ (40). АГ и ИБС развились на фоне уже диагностированных ХОБЛ и БА. Критериями включения в исследование были: ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести, БА среднетяжелого и тяжелого персистирующего течения, АГ II стадии независимо от степени, стабильная стенокардия не выше III функционального класса (ФК). Не включались больные нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда, перенесенным в течение последних 5 месяцев, сахарным диабетом, сердечной недостаточностью выше III ФК, дыхательной недостаточностью более II степени и другими заболеваниями легких в стадии обострения, а также острыми воспалительными и онкологическими заболеваниями. В нашей работе была предпринята попытка оценить функциональное состояние сосудистого эндотелия у больных с респираторно-кардиальной коморбидностью с использованием метода лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ). ЛДФ-оценка состояния сосудистого эндотелия была основана на сравнении сосудистых реакций в ответ на ионофоретиче-ское введение эндотелий-зависимого и эндотелий-независимого вазодилататоров. Для осуществления сравнительного анализа нами вычислялся коэффициент эндотелиальной функции - КЭФ, как отношение РКК АХ / РКК НН (%) (степени прироста показателя микроциркуляции при ио-нофорезе ацетилхолина к степени увеличения ПМ при ионо-форезе нитропруссида натрия). В зависимости от значения КЭФ, нами выделялись больные с нормальным функциональным состоянием сосудистого эндотелия, имевшие значение КЭФ=1 и более, больные с умеренной дисфункцией сосудистого эндотелия - КЭФ<1, но >0,8 и больные с выраженной дисфункцией сосудистого эндотелия - КЭФ<0,8. Межгрупповые различия хорошо прослеживаются на рис. 1, где изображены медианы, интерквартильные размахи, минимальные и максимальные значения КЭФ в изучаемых группах. В группе больных ХОБЛ+ИБС выявлено не только самое низкое значение медианы КЭФ, но и наименьшие интерквартильные размахи, что отражает монотонность выявленных изменений и развитие преимущественно выраженной ЭД в данной группе. Это, по нашему мнению, является следствием потенцирования патологических влияний на микрососудистый эндотелий патогенетических механизмов обоих заболеваний. Таким образом, созданные алгоритмы прогнозирования развития артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме позволит своевременно выявлять данные заболевания и проводить профилактику и лечебную коррекцию.

Ключевые слова: эндотелиальная дисфункция, АГ, ИБС, ХОБЛ.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗ РЕКТАЛЬНОГО ОТДЕЛА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В НОРМЕ

Курбонов С.С., Камалова М.И.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино
Самаркандский государственный медицинский институт

Современная морфология даёт возможность развитии. различных отраслей в области медицины, которая отвечает на вопросы не только теоретических наук, но имеет огромное значение для клинических наук. Целью исследования явилось изучить морфологические особенности ректального отдела прямого кишечника у людей молодого возраста в норме в возрасте 22-35 летнего возраста. Объектом исследования является железистый аппарат ректального отдела кишечника полученного от трупов количеством 42 обеих полов умершие или погибшие (от сердечно сосудистой недостаточности,различных травм и асфиксии) в возрасте 18-35лет. Набранный для исследования материал не имел патологии пищеварительной системе и органов иммуногенеза. Изъятия материала проводилось не позднее 15 часов после смерти. Макро-микроскопическим методом исследованы все препараты ректального отдела кишечника.Железы в течениеи24 -36 часов окрашивали в 0,5% растворе уксусной кислоты и 0,05 раствра метелинового синего на водопроводной воде, затем препарат помещался в насыщенный раствор молибиденского кислого аммония. На макро- микроскопическом уровне окрашенные анальные железы рассматривались с использованием микроскопа МБС9. Для микроскопических исследований кусочки стенки кишки размером 1,0- 0,5 см вырезки. Фиксация выполнена на 10% нейтральном формалине, жидкостях Буэна и Карнуа. Парафиновые срезы окрашены гематоксилином и эозином, по Крейберу. Таким образом,полученные нами данные даёт нам знать, что размер и количество анальных желез прогрессивно увеличевается до 22-35 лет. После которого наступает инволюция желез. Начиная со 2го периода зрелого возраста наблюдается снижениечисла анальных желез, уменьшение размеров, снижение доли паренхимы и увеличение гландулоцитов, а так же наблюдается расширение выводных протоков.

Ключевые слова: прямой кишечник, эндокриноциты, железы.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕНТАЛЬНОЙ КАРТЫ В МЕДИЦИНЕ НА ПРИМЕРЕ ПРЕДМЕТА АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

Камалова М.И., Тураев А.Ю.

Самаркандский Медицинский институт

В наши дни справляться с огромным объёмом информации, который ежедневно поступает в сознание человека - непростая задача, особенно для человека, который изучает что-либо новое или занимается научной деятельностью. Для более качественного, быстрого и долговечного усвоения нового материала необходима правильная структуризация данных в сознании. Одной из самых эффективных способов работы с информацией заслуженно считают именно зрительную память, что не удивительно, ибо именно посредством этих органов чувств мы получаем более 90% информации из окружающего мира. Поэтому, в частности, графическое упорядочивание знаний позволяет максимально раскрыть когнитивный потенциал и облегчить понимание учебного материала. Для этой цели придумано много методик, начиная от простейших таблиц, заканчивая разного рода кластерами и иллюстрациями. Однако это далеко неполный список различных способов. Учитывая технический прогресс в области вычислительных машин (начиная от простого смартфона и заканчивая полноценным персональным компьютером) не применить это в оговорённых выше целях было бы нерационально. Ментальную карту рассмотрим способ применения одной из специально разработанных для таких задач программ. А дело в том, что для работы с крупными объёмами информации, которую нужно именно классифицировать по иерархическому принципу гораздо лучше подойдут ментальные карты или схемы, нежели линейная запись (посредством которой написаны большинство учебников. Целью исследования явилось применение ментальной карты в медицине во время практических занятиях. Для материала нам нужны смартфоны а также специальные программы к примеру mind map. В первую очередь надо ответить на вопрос Что такое ментальные карты? Ментальная карта (mind map), или ассоциативная карта - это метод структуризации концепций с использованием графической записи в виде диаграммы (схема древовидных связей). Конечно, для составления таковых достаточно обычного карандаша и бумаги, но в таком случае их размер и разветвлённость будут ограничены размером листа бумаги, в то время как у программных реализаций ограничений нет. Для эксперимента данной методикой мы создали свою ментальную карту на тему: "Классификация элементов артрологии" по предмету анатомии человека. Получилась хорошо структурированное "древо знаний", что в значительной степени упростило усвоение данного учебного материала для студентов. Каждый его элемент в PDF версии имеет свой идентификационный номер с выведенным внизу пояснением к нему. В программном же варианте заметки об элементах древа появляются при двукратном этапе по нему. Таким образом, ментальная карта даёт студентам помогать и совершать быстрый поиск по иерархической схеме, а также просто развивает память и логическое мышление.

Ключевые слова: ментальная карта, смартфон, mind map.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПОВ ИНСУЛЬТОВ

Хайдаров Н. К., Камалова М. И.

Ташкентский Государственный стоматологический институт,
Самаркандский Государственный Медицинский институт

Проблема сосудистых заболеваний мозга имеет исключительную медико-социальную значимость, которая определяется их значительной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, высокими показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности во всем мире. Инсульт это внезапное острое нарушение мозгового кровообращения. Различают два основных типа инсульта: ишемический и геморрагический. Изучена распространенность морфологических особенностей различных подтипов инсультов в Узбекистане. На сегодняшний день множествами авторами изучены патологические изменения магистральных, экстрацеребральных и крупных интрацеребральных артерий головного мозга. При ишемическом и геморрагическом инсульте наблюдается структурные изменения сосудов головного мозга. В основном патология мелких внутримозговых сосудов, сопровождающаяся нарушением проницаемости гематоэнцефалического барьера. Атеросклероз и артериальная гипертония являются основной причиной инсультов, именно при ней возникает феномен лейкоареоза, который приводит очаговым и диффузным повреждениям мозга. С повышением возраста риск развития инсульта увеличивается. При обследование в возрасте 45–54 лет частота инсультов составляет один на1000 человек в год, в возрасте 65–74 года- один на100 человек, а старше 85 лет- один на30 человек). При изучении особенностей артериального давления (АД) в острейшем периоде ишемического инсульта (ИИ) при различных подтипах, другие авторы показывают,что в момент развития инсульта степень повышения систолического и диастолического давления при всех подтипах достоверно сопряжена с тяжестью и длительностью артериальной гипертонии до инсульта и максимальна при лакунарном подтипе. В основе патогенеза различных подтипов ишемических инсультов наиболее часто определяются атеротромбоз, эмболия (артериоартериальная и кардиогенная), сосудисто-мозговая недостаточность, гипертоническая ангиопатия и тромбофилические состояния крови. Кроме того, перенесенный инсульт значительно повышает риск развития повторного инсульта. Показано, что общий риск повторного инсульта в первые 2 года после первого инсульта составляет от 4% до 14% и наиболее высок в первые несколько месяцев. Следует отметить, что инсульт легче предупредить, чем достичь полного восстановления утраченных функций, а тем более полного излечения пациента. В дальнейшем для изучения различных подтипов инсультов нами будут рассмотрены целый ряд трупов последних лет умерших от ишемического и геморрагического инсульта. Достоверную информацию о патогенезе ишемических нарушений мозгового кровообращения могут дать только патоморфологические исследования. Результаты наших исследований в будут сопоставлены с клиническими данными, которые в дальнейшем могут быть использованы не только для уточнения патогенеза инсультов и других проявлений инфарктов мозга, но и для оценки критериев клинико-дифференциальной диагностики инсультов с разными причинами их возникновения.

Ключевые слова: инсульт, подтипы, ишемический, геморрагический.

МЕТОДЫ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ, МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Карабаева Ф.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Стенокардия - один из основных и часто встречающихся клинических синдромов при ИБС, обусловлена коронарной недостаточностью, которая является результатом нарушения равновесия между потребностью сердечной мышцы в кислороде и его доставкой с кровью. Причины и механизмы этого несоответствия разнообразны. Как правило, они носят комплексный характер, сочетая в себе нарушения анатомо-морфологические с факторами функциональной природы, среди которых немаловажное значение придается в настоящее время дисфункции эндотелия. Совершенствование методов лечения и реабилитации больных с ишемической болезнью сердца продолжает оставаться одним из актуальных аспектов проблемы кардиологии. В последние годы все большее применение в медицине, в том числе и в лечении ИБС находит низкоинтенсивное лазерное излучение. Механизмы реализации многих положительных эффектов лазерного облучения крови остаются и не до конца ясными. В настоящее время практически неизученными остаются вопросы влияния лазерной терапии на функцию эндотелия, показатели гемостаза и систему микроциркуляции у больных стабильной стенокардией. Изучение влияния лазерного облучения крови на функцию эндотелия, показатели гемокоагуляции, агрегационную активность тромбоцитов, систему микроциркуляции у больных стабильной стенокардией. Для реализации поставленных задач нами было обследовано 115 больных стабильной стенокардией ФК II-III: мужчин - 62 (54%) и женщин - 43 (46%). Среди обследованных преобладали лица мужского пола в возрасте от 50 до 70 лет, с длительностью заболевания до 5 лет. Все больные случайным методом были разделены на две группы: основную и контрольную. У больных основной группы (83 человека) наряду с традиционной медикаментозной терапией проводилось внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Курс состоял из 7 ежедневных процедур продолжительностью 20 мин. В контрольную группу вошли 32 больных, которые получали только медикаментозную терапию. Средний возраст пациентов основной группы составил 63,3±5,7 лет. Средняя длительность заболевания - 5,3±2,1 лет. Из них мужчин - 45 (54,8%), женщин -37 (45,2%). Средний возраст пациентов контрольной группы составил 65,4±4,4 лет. Средняя длительность заболевания - 6,3±3,1 лет. Из них мужчин - 17 (53,2%), женщин - 15 (46,8%). Включение лазерной терапии в комплексное лечение больных стабильной стенокардией способствует улучшению NO-продуцирующей функции эндотелия у больных стабильной стенокардией, а также уменьшает проявления структурного повреждения сосудистого эндотелия в виде снижения числа циркулирующих эндотелиальных клеток и тем самым улучшает функциональное состояние сосудистого эндотелия. Применение внутривенного лазерного облучения крови у больных стабильной

стенокардией способствует устранению явлений стаза и застоя в микро-циркуляторном русле и, что особенно важно, путем воздействия на эндотели-альный компонент регуляции сосудистого тонуса. Лазерная терапия оказывает нормализующее действие на агрегационную активность тромбоцитов независимо от исходного состояния и позитивное влияние на антиагрегационные свойства сосудистой стенки. Внутривенное лазерное облучение крови позитивно влияет на антикоагу-лянтную и фибринолитическую активность плазмы крови. Использование внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении больных стабильной стенокардией приводит к ускорению купирования основных симптомов, способствует уменьшению тяжести заболевания и сокращению сроков госпитализации за счет воздействия на важнейшие патогенетические звенья развития ИБС - агрегационную активность тромбоцитов, антикоагулянтную и фибринолитическую активность плазмы крови, дисфункцию эндотелия и нарушение процессов микроциркуляции. Лечение ИБС преследует две основные цели: предупреждение развития осложнений и устранение симптомов заболевания. К сожалению, для медикаментозных препаратов, которые применяются в лечении ИБС, нередко характерны наличие побочных эффектов, аллергических реакций, недостаточная эффективность контроля симптомов заболевания и качества жизни (КЖ), большое значение также имеет развитие рефрактерности к препаратам. Поэтому необходимо применение в лечении ИБС других методов лечения, в том числе и немедикаментозных. В этой связи лазеротерапия (ЛТ) в течение долгих лет привлекает внимание исследователей. Эффективность применения ЛТ в комплексном лечении ИБС была подтверждена результатами ряда клинических исследований. Проведенное исследование дополняет существующие представления о роли дисфункции эндотелия, нарушений в системе гемостаза, микроциркуляторных нарушений у больных стабильной стенокардией. Раскрытие механизмов действия ВЛОК позволяет обосновать показания для расширения спектра средств патогенетической направленности в лечении стабильной стенокардии; позволяет снизить медикаментозную нагрузку на пациента и повысить качество лечения и жизни в целом.

Ключевые слова: Стенокардия, ишемическая болезнь сердца, лазерная терапия.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРИНИМАЮЩИХ НЕПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ

Касимова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время доля кардио-эмболического инсульта среди ишемических нарушений мозгового кровообращения составляет около 20-30%. Значительную роль в развитии инсульта играет ФП, которая является независимым фактором риска развития инсульта и тромбоэмболий и повышает риск его возникновения в 5-7 раз. ИИ у больных с ФП часто заканчивается смертью, приводит к более выраженной инвалидизации и рецидивирует чаще, чем у больных с инсультом другой природы. Соответственно, риск смерти у больных с инсультом, связанным с ФП, увеличивается в 2 раза, а затраты на лечение - в 1,5 раза. Однако кардиоэмболический инсульт в значительной степени можно предотвратить. Многочисленные клинические рандомизированные исследования у пациентов с ФП доказали, что адекватно организованная антитромботическая терапия достоверно снижает риск развития инсульта на 64%. Поэтому совершенствование и использование эффективных методов профилактики ССЗ относятся к числу первостепенных задач современного здравоохранения. Работы состояла в оценке разных подходов к организации мониторинга пациентов с ФП, принимающих непрямые антикоагулянты. В основу настоящей работы положены результаты наблюдения за 510 пациентами с ФП в возрасте старше 50 лет, получавшими варфарин с целью профилактики кардиоэмболических инсультов и системных эмболий. Все пациенты наблюдались амбулаторно. Вторичная профилактика инсульта у пациентов с ФП остается одной из актуальных проблем современной медицины. ФП является причиной до 20% ИИ, часть которых протекает асимптомно или малосимптомно. Длительное (неопределенно долгое) применение пероральных антикоагулянтов – наиболее действенный способ медикаментозного предупреждения кардиоэмболических осложнений при ФП. Метаанализ, включивший более 28 тыс. больных с ФП, показал, что использование варфарина в адекватно подобранном целевом диапазоне МНО приводит к снижению относительного риска инсульта на 64% в сравнении с плацебо. Однако, несмотря на значительную доказательную базу и усовершенствование шкал для стратификации риска развития тромбоэмболий и инсультов, терапией варфарином часто пренебрегают. Во многом это сопряжено с невозможностью организовать адекватное определение МНО по месту жительства пациентов, особенно проживающих в сельской местности незнанием врачами правил коррекции дозы варфарина страхами медперсонала перед возможными геморрагическими осложнениями; множественными межлекарственными взаимодействиями варфарина. Если же непрямые антикоагулянты назначаются, то зачастую результаты среднего времени нахождения пациентов в терапевтическом диапазоне МНО не позволяют говорить об адекватности вторичной профилактики тромбоэмболических осложнений. Практика доказала, что эффективным методом патронажа пациентов, принимающих варфарин, является система централизованного мониторинга МНО. Именно при такой организации вторичной профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов, принимающих варфарин, можно достигнуть эффективного снижения числа сердечно-сосудистых катастроф, независимо от удаленности пациента от лечебного учреждения. Полученный нами успешный опыт организации системы централизованного мониторинга МНО позволяет рекомендовать внедрение подобной системы в других регионах страны.

Ключевые слова: Фибрилляция предсердий, варфарин, инсульт.

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-ТОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.

Кенжаев Б.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Судебно-стоматологическая экспертиза относится к числу современных направлений судебной медицине. В ходе, которой изучаются и решаются проблемы, возникающие у судебно-следственных органов, связанных с повреждениями челюстно-лицевой области (ЧЛО), зубо-челюстного аппарата (ЗЧА). В настоящее время травмы зубов и альвеолярных отростков челюстей входят в группу самых распространенных травматических повреждений. Изучить судебно-медицинские аспекты повреждений зубов и альвеолярных отростков челюстей. Повреждений зубов и альвеолярных отростков в структуре травмы ЧЛО варьируют в диапазоне от 3 до 7%. Повреждения этих структур возникают в основном в результате бытовых, транспортных и спортивных травмы, также могут возникнуть травмы и при врачебных манипуляциях на ЗЧА. По частоте повреждений типов зубов, отмечаются больше среди медиальных и латеральных резцов, клыков верхней челюсти, соответственно с повреждениями и альвеолярных отростков. Повреждений зубов и альвеолярных отростков мы систематизировали на следующие группы: вывих зуба; травматическая экстракция зуба; перелом зуба (краевой, продольный, коронки, шейки, корня); сочетанные травмы зуба с повреждением мягких тканей губ, щек и альвеолярных отростков; сочетание повреждений зуба с травмой челюстей или же других костей лица. Каждый, из которых имеет свои особенности в характере, механизме травмы, клиническом проявлении и сроке заживления. Однако на это может повлиять возраст, наличие или отсутствие патологических изменений в системе зубов, в организме если повреждений, своевременность обращения пострадавших за медицинскую помощь, квалификация оказанной помощи и т.д. Наиболее частыми предшествующими состояниями были: заболевания нервной системы (34%), заболеваний (пародонтоз и кариес, др.) и дефекты зубной системы заболевания ЛОР- органов. Эти заболевания оказывают существенные влияния на течения и исход повреждений зубочелюстной системы. Потеря постоянных зубов вследствие травм приводит к нарушениям речи, расстройству жевательной функции, отражаясь на эстетичности, деятельности желудочно-кишечного тракта, а следовательно и на состоянии здоровья потерпевшего. В зависимости от количества поврежденных зубов процент стойкой утраты трудоспособности составляет от 5% (2-3 зуба) до 25% (11 и более зубов). Углубленное изучение этих и других повреждений ЗЧА может обосновать заключений судебно-стоматологических экспертиз по установлению механизма и давности травмы, а также оценки степени тяжести повреждений ЗЧА.

Ключевые слова: современных направлений судебной медицине, травматическая экстракция зуба, повреждениями челюстно-лицевой области.

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Муминов Р.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Современный подход к организации специализированных видов медицинской помощи населению - это система этапного лечения, исходя из дифференцированных показаний к лечению больных на различных этапах. Внедрение этапности в организацию специализированных видов лечебно-профилактической помощи способствует решению в оптимальном варианте организационно- функциональной структуры специализированной службы. При этом предполагается обеспечение единого медицинского алгоритма ведения больных соответствующего профиля. Кроме этого, система этапного оказания медицинской помощи предусматривает согласованность и однотипность медицинских подходов, единство цели и задач, принципов, форм и методов. Она определяет условия для единого руководства службой, консультативных и контрольных функций, эффективности использования сложной диагностической и лечебной техники, высококвалифицированных специалистов. Цель исследования. Разработка научно обоснованных направлений развития и совершенствования специализированной медицинской помощи больным эпилепсией на основе комплексного клинико-эпидемиологического анализа и оценки эффективности различных моделей диагностики и лечения эпилепсии в динамике за 36 лет. Сравнительный анализ показателей эффективности работы АОПНД показал, что наиболее эффективно и качественно специализированная медицинская помощь больным эпилепсией оказывается в АОПНД. Все пациенты, проходившие лечение у неврологов поликлиник, состояли на диспансерном учете с диагнозом «эпилепсия» или «эпилептический синдром» без идентификации формы заболевания. Среди пациентов две трети (65,19%) составляют мужчины, одну треть (34,81%) -женщины Четвертая часть пациентов (23,77%) относится к возрастной группе до 20 лет и более половины (58,05%) - к возрастной группе до 40 лет. Этиопатогенез характеризуется преобладанием травматической эпилепсии (25,82%), далее по частоте встречаемости следуют сосудистая (11,23%), идиопатическая (10,93%), алкогольная (7,56%), воспалительная (5,76%) и криптогенная (3,74%). Преобладающим вариантом пароксизмов, характерным для половины пациентов, являются генерализованные тонико-клонические припадки (52,54%), с меньшей частотой встречаются абсансы (7,19%), единичный судорожный припадок (6,81%) и вегетативно-висцеральные пароксизмы (6,21%). В амбулаторной условии до настоящего времени большинству (53,72%) пациентов назначаются барбитураты, препараты второй и третьей генераций назначаются значительно реже 21,69% пациентов в качестве лечения до АОПНД получают политерапию. Лечение в АОПНД после «безуспешного» лечения в амбулаторной сети города привело к прекращению пароксизмов у 20,00% и уменьшению у 63,94% пациентов, снижению частоты серий (7,75%) и статусов (3,42%). Изменения личности отмечаются у 22,08% ботьных эпилепсией Доминантные эпилептические изменения (глишроидные и эксплозивные) характерны для 9,06% пациентов, факультативные представлены психастеническими (3,67%), аффективными (1,20%), истерическими (1,05%) и другими (6,35%) психическими нарушениями. Пациенты с эпилепсией оценивают качество своей жизни по большинству параметров как «среднее». Полученные показатели заболеваемости и распространенности эпилепсии и анализ социально-демографического состава больных позволяют качественно планировать силы и средства медицинской помощи, формировать стратегию снабжения противоэпитентическими препаратами, и тем самым снизить ущерб обществу, причиняемый временной нетрудоспособностью и инвалидизацией больных.

Ключевые слова: эпилепсия, противоэпилептические препараты.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ЮНОШЕСКОЙ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ

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

Эндогенная депрессия - частный случай психического расстройства депрессивного ряда. Отличается от прочих форм внутренним характером, то есть причины в основном гормональные, сопряженные с недостаточной выработкой нейромедиаторов. В частности, серотонина, в меньшей мере дофамина. Подобная классификация, на реактивные и эндогенные депрессии постепенно отходит на второй план, поскольку этиология патологического процесса может быть смешанной. В юношеском возрасте эндогенный депрессивный синдром имеет несколько характерных особенностей. Пониженное настроение. Этот симптом является самым главным психопатологическим симптомом эндогенной депрессии. Настроение кажется безрадостным, безысходным. Болезненное снижение настроения может усилиться до мелонхолии с унынием. Под влиянием своего депрессивного настроения больные часто говорят о виновности и греховности, отсутствии смысла жизни. Нарушение познавательной деятельности характеризуется. Восприятие характеризуется выраженной в большей или меньшей степени сужением его объема. Внимание характеризуется снижением активности, затруднением произвольной концентрации на объекте, истощаемости внимания. Оперативная память выявляется снижение объема оперативной памяти. Кратковременная память характеризуется низким объёмом запоминания. Мышление. В структуре мышления отмечается замедление темпа мыслительных процессов, бедность и шаблонность ассоциаций. Выявляется негрубое снижение уровня обобщений. Речь характеризуется замедленностью темпа, уменьшением громкости, характерна непродуктивность при диалоге. Прихомоторика. У депрессивных больных преобладает торможение. Мимика скорбная, застывшая, движения замедленны, больные производят впечатление внезапно постаревших. Соматические расстройства. Отмечается потеря аппетита, похудение, сухость во рту, колебания артериального давления, снижение физической активности. Целью настоящего исследования являлось определение психопатологических особенностей юношеских эндогенных депрессий и закономерностей их динамики и проявлений во всем разнообразии клинического спектра с оценкой отдаленных этапов течения по данным катамнеза и выработкой оптимальных подходов к усовершенствованию методов их диагностики, прогноза, лечения и реабилитации. Изученная выборка включала 751 больного мужского пола в возрасте 16-25 лет из числа проходивших стационарное и амбулаторное лечение в АОПНД в период с 2015 по 2020 год. На основе проведенного исследования было установлено наличие ряда общих психопатологических особенностей манифестных эндогенных депрессий юношеского возраста К ним, прежде всего, относятся выраженный полиморфизм клинической картины с незавершенностью, фрагментарностью, изменчивостью психопатологических симптомов и нечеткой оформленностью аффективной триады Анализ показал, что особенности депрессивных состояний у изученных больных и их своеобразие следует объяснять существенным вкладом пубертатных психобиологических факторов в их формирование, что приводит к выходу на первый план характерных для подростково-юношеского возраста когнитивных, поведенческих и сомато-вегетативных расстройств, не только маскирующих их

депрессивную основу, но и затрудняющих правильную трактовку отдельных симптомов заболевания. Проведенное исследование выявило нозологическую неоднородность эндогенных депрессий, манифестирующих в юношеском возрасте депрессивные состояния у 34,9% больных были диагностированы в рамках аффективного заболевания (МДП и циклотимия), у 65,1% больных депрессии манифестировали в рамках мало-прогредиентной шизофрении, в том числе - вялотекущей формы (41,3%) и в виде затяжного атипичного пубертатного приступа (23,8%) При анализе полученных результатов установлен ряд особенностей клинических проявлений юношеских депрессий, условий их формирования и динамики, соотношения их типологических вариантов, различных для каждой из этих нозологических групп. Показатели эффективности терапии теми же антидепрессантами в сочетании с традиционными нейролептиками, оцениваемые по результатам лечения больных, не отреагировавших ранее на сочетанную терапию тимолептиками и атипичными антипсихотиками, различались при применении каждого из этих нейролептиков, составляя в группе трифлуоперазина 60,0%, флупентиксола - 60,0%, перфеназина -50,0%, хлорпротиксена - 40,0%, тиоридазина - 40,0%, перициазина - 30,0%. Важным фактором в лечении юношеских депрессий является применение комплексного подхода, включающего помимо психофармакотерапии и психотерапевтические мероприятия При наступлении стабильного улучшения состояния больных оказалось наиболее целесообразным сочетанное использование психофармакотерапии и когнитивно-бихевиоральной терапии для воздействия на резидуальные симптомы депрессии, а в последующем - групповая психокоррекционная терапия для восстановления социальных навыков, адаптации больных, формирования их комплаентности, сочетающаяся с семейной психотерапевтической работой. Юношеские эндогенные депрессии, наряду с их широкой распространенностью, характеризуются отчетливыми возрастными особенностями, к которым относятся, прежде всего, выраженный полиморфизм клинической картины и необычная представленность депрессивной триады, отличающие их от депрессивных состояний, наблюдаемых у больных зрелого возраста, что обусловлено мощным вкладом в их формирование психобиологических параметров юношеского периода, включающих как его психические проявления со свойственным им патологией поведенческих и адаптационных реакций, так и соматические и психоэндокринные изменения, характеризующие эту онтогенетическую стадию.

Ключевые слова: юношеские эндогенные депрессии, антидепрессанты, нейролептики.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Сахарный диабет (СД) - самое распространенное эндокринное заболевание. СД представляет собой одну из острейших медико-социальных проблем, так как ведет к ранней инвалидизации и повышению смертности среди населения, основной причиной которой являются поздние сосудистые осложнения. В США насчитывается более 16 млн. больных. На долю СД 2-го типа (СД 2) приходится около 85-90%, СД 1-го типа (СД 1) 10-15% случаев. СД является третьей по частоте причиной смерти (после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей). Около половины заболевших имеют возраст 40-60 лет, однако нередко заболевание начинается и у людей молодого возраста. Начиная с 1988 г. ВОЗ ведет сбор стандартизированной информации о распространенности СД и нарушении толерантности к глюкозе (НТГ) среди населения мира. Заболеваемость ежегодно увеличивается во всех странах мира на 5-7%. Сахарный диабет является полигенным многофакторным заболеванием, обусловленным взаимоотношением генетических факторов и факторов окружающей среды. Установлено, что механизм развития патологического процесса при при СД1 и СД2 различный: при СД1 основная причина развития заболевания обусловлена гибелью клеток островкового аппарата, вызванной аутоиммунными реакциями, индуцированными вирусной инфекцией; при СД2 происходит изменение функций бета-клеток, развитие инсулинорезистентности. СД развивается в результате взаимодействия разнообразных генетических механизмов и неспецифических факторов внешней среды. У каждого человека болезнь развивается под воздействием совокупности причин. Психосоциальные факторы играют одну из ведущих ролей в возникновении и течении СД. Целью исследования является клиническая оценка депрессивных состояний у больных сахарным диабетом с учетом психопатологической структуры аффективной патологии и ее нозологической принадлежности. Обследовались больные в возрасте 18 - 65 лет, с психопатологически завершенными депрессивными состояниями, верифицированным в соответствии с диагностическими критериями ВОЗ (1999) сахарным диабетом 1 и 2 типов, находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении. На основании клинического обследования 97 больных (74 женщины, 23 мужчины, средний возраст - 52,0 ± 23,3 года) сахарным диабетом коморбидным депрессивным состояниям, установлена нозологическая и клиническая гетерогенность имеющихся у них аффективных (депрессивных) расстройств. Сопоставление клиники аффективных (депрессивных) расстройств и сахарного диабета позволило выделить симптомы, отмечающиеся как в структуре депрессий, так и соматического заболевания (алпш с преимущественной локализацией в нижних конечностях, ощущение дискомфорта в абдоминальной области, запоры, астения, сухость полости рта, учащенное и обильное мочеиспускание, повышение и снижение аппетита, увеличение и уменьшение массы тела). Уточнена методика психофармакотерапии наиболее распространенных у больных сахарным диабетом депрессии с учетом их нозологическом неоднородности, типологии эндокринного заболевания, психосоматических соотношений, складывающихся между депрессивными состояниями и эндокринным заболеванием. Установлено, что эффективность указанных рекомендаций психофармакотерапии депрессий,

определяемая по доле респондеров, достигает 76%. Своевременная диагностика и терапия депрессий способствуют оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий у больных сахарным диабетом, облегчают профилактику неблагоприятных последствий как медицинского характера (тяжелое течение сахарного диабета с поражением внутренних органов, развитием осложнений), так и социального порядка (снижение качества жизни и адаптационных возможностей пациента). Разработана оригинальная методика психофармакотерапии депрессий у больных сахарным диабетом с учетом нозологической и клинической неоднородности психопатологических расстройств, особенностей течения эндокринного заболевания, переносимости, эффективности, безопасности психотропных средств, а также их совместимости с соматотропными препаратами. Использование этой методики позволит оптимизировать специализированную психиатрическую помощь и организацию профилактических и реабилитационных мероприятий амбулаторному и стационарному контингенту пациентов эндокринологической клиники и психоневрологического диспансера.

Ключевые слова: сахарный диабет, депрессивные состояния, психофармакотерапия.

ЗАМОНАВИЙ ЭТАПДА САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ

Қурбонова Л.М., Рустамова Ш.А.
Самарканд Давлат Тиббиёт институти

Бруцеллез билан касалланиш ва у билан курашиш ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг асосий муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Охирги йилларда Самарқанд вилоятида сурункали бруцеллёз билан касалланган беморларда юрак қон томир тизимида кузатиладиган ўзгаришларни таҳлил этиш. Шу мақсадда Самарқанд вилоят юқумли касалликлар шифохонасида 2015-2018 йилларда даволаниб чиққан беморлар орасидан «Сурункали бруцеллёз» ташхиси билан даволанган беморлар кузатув остига олинди. Ушбу беморлар жами беморларнинг 43,9% ни ташкил қилади. Бруцеллёз касаллиги ташхиси беморларга объектив, субъектив, эпидемиологик, клиник, бактериологик, серологик, ЭКГ текширув натижалари асосида қўйилган. Самарканд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасида 2015-2018 йил давомида “Сурункали бруцеллез” ташхиси билан даволанилган беморлар клинико-инструментал текширилди. Беморларнинг ёши 16 дан 69 ёшгача бўлган диапазон орасида эди. Беморларнинг 44,4% ини аёллар, 41,6% ини эркаклар ташкил қилди. Беморларнинг турар жойига қараб тақсимлайдиган бўлсак, шифохонамизга мурожаат қилган беморларнинг 2,7% изи Қашқадарё вилоятидан, 5,5% изи Жиззах вилоятидан, Сурхондарё вилоятидан 2,7% беморлар, беморларнинг кўпчилик қисми, яъни 88,8% Самарқанд вилоятидан ётқизилган. Самарқанд вилоятида яшовчи беморларни турар жойлари бўйича тақсимлайдиган бўлсак, Нуробод туманида яшовчи беморлар 53,1% ни, Қўшработ туманида яшовчи беморлар 21,8% ни, Пайариқдан 3,1%, Ургутдан 7,3% беморлар, Пастдарғомдан 3,1%, Булунгур туманидан 3,1% , Жомбой туманидан 5,2%, Тайлоқ туманидан 3,3% беморлар мурожаат этишган. Кузатув остига олинган беморларда 43,5% юрак қон томир тизими томонидан ўзгаришлар қайд этилди. Уларнинг ёш диапазони 25 - 40 ёшни ташкил этади. Кузатувдаги беморларда қуйидаги ҳамроҳ касалликлар аниқланилди: артериал гипертония (32,8%) улардан касалликнинг I дар. (15,2%), касалликнинг II дар. (12,4%), касалликнинг III дар. (5,2%), пиелонефрит (7,5%), анемия (47,4%), атеросклероз (4,1%), ЮИК (8,2%). Клинико-эпидемиологик ташхис 47,7% -беморларда Хеддельсон агглютинация реакцияси, у 86,6% - 1/200 дан 1/800 гача бўлган Райт агглютинация реакцияси орқали қўйилди. Кузатув давомида ўтказилган электрокардиографик текширувларда ЭКГ-даги ўзгаришлар 24,7% беморларда аниқланилди. Шу боис, юқоридаги текширувдан ташқари, ЭхоКГ, Холтер, юракнинг суткалик кардиомонитор текшируви ҳам қўлланилди. Кузатувдаги бруцеллез билан касалланган беморларнинг шикоятлари юрак соҳасида оғриқ (75,3%), юракнинг тез-тез уриши (45,3%), бош айланиши (32,7%), юракнинг секин уриши (11,8%), ҳолсизлик (88,2%), адинамия (73,4%), тез чарчаш (65,2%), юракнинг тез уриши (24,6%), ҳансираш (9,3%) каби шикоятлардан иборат бўлган. Бруцеллезнинг сурункали шакли билан оғриган беморларда юрак қон томир тизими томонидан кузатилган объектив ўзгаришлар асосан қуйидагилардан иборат эди: 56,5% кузатувдаги беморларда клиник белгилардан юрак тонлари бўғиқлиги (100%), юрак чўққисидаги систолик шовқин (23,7%), артериал гипотония (53,1%), тахикардия (24,6%), брадикардия (11,8%), ҳансираш (32,4%), юрак чегараларининг кенгайиши (44,4%) кузатилди. Ушбу беморларда юрак қон томир тизими томонидан кузатилган клиник белгиларнинг бирламчи ўринга чиқмасдан, асосий касалликнинг бошқа белгилари билан қўшилиб келиши кузатилди. Беморларнинг 2,2% изини юрак соҳасидаги нохуш сезгилар кузатилган. Юрак соҳасидаги нохуш сезгилар беморларни куннинг биринчи ярмида безовта қилган. Юрак соҳасидаги оғриклар кузатувдаги беморларнинг 75,3% ини

безовта қилган. Юрак соҳасидаги оғриқни характерлаб бериш сўралганда 83,3% беморлар аниқ характеристика бера олишмади ва бу асосан санчувчи оғриққа ўхшайди, деб таърифлашди. 77,7% беморларда оғриқлар сутканинг турли вақтларида вужудга келиб, баъзан 2-3 соатгача давом этган. Беморларнинг 44,4% нитроглицерин билан оғриқ бартараф бўлмаганига эътибор қаратадиган бўлсак, булар стенокардия характеридаги оғриқ эмас. Кўпчилик беморлар юрак соҳасидаги оғриқларга деярли эътибор қаратишмаганлигини, асосан бўғимлардаги оғриқлар уларни безовта қилишганлигини таъкидлаб ўтишди. 24,6% беморларда юрак уришининг тезлашуви безовта қилганлиги маълум бўлди. Юрак уришининг тезлашуви кўпинча беморлар ҳаракатланганда, жисмоний зўриқишлардан сўнг аниқланилди. Беморларнинг 9,3% изида ҳансираш кузатилди. Ҳансираш эса асосан жисмоний зўриқишлардан кейин келиб чиққанлиги маълум бўлди. Кузатувдаги беморларнинг 53,1% изида гипотония кузатилди. Гипотония ҳолати кўпинча беморларда эрталаблари уйқудан турган вақти аниқланилди. Артериал қон босими даражаларини таҳлил қилиш жараёнида барча беморлар 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди: Биринчи гуруҳдаги беморларда артериал қон босимининг 100/70 мм.сим. устунигача пасайиши 25,7% беморларда қайд этилди; Иккинчи гуруҳдаги беморларда артериал қон босимининг 90/60 мм.сим. устунигача пасайиши 14,3% беморларда қайд этилди; Учинчи гуруҳдаги беморларда артериал қон босимининг 80/50 мм.сим. устунигача пасайиши 13,1% беморларда қайд этилди. Сурункали бруцеллёз касаллигида юрак қон томир тизимидаги ўзгаришлар асосан функционал характерда бўлиши кузатувлардан маълум. Бироқ тадқиқот давомида динамикада охирги йилларда беморларнинг 23,4% юрак қон томир тизимидаги ўзгаришлар органик ўзгаришларни ташкил этди. Шу боис, сурункали бруцеллёз касаллигида юрак қон томир тизимидаги ўзгаришлар турғун характерда бўлади. Бруцеллезнинг сурункали шакли билан оғриган беморларда қайд қилинган электрокардиограмма натижаларини таҳлил қиладиган бўлсак, ЭКГ текширувида беморларнинг 14,2% изида синусли брадикардия, 16,2% изида синусли аритмия, 24,1% изида синусли тахикардия, 13,4% изида қоринчалар экстрасиситолияси, 8,7% изида ҳилпилловчи аритмия, 23,4% ҳолда миокарддаги диффуз ўзгаришлар аниқланилди. ЭКГ таҳлилига эътибор берсак, 12% беморларда Т тишчанинг иккиланиши, 33% беморларда R вольтажининг пасайиши кузатилди. ST тишчанинг пасайиши камчилик беморларда (8,9%) кузатилди. ЭКГ текшируви натижаларига асосланиб, беморларнинг 23% изига «Иккиламчи кардиомиопатия», 32% изига «Миокардит» ташхиси қўйилди. Клиник кузатувларда миокардит ташхисининг кеч куйилиши миокардит белгилари организм умумий интоксикацияси ва бошка аъзолардаги патология билан кўшилиб келганлиги билан боғлиқ. Сурункали бруцеллез билан касалланган беморларда кўпинча ритм бузилиш ҳолатлари юзага келиб, бу синус тугунидаги автоматизм бузилиши оқибатида вужудга келиб, синусли тахикардия, синусли брадикардия ва синусли аритмия, ҳамда камдан кам ҳолларда қоринчалар экстрасистолияси кўринишида намоён бўлади. Қондаги кардиоспецифик ферментлар текширилганда, АСТ ва ЛДГ кўрсаткичлари меъёридан бироз ошганлиги аниқланилди.1. Кузатув остига олинган беморларда 43,5% юрак қон томир тизими томонидан ўзгаришлар қайд этилди. Уларнинг ёш диапазони 25 - 40 ёшни ташкил этади. 2. Охирги йилларда беморларнинг 23,4% изида юрак қон томир тизимидаги ўзгаришлар функционал эмас, балки органик ўзгаришлардан иборат. Асосан миокардит аниқланилди (32%). 3. Сурункали бруцеллёз билан касалланган беморларда юрак кон томир тизимидаги ўзгаришлар синусли тахикардия, синусли брадикардия, синусли аритмия билан намоён бўлди. 4. Сурункали бруцеллёзда юрак қон томир тизими шикастланишининг асосий кўрсаткичлари бўлиб, беморлар қонида кардиоспецифик ферментлар (КФК, АСТ, ЛДГ) ошиши ҳисобланади.

Калит сўзлар: Бруцеллез, эпидемиологик, клиник, бактериологик, серологик.

ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛИ БОР БЕМОРЛАРДА ТЕРАПЕВТИК РЕЗИСТЕНТЛИКНИ ЕНГИШ УСУЛЛАРИ

Кучимова Ч.А.
Самарқанд Давлат Тиббиёт институти

Депрессив бузилишлар бугунги кунда дунё аҳолиси касалликлари ва ўлими сабаблари ичида туртинчи ўринни эгалламоқда. 2025 йилга бориб иккинчи ўринга кўтарилиши мумкин. Тахминан 1/3 беморлар биринчи тавсия этилган антидепрессантлар (АД) билан даволанишга реакция қилмайди. 15-33% гача депрессив беморлар икки ва ундан ортиқ даво стратегиясига резистент бўлиб қолмоқда, жумладан номедикаментоз даво усулларига ҳам. Депрессив бузилиш структурасида терапевтик резистент депрессияни (ТРД) белгиларини ўрганиш ва терапевтик резистентликни енгиш тактикасининг самарадорлигини аниқлашдан иборат. Тадқиқот объекти бўлиб, 85 нафар 19 ёшдан 60 ёшгача бўлган депрессив бузилишли беморлар (55 нафар аёллар, 30 нафар эркак беморлар) олинди. Тадқиқот Самарқанд вилояти рухий касалликлар шифохонаси диспансер ва психосоматик бўлимларида 2017-2019 йилларда олиб борилди. ТРД-адекват доза билан адекват вақт давомида антидепрессантларнинг турли гуруҳлари билан даволаганда ҳам тузалмайдиган ҳолатдир. Антидепрессив терапияга резистентлик 27 нафар (32%) беморда (17 нафар аёл беморлар-63%, 10 нафар эркак беморлар-37%) аниқланди. Юқорида келтирилган маълумотларга асосланиб ТРД қуйидаги турларга ажратилди:

1.Бирламчи (ҳақиқий) терапевтик резистентлик. Бу ҳолат АД ёмон қабул қилиш ва касалликни ёмон сифатли кечиши билан боғлиқ бўлди.

2.Иккиламчи ТР. Бу ҳолат психотроп воситаларнинг терапевтик самарадорлигини, уларга рецепторларнинг десенситизациясининг сусайиши билан боғлиқ бўлди.

3.Псевдорезистентлик. Бу ҳолат интенсив психофармакотерапиянинг ноадекватлиги ёки етишмовчилиги билан боғлиқ бўлди.

4.Манфий ТР. Бу ҳолат беморларни психотроп дори воситаларининг ножуя таъсирига сезувчанлигининг ошиши билан боғлиқ бўлди.

Ҳақиқий ТР 47 нафар беморда аниқланди. ТРД даволаш алгоритмини биринчи босқичида беморлар йулдош рухий, наркологик, неврологик, умумсоматик патологиясини аниқлаш учун текширилди. Йулдош патологияни адекват даволаш натижасида 2 нафар беморда (4,2%) резистентликни енгишга эришилди. Иккинчи босқич адекват давони баҳолаш ва антидепрессантни олдинги қабул давомийлиги, беморни даволаш режимига мувофиқлиги ҳисобланди. Дозани ўрта терапевтик дозадан паст бўлмаган ҳолатда танлашга тўғри келди, керак бўлганда кўтара олиши мумкин бўлган максимал доза ҳам берилди. Бу тадқиқотда иштирок этувчи антидепрессантларга терапевтик резистент бўлган ҳамма беморлар адекват антидепрессив даво олди. Учинчи босқичда беморларга бирдан бир нечта антидепрессант берилди. Иккита антидепрессант берилганда тераевтик резистентликни енгиш 11 нафар беморда (23,4%) кузатилди. Тўртинчи босқичда таъсир механизми бошқача бўлган

антидепрессантнинг биринчи гуруҳи иккинчисига алмаштирилди. Бу этапда терапевтик резистентликни енгиш 25 нафар беморда (53,2%) кузатилди. Бешинчи босқичда “потенцирловчи агент” хусусиятига эга бўлган фармакологик воситалар берилди, бундай воситалар антидепрессантларни таъсирини кучайтирди ёки соф антидепрессив фаолликка эга эди. Бундай воситаларга нормотимиклар, атипик нейролептиклар, қалқонсимон без гармонлари, минералокортикоидлар, глюкокотикоидлар ва уларни антогонистлари, жинсий гормонлар-эстрогенлар, андрогенлар кирди. “Потенцирловчи агент”ларни қуллаб (нормотимиклар, атипик нейролептиклар) 7 нафар беморда (14,9%) терапевтик резистентликни енгишга эришилди. Олтинчи босқичда нофармакологик даволаш усуллари қулланилди. Бу этапда электр тутқаноқли терапия катта аҳамият касб этди. Даволашни бу усули мазкур тадқиқотда қулланилмади. 2 нафар беморда (4,2%) юқоридаги усулларнинг хеч бири билан терапевтик резистентликни енгиб бўлмади. Ўтказилган тадқиқот натижасида ҳақиқий терапевтик резистентлик 15,9% депрессив бузилишли беморларда кузатилди. Уни самарали енгиш учун босқичма-босқич даволашга туғри келди. Дастлаб йулдош патология даволанди, кейинги босқичларда антидепрессантларнинг кутара олиши мумкин бўлган максимал дозаси берилди, антидепрессантларнинг турли гуруҳлари комбинация қилинди ва “потенцирловчи агент” хусусиятига эга антидепрессантлар қушича қилинди.

Калит сўзлар: депрессия, терапевтик резистентлик, енгиш усули, босқич, антидепрессант, терапия.

ОЦЕНКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мавлянова З.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт

Изучено физическое развитие при помощи стандартных общедоступных антропометрических параметров: вес, рост, измерение окружности верхних и нижних конечностей, определение толщины кожно-жировой складки с помощью электронного калипера по методу Durnin-Womersly, у 64 детей с различными формами детского церебрального паралича и 20 здоровых детей в возрасте от 3 до 14 лет. Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич (ДЦП), распространенность которого, по данным различных авторов, составляет от 2-2,5 случая на 1000 детей до 9 случаев на 1000 новорожденных детей. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это собирательный термин для группы разнообразных двигательных нарушений, вызванных повреждениями мозга различного происхождения на ранних этапах его развития. Между тем, физическое развитие является одним из важнейших показателей здоровья растущего организма. Отклонения в физическом развитии детей могут, как предрасполагать к развитию соматической патологии, выступая в качестве неблагоприятного фонового состояния, так и свидетельствовать о наличии патологических состояний, в том числе и нейроэндокринной системы, обеспечивающей гомеостаз организма ребёнка. Несмотря на то что изучению вопроса диагностики нормального физического развития и его отклонений было посвящено много работ, но он остается актуальным и в настоящее время. На сегодняшний день существует ряд методик оценки уровня физического развития детей, основанных на антропометрических показателях. Однако в доступной нам литературе очень мало работ, посвящённых изучению антропометрических параметров у пациентов с детским церебральным параличом.

Изучить физическое развитие пациентов с детским церебральным параличом при помощи стандартных антропометрических параметров. Исследование проводилось на базе детского неврологического отделения Клиники Самаркандского государственного медицинского института №1, детского неврологического отделения Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра, а также семейных поликлиниках г. Самарканда. Проведено антропометрическое исследование у детей с различными формами детского церебрального паралича (n=64): гемипаретическая форма (I-я группа) - 15 человек (23,44%), гиперкинетическая форма (II-я группа) – 10 человек (15,62%), спастическая диплегия (III-я группа) – 15 человек (23,44%), атонически-астатическая форма (IV-я группа) – 10 человек (15,62%), двойная гемиплегия (V-я группа) – 14 человек (21,88%). В контрольную группу вошли 20 здоровых детей, находившихся на диспансерном наблюдении в семейных поликлиниках г. Самарканда. Для оценки физического развития были использованы стандартные общедоступные антропометрические параметры: вес, рост, измерение окружности верхних и нижних конечностей, определение толщины кожно-жировой складки с помощью электронного калипера по методу Durnin-Womersly. Пликометрия (определение толщины кожно-жировой складки) является одним из самых простых методов определения жира. С целью получения наиболее точного результата пликометрия проводилась по методу Durnin-Womersly в четырех стандартных точках: над

трицепсом ближе к его внутреннему краю на задней поверхности плеча при опущенной руке - 1-ая точка; над двуглавой мышцей на уровне средней трети плеча - 2-ая точка; 3-я точка на уровне нижнего угла лопатки; 4-я точка на 2 см выше середины пупартовой складки в паховой области. При проведении измерений кожно-жировой складки калипером измерение зачастую проводилось на правой стороне тела (за исключением гемипаретической формы ДЦП) на сухой и чистой коже; также измерение не проводилось в местах повреждения кожного покрова. Анализ антропометрических показателей в динамике дает возможность оценить темпы физического развития. Именно с этой целью производили определение окружностей бедра, голени и плеча (*см*). Измерение окружностей, преимущественно с правой стороны, производили сантиметровой лентой так, чтобы она плотно прилегала к мягким тканям конечностей (у пациентов с гемипаретической формой ДЦП на здоровой стороне), а считываемый результат находился перед глазами. Окружность плеча измерялась при расслабленной мускулатуре руки на границе верхней и средней трети плеча перпендикулярно по длиннику плечевой кости. Окружность бедра измерялась в положении лёжа при расслабленной мускулатуре ноги, под ягодичной складкой, перпендикулярно длиннику бедренной кости. Окружность голени измерялась также в положении лежа при расслабленной мускулатуре ноги в области наибольшего развития икроножной мышцы.

Комплексная оценка антропометрических параметров у пациентов с детским церебральным параличом в сравнении с группой контроля, указывала на задержку физического развития различной степени выраженности во всех пяти исследовательских группах больных детей. Заметное отставание анаболических процессов продемонстрировано у пациентов с ДЦП по сравнению с соматически здоровыми детьми. При измерении окружностей конечностей в основной группе были получены нижеследующие результаты: окружность плеча - 13,2 см, окружность голени – 17,8 см, окружность бедра – 28,5 см. Однако в контрольной группе соматически здоровых детей полученные данные значительно отличались, составляя 15,45±0,54 см; 19,68±0,45 см и 31,22±0,67см соответственно. Это свидетельствовало о том, что у детей с ДЦП по сравнению со здоровыми детьми отмечается медленный прирост мышечной массы, выявленный при измерении окружностей верхних и нижних конечностей. Наиболее выраженная задержка прироста мышечной массы диагностировалась при двойной гемиплегии (V-я группа) и гиперкинетической форме ДЦП (II-я группа): у детей II-ой группы окружность плеча составила в среднем 12,99±0,45 см, окружность голени - 17,45±0,55см, окружность бедра - 29,24±0,56 см; в V-ой группе эти показатели составили 11,98±0,56 см; 17,33±0,39 см и 27,67±0,67 см соответственно. Наряду с дефицитом мышечной массы отмечался замедленный прирост и подкожной жировой клетчатки, в особенности при измерении толщины кожно-жировой складки (ТКЖС) в 3-ей точке у нижнего угла лопатки и в 4-ей точке на 2 см выше середины пупартовой складки в паховой области. При этом у детей основной группы прослеживалась взаимосвязь полученных антропометрических показателей от формы детского церебрального паралича: наиболее выраженные нарушения отмечались также у больных с двойной гемиплегией (ТКЖС в 3-ей точке - 6,89±0,39 мм; в 4-ой точке - 2,24±0,76 мм) и при гиперкинетической форме ДЦП (ТКЖС в 3-ей точке - 7,34±0,34 мм; в 4-ой точке - 2,05±0,63 мм). Несколько слабее симптоматика задержки физического развития определялась при атонически-астатической форме, и в некоторых случаях при спастической диплегии и гемипаретической форме ДЦП. Средняя ТКЖС в 3-ей точке у детей с церебральным параличом составила 7,97

мм, а у соматически здоровых детей - 11,07±0,35 мм. Толщина КЖС в 4-ой точке также значительно отличалась у детей основной группы, составляя в среднем 2,45 мм, в то время как в группе контроля этот показателей был равен 4,09±0,33 мм.

Задержка физического развития у больных с ДЦП определяется в первую очередь дополнительными нарушениями в работе организма, обусловленными выраженными затруднениями в приеме пищи более половины всех обследованных (в 48 наблюдениях, 75%). Это обусловлено несколькими основными факторами, в первую очередь напрямую связанными с нарушениями со стороны регуляции нервной системы. Основными причинами являлись повреждение мозговых центров и нарушение глотательной и жевательной функций у данной категории больных. Наряду с этим имело место также отсутствие активных движений, что, в свою очередь, порождало несоответствие пищевых привычек. В целом, проведенная оценка физического развития пациентов с ДЦП при динамическом наблюдении выявила преобладание дисгармоничного развития у всех обследованных в пяти группах наблюдения в отличие от обследованных детей контрольной группы. Таким образом, данные полученные при анализе антропометрических измерений (окружностей плеча, голени, бедра; определении толщины кожно-жировой складки), демонстрируют, что у пациентов с детским церебральным параличом наблюдается заметное снижение адаптационной способности организма. Для данной категории больных наиболее характерен дисгармоничный тип развития с различными вариантами диспропорций с замедленным приростом мышечной массы, отсутствие существенных изменений выраженности подкожной жировой клетчатки, с характерными антропометрическими особенностями.

Ключевые слова: дети, физическое развитие; антропометрические показатели, детский церебральный паралич.

АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ: ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ

Мавлянова З.Ф., Высогорцева О.Н., Усманходжаева А.А.

Самаркандский государственный медицинский институт,
Ташкентская медицинская академия

Приводятся результаты оценки комплексной программы физической реабилитации с применением реабилитационного оборудования для позвоночника NUGA BEST у 65 больных мужчин с центральной формой анкилозирующего спондилоартрита. В результате проведенных реабилитационных мероприятий отмечено, что применение реабилитационного оборудования NUGA BEST у больных с центральной формой АС оказывает многофакторное воздействие: снижает функциональную перегрузку позвоночника, способствует миорелаксирующему, болеутоляющему эффектам, увеличению объема движений в позвоночнике и экскурсии грудной клетки, пролонгирует клиническую ремиссию, повышает психоэмоциональный статус пациентов. Анкилозирующий спондилоартрит (АС), болезнь Штрюмпеля-Мари-Бехтерева, - хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание позвоночника, возникающее чаще у мужчин молодого возраста, а также приводящее к временной и стойкой утрате трудоспособности. Среди клинических признаков АС наиболее характерным и ранним, по мнению некоторых авторов, считается сакроилеит, проявляющийся болью в области ягодиц и крестцово-подвздошных суставов. С течением времени воспалительный процесс распространяется на вышележащие отделы позвоночника, что сопровождается появлением боли в поясничном, грудном и шейном отделах позвоночника. В начальном периоде развития болезни в клинической картине превалируют болевые синдромы и мышечные спазмы, на поздних стадиях преобладает ограниченность или отсутствие подвижности позвоночника, связанные с анкилозированием межпозвоночных суставов, образованием синдесмофитов, а также с оссификацией связочного аппарата. Основной целью лечения АС являются купирование боли, подавление воспаления, профилактика прогрессирования структурных изменений или снижение темпов их развития, поддержание функциональной активности опорно-двигательного аппарата, профилактика нарушений осанки и дыхания, улучшение качества жизни пациента. Лечение при АС должно быть постоянным, индивидуальным, этапным и комплексным с воздействием на различные параметры патологического процессаю. Оценить эффективность применения реабилитационного оборудования для позвоночника Nuga-Best (Ю.Корея) у больных с центральной формой анкилозирующего спондилоартрита. Обследовано 65 больных мужчин в возрасте от 28 до 48 лет с подтвержденным диагнозом АС центральная форма. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 15 лет. Все обследованные в зависимости от программы реабилитации были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту и клиническим формам заболевания. В основную группу вошли 33 пациента, в контрольную - 32. Наряду со стандартной медикаментозной терапией (противовоспалительного, аналгезирующего, миорелаксирующего действия), массажем и посещением занятий лечебной гимнастики у больных основной группы в комплексную программу реабилитации включено использование реабилитационного оборудования для позвоночника Nuga-Best (Ю.Корея), представляющего собой устройство, предназначенное для обеспечения релаксационной терапии мышц и суставов с помощью вибрационного массажа, вытяжения и электромагнитного воздействия на различные отделы позвоночника. В качестве критериев

эффективности проводимых реабилитационных мероприятий были использованы следующие параметры: визуальная аналоговая шкала оценки болевого синдрома, индекс BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), экскурсия грудной клетки, тест Шобера, совокупная оценка функциональной способности пациента ASAS, рекомендован индекс BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) – метрологический индекс, отражающий подвижность позвоночника и тазобедренных суставов. Для оценки влияния проводимых реабилитационных мероприятий на психологический статус больных применялся также психологический опросник САН (методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения). Степень активности заболевания устанавливали в соответствии с критериями, принятыми Международным обществом по изучению анкилозирующего спондилита (Assessment International SpondyloArthritis Society, ASAS). У 32 (49,2%) пациентов наблюдалась низкая, у 26 (40%) - умеренная, у 7 (10,7%) - высокая степень активности. По степени функциональных нарушений в выборке пациентов в 18 случаях отмечалась 1-я степень, у 31 - 2-я, у 16 - 3-я степень функциональных нарушений. У 27 (41,5%) больных заболевание длилось менее 10 лет, у 17 (26,2%) - от 11 до 20 лет, у 16 (24,6%) - от 20 до 30 лет, у 5 (7,7%) - более 30 лет. По окончании реабилитационного курса у всех пациентов было зафиксировано увеличение объема движений в пораженных отделах позвоночника. Однако в основной группе положительная динамика пробы Шобера была отмечена уже после первых процедур лечения. Так, объем движений увеличился с 2,98±0,23 см до 5,56±0,27 см к концу цикла терапии ($p<0,05$) в основной группе, и с 3,12±0,16 см до 5,11±0,14 см соответственно в группе контроля ($p<0,05$). После проведенного лечения на 10-й день терапии в первой группе было отмечено уменьшение болевого синдрома у 91,1%, а во второй - у 66,7% пациентов соответственно ($p<0,05$). Уменьшение болевого синдрома при ходьбе было зарегистрировано у 98,2% больных основной и 67,3% контрольной группы ($p<0,05$). Дефанс мышц уменьшился у 83,2% больных в основной группе и у 72,4% в группе контроля ($p<0,05$). Объем экскурсий позвоночника восстановился у 67% больных первой группы, у 42% - второй группы. Анализ динамики клинико-функциональных показателей под влиянием лечения позволил установить, что степень положительных изменений у пациентов основной группы по некоторым показателям была более значимой по сравнению с контрольной. В обеих группах отмечалась положительная динамика клинико-функциональных показателей, характеризующих активность АС (индекса активности заболевания BASDAI, уровня ночной и дневной боли в позвоночнике). Установлено, что у пациентов контрольной группы среднее значение индекса активности BASDAI до лечения составляло 3,94±0,2 балла, а после его окончания снизилось до 3,13±0,11 балла ($p<0,05$). Включение в лечебный комплекс процедур на реабилитационном оборудовании для позвоночника Nuga-Best приводило к достоверно более выраженному снижению этого индекса – с 3,88±0,19 до 2,25±0,10 балла ($p<0,05$). Снижение индекса активности BASDAI, по мнению ряда экспертов, является одним из наиболее показательных признаков уменьшения активности системной воспалительной реакции, лежащей в основе АС. Уровень боли в позвоночнике снизился в основной группе с 4,21±1,50 до 2,56±0,82 балла, а в группе контроля с 4,25±1,48 до 2,84±1,01 балла. При изучении динамики уровня скованности выявлено, что уровень скованности в основной группе снизился на 1,88 балла в среднем после лечения, в то время как в группе больных, получавших традиционное лечение, лишь на 0,81 балла. Также статистически более достоверной была динамика индекса подвижности

позвоночника BASMI: если в контрольной группе он снизился до 3,93±0,82 балла после лечения, составляя 4,03±1,12 балла до лечения, то в основной группе разница показателей до и после лечения составила в среднем 1,01 балл. Статистически значимая динамика индекса подвижности позвоночника BASMI и величины экскурсии грудной клетки наблюдалась лишь у пациентов, дополнительно получавших Nuga-Best. В частности, увеличение среднего значения показателя экскурсии грудной клетки у пациентов контрольной группы составило 17,6% ($p > 0,05$) (с 2,0±0,6 см до лечения, до 2,2±0,7 см после лечения), в то время как у пациентов основной группы – 25,3% (с 1,9±0,6 см до лечения, до 2,6±0,8 см после лечения) и было статистически значимым ($p < 0,05$). Данные теста САН, проведенного у больных, свидетельствовали о неблагоприятном психологическом состоянии испытуемых: были достоверно снижены субъективные показатели самочувствия, активности и настроения ($p<0,05$). После курса реабилитации у больных обеих групп отмечалось улучшение психофизиологического статуса, однако, наиболее выраженное в основной группе. Положительная динамика в самочувствии больных проявлялась более выраженной симптоматикой улучшения в основной группе больных с АС: 1,44±0,0 балла до лечения и 4,4±0,08 балла после лечения, в то время как в контрольной группе эти значения составили 1,41±0,04 и 2,67±0,08 балла соответственно. Применение комплексного лечения также повлияло на активность пациентов в основной группе. Активность пациентов с АС в основной группе на фоне проводимого лечения возросла на 3,01 балла, в то время как в контрольной группе лишь на 1,52 балла. Аналогичные данные получены при изучении настроения пациентов: в основной группе до лечения 2,11±0,09 балла, после лечения 5,27±0,15 балла, в то время как в группе контроля 1,87±0,07 и 3,44±0,09 баллов соответственно. При проспективном наблюдении в течение года выяснилось, что в основной группе период ремиссии сохранялся в среднем 7,8±0,6 месяца, тогда как в контрольной – 4,3±0,8 месяца ($p<0,05$). Таким образом, применение реабилитационного оборудования Nuga-Best у больных с центральной формой АС оказывает многофакторное воздействие, приводящее к снижению функциональной перегрузки позвоночника, способствует миорелаксирующему, сосудорасширяющему, болеутоляющему эффектам, увеличению объема движений в позвоночнике и экскурсии грудной клетки, пролонгирует клиническую ремиссию, повышает психоэмоциональный статус пациентов. Важное значение в данном процессе имеет снижение активности медиаторов воспаления, а также нормализация лимфооттока и микроциркуляции.

Ключевые слова: реабилитационное оборудование для позвоночника Nuga-Best, анкилозирующий спондилоартрит, физическая реабилитация.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ДЕМЕНЦИИ

Маджидова Ё.Н., Саидова Д.П., Мухаммадсолих Ш. Б.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

В данной статье проведен анализ клинико-анамнестические данных при сосудистой деменции и болезни Альцгеймера. Отмечается, что наиболее частой причиной деменции является болезнь Альцгеймера (БА), на долю которой приходится 40-50% случаев прогрессирующего ухудшения когнитивных функций пожилых пациентов. Второе место (10-15%) в структуре деменции занимает сосудистая деменция (СД). В изученном материале с сосудистой деменцией было 66,7% всех случаев, а с болезнью Альцгеймера составило 33,3%. Во всех двух группах больных отмечалось преобладание женщин. В двух группах были выявлены у 57% пациентов депрессивные расстройства. Деменция тяжелой степени при БА выявлены у 50% пациентов. Болезнь Альцгеймера (БА) является одной из актуальных мировых проблем. Данное психическое расстройство составляет значительную часть деменций, развивающихся в пожилом и старческом возрасте. На фоне общего постарения населения прогнозируется дальнейший рост числа новых случаев БА. По эпидемиологическим данным, в настоящее время в мире насчитывается около 35 млн человек с БА. Наиболее частой причиной деменции является болезнь Альцгеймера (БА), на долю которой приходится 40-50% случаев прогрессирующего ухудшения когнитивных функций пожилых пациентов. Второе место (10-15%) в структуре деменции занимает сосудистая деменция (СД), при которой в первую очередь поражаются управляющие (регуляторные) функции при менее грубом по сравнению с БА страдании функции памяти. По данным ВОЗ это 2–8% людей старше 60 лет. Известны случаи раннего формирования деменции - в 50 лет и моложе. Изучить клинико-анамнестические особенности сосудистой болезни Альцгеймера и деменции. Обследовано 28 пациентов с СД (10 мужчин и 18 женщин) в возрасте 46-90 лет (средний возраст 61,9±14,2 лет) и 14 пациентов с БА (4 мужчин и 10 женщин) в возрасте 60-83 лет (средний возраст 70±11,3 лет). Оценка когнитивной сферы проводилась с использованием MMSE и МоСА. Для исследования эмоционального состояния больных применялась шкала оценки депрессии Гамильтона (ШДГ). В изученном материале первое по частоте место занимает сосудистая деменция (66,7% всех случаев). Болезнь Альцгеймера составляет 33,3% наблюдений. Во всех двух группах больных отмечено преобладание женщин. Психометрическая оценка степени тяжести деменции с использованием мини-теста психического состояния (MMSE) и монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МоСА) показала, что при сосудистой деменции средний бал по шкале МоСА был 18, а при БА средний бал составил 9, при этом его значение достоверно ниже, чем при сосудистой деменции, но значимо выше по шкале депрессии Гамильтона. У 7% пациентов с СД было легкое депрессивное расстройство, у 29% средней степени тяжести, у 7% тяжелой степени, и у 57% отмечалось депрессивное расстройство крайне тяжелой степени. У 29% больных БА отмечалось депрессивное расстройство средней степени тяжести, у 14% тяжелой степени, и у 57% отмечалось депрессивное расстройство крайне тяжелой степени. Среднегрупповое значение по шкале MMSE при сосудистой деменции было наибольшим 21±7, наименьшим у больных с БА 11±7. В первой группе у 25% пациентов с СД не выявлены нарушениия когнитивных функций, у 18% пациентов

отмечались преддементные когнитивные нарушения, у 21% пациентов - деменция легкой степени выраженности, у 21%- деменция умеренной степени выраженности, и у 15%- тяжелая деменция. Во второй группе у 14% пациентов с БА отмечена деменция легкой степени выраженности, у 36% пациентов - деменция умеренной степени выраженности, и у 50%- тяжелая деменция. Таким образом, во всех двух группах больных отмечено преобладание женщин. Пациенты с диагнозом БА были достоверно старше (средний возраст – 70 лет) к моменту обследования в сравнении с больными с СД (средний возраст – 62 года). Нарушение когнитивных функций является одним из наиболее частых неврологических симптомов, в особенности у пациентов пожилого возраста. Для выявления когнитивных расстройств необходимо применение нейропсихологических методов исследования. В повседневной клинической практике это могут быть простые скрининговые шкалы, применение и интерпретация которых не требует специального психологического образования или опыта. Деменция тяжелой степени при БА выявлены у 50% пациентов. В то же время у пациентов с болезнью Альцгеймера частота депрессии увеличивалась по мере прогрессирования деменции. Среди больных всех двух групп обнаружены депрессивные расстройства. В двух группах у 57% пациентов выявились депрессивные расстройства крайне тяжелой степени. Депрессивные расстройства нарастали по мере прогрессирования заболевания и ассоциировались с очаговыми изменениями.

Ключевые слова: сосудистая деменция, болезнь Альцгеймера, шкала MMSE, тест MoCA, шкала депрессии Гамильтона.

ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНСУЛЬТА: ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ОЦЕНКИ С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГА

Маджидова Ё.Н., Турабоев О.О., Мухаммадсолих Ш.Б.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Китабское Районное Медицинское Объединение

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются важнейшей медико-социальной проблемой современной неврологии, поскольку дают самые высокие показатели по заболеваемости, смертности и инвалидности практически во всех странах мира. Цель исследования. Изучение факторов риска развития ЦВЗ и инсульта среди врачей с помощью скрининга. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование – сплошной скрининг среди врачей (мужчин и женщин от 29–80 лет). В результате скрининга была сформирована когорта из 64 человек, в т.ч. 17 мужчин (27%) и 47 женщин (73%). По возрастным десятилетиям (29-39, 40–49, 50–59,60-69,70-79,80 и старше лет) обследованные мужчины и женщины распределились относительно равномерно. При обследовании, помимо общеклинических и неврологических методов оценки состояния больных, использовали амбулаторную шкалу ХИМ А.И. Федина. Средний возраст обследованных был равен 50,5±11,2 лет. Скрининг предусматривает, на основании полученных результатов, определение степени риска развития ЦВЗ. В результате исследования выявлено, что изменения показателей амбулаторной шкалы Федина существенно различались среди мужчин и женщин. Среди мужчин этот показатель равнялся - 6,6±4,8, а среди женщин - 8,2±5,9. Средний показатель по тесту Мини КОГ среди мужчин был 1,2±1, среди женщин был 1,6±0,7 балл. Аускультация сонной артерии в области её бифуркации на шее среди мужчин составило 1,2±1 баллов, среди женщин 1,1±0,8 баллов. Холестерин в крови в обеих гендерных группах равнялся 5,5±0,9 что составило 1,4±0,7 балла. Сахар в крови у мужчин и у женщин в среднем составило 5,6±1 что составило 1,4±0,8 баллов. По результатам измерения артериального давления у мужчин и у женщин составило 1,1±0,7 баллов. Показатель ИМТ среди мужчин равнялся 1,4±0,7 баллов, а среди женщин 1,2±0,5 баллов. Надо отметить, что проведённый скрининг среди врачей показал то, что риск цереброваскулярных заболеваний высок и среди врачей, то есть той части населения, которая относится к здоровому контингенту. Результаты скрининга среди врачей были таковы: низкий риск у 48% присутствующих, средний - у 36%, высокий - у 16% обследованных. Так, лица с высоким риском ЦВЗ будут направлены на дальнейшее обследование: проведение ультразвуковой допплерографии, ЭхоКГ, на консультацию сосудистого хирурга, к ангионеврологу, с оценкой возможности выполнения хирургического вмешательства. Таким образом, несмотря на активную работу медико-социальных служб, проблема цереброваскулярных заболеваний остается актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. У трудоспособного населения в возрасте 39–59 лет наблюдалась широкая распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний. Среди мужчин и женщин статистически значимыми были отличия значений по шкале ХИМ Федина. Проведённый скрининг среди врачей показал то, что низкий риск выявлен у 48% присутствующих, средний - у 36%, высокий - у 16% обследованных. Полученные данные указывают на необходимость продолжения постоянной активной информационно-образовательной работы среди всего населения и совершенствования системы выявления и диспансерного наблюдения за лицами с факторами риска. Для решения поставленных задач использование специального опросника – является оптимальным, поскольку обладает рядом несомненных преимуществ по сравнению с другими современными шкалами.

Ключевые слова: инсульт, цереброваскулярные заболевания.

ODATLANGAN HOMILA TUSHISHLAR YANGI ASPEKTLARI

Mamasoliyeva S.A., Mamasaliyeva N.A.
Samarqand davlat tibbiyot instituti

Homiladorlikning ketma-ket ikki va undan ortiq o'z-o'zidan bola tashlashlar bilan yakunlanishi odatlangan bola tashlash deyiladi. Bunga sabablar ko'p bo'lib, uni davolash samarasi esa juda kam foizni tashkil qiladi. Kuzatuvar natijasiga asoslangan holda, ketma-ket ikkita bola tashlash ayollarning - 5% da, 3 yoki undan kup ketma-ket bola tashlashlar esa ayollarning - 1% zida kuzatiladi. Takrorlanmaydigan, ya'ni sporadik homila tushishlarining sababi ko'pincha xromasomal nuqsonlar bulib,ularning bazilari homilador ayol yoshiga bogliq.Homila-xromasomal aberatsiyasi har keyingi homiladorliklarda homilaning odatlangan uz-uzidan tushishlariga olib kelsada, har bir homila yukotish bilan homilatushishining chastotasi boradi. Bugungi kunda homiladolar ayollarning homila kechishi kuzatilganda, deyarli 18-25% homiladorli bola tashlashi kuzatilmoqda.Shulardan aksariyat qismi homiladorlikning dastlabki 12 haftaligida yuz bermoqda.Bu haqda tibbiyot fanlari nomzodi dozent A.Borisov o'z ma'ruzasida qayd etib o'tgan[1]. Ma'lumki, hamma narsa hech qanday sababsiz sodir bo'lmaydi-bu atrof-muhitning ekologik holatining yomonlashishi, stressli vaziyatlar va onaning tanasining o'ziga xos xususiyatlari va sporadik homila tushishlaridir.Shuningdek, sporadik homila tushishlarining sababi ko'pincha xromasomal nuqsonlar bulib,ularning bazilari homilador ayol yoshiga bogliqligidir. Aynan biz kuzatayotgan tadqiqotda bachadon shilliq qavatida sodir bo'ladigan patologik holatlar nazarda tutilgan. Epidemiologik kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, bachadon shillik kavatida buladigan kasalliklar homila tushisharining asosiy sababidir. Endometrial mezenximal ildizga uxshash progenitor xujayralar (EMSC) kamayishi, stress xujayralar sonining kupayishi sababli endometriyning egiluvchanligini susayishi va buning natijasida implantatsiyaning buzilishi homila tushishiga sabab buladi.Shu sababli zamonaviy tibbiyotda bachadon shilliq qavati mezenximal xujayralarini urganish ayollarning hayz qonidan hayzning 3 kuni aspiratsiya kilib olish yoki maxsus qon tuplovchi probirkani 1 soat kinga joylashtirish orqali ayollarga hech kanday ruhiy va jismoniy shikastsiz amalga oshiriladi. Bu olingan material tsentrafugada aylantirilib tuqimalar ajratilib maxsus labaratoriya sharoitida mezenximal tukimalar ustirilib soni va sifati tekshiriladi. Kuzatish davomida ayollar 3 oylik profilaktik davo maqsadida berilgan DPP4 preparatlaridan keyin bulgan homiladorliuklari muddatigacha etkazilib soglom farzandlar onasi bulishga erishmoqdalar. Zamonoviy izlanishlar shuni kursatadiki, Sitogliptin kabi Dipeptidil-peptidaza (DPP4) ingibitorlari bachadonning shilliq qavati bo'lgan endometriy patalogiyasini davolashda yaxshi samara bermokda.Sitogliptin-qandli diabet kasalligida tavsiya kilinadigan, qonda qand miqdorini tushiradigan preparatdir. Yana shuni aytib o'tish diqqatga sozovorki, sitogliptin agar qonda qand miqdori baland bulsagina uni tushiradi,agar qonda qon mikdori meyorida bulsa,tasir qilmaydi,yani qand miqdori me`rda saqlanadi. Texnik-iqtisodiy sinovlar shuni ko'rsatadiki, odatlangan homila tushishlari bo'lgan ayollar, homiladorlikdan 3 oy oldin sitagliptinni qabul qilishi ularning endigi homiladorlikni oxirigacha yetkazish va tug'ruqning o'z vaqtida bo'lishiga oid yaxshi natija ko'rsatgichlariniifodalaydi.Sinov davomida salbiy natijalar qayd etilmadi. Kuzatuvlarimiz shuni ko'rsatadaki, davolanishdan keyin homilador bo'lgan 12 nafar homilador ayoldan 9 tasi muddatida tug'di va sog'lom chaqaloklar onasi bo'lishdi, qolgan 3 tasida qayta bolatashlash sodir buldi. Shu 3 ta qayta bola tashlaganlarning 2 tasida homiladorlikaneuploidiya(xromosomal nuqson) tufayli kelib chiqqanligi aniqlandi. Yaqin kelajakda, bu tekshirish yuzlab ayollarda sinovdan o'tkazilishi rejalashtirilmoqda. Biz buning natijalari yaxshi natijalar beradi deb ishonamiz va odatlangan homila tushishlarini kamaytirishda yuqori natijalar berashiga ishonamiz.

Kalitli so'zlar: Sitogliptin, Dipeptidil-peptidaza, aneuploidiya, progenitor xujayra.

ДОРИЛАРГА ЧИДАМЛИ СИЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ ҚИСҚАРТИРИЛГАН КУРСЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ ТАЖРИБАСИ

Маматова Н.Т.

Самарканд давлат тиббиет институти

Сўнгги йилларда ўпка сили билан касалланган беморларни даволашда сил қўзғатувчисининг силга қарши дори воситаларига нисбатан турғунликни ривожлантирмаслик талаб этилмоқда. Сил касаллигининг оғир кўринишларида қўзғатувчининг иммуносупрессияси ва дориларга турғунлиги комплекс даволашда янги технологиялардан фойдаланишга асос булаяпти. 2016 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) кўп дориларга чидамли сил (MDR-TB) касаллигини даволаш бўйича янги кўрсатмаларни эълон қилди, унда даволаш курси камида 9 ойни ташкил этиши керак деб кўрсатилди. Қисқартирилган даволаш курсини қўллаш илк марта Бангладешда амалга оширилди. Сил билан касалланган беморларга даволашнинг интенсив фазаси 4 ойни (балғам бактериоскопияси таҳлили манфий натижа бўлмагунча максимал 6 ойгача бўлган муддатга узайтирилди), қўллаб қувватлаш фазаси эса 5 ойни ташкил этди. 2005–2007 йилларда кузатилган 206 нафар беморнинг когортасидаги муваффақият даражаси 87,9% ни ташкил этди , иккинчи қатор дори воситаларини илгари қабул қилмаган 515 нафар MDR-TB билан касалланган беморларнинг кенгайтирилган когортасида бу кўрсаткич 84,4% эди. MDR-TB касаллигини даволашнинг қисқартирилган курси кейинчалик Камерун ва Нигерияда синовдан ўтказилди (Бангладешда ўтказдирилган схемага бироз ўзгартириш киритилган ҳолда). 2008-2011 йилларда кузатилган 150 нафар камерунлик беморларнинг даволаниш даражаси 88% ни, 2008-2010 йилларда кузатилган 65 нафар нигериялик беморларнинг даволаниш даражаси эса 89,2% ни ташкил этди. 2014 йилда MDR-TBни даволаш учун илк марта рандомизацияланган назорат қилинадиган STREAM синов протоколи эълон қилинди Ушбу тадқиқотнинг биринчи босқичида ЖССТ томонидан тавсия этилган, 2011 йил клиник кўрсатмаларида акс эттирилган классик 20-24 ойлик курс 2016 йилнинг клиник кўрсатмаларида акс эттирилган қисқартирилган 9 ойлик даволаш курси билан таққослаш амалга оширилди. Якуний натижалар шуни кўрсатдики, қисқартирилган 9 ойлик даволаш курсининг натижаси классик 2 йиллик даволаш курсининг натижасига жуда яқин экан (мос равишда 78,1% ва 80,6%). Самарқанд вилоят силга қарши курашиш диспансерида даволанган MDR-TB билан касалланган, фторхинолонлар ва иккинчи қатор инъекцион дориларган сезгирлик сақланган беморларда силга қарши даволашнинг қисқартирилган ва стандарт курсларининг самарадорлигини қиёсий таҳлилини ўтказиш. Биз турли даволаш курслари билан даволанган MDR-TB билан касалланган, фторхинолонлар ва иккинчи қатор инъекцион дориларган сезгирлик сақланган беморларнинг даволаниш натижаларини таҳлил қилдик. Асосий гуруҳга 9-12 ой давомида (қисқартирилган курс) химиотерапия олган 75 нафар бемор ва назорат гуруҳига 18-24 ой давомида даволанган 63 нафар бемор (стандарт курс) киритилган. Ижтимоий ҳолат бўйича асосий гуруҳдаги беморлар қуйидагича: вақтинча ишсизлар - 81,3% (61), ишчилар - 20,1% (12) ва талабалар 2,6% (2). Улар орасида 42 (56%) нафар эркак ва 33 (44%) нафари аёл эди. Беморларнинг ўртача ёши 25,2 ± 7,6 ни ташкил этди. Аксарият беморларда яллиғланган сил - 58 (77,3%) та бемор, тарқоқ сил - 10 (13,3%), ковакли сил - 6 (8%), ўчоқли сил эса 1 (1,4%) нафар беморда аниқланди. Йўлдош касалликлар 6,6% (5 та бемор) ҳолатда , яъни 3 та беморда – асоратланмаган қандли диабет ва 2 та беморда – вирусли гепатит С аниқланди. 17 (22,6%) та бемор MDR-TB билан касалланган, фторхинолонлар ва иккинчи қатор инъекцион дориларган сезгирлик сақланган беморлар билан мулоқотда бўлишганлиги аниқланди. Ижтимоий ҳолат бўйича назорат гуруҳидаги беморлар қуйидагича: вақтинча ишсизлар - 84,1% (53), ишчилар - 15,8% (10). Улар орасида 35 (56%) нафар эркак ва 28 (44%) нафари аёл эди. Беморларнинг ўртача ёши

27,8 ± 5,1 ни ташкил этди. Беморларнинг даволаниш давомийлиги 20,6 ± 6,8 ойни ташкил этди. Ушбу гуруҳдаги касалликнинг тузилишида яллиғланган сил – 57 (90,5%), ковакли сил - 4 (6,4%), тарқоқ сил - 2 (4,2%) нафар беморда аниқланди. Тадқиқот натижалари Microsoft Excel 2007 дастурлари ёрдамида статистик таҳлил қилинди, миқдорий кўрсаткичлар ўртача арифметик ± стандарт хато сифатида тақдим этилди. Асосий гуруҳдаги 68 (90,6%) та беморга сил ташхиси биринчи марта қўйилди. 2 (2,6%) та беморда сил касаллигининг қайталаниши ташхиси қўйилди. 5 (6,6%) нафар бемор биринчи қатор дорилар билан илгари даволанганлиги аниқланди. Назорат гуруҳида биринчи марта аниқланган беморлар 52 (82,5%) та эди. 5 (7,9%) та беморда сил касаллигининг қайталаниши ташхиси қўйилди. 6 (9,5%) та бемор биринчи қатор дорилар билан илгари даволанганлиги аниқланди. Асосий гуруҳда даволаниш давомийлиги 8,6 ± 2,3 ойни ташкил этди: 4 ой - 9 (17,3%), 9 ой - 34 (65,4%), 10 ой - 3 (5,8%), 12 ой – 6 (11,5%) та бемор даволанган. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 68% да балғамнинг абацилланиш ҳолати даволашнинг биринчи ойидан сўнг, назорат гурухида эса бу даврда 56,9% беморларда кузатилди. Даволашнинг 3-чи ойдан сўнг бу кўрсаткич асосий гуруҳда 93,3% назорат гуруҳида эса 83,6% га тенг бўлди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг кўпчилигида (84%) химиотерапия давомида силга қарши дориларни қабул қилишда турли хил ножўя реакциялар (НР) кузатилди. НР келтириб чиқарган дориларнинг ўртача миқдори 1,3 ± 1,2. Кўпинча бу протионамид ва моксифлоксацин эди. Аксарият беморларда (50% дан 73,3% гача) НР бартараф қилинди ва “айбдор” дори воситасини бекор қилишни талаб қилмади. Асосий гуруҳдаги 8 (10,6%) нафар беморда аллергик реакциялар кузатилди ва асосан терида тошмалар тошиш билан намоён бўлди. НР 2 нафар беморда капреомицинга, 1 нафар беморда клофазимин, изониазид ва пиразинамидга кузатилди. Беморларнинг аксариятида (56%) кўнгил айниш ва қусиш кузатилди. Назорат гуруҳининг 41,3% беморларида турли хил НР кузатилди. Аммо уларни келтириб чиқарган “айбдор дориларнинг ўртача миқдори 2,3 ± 1,5 бўлган. 15,9% (10) беморларда улар 3 ёки ундан кўпроқ дориларга нисбатан пайдо бўлди, бу эса даволаш жараёнини мураккаблаштирди ва химиотерапия самарадорлигига салбий таъсир кўрсатди. 27% (17) беморда протионамидга, циклосерин ва ПАСКга 20,6% (13), пиразинамидга 14,3% (9), капреомицинга 11,1% (7), офлоксацинга 4,8% (3) ва этамбутолга 2,4% (2) беморларда ножўя реакциялар кузатилди. Энг кўп учрайдиган салбий реакциялар кўнгил айниши, қусиш (24%), аллергик тошмалар тошиши ва гастрит (ҳар бири 12,5%), бош оғриғи (13,8%), диарея ва артралгия (ҳар бири 6,2%), руҳий ҳолатнинг бузилиши кўринишида намоён бўлди. Даволаниш натижаларига кўра асосий гуруҳдаги беморлар қуйидагича тақсимланди: 70,6% беморлар “тузалган” деб таснифланди; 26,8% беморлар – муваффақиятсиз натижалар; 2,6% беморлар эса – даволанишни тўхтатди. 2 нафар бемор даволанишни ҳохламаганлиги сабабли даволаш курсини тўхтатдилар. Шунингдек, ягона ҳолатларда дориларга нисбатан индивидуал кўтара олмаслик мавжудлиги: оптик нейропатия ва аллергик ножўя реакциялар кузатилганлиги учун даволаш муолажалари тўхтатилди. Назорат гуруҳида “тузалган” беморларнинг улуши 68,2%, муваффақиятсиз натижалар 4,8% ни ташкил этди ва 27% беморлар даволашни тўхтатдилар. Беморлар даволанишни ҳохламаслик (17,3%), миграция (9,6%) ва дориларга нисбатан индивидуал кўтара олмаслик (5,8%) туфайли химиотерапияни тўхтатдилар. MDR-TB билан касалланган, фторхинолонлар ва иккинчи қатор инъецион дориларган сезгирлик сақланган беморларда силга қарши даволашнинг қисқартирилган ва стандарт курсларининг самарадорлигини деярли бир хил (мос равишда 70,6% ва 68,2%) эканлиги аниқланди. Қисқартирилган даволаш курси ўтказилган асосий гуруҳдаги беморларнинг 68% да балғамнинг абацилланиш ҳолати даволашнинг биринчи ойидан сўнг, стандарт даволаш курси ўтказилган назорат гурухида эса бу даврда 56,9% беморларда кузатилди.

Калит сўзлар: даволаш, чидамлилик, сезгирлик, курс, сил касаллиги.

НЕЙРОБРУЦЕЛЛЁЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ВЕГЕТАТИВ ГОМЕОСТАЗНИНГ ТАҲЛИЛИ

Мамурова И. Н., Хакимова С.З.
Самарқанд давлат тиббиёт институти

Бруцеллёзнинг кенг тарқалиши, кечиш оғирлиги ва касалликнинг натижалари ушбу муаммони ҳал қилиш бўйича оптимистик прогнозларни келтириб чиқармайди. Касалликнинг клиник кўринишида асаб тизимининг шикастланиш белгилари, айниқса унинг вегетатив бўлими етакчи ўринни эгаллайди. Бироқ, адабиётда мавжуд бўлган ушбу масала бўйича маълумотлар эскирган ёки тўлиқ эмас ва қарама-қарши бўлиб, бу уларнинг амалда қўлланилишига тўсқинлик қилади. Тадкикот максади нейробруцеллёз билан касалланган беморларда вегетатив гомеостазни баҳолаш. 197 нафар бемор кўрикдан ўтказилди: 110 таси - сурункали бруцеллёз билан касалланган беморлар, 72 тасида – ўткир ости кечиши ва 15 та бемор - ўткир бруцеллёз билан. Назорат гуруҳи 150 нафар амалий соғлом одамлардан иборат эди. Тадқиқот усуллари: клиник ва неврологик текширув, А.М.Вейнга мувофиқ тест ва тестлардан фойдаланиш, Кердо вегетатив индексини аниқлаш, ортостатик тестдан фойдаланиш, психо-эмоционал соҳанинг ҳолатини аниқлаш учун Спилберг-Ханин тести. Беморларнинг шикоятлари кўп қиррали эди: баъзи беморлар: бош оғриғи - 27%, қўл ва оёқларда сезувчанлик пасайиши ва парестезиялар - 24%, юқори ҳароратга чидамсизлик - 23%, юракдаги сиқиш оғриғи, юрак уриши ва босим - 17%, туприкнинг кўпайиши. - 9% каби шикоятлар қилишган. Бу вегетатив асаб тизимининг симпатик бўлимининг зарарланишидан далолат беради. Баъзи беморларда аломатлар парасимпатик бўлимидаги зарарланиш белгилари устунлигини кўрсатди: беморларнинг 13 фоизида тизимли бош айланиши, кўнгил айниш ва нохушлик - 16 фоиз беморда, совуқ хаво хароратига чидамсизлик - 54 фоизда, кўнгил айниш ва иштаҳанинг пасайиши - 10 фоиз беморларда кузатилган. Ўткир ости ва сурункали бруцеллёз билан оғриган беморларда симпатик асаб тизимининг шикастланиши иссиқ хавога чидамсизлик - 38%, юракдаги санчикли оғриқлар ва юрак уриши - 17%, туприкнинг кўпайиши - 16% каби аломатлар билан тасдиқланган. Шу билан бирга, айрим беморлар парасимпатик йуналишга хос булган шикоятлар қилишади: бош айланиши - 37%, совуққа нисбатан чидамсизлик - 61%, кўнгил айниш - 12%, иштаҳанинг пасайиши - 10%. Ўткир бруцеллёздан ўткир ости ва сурункали ҳолатга ўтишда, субъектив белгиларнинг частотасини таққослаганда, парасимпатик асаб тизимидаги зарарланиш белгиларининг мунтазам ўсиши кузатилди: бош айланиши - 12%, 33%, 48%; совук хароратга чидамсизлик - 54%, 61%, 85%; қўл ва оёқларнинг намлиги - 11%, 19%, 28; кўнгил айниш - 16%, 27%, 35%. Дермографизмни баҳолаш шуни кўрсатдики, бруцеллёзнинг ўткир шакли бўлган беморларда касаллик аломатлари тезлашган реакциялари кўпроқ учрайди, ўткир ости ва айниқса сурункали бруцеллёзда бундай ҳолатлар анча кам бўлади. Шунга кўра, дермографизмдаги ўзгаришлар бруцеллёз билан касалланган беморларда вегетатив дистония аломатлари борлигидан далолат беради. Касалликнинг сурункали шакли парасимпатик тонус ва ўткир бруцеллёз эса симпатик тонус устунлиги билан кечиши аникланди. Ўткир бруцеллёзда, вегетатив асаб тизимининг сипматотоник йуналиши 51% ҳолатларда қайд этилган. Кердо Вегетатив индекси вегетатив тонусни аниқлаш учун ҳисоблаб чиқилган, бу индекс клиник маълумотларни тасдиқлайди. Вегетатив мувозанат (0 ± 1) ўткир бруцеллёзда 26%, ўткир ости кечишида 36% ва сурункали ҳолатларда 69% ҳолларда кузатилди. Даньини-Ашнер

рефлексини ўрганиш, ўткир бруцеллёзда 41% ҳолларда юрак уришининг тезлиги 6 ± 2 га узгариши, ўткир ости кечишида - 35% ва сурункали бруцеллёзда - 24%ни кўрсатади. Шунингдек, ўткир бруцеллёзда 29% ҳолларда гиперреактивлик юрак уриш тезлигининг минутига 8 тадан зиёдрок пасайиши билан, ўткир ости кечиши билан солиштирганда - 25% ва сурункали - 20% пасайиши билан қайд этилди. Термометрия усулидан фойдаланиб, биз термотографияни, яъни беморнинг танасининг симметрик нуқталарида ҳарорат ҳолатини ўрганиб чиқдик. Беморларнинг ҳар бир гуруҳида термотопографик вариантларнинг тарқалиши катта ўзгарувчанлик билан ажралиб турарди. Шу билан бирга, касалликнинг сурункали шаклида, ўчоғли бузилишларнинг аниқ устунлиги қайд этилди. Маҳаллий гипер- ва гипотермия вегетатив асаб тизимининг сегментар аппаратларига етказилган зарар чуқурлигининг белгисидир. Терлашнинг интенсивлигини ўлчаш пунктларини танлашда, биз термотопографик тадқиқотлардаги каби терининг ҳарорати ва терлаш функциясини бир-бирига яқинлигини ҳисобга олган холда ёндошдик. Чермак-Геринг рефлексини ўрганиш жараёнида реакциялар турларини таҳлил қилиш Даньини-Ашнер кўз-юрак рефлексини ўрганишда аниқланган ўзгаришларнинг табиати билан натижаларнинг тубдан ўхшашлигини кўрсатди. Беморларнинг психо-эмоционал ҳолатига алоҳида эътибор қаратиш керак, бу сурункали бруцеллёзли барча беморларда депрессия ва хавотирли-фобик бузилишларга мойиллик аниқ намоён бўлганлигини кўрсатди. Ушбу тадқиқот сурункали бруцеллёз билан касалланган деярли ҳар бир беморда, касалликнинг шаклидан қатъи назар, вегетатив нерв тизимининг зарарланиши бор эканлигидан далолат беради. Барча беморларда касаллик вегетатив дистония белгилари билан намоён бўлади. Бруцеллёзнинг ўткир шаклида асосан вегетатив асаб сохасининг симпатик қисми зарарланади. Парасемпатик дистония эса сурункали бруцеллёз билан хасталанган беморларда кўпроқ учрайди.

Калит сўзлар: вегетатив асаб тизими, сурункали бруцеллёз.

К ДИАГНОСТИКЕ КЛАПАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЕНОЗНОГО РУСЛА МЕТОДОМ ДОППЛЕРОГРАФИИ

Мардиева Г.М., Абдурахмонова Ю.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

По данным зарубежных флебологов, от 15 до 40% населения развитых стран страдает теми или иными заболеваниями венозной системы. Несмотря на очевидный прогресс в диагностике и лечении заболеваний вен нижних конечностей, количество пациентов, страдающих различными формами варикозной болезни ежегодно возрастает, достигая уровня 20%. В качестве важнейшей проблемы, оказывающей негативное влияние на развитие и прогрессирование патологии, следует отметить позднее обращение пациентов за врачебной помощью. Цель исследования – изучить возможности ультразвуковой допплерографии в диагностике клапанной недостаточности вен нижних конечностей. Проведено обследование 176 пациентов с паталогиями вен нижних конечностей в возрасте от 15 до 70 лет, из них женщины составили 61%, мужчины 39%. Использован метод цветовой допплерографии на ультразвуковом сканере MINDRAY DC-3 с датчиком линейного формата, рабочей частотой 7,5 МГц. Пациенты предъявляли жалобы на боль, зуд, ощущение тяжести и усталость в ногах в конце дня (18%), отечность нижних конечностей (17%), судороги икроножных мышц ночью (8%), наличие телеангиоэктазий (12%) и ретикулярного варикоза (9%), при котором наблюдается расширение тонких внутрикожных вен. Для оценки тонуса венозной стенки определяли индекс эластичности (ИЭ) общей бедренной и подколенной вен - отношение диаметра сосуда в вертикальном положении к диаметру в горизонтальном положении пациента. Для определения «нормальности» анатомического строения большой подкожной вены на бедре, как при наличии ретроградного сброса, так и при его отсутствии, в клиностазе определяется отношение диаметра большой подкожной вены в нижней трети бедра к диаметру в верхней трети, т.е. индекс гипоплазии большой подкожной вены на бедре. Для оценки не только проходимости, но и состоятельности клапанов вен использовали компрессионные пробы. Учитывая соответствующие признаки и характеризовав гемодинамическую значимость, разделили всех обследованных больных по степеням тяжести на следующие группы. Первую группу составили 26 больных (15%), у которых при проведении проб на клапанах в сафенофеморальном соустье ретроградный кровоток не фиксировался, что подтверждало отсутствие клапанной недостаточности. Значение ИЭ не превышал 1,37±0,09, что соответствует физиологической эластичности венозной стенки. У 116 больных (66%) из второй группы допплерография регистрировала ретроградный ток крови длительностью не более 2 секунд, свидетельствующий о незначимой недостаточности. Нарушения проходимости вен не констатировались. Значение ИЭ был выше 1,37. И, наконец, в третьей группе, куда вошли 34 пациента (19%), при проведении проб на клапанах в сафенофеморальном соустье регистрировался ретроградный ток крови продолжительностью более 2 секунд. Это позволило выявить гемодинамически значимую клапанную недостаточность, при котором показана хирургическая коррекция. Средние показатели ИЭ глубоких вен превышали норму и составляли для общей бедренной вены 1,7±0,04, для подколенной вены - 1,6±0,03. Клапанная недостаточность возникает в результате структурных или функциональных расстройств венозной системы, связанных с нарушением венозного оттока из нижних конечностей, и проявляется рядом клинических синдромов и симптомов, выраженность которых зависит от стадии заболевания. Изучение с помощью допплерографии тонико-эластических свойств венозной стенки является одним из важных моментов в диагностике состояния венозной системы и имеет важное практическое значение. Ультразвуковая допплерография дает возможность сделать заключение о степени нарушения венозного оттока вен нижних конечностей, способствуя диагностике патологии на ранних стадиях.

Ключевые слова: клапанная недостаточность, варикоз, ультразвуковая допплерография.

RADIATION DIAGNOSTICS NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA

Makhmatmuradova N.N., Aralov N.R.
Samarkand State Medical Institute

The article presents the data of X-ray studies using high resolution CT technologies in patients with nonspecific interstitial pneumonia, the prevalence of the “frosted glass” sign and the absence of the “cellular lung” is established with the cell subtype, and with the fibrous or mixed subtype all four main radiological syndromes are simultaneously expressed to different degrees. , as well as (often, but not always) “cell lung”. The presence of symmetrical thin subpleural strips of preserved lung tissue was also revealed, followed by reticular and inflammatory changes. Currently, about two hundred diseases with signs of interstitial lung diseases have been identified, which is about 20% of all lung diseases, with half of them of an unclear nature. It has been established that diagnostic errors in these patients are 75-80%, and they usually receive the necessary specialized help 1.5-2 years after the onset of the first signs of the disease, which directly affects the effectiveness of treatment. Incorrect interpretation of the diagnosis entails improper treatment using potent drugs: glucocorticoids, cytostatics, antibiotics. Moreover, the lack of an immediate therapeutic effect 1-2 weeks after the start of a mistakenly prescribed treatment can be regarded as a manifestation of insufficient intensity of therapy and lead to an increase in doses of erroneously prescribed drugs. As a result, “second” ones develop - iatrogenic diseases that significantly change the clinic of the disease, which complicates the diagnostic search and often worsens the prognosis. Mortality in interstitial diseases is significantly higher than in most other lung diseases. High mortality factors are determined by the low awareness of doctors, the insufficient technical equipment of medical centers, the difficulties of differential diagnosis due to the absence of pathognomonic signs, and the fatal nature of some pathologies. All this determines the need to optimize diagnostic work in interstitial lung diseases, especially patients with nonspecific interstitial pneumonia. Modern diagnostic medicine cannot be imagined without the use of high resolution computed tomography technologies. In 1992, the first two-slice (double-helical) MSCT tomographs appeared with two rows of detectors, and in 1998, four-slice (four-spiral), with four rows of detectors, respectively. In addition to the above features, the number of revolutions of the x-ray tube was increased from one to two per second. Thus, fifth-generation four-spiral MSCT tomographs are eight times faster today than conventional fourth-generation spiral CT scanners. In 2004-2005, 32-, 64- and 128-slice MSCT scanners were presented, including two x-ray tubes. Today, some hospitals already have 320-slice CT scanners. These tomographs, first introduced by Toshiba in 2007, are a new round in the evolution of X-ray computed tomography. They allow not only to obtain images, but also make it possible to observe physiological processes, for example, occurring in the brain and heart, almost in “real” time. A feature of such a system is the ability to scan an entire organ (heart, joints, brain, etc.) in one revolution of the radiation tube, which significantly reduces the examination time, as well as the ability to scan the heart even in patients with arrhythmias. The study of x-ray changes in nonspecific interstitial pneumonia. As a material, we conducted a retrospective analysis of case histories of 82 patients with nonspecific interstitial pneumonia (NIP) who were hospitalized in the pulmonology department of the Samarkand city medical hospital in 2010-2019. All patients underwent the necessary examination using x-ray, high resolution computed tomography. The results obtained indicate that typical radiological symptoms of nonspecific interstitial pneumonia include a decrease in the transparency of the lung tissue as a

frosted glass, traction bronchiectasis and bronchioectasis, a thickening of the interlobular septa, and a decrease in the volume of the lower lobes. It was believed that with this pathology, the symptom of “frosted glass” is dominant over all other signs. In this case, W.D. Travis et al. conducted studies on large material, and revealed this phenomenon only in 44% of patients with NIP, while bronchiectasis was detected in 82%, the reticular pattern in 96%, and shrinking of the lower lobes in 77% of cases. Zones of the "cellular lung" are generally atypical for this pathology. According to various researchers, they occur in 5-30% of patients, while their prevalence does not exceed 10% of the total surface of the lungs. The x-ray picture as a whole reflects the morphological pattern of nonspecific interstitial pneumonia. The inflammatory (cellular) subtype is characterized by the predominance of “frosted glass” and the absence of a “cellular lung”. Fibrous and mixed subtypes suggest a more diverse symptomatology, when all four main radiological syndromes, as well as (often, but not always) “cellular lung”, are present in varying degrees of severity. It should be noted that the possible findings in patients with NIPs are consolidation tricks. This symptom may reflect the simultaneous presence of organized pneumonia, with which NIPs in one study crossed in 50% of patients. It has been established that the course of the pathology can be accompanied by periods of increased clinical symptoms, usually taken as an exacerbation of NIP. The exact causes of the exacerbation of NIPs have not been conclusively established, but it is believed that infectious factors or sudden destabilizing events, such as pulmonary embolism, pneumothorax, acute heart failure, etc. are most likely to occur. Inadequate therapy or cancellation of the basic treatment can also lead to an exacerbation of NIP. On CT during this period, the areas of “frosted glass” expand and new areas of consolidation appear. The observed increase in the mediastinal lymph nodes is quite typical in this case, although this symptom also occurs with other interstitial pneumonia. According to C.A. Souza et al. among 206 patients with interstitial pneumonia, hilar lymphadenopathy occurred in 81% of patients with NIP, in 71% of patients with respiratory bronchiolitis associated with interstitial lung disease, and in 66% of cases with pulmonary fibrosis. One more symptom that is quite characteristic of NIPs is the presence of symmetrical thin subpleural strips of preserved lung tissue (subpleural sparing), followed by reticular and inflammatory changes. Thus, X-ray studies using HRCT technologies indicate that for patients with nonspecific interstitial pneumonia, the predominance of “frosted glass” and the absence of a “cellular lung” are characteristic of the cell subtype, and all four major radiological syndrome, as well as (often, but not always) the cell lung. Also characteristic is the presence of symmetrical thin subpleural strips of preserved lung tissue, followed by reticular and inflammatory changes.

Keywords: nonspecific interstitial pneumonia, radiography, high resolution computed tomography, characteristic signs.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Мирзаахмедова И.З., Ахмедова Х.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

За последние 10 лет во всем мире наблюдается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости ИМ с подъемом сегмента БТ (ИМпБТ) на электрокардиограмме с одновременным повышением заболеваемости ИМ без подъема сегмента БТ (ИМбпБТ). Кроме того, снижается ранняя и отдаленная летальность при ИМ, но, по некоторым данным, отмечается менее эффективное ее снижение в женской популяции. Результаты недавно проведенных исследований, показали, что в целом пожилые женщины имеют более благоприятный прогноз при ИМ, чем мужчины того же возраста, в то время как в более младших возрастных группах (до 60 лет) прогноз одинаков. Женщины с ИМбпБТ всех возрастных групп имеют более низкий риск смерти, чем мужчины. В отдаленном периоде ИМпБТ гендерных различий в прогнозе не выявлено, но в раннем постинфарктном периоде особенно высоким риск смерти остается среди молодых женщин по сравнению с мужчинами. У женщин до 60 лет выше риск развития таких осложнений, как кровотечения, сердечная недостаточность (СН), кардиогенный шок и острая почечная недостаточность. Вместе с тем это не повлияло на тактику ведения женщин с ИМ. В реальной клинической практике отчетливо прослеживаются гендерные различия в подходах к фармакотерапии, хотя в настоящее время каких-либо половых различий в стратегии лечения ИМ не предусматривается. Изучены гендерные особенности течения и лечения острого инфаркта миокарда (ИМ). В исследование включены 244 пациента в возрасте от 30 до 85 лет (средний возраст 61,2 ± 12,3 года) с диагнозом ИМ, которые были разделены на 2 группы по половому признаку: 1-я группа - 80 (32,8%) женщин, 2-я группа - 164 (67,2%) мужчины. Оценивались демографические данные пациента, диагноз и его осложнения, сопутствующая патология, анамнез и факторы риска (ФР) коронарной болезни сердца (КБС), лечебные мероприятия, проводимые на госпитальном этапе, частота летальных исходов в период госпитализации и в течение 12 мес после перенесенного ИМ. У женщин ИМ статистически значимо чаще развивался на фоне артериальной гипертензии ($p < 0,01$), сахарного диабета ($p < 0,05$) и ожирения ($p < 0,05$), а распространенность курения была выше в мужской популяции ($p < 0,01$). Самым частым осложнением ИМ в обеих группах явилась острая сердечная недостаточность (СН), которая регистрировалась у 53,7% женщин и 55,5% мужчин (относительный риск (ОР) 0,96; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,75-1,23;$p > 0,05$), но тяжелая СН Ш-1У класса чаще встречалась в женской популяции (31,2% против 23,7%; ОР 1,31; 95% ДИ 0,85-2,01; $p > 0,05$). Частота летальных исходов была статистически значимо выше у женщин (27,5% против 15,2%; ОР 1,8; 95% ДИ1,08-2,99; $p < 0,05$), у них чаще регистрировалась как госпитальная (18,7% против 9,1%; ОР 2,05; 95% ДИ 1,05-3,98; $p < 0,05$), так и постгоспитальная смертность (8,7% против 6,1%; ОР 1,43; 95% ДИ 0,56-3,63; $p > 0,05$). В течение первых 6 мес после ИМ тенденция к большей частоте летальных исходов прослеживалась у женщин (6,2% против 1,8%; ОР 3,41; 95% ДИ 0,83-13,9; $p > 0,05$), а у мужчин она была выше спустя 6-12 мес после выписки из стационара (4,3% против 2,5%; ОР 0,58; 95% ДИ 0,12-2,75; $p > 0,05$). Наиболее значимыми факторами риска развития ИМ у женщин являются сахарный диабет, артериальная гипертензия и ожирение. Течение ИМ у женщин ассоциировано с развитием тяжелой СН, а ближайший прогноз и исход ИМ у женщин более неблагоприятны, чем у мужчин.

Ключевые слова: ИМбпST, ИМпST, осложнения.

МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВТОРИЧНОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мирзоев Ж.Б.
Ташкентская медицинская академия

Одной из актуальных проблем клинической неврологии являются вопросы внутримозговых кровоизлияний, осложнением которых является вторичная ишемия (ВИ) головного мозга, клинически проявляющаяся ухудшением состояния пациента. Основную группу составили 50 (41,6%) пациентов с геморрагическим инсультом с признаками ВИ головного мозга. Группу контроля составили 70 (58,4%) пациентов с геморрагическим инсультом без признаков ВИ. Показатели свертывающей системы ПТИ и АЧТВ имеют достоверное повышение при развитии ВИ и могут служить лабораторными маркерами эффективности терапевтических мероприятий. Летальность и тяжелая инвалидизация у пациентов с внутримозговыми кровоизлияниями (ВМК) выше, чем у пациентов с ишемическим инсультом. Основные принципы лечения ВМК заключаются в поддерживающей терапии и направлены на предотвращение дальнейшего нарастания объема гематомы, отека головного мозга и вазоспазма церебральных сосудов. При отсутствии своевременно проведенного патогенетического лечения развивается ВИ головного мозга, которая значительно ухудшает общее состояние пациента, а также является причиной нарастания неврологического дефицита. Важным моментом в медикаментозной коррекции указанных патогенетических факторов является объективная оценка свертывающей системы крови, при повышенных показателях которой возрастает вероятность развития ишемической трансформации геморрагического инсульта. Основными критериями включения пациентов в исследование являлось острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, представленное в виде внутримозговой гематомы или субарахноидального кровоизлияния, верифицированное методами нейровизуализации – МСКТ и МРТ. Основную группу составили 50 (41,6%) пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу, у которых на 3-5 сутки пребывания в клинике развились признаки ВИ головного мозга на фоне церебрального вазоспазма (ЦВС). Группу контроля составили 70 (58,4%) пациентов с острым нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу без признаков ВИ. С целью изучения свертывающей системы крови нами были проанализированы такие показатели как протромбиновый индекс (ПТИ), гематокрит, фибриноген и активированное АЧТВ и их связь с характером сформировавшихся зон ВИ. Данные показатели оценивались нами при поступлении, а также на 7 сутки пребывания в клинике. Участки ВИ для удобства интерпретации и анализа были условно разделены на следующие типы:

1. «Одиночный очаг ВИ вокруг инсульт-гематомы малого размера» до 20 мм одного из 3х показателей (переднее-заднего, бокового или размера по высоте);
2. «Одиночный очаг вторичной ишемии вокруг инсульт - гематомы среднего размера» до 30 мм;
3. «Одиночный очаг ВИ вокруг инсульт-гематомы большого размера» более 30 мм;
4. «Одиночный очаг ВИ дистантно расположенный от инсульт-гематомы»;

5. «Множественные очаги ВИ дистантно расположенные от инсульт -гематомы».

У 7 (14%) пациентов на контрольной КТ исследовании головного мозга, проведенного на 5 сутки пребывания в клиники был диагностирован одиночный очаг ВИ вокруг инсульт-гематомы малого размера, средний объем инсульт-гематомы составил 8,3±1,7 см^3. Средний показатель ПТИ на момент поступления составил 83,3±8,2%, на 7 сутки - 84,1±10,3%, показатель степени сгущения крови – гематокрит при поступлении составил 38,0±5,0%, на 7 сутки - 37,3±2,6%. Средний показатель фибриногена на момент поступления составил 3,7±0,9 г/литр, на 7 сутки - 3,8±0,8 г/литр, показатель АЧТВ - 32,6±2,5 сек, на 7 сутки - 38,6±2,2 сек (таблица 2). Таким образом у пациентов с минимально выраженными явлениями ВИ явления гиперкоагуляции выражены в минимальной степени. Отмечается закономерность увеличения зоны ВИ и показателей свертывающей системы, указывающих на состояние гиперкоагуляции, по мере нарастания объема инсульт-гематомы. У 15 (30%) пациентов с одиночным очагом ВИ вокруг инсульт -гематомы среднего размера (до 30 мм) отмечается увеличение среднего объема кровоизлияния (13,8±2,5 см^3), при этом соответственно растет гиперкоагуляционное состояние крови - ПТИ на момент поступления составил 92,8±8,7%, на 7 сутки - 94,3±9,1%, гематокрит при поступлении 41,3±5,9%, на 7 сутки - 38,9±3,8%. Средний показатель фибриногена на момент поступления составил 4,5±0,8 г/литр, на 7 сутки - 4,2±0,9 г/литр, показатель АЧТВ - 27,7±4,4 сек, на 7 сутки - 29,9±1,8 сек. Наиболее выраженное гиперкоагуляционное состояние наблюдается у пациентов с отдаленным одиночным и отдаленными множественными очагами ВИ, при этом у этих пациентов инсульт-гематомы имеют максимальный объем. Так, у 10 (20%) пациентов с одиночным очагом ВИ, дистантно расположенный от инсульт-гематомы, средний объем инсульт-гематомы составил 32,2±8,2 см^3. ПТИ на момент поступления составил 105,4±9,8%, на 7 сутки - 99,1±9,5%, гематокрит при поступлении 40,4±2,3%, на 7 сутки - 39,1±2,5% (таблица 3.12). Средний показатель фибриногена на момент поступления составил 4,5±0,3 г/литр, на 7 сутки - 4,2±0,3 г/литр, показатель АЧТВ - 25,1±2,9 сек, на 7 сутки - 28,0±3,2 сек. Пациенты с множественными отдаленными очагами вторичной ишемии характеризовались максимальным объемом инсульт-гематомы, средние размер которого составил 36,7±7,8 см^3. Свертывающиеся свойства крови характеризовались выраженным гиперкоагуляционным показателями: ПТИ на момент поступления составил 110,7±9,3%, на 7 сутки - 104,6±8,4%, гематокрит при поступлении 42,0±2,8%, на 7 сутки - 39,4±2,3%. Средний показатель фибриногена на момент поступления составил 4,6±0,74,6±0,7 г/литр, на 7 сутки - 4,1±0,7 г/литр, показатель АЧТВ - 23,3±1,7 сек, на 7 сутки - 26,9±1,6 сек. ВЫВОД: Показатели свертывающей системы ПТИ и АЧТВ имеют достоверное повышение при развитии вторичной ишемии и могут служить лабораторными маркерами эффективности терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, вторичная ишемия, свертывающей системы.

ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ В СЛУЖБУ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Козимжонова И.Ф., Азимова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Одной из основных мер неотложной психиатрической помощи является госпитализация в психиатрическую больницу, а также (в меньшей мере) применение медикаментозных средств, снижающих возбуждение, сдерживание и другие способы ограничения двигательной активности больного. Поскольку большая часть этих мер может быть предпринята по решению врача психиатра, их исполнение в основном возлагается на службу скорой психиатрической помощи либо на учреждения, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь. Частично, в пределах своей компетенции эти функции вынуждены выполнять до осмотра врачом - психиатром бригады скорой и неотложной медицинской помощи, врачи общесоматических стационаров и поликлиник, которые в своей практической деятельности нередко сталкиваются с лицами, страдающими психическими расстройствами, а также сотрудники милиции (в части предотвращения опасных действий). Целью исследования явилось определение влияния клинических и средовых факторов на обращаемость за СПП и разработка на этой основе врачебной догоспитальной психотерапевгической тактики. Для решения поставленных задач, как основной, был выбран клинико-эпидемиологический метод Разработана клинико-эпидемиологическая карта для работы с пациентами психиатрических бригад, состоящая из 4-х частей

а) паспортные данные, возраст и пол, а также ряд общих сведений, касающихся времени, места, вида, результата вызова,

б) клиническая - жалобы, контакт, сознание, поведение, ориентировка, эмоциональная сфера, мышление, восприятие, интеллект, память, критика, суи-цидальность, агрессивность, опьянение, установка пациента на госпитализацию, диагноз,

в) анамнестическая - как часто осуществляется обращение за СПП, состоит ли на учете в психоневрологическом, наркологическом диспансере, длительность учета, качество посещений, госпитализации - последняя, частота, каким способом (СПП, по направлению), прежние суицидальные попытки, алкоголизация, немедицинский прием психотропных препаратов,

г) социальная - семейный статус, уровень социально-профессиональной адаптации, доход и условия проживания

Клиническими причинами для обращения в СПП являются острые психотические состояния - 46,2% всех случаев, общественно опасные действия, связанные с гетероагрессией пациентов - 37,1%, суицидальное поведение - 11,0% и депрессивные расстройства - 5,7% При этом ухудшение клинического состояния вследствие отказа от приема лекарственных препаратов, либо их неправильного приема отмечается у 23,2% пациентов. Установлено влияние биологических факторов (пол, возраст) на обращаемость в СПП Максимальное влияние возраста на госпитализацию имеет место при органических психических расстройствах (рш = 32,1%), минимальное - при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах (рш = 1,4%) В общем количестве вызовов преобладает доля мужчин (63,5%), особенно среди пациентов с психическими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ - 82,6% Доля женщин выше в вызовах по поводу

невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств -65,0%, и аффективных расстройств - 54,9%. Число вызовов СПП связано с влиянием ряда временных факторов -сезона и месяца года, дня недели, типа дня, времени суток. Установлено достоверное влияние комплекса метеопоказателей (температура воздуха и атмосферное давление) на обращаемость в зимние месяцы. Получены уравнения множественной ре1рессии, позволяющие с точностью 70 - 90% рассчитать возможное число вызовов в зависимости от значений метеопараметров. Госпитализацией завершаются лишь 60,2% от общего числа всех вызовов Это связано с тем, что более чем в одной четверти случаев причиной вызова СПП является категорическая установка родственников на госпитализацию пациента при полном отсутствии у него клинических показаний для такой формы помощи (27,2%) Исследование семейного микроклимата в общей массе изучаемых пациентов выявило в 36,6% крайне негативную (при алкоголизации больных - до 76,5%) и в 30,7% случаев - негативную семейную ситуацию Благоприятный семейный климат установлен только в 19,0% вызовов Это указывает на важность оптимизации психологического микроклимата в семьях больных как значимого фактора предупреждения у них клинических ухудшений и обращений за СПП. Клиническая психиатрия разработала детализированный язык синдромов и симптомов, предназначенный для описания психического состояния пациента и его динамики. В то же время для описания закономерностей начала, течения и исходов болезней клинического языка явно недостаточно в силу того, что эти закономерности включают в себя не только клиническую динамику, но и социальные изменения статуса больных под влиянием болезни, т.е. функциональный диагноз (конфликтность, занятость, материальное благополучие и т. п.).

Ключевые слова: неотложная психиатрическая помощь, клинические и средовые факторы

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность проблемы депрессивных расстройств, манифестирующих в подростковом возрасте, определяется, прежде всего, широкой распространенностью этих расстройств, трудностью распознавания данной патологии на ранних стадиях заболевания и высоким суицидальным риском. Так, по современным эпидемиологическим данным, распространенность депрессий в популяции 15-20-летних составляет от 8 до 20% и более 50% всей психической заболеваемости подросткового и юношеского возраста, а пик суицидов приходится на возрастную группу от 15 до 25 лет. Проведенные исследования показывают, что депрессивные расстройства у подростков представляет собой гетерогенную группу расстройств диагностика и терапия которых, до сих пор представляет собой сложную клиническую задачу. Определение типологии, клинико-динамических особенностей; факторов формирования; и особенностей онтогенеза при! депрессивных нарушениях у детей в-возрасте 6-14 лет с разработкой рекомендаций по организации специализированной помощи, лечению и превенции данной патологии. Исследование выполнено в АОНД. Всего в исследование было включено 137 больных, из них 87,6% -женщин. Средний возраст пациентов 36,9+11,8 лет. Анализ патогенетических условий формирования депрессии у детей при сравнении трех групп - здоровые дети (13,5%), дети с психической патологией не депрессивного спектра (14,4%) и дети с депрессией (72,1%) -показал значительную взаимосвязь наследственных, биологических и социально-средовых компонентов. Психические заболевания среди родственников чаще встречаются у детей с различными психическими расстройствами (58,1%) и детей с депрессивными нарушениями (66,3%) ($p<0,05$). В сравнении со здоровыми детьми, у детей с депрессиями наследственность отягощена по алкоголизму, эпилепсии, невротическим расстройствам, шизофрении и по нескольким психическим расстройствам, (42,1%) ($p<0,001$). Депрессия и суициды среди родственников чаще встречаются у детей с психической патологией не депрессивного спектра (10,4%) ($p<0,05$). Факторный анализ патогенетических условий формирования депрессии у детей показал наибольшее значение факторов: перинатальная патология (0,086%), повышенная социальная активность ребенка (0,086%), материальное неблагополучие семьи (0,084%), отсутствие ранней социализации ребенка (0,071%), семейная депривация (0,067%), дисгармоничные социальные отношений детей (0,055%), отсутствие квалифицированной помощи для коррекции перинатальной патологии (0,045%), акушерско-гинекологические осложнения матери перед беременностью данным ребенком (0,045%), патологизирующее воспитание в семье (0,044%). Дизонтогенез у детей с депрессией был зафиксирован во всех группах: у 100,0% детей с депрессией на фоне шизофрении и умственной отсталости, у 22,7% детей с невротическими и 58,2% с органическими депрессивными нарушениями. Социальное развитие ребенка с депрессией нарушалось на ранних возрастных этапах в процессе социализации в ближайшем семейном окружении и на этапе первого социального опыта развития. Изменение семейного окружения характеризовалось изменением микроклимата, эмоциональных отношений (81,2%) и структуры семьи (61,6%), патологизирующим воспитанием (85,4%) или полным

отвержением ребенка с передачей его усыновителям или в детские дома (14,1%). На этапе становления социальной активности и определения места в социальных институтах сверстников были констатированы отсутствие дошкольной социализации (36,4%) или изменение её сроков (50,0%), трудность налаживания социальных контактов (29,3%), позднее начало образовательного процесса (21,9%), несоответствие интеллектуальных возможностей и программы обучения (26,3%). Нарушение социального развития детей с депрессией приводило к отставанию социального возраста по сравнению с биологическим (74% от нормы социальной зрелости) в большей степени у детей с депрессией при шизофрении и умственной отсталости и в меньшей степени при невротических и органических депрессиях. На основании комплексной оценки эффективности изученных схем фармакотерапии пациентов с депрессиями (по клиническим, фармакоэкономическим критериям, включая показатели качества жизни) выявлено, что монотерапия сертралином (стимулотоном) имеет наибольшую клиническую и фармакоэкономическую эффективность. Терапия амитриптилином приводит к эффективной редукции депрессивных симптомов, однако не повышает уровень качества жизни пациентов и имеет значительную выраженность нежелательных эффектов, что снижает её фармакоэкономическую эффективность. Разработаны критерии диагностики и раннего выявления депрессивных расстройств, которые могут быть использованы врачами-психиатрами, педиатрами, школьными психологами, педагогами, комиссиями по делам несовершеннолетних и родителями. Представлены психофармакологические схемы лечения депрессивных нарушений и проведена оптимизация результатов терапии; достигнут определенный уровень ремиссий в результате фармако-экономически и клинически обоснованного подхода. Разработана модель психосоциальной реадаптации и превенции, которая может быть внедрена в деятельность психиатрических, психологических и педагогических учреждений. Определены научные принципы оценки депрессии у детей, проведение которой актуально в клинической и социальной психиатрии при планировании и реализации профилактических мероприятий. Доказана эффективность комплексного подхода к лечению и реабилитации пациентов. Не менее важным направлением практической реализации является разработка организационных принципов коррекции и реабилитации детей с депрессивными нарушениями.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, коррекция, реабилитация.

ЧАСТОТА СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Мурадимова А.Р.
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

В современной неврологии проблема диагностики и лечения сосудистой деменции занимает одно из ведущих мест. Сегодня в мире насчитывается 24,3 млн пациентов с деменцией, ежегодно регистрируется 4–6 млн новых случаев. Сосудистая деменция по распространенности в популяции занимает 2-е место после деменции дегенеративной природы. В работе изложены данные о возможных факторах риска развития сосудистой деменции. Был проведён сравнительный анализ преобладания частоты одних сосудистых факторов риска над другими с учётом тяжести (лёгкой и умеренной степени) и вида (кортикальная и субкортикальная) сосудистой деменции. Сосудистые заболевания головного мозга являются актуальной медицинской и социальной проблемой во всем мире, и в нашей стране тоже. Сосудистые когнитивные расстройства существенно снижают качество жизни больных, усложняют их реабилитацию и социальную адаптацию после перенесенного инсульта, ухудшают качество жизни их родственников и близких. К основным факторам риска развития сосудистой деменции относят инсульт, увеличение возраста, артериальную гипертензию, сахарный диабет, признаки поражения белого вещества (лейкоареоз) по данным компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, ожирение, низкую физическую активность и низкий уровень образования. Поэтому ранняя диагностика сосудистых когнитивных расстройств позволяет уточнить прогноз заболевания и использовать средства, предупреждающие развитие и, если уже имеется патология, дальнейшее её прогрессирование. Выявить особенности факторов риска развития кортикальной и субкортикальной сосудистой деменций. Нами было обследовано всего 60 пациентов в возрасте 55-79 лет с сосудистой деменцией легкой и умеренной степенью тяжести. Они были разделены на 2 группы с учётом вида сосудистой деменции: 1 группа - 28 больных (10 мужчин и 18 женщин, средний возраст 64,9±4,6 года) с кортикальной сосудистой деменцией; 2 группа - 32 больных (12 мужчин и 20 женщин, средний возраст 70,75±3,5 года) с субкортикальной сосудистой деменцией. Наблюдение пациентов проводилось в терапевтических и неврологических отделениях Городской больницы №2 г. Ферганы. Степень тяжести деменции учитывалась по психометрическому тесту: Краткий опросник оценки психических функций - Mini-mental state examination, MMSE: легкая степень – при 20 – 24 баллов, умеренная степень тяжести – 11 – 19 баллов. В процессе исследования была изучена частота встречаемости сосудистых факторов риска развития деменции: артериальной гипертензии, ишемическая болезнь сердца, сахарного диабета 2 типа, гиперлипидемии и избыточной массы тела. В ходе исследования учитывалась давность заболевания АГ и длительность течения хронической ишемии мозга. Холестеринемию подтверждали анализами развёрнутого липидного спектра. Статистическую обработку данных проводили при помощи программ Microsoft Office Excel, Statistica. Наличие связи между данными оценивали соответственно их типу при помощи коэффициента корреляции Спирмена. Отличия между группами и корреляционную зависимость считали достоверными при $p < 0,05$. По итогам исследования было установлено, что средняя продолжительность заболевания артериальной гипертензии у пациентов 1 группы с субкортикальной деменцией составила 15,25±3,6 лет. При сравнении показателей

продолжительности течения артериальной гипертензии между группами пациентов с легкой и умеренной субкортикальной деменцией не выявило достоверных различий. Средняя длительность заболевания АГ у пациентов 2 группы с кортикальной сосудистой деменцией составила 16,9±3,8 лет. При этом если посмотреть по степеням тяжести, то у пациентов с умеренной деменцией длительность заболевания артериальной гипертензии была статистически достоверно больше, чем у пациентов с деменцией легкой степени (соответственно, 14,2±5,4 и 11,7±4,7 лет, $p<0,01$). У всех исследуемых пациентов с сосудистой деменцией была диагностирована хроническая ишемия мозга III степени, длительность течения которой составила от 2 до 17 лет. Средняя продолжительность хронической ишемии мозга у пациентов с субкортикальной деменцией составила 9,0±2,35 лет, у пациентов с кортикальной деменцией - 8,35±2,2 лет. Сравнение показателей продолжительности хронической ишемии мозга у пациентов с кортикальной деменцией не выявило достоверных различий между группами пациентов с различной степенью тяжести деменции. У пациентов с субкортикальной деменцией умеренной степени составила - 7,0±3,3 лет и оказалась достоверно выше, чем у пациентов с деменцией легкой степени – 4,35±2,4 лет ($p<0,001$). Частота встречаемости ишемической болезни сердца среди исследуемых была выявлена следующим образом: у 1группы с сосудистой субкортикальной деменцией составила 51,4%: с легкой деменцией – 43,05%, с деменцией умеренной степени – 59,7% ($p<0,05$); у 2 группы пациентов с сосудистой кортикальной деменцией составила - 50,8%: с легкой деменцией – 39,7%, с деменцией умеренной степени – 63,3% ($p<0,01$). Эпидемиология сахарного диабета II типа у больных с субкортикальной деменцией составила 15,9%; у пациентов с легкой деменцией – 9,7%, с деменцией умеренной степени – 29,2% ($p<0,05$); среди пациентов с сосудистой кортикальной деменцией составила - 25,8%; у пациентов с легкой деменцией – 19,1%, с деменцией умеренной степени – 33,3% ($p<0,05$). Сделав расчёты по липидному спектру с учётом данных ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных сосудов, частота гиперлипидемии среди исследуемых пациентов с субкортикальной деменцией составила 20,8%: с легкой деменцией – 13,8%, с деменцией умеренной степени – 27,7% ($p<0,05$); среди пациентов с сосудистой кортикальной деменцией составила 20,3%: с легкой деменцией – 14,7%, с деменцией умеренной степени – 26,6% ($p<0,05$). Частота избыточной массы тела среди лиц с сосудистой субкортикальной деменцией составила 25%; у пациентов с легкой деменцией – 22,2%, с деменцией умеренной степени – 27,7% ($p>0,05$); среди пациентов с сосудистой кортикальной деменцией составила 21,8%; у пациентов с легкой деменцией – 19,1%, с деменцией умеренной степени – 25,0% ($p>0,05$). Таким образом, проведенное исследование показало прогностически значимые факторы риска развития и прогрессирования сосудистой деменции кортикального и субкортикального видов. Частота факторов риска развития сосудистой деменции наглядно увеличивается в умеренной степени тяжести в обоих видах сосудистой деменции. Факторы риска имели возрастную особенность встречаемости. Так у пациентов с субкортикальной деменцией преобладающими факторами в возрасте 70-79 лет являются ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и гиперлипидемия, а у пациентов же с кортикальной деменцией - в возрасте 60-69 лет - ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет, в возрасте 70-79 лет - ишемическая болезнь сердца.

Ключевые слова: кортикальная сосудистая деменция, субкортикальная сосудистая деменция, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, гиперлипидемия.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОЗА

Муратов А.Н.
Ташкентская Медицинская Академия

Несмотря на достаточно большое число исследований, межорганные взаимоотношения в эндокринной системе в условиях гипо- и гипертиреоза остаются спорными и неясными. Данные о взаимосвязи тиреоидных гормонов с гонадотропными гормонами гипофиза и половыми гормонами разноречивые и часто противоречат друг другу. Цель работы выявить изменения гормонального баланса в организме при гипо- и гипертиреозе. Опыты проведены на 135 крысятах – самцах массой тела 70 – 80 гр. Опытным животным (108 крысят), воспроизводили экспериментальную модель гипо- и гипертиреоза путем введения мерказолила или тироидина. В сыворотке крови крыс иммунноферментным методом определяли содержание три- и тетрайодтиронина (T_3 и T_4), тиреотропного (ТТГ), лютеинизирующего, фолликулостимулирующего гормонов, тестостерона и прогестерона. Эти исследования проведены в частной клинике “Doctor D“ (Ташкент, Узбекистан). Выявлено, что у опытных животных, особенно с длительным гипотиреозом, содержание лютропина (ЛГ) и фоллитропина (ФСГ) уменьшалось в 5-10 раз по сравнению с контролем. Нами показано, гипотиреоз в препубертатном периоде приводит к 3-4-х кратному уменьшению содержания тестостерона (ТС) и прогестерона (ПГ) в крови. При гипертиреозе, вызванном в препубертатном периоде, нами получены иные результаты. Если содержание ЛГ при гипертиреозе незначительно уменьшалось (различия статистически недостоверны), то концентрация ФСГ у крыс с кратковременным и длительным гипертиреозом соответственно в 1,7 и 2,1 раза превышала показатели контроля. Аналогичным образом содержание ТС в 1,9-2,6, а концентрация ПГ в 1,7-2.4 раза повышались по сравнению с контролем. Таким образом, экспериментально вызванные в препубертатном периоде гипо- и гипертиреоидные состояния оказали различное влияние на концентрацию гормонов гипофизо-гонадной системы. Ювенильный гипотиреоз сопровождается существенным снижением уровня гонадотропных гормонов гипофиза и концентрации половых гормонов, вырабатываемых семенниками. Причем, определяется прямая зависимость между гормональным дисбалансом в организме и длительностью гипотиреоидного состояния - он наиболее выражен при длительном гипотиреозе. В противоположность этому гипертиреоидное состояние приводило к повышению уровня ФСГ, тестостерона и прогестерона, тогда как концентрация ЛГ существенно не изменялась. Так же, как и при гипотиреоидном состоянии, отмечалась прямая взаимосвязь между длительностью гипотиреоидного состояния и степенью гормонального дисбаланса в организме.

Ключевые слова: гормон, эндокринная система гипофиз, щитовидная железа, болезнь, гипотериоз, гипертериоз.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИБС У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Мусашайхов У.Х., Юлдашев Р.Н., Хамидов Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Как известно, в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС) определенное значение придаѐтся нарушениям нейрогуморальной регуляции кровообращения. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе широко обсуждается роль состояния симпатико-адреналовой системы, еѐ активности, реактивности и резервных возможностей у больных с ИБС. Одним из главных задач нашей работы явилось комплексное исследование суточной экскреции катехоламинов (КА) и их предшественника ДОФА (– L – 3,4-диоксифенилаланин) в крови обследуемых женщин климактерического периода без и с клиническими формами ИБС. Нами впервые было проведено комплексное исследование показателей симпатико-адреналовая системы (САС) в крови у больных с высоким общим кардиоваскулярным риском с использованием многопланового подхода, не применявшегося в предыдущих работах. Оценку состояния САС мы проводили по суточной экскреции КА (А- адреналина, НА-нор адреналина, ДА- дофамина) и ДОФА с мочой. При нормальной функции почек исследование экскреции катехоламинов с мочой является адекватным методом исследования активности САС. Было обследовано 16 женщин с ИБС с нестабильнай стенокардией напряжения (впервые возникшая стенокардия напряжения- 1 группа) и 24 женщин климактерического периода с ИБС со стабильной стенокардией ФК II-III (2-группа) и 10 практически здоровых женщин в возрасте от 45 до 59 лет. Средний возраст обследованных больных составил 49,9±2,8 лет, давность ИБС у исследуемых пациентов составило в среднем 4,6±1,9 лет. Исследование суточной экскреции КА и их предшественника ДОФА пациенток с ИБС со стабильной стенокардией напряжения с ФК II- III во время приступа стенокардии выявило статистически достоверны изменения всех фракций КА, в частности. А: свободного А - 5,5±0,1 мкг/сут, конъюгированного А - 5,4±0,1 мкг/сут, суммарного А - 10,9±0,1 мкг/сут, что соответственно на 18,2% (в 1,2 раза), 20,4% (в 1,3 раза), 19,3% (в 1,2 раза) ($P<0,05$) выше показателей контроля и на 41,8% (в 1,4 раза), 29,6% (в 1,3 раза), 35,8% (в 1,5 раза) ниже показателей I-й группы ($P<0,05$). Суточная экскреция НА у данной категории больных также статистически достоверно изменена: свободный НА - 10,4±0,1 мкг/сут, конъюгированный НА - 9,5±0,1 мкг/сут, суммарный НА - 19,9±0,1 мкг/сут; что соответственно на 33,3% (в 1,3 раза), 25,0% (в 1,3 раза), 29,0% (в 1,3 раза) ($P<0,01$) выше показателей контроля и на 38,4% (в 1,4 раза), 42,1% (в 1,4 раза), 40,2% (в 1,4 раза) ($P<0,01$) ниже показателей группы больных женщин климактерического периода с впервые возникшей стенокардией напряжения. Как видно из полученных результатов в группе пациенток со стабильной стенокардией напряжения с ФК II - III при поступлении отмечено незначительное снижение коэффициентного соотношения ДА/ДОФА на 3,7%, что говорит о начинающем угнетении биосинтеза ДА. Также отмечено повышение коэффициентных соотношений НА/ДА на 46,6%, что свидетельствует об усилении биосинтеза НА. Результаты исследования пациенток с клиническими признаками ишемической болезни сердца с функциональным классом II- III с давностью заболевания более 5 лет показали угнетение функции САС. Наши исследования с использованием флуориметрических методов показали, что происходит статистически достоверное снижение суточной экскреции свободных и конъюгированных форм ДА, их метаболического предшественника ДОФА у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения ФК II- III. Полученные данные свидетельствуют о значительном преобладании НА-эргических процессов над ДА-эргическими процессами при хроническом течении ИБС.

Ключевые слова: нестабильная стенокардия напряжения, ишемическая болезнь сердца.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Мусашайхова Ш.М., Салохиддинов З.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает сегодня первое место среди основных причин смерти населения всего мира и выходит на одно из первых мест в структуре смертности и заболеваемости в развитых странах. В Европе ИБС остается одним из самых распространенных заболеваний среди лиц старше 40 лет и наиболее частой (до 50%) причиной смерти от кардиальной патологии. По прогнозам специалистов 2020 году эта болезнь выйдет на первое место по величине интегрированного индекса, отражающего общее отрицательное влияние ИБС на здоровье населения планеты и включающего показатели заболеваемости и смертности. Развитие ИБС обусловлено взаимодействием различных генетических факторов и условий окружающей среды. Ранее основное внимание при изучении факторов риска ИБС уделялось анализу особенностей питания и образа жизни больных. Обнаружение положительной связи между уровнем мочевой кислоты (УМК) и сердечно-сосудистыми заболеваниями, значительное повышение уровня мочевой кислоты у лиц с доказанными коронарными заболеваниями по сравнению с группой контроля, одинаковой по возрасту и полу, послужило основанием для эпидемиологических исследований. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для более глубокого понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпатико-адреналовой системы (САС). Детальный обзор показывает, что по результатам связь между УМК и частотой коронарных заболеваний, смертностью от любых причин является спорной, и это остаѐтся основанием для дальнейшего изучения данной проблемы. Многочисленными эпидемиологическими и клиническими исследованиями доказано, что ведущей причиной смерти среди населения развитых стран является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Эффективность борьбы с ИБС зависит в первую очередь от профилактических мероприятий на ранних стадиях, от устранения или снижения известных факторов риска развития ИБС. Наиболее важным фактором риска раннего развития ИБС является гиперхолестеринемия. Однако как показывают данные клинических исследований, инфаркт миокарда и другие формы ИБС нередко возникают у лиц, у которых отсутствуют известные факторы риска (артериальная гипертония, дислипидемия, курение, ожирение, сахарный диабет и др.). Следовательно, в генезе ИБС играют роль и другие причины. Как известно, в патогенезе ИБС определенное значение придаѐтся нарушениям нейрогуморальной регуляции кровообращения. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе широко обсуждается роль состояния симпатико-адреналовой системы (САС), еѐ активности, реактивности и резервных возможностей у больных женщин климактерического периода с ИБС. Нами было проведено комплексное исследование показателей САС в крови у 52 женщин с нестабильной стенокардией -впервые возникшая стенокардия напряжения, средний возраст 49,7±2,6 лет. Группу контроля составили 10 здоровых женщин в возрасте от 43 до 48 лет, средний возраст 45,2±1,2 года. Оценку состояния САС мы проводили по суточной экскреции катехоламинов (КА): адреналина - А, норадреналина -НА, дофамина - ДА с мочой. При нормальной функции почек исследование экскреции катехоламинов с мочой является адекватным

методом исследования активности САС. Так, согласно данным результатов наших исследований, выявлено статистически достоверное повышение А: свободного А – 5,7±0,1 мкг/сут, конъюгированного А – 4,9±0,1мкг/сут, суммарного А – 10,3±0,2 мкг/сут, что соответственно на 27,5% (в 1,3 раза), на 30,4% (в 1,3 раза), 29,8% (в 1,3 раза) выше показателей контроля ($p<0,05$). Выведение в суточной моче НА, также статистически достоверно повышенно: свободного НА - до 10,8±0,1 мкг/сут, конъюгированного НА - до 10,2±0,1 мкг/сут, суммарного НА - до 20,7±1,1 мкг/сут, что соответственно на 14,1% (в 1,2 раза), на 19,7% (в 1,2 раза), на 16,8% (в 1,2 раза) выше показателей контрольного уровня ($p<0,05$). Отмечено статистически достоверное повышение суточной экскреции всех фракций ДА: свободного ДА - 163,2±4,1 мкг/сут, конъюгированного ДА - 171,4±4,2 мкг/сут, суммарного ДА - 341,4±5,6 мкг/сут, что соответственно на 20,1% (в 1,2 раза), на 16,8% (в 1,2 раза), на 18,7% (в 1,2 раза) выше показателей контроля ($p<0,05$). Возможно, повышение активности САС при этом может расцениваться как компенсаторное, обеспечивающее мобилизацию защитных сил организма, повышение энергоснабжения миокарда. Дальнейший рост напряжения активности симпатико-адреналовой системы направлен на мобилизацию внутренних резервов организма. Однако на одной из стадий этого процесса начинает проявляться катаболическая направленность эффектов САС, а дальнейшее повышение активности которой, становится одной из основных элементов формирования ИБС и еѐ осложнений. Определение функциональной активности симпатико-адреналовой системы у женщин климактерического периода может служить критерием раннего выявления нарушений метаболизма катехоламинов, риска развития ИБС.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, симпатико-адреналовая система, курение, ожирение.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Мухаммаджонова Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Нарушение когнитивной деятельности ведет к трудностям в обучении, девиантному поведению, психоэмоциональным нарушениям и, как следствие, социальной дезадаптации и снижению качества жизни ребенка. В связи с этим, проблема нарушений когнитивного развития выходит за рамки медико-педагогических вопросов и приобретает социальное значение. Своевременная комплексная реабилитация нарушений когнитивного развития при ДЦП позволяет предупредить появление дальнейших отклонений, скорректировать уже имеющиеся расстройства, снизить степень инвалидизации и достигнуть максимально возможного для каждого ребенка уровня социальной адаптации. Медикаментозная терапия когнитивных нарушений у детей с ДЦП в процессе комплексной реабилитации играет большую роль с использованием ноотропных препаратов, которые оказывают активирующее действие на коррекцию речевых, моторных нарушений, улучшающих память, нормализуют адаптационные системы организма, улучшают интегративную деятельность головного мозга. Было проведение медикаментозного лечения с использованием кортексина для коррекции когнитивных нарушений у детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП и оценка полученных результатов. На основании данных клинико-неврологического исследования 315 детей дошкольного возраста (3-7 лет) с когнитивными нарушениями, при наличии у них ДЦП. В ходе наблюдения 25 детей в возрасте 6-15 лет с ДЦП было показано, что на фоне применения кортексина (5 курсов по 10 инъекций с интервалом по 3 мес) значительно увеличился объем двигательной активности, набор моторных навыков, улучшилась зрительно-моторная координация, нормализовался цикл «сон-бодрствование», улучшился эмоциональный фон, уменьшились нарушения со стороны артикуляционного аппарата. При повторных курсах терапии кортексином положительные эффекты нарастали и сохранялись длительное время - от 6 до 18 мес после окончания курса лечения. При обследовании 22 больных в возрасте 11-18 лет с ДЦП в процессе комплексной реабилитации с 20-дневным применением кортексина (курсовая доза 200 мг) отмечено значительное улучшение самочувствия, поведения, коммуникабельности и интегративных функций у 62,1% пациентов, умеренное улучшение в виде снижения выраженности субъективных проявлений - у 33,3%. Изучение результатов применения кортексина у 33 пациентов в возрасте 14-18 лет с неврастенией свидетельствовало о выраженном улучшении психического состояния у 78,8% больных, при этом у 62,1% уменьшились головная боль и показатели реактивной тревожности. При визуальной оценке ЭЭГ после курса лечения кортексином отмечалась положительная динамика организации биоэлектрической активности мозга в виде уменьшения встречаемости низкочастотных колебаний, особенно в передних областях и увеличения мощности альфа-ритма в теменно-затылочных отведениях. При исследовании динамики интеллектуально-мнестического состояния у 23 детей в возрасте 10-11 лет с депрессивным синдромом в ходе лечения трициклическими антидепрессантами, транквилизаторами и нейролептиками в сочетании с кортексином выявлено статистически значимое улучшение когнитивных функций, в то время как без кортексина изменений не было зарегистрировано. Под когнитивными функциями понимают наиболее сложные функции головного мозга, при помощи которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Своевременная комплексная реабилитация когнитивных нарушений при ДЦП позволяет предупредить появление дальнейших отклонений, корригировать уже имеющиеся расстройства, значительно снизить степень инвалидизации и достигнуть максимально возможного для каждого ребенка уровня социальной адаптации.

Ключевые слова: ДЦП, ортексин.

ТИББИЁТ СОҲАСИНИ МОЛИЯЛАШТИРИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Мухаммадиев Р.З.

Тошкент врачларни малакасини ошириш институти

Мақолада соғлиқни сақлаш соҳасини ташкил этиш асослари, тиббий хизмат тушунчасининг мазмуни, тизимни самарали бошқариш, молиялаштиришга оид назарий қарашлар ва харажатларни молиялаштириш тизими ҳамда унинг ҳуқуқий асослари ўрганилган. Тиббий хизмат ва уни ташкил этиш масалалари ҳамда ўрганилган қарашларга нисбатан муаллифнинг илмий муносабатлари билдирилган. Фуқароларнинг соғлиғини таъминлаш ва уни рағбатлантиришга бўлган эҳтиёжларини қондириш учун тиббий ёрдам олишга бўлган асосий ҳуқуқларини амалга ошириш мақсадида давлат назоратида бўлган мураккаб ижтимоий-иқтисодий тизим бу - соғлиқни сақлашдир. Ўтган йилларда республикада соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш чора-тадбирлари доирасида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг замонавий тизимини шакллантириш борасида муайян ишлар амалга оширилмоқда. Аҳоли соғлиғини сақлаш масалаларига ёндашув ва унинг натижаларини бартараф этиш турли мамлакатларда фарқланиб, айрим давлатлар соҳа учун ажратадиган маблағларини профилактика учун кўпроқ сарфласа, айрим давлатларда бунинг аксини кузатиш мумкин. Шунинг учун соҳани муваффақиятли бошқариш, унинг фаолияти учун турли усуллар ва манбаалардан етарли равишда молиялаштириш долзарблигини йўқотмайди. Э.Васкес, Д.Кресный, Абанто Х. тадқиқотларига кўра мамлакат аҳолиси соғлиғи даражасига унинг ижтимоий-иқтисодий ривожланиш даражаси, аҳолининг ижтимоий-маданий хусусиятлари демография ва эпедимия оқибатларида касаллика қарши курашиш усулларини белгилаш учун асос бўлади, соғлиқни сақлаш тизимини молиялаштириш мамлакатнинг сиёсий тузуми, қонунчилик базаси, халқнинг менталитети ва хизмат кўрсатилаётган мижоз даражасига боғлиқдир, деган фикрларни билдиради. Ривожланган ва ривожланаётган давлатларнинг соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш тартиблари бир биридан фарқ қилади. Ривожланаётган давлатларда тиббиёт учун ажратиладиган маблағлар, аввало, тез ёрдам ва тиббий хизматга йўналтирилади. Ривожланган мамлакатларда эса маблағлар, биринчи навбатда янги тиббий технологиялар ва маъмурий бошқарув тизимини такомиллаштиришга йўналтирилганлиги сабаб, тизимни молиялаштириш муаммолари ҳар икки ҳолатдаги давлатларда ҳам долзарблигини йўқотмайди. Ривожланган давлатлар амалиётида мажбурий тиббий суғурта тизими тиббиёт соҳасини молиялаштиришнинг илғор механизми ҳисобланади. Ушбу механизмдан фойдаланиш, унинг махсус дастурларини жорий этиш учун соҳага сарфланадиган харажатларни ҳисобга олиш ва далилий база сифатида тиббий ҳисобварақлар миллий тизимини яратиш талаб этилади. Италия, Греция, Испания ва Буюк Британия каби давлатлар соғлиқни сақлаш тизими бюджет ва ихтиёрий суғурта маблағларидан соҳани молиялаштиришда самарали фойдаланмоқда. Лекин Европа давлатлари иқтисодий сиёсатида кўпчилик давлатлар ижобий тажрибасини инобатга олиб соғлиқни сақлаш тизимини давлат томонидан молиялаштиришдан мажбурий суғурта асосида молиялаштиришга ўтиш тарафдоридир. Тадқиқотчилар тиббиёт тизимини молиялаштириш миллий ва жаҳон олимлари томонидан яратилган назарий-услубий ва амалий ишланмалардан холи бўлиши мумкин эмас. Лекин хорижий тажрибани ҳар қандай давлат иқтисодиётига тўғридан-тўғри жорий этиб бўлмайди, у маълум бир синовлардан ўтиши зарур, деган фикрни билдиради.

Маълумки, тиббий хизмат жамиятни ҳаракатлантирувчи асосий омили бўлган аҳоли саломатлигини профилактика қилиш, соғлиғини тиклаш вазифаларини бажариши сабабли аҳолига кўрсатиладиган ижтимоий хизматлар таркибида муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади. Шунинг учун ҳам Е.А.Шадановани фикрига қўшилган ҳолда соғлиқни сақлаш тизимини молиялаштиришнинг хорижий тажрибаларини тўғридан-тўғри Ўзбекистон амалиётига қўллаш ижобий натижа бермайди деб ҳисобаймиз. Масалан, тиббий суғурта орқали соғлиқни сақлашни молиялаштириш бўйича биринчидан, молиялаштириш амалиётини етарли даражада биладиган тиббиёт ходимлари синфи шаклланмаган бўлса, иккинчидан, хусусий тиббий хизмат кўрсатувчи корхоналар ҳам ушбу молиялаштириш шартлари билан қизиқмайдилар. Чунки мижозга кўрсатилган хизмат ҳақини тўғридан-тўғри олиш амалиётида учунчи шахслар иштироки юзага келади. Соғлиқни сақлаш соҳаси кўп тармоқли бўлиб, тиббий хизмат, тиббий ёрдам ва тиббий фаолият ўзи нима, улар қандай кўрсаткичлар асосида баҳоланиши зарурлиги масаласи кўпчилик тадқиқотлар учун доим долзарб ҳисобланиб, ўрганилиб келинмоқда. Шу сабабли. аввало, ушбу тушунчалар мазмуни тўғрисидаги ҳуқуқий ва назарий манбаларни таҳлил қилиш зарур бўлади. Мамлакатимизда аҳолининг тиббий хизматдан фойдаланиш ҳуқуқи Ўзбекистон Республикаси Конституцияси билан кафолатланган. Асосий қомусимизнинг 40-моддасида “Ҳар бир инсон малакали тиббий хизматдан фойдаланиш ҳуқуқига эга” эканлиги белгилаб қўйилган. Ўзбекистон Республикасининг “Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида”ги Қонуни ушбу ҳуқуқни амалга оширишни таъминлашга қаратилган асосий қонун ҳужжати ҳисобланиб, унда тиббиётнинг асосий тамойиллари келтирилган. Лекин қонунда тиббий хизмат, тиббий ёрдам ва тиббий фаолият атамаларининг мазмуни белгилаб берилмаганлиги боис ушбу атамалар турли тарзда талқин қилинишига сабаб бўлмоқда. Хориж олими К.Е.Дабагян фикрича, “тиббий хизмат-бу иқтисодий категория бўлиб, ижтимоий соҳа аъзолари томонидан умумий ва хусусий манфаати учун кўрсатиладиган хизматдир”. Муаллиф тиббий хизматни иқтисодий категория ва ушбу хизмат ижтимоий соҳа ходимлари томонидан кўрсатилади деб ҳисоблаб, ижтимоий соҳанинг барча вакилларини тиббий хизмат субъекти сифатида эътироф этади. Аммо нима учун тиббий хизматни иқтисодий категориялар қаторига киритганлигини ҳамда барча ижтимоий соҳа вакилларини тиббий хизматнинг субъектлари қаторига қўшганлигини изоҳламайди. Бизнингча, субъект тушунчасига берилган ушбу таъриф жуда қисқа бўлиб, унинг мазмунини тўлиқ ифода этмайди ва унда объект, субъект ва ўзига хос хусусиятлар ўз ифодасини топмаган. А.В.Тихомирова томонидан “тиббиёт ходими томонидан мақсадли, зарур, етарли ва виждонан кўрсатилган хизматлар мажмусидир” деган таъриф берилади. Фикримизча, муаллифнинг ушбу таърифи, ундан олдин берилган таърифлардан кўра тиббий хизматнинг мазмунини яхшироқ ифодалайди. Унда хизмат кўрсатадиган субъект ва унинг мақсади, сифати ҳамда хизмат турига субъект томонидан ёндошув ўз аксини топган бўлсада, хизматга қўйилган талаблар ва хизмат маълум бир ҳақ эвазига амалга оширилиши тўғрисидаги масала ўз ифодасини топмаган. Ўзбекистон Республикасининг Фуқаролик Кодекси 703-моддасида “Ҳақ эвазига хизмат кўрсатиш шартномаси бўйича ижрочи буюртмачининг топшириғи билан ашёвий шаклда бўлмаган хизматни бажариш (муайян ҳаракатларни қилиш ёки муайян фаолиятни амалга ошириш), буюртмачи эса бу хизмат учун ҳақ тўлаш мажбуриятини олади”, деб белгилаб қўйилган меъёр мавжуд бўлиб, унда алоқа, тиббиёт, ветеринария, аудиторлик, маслаҳат, ахборот,

таълим бериш, сайёҳлик ва бошқа хизматлар кўрсатиш шартномаларига ҳам тадбиқ этилишига оид қоидаларни назарда тутади.

Тадқиқотлар натижасида олиб борилган изланишлар ҳамда қонун ҳужжатлари таҳлили асосида тиббий хизмат тушунчасига муаллифлик таърифи ишлаб чиқилди:

Тиббий хизмат – тиббий муассаса малакали ходими томонидан давлат номидан беғараз ёки ўрнатилган тартибда тиббий фаолият билан шуғулланувчи шахс томонидан маълум бир ҳақ эвазига белгиланган тиббий стандартларга асосан мижозга соғлиғини сақлаш, тиклаш, профилактика бўйича кўрсатиладиган махсус хизматдир.

Тиббий хизмат бошқа хизмат турларидан қуйидаги жиҳатлари билан фарқ қилади:

тиббий хизмат махсус малакали шахс томонидан кўрсатилади;

хизмат кўрсатиш махсус жиҳозланган жойда амалга оширилади;

тиббий хизмат объекти бўлган шахс ўзига қандай хизмат кўрсатилиши зарурлигини мурожаат қилган пайтида билмайди;

сифатли тиббий хизмат кўрсатиш мақсадида мижоз организмида турли даражадаги амалиёт ўтказилади;

Инсон капиталининг асосий қисми унинг соғлиги ҳисобланиб, уни доимий равишда, бир маромда ишлашини таъминлаш мақсадида инвестиция киритиш талаб этилади. Шу сабаб аҳоли соғлиғини сақлаш соҳасини давлат бюджетидан молиялаштириш масаласига давлатнинг инсон капиталига йўналтиралаётган инвестицияси нуқтаи-назаридан ҳам ёндошиш ва баҳо бериш зарур, деб ҳисоблаймиз. Бундан ташқари инсонни ўзи ёки оила аъзолари соғлиғини сақлаш учун сарфлаётган маблағига ҳам хусусий инвестиция сифатида баҳо бериш мақсадга мувофиқдир. Мамлакатимизда кейинги йилларда соҳани молиялаштиришда бюджет маблағлари билан бирга пуллик тиббий хизмат ҳисобига молиялаштириш тизимидан ҳам кенг фойдаланилмоқда. Ушбу маълумотлар таҳлили республика соғлиқни сақлаш соҳаси харажатларининг 2017 йилда 11 фоизи, 2018-2019 йилда эса 9 фоизи тиббиёт муассасалари пуллик тиббий хизмат кўрсатишдан топилган маблағлар ҳисобидан молиялаштирилганидан далолат бермоқда. Аслида, давлат ва хусусий секторнинг тиббий хизмат кўрсатишга ёндошуви икки хилдир. Давлат ўз фуқаролари саломатлигини профилактика қилиш, муолажа ва реабилитация мақсадлари учун маблағ сарфлайди, аммо бундан тўғридан-тўғри фойда олишни назарда тутмайди. Хусусий сектор тиббий хизматни кўрсатиш учун сарфлаган маблағи эвазига маълум бир миқдорда фойда олишни кўзлайди. Шу сабабли хусусий тиббий сектор инвестиция киритишдан манфаатдорлиги учун кўпроқ маблағ ажратишга қизиқади. Шунинг учун хусусий сектор корхонаси топган маблағини тезкорлик билан тиббий хизмат сифатини ошириш эвазига фойда келтирадиган йўналишга сарфлайди. Давлат эса аксинча, сарфлаган маблағи эвазига фойда олмаётгани учун ажратилаётган маблағлар миқдорини камайтиришдан манфаатдор. Ушбу манфаатлар қарама-қаршилиги молия органларини маблағ ажратиш миқдорини камайтиришга ундайди. Лекин фуқаролар соғлиғини таъминлаш учун бепул зарур тиббий ёрдам кўрсатишни таъминлаш давлатнинг конституциявий вазифаларидан бири ҳисобланади. Шу боис давлат бюджетидан соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш масаласи ҳар доим долзарб бўлиб қолади.

Калит сўзлар: соғлиқни сақлаш, ижтимоий соҳа, тиббиёт муассасаси, хусусий сектор, давлат бюджети, тиббий хизмат, пуллик тиббий хизмат, молиялаштириш, харажатлар, самарадорлик.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИД-РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Мухтаров Ш.М., Суяров А.А., Киреев В.В., Муталов Б.Б.

Институт иммунологии и геномики человека Академии Наук Республики Узбекистан

До недавнего времени не существовало методик определения определение чувсвительности к ГКС, и назначение ГКС носило эмпирический характер. Частота резистентности к ГКС иногда достигается 30-40% при БА. По этому определение чувсвительности к ГКС является очень актуальной задачей в лечении требующих глюкокортикоидной терапии при БА. Определение чувсвительности к ГКС дает эффективное лечение, ускоряет сроки наступления ремиссии и в значительной степени уменьшает количество осложнений при длительной терапии ГКС при БА. Изучить индувидуальной чувствительности глюкокортикостероидними препаратами у больных бронхиальной астмы в периферической крови. Под наблюдением находились 85 больных с БА, в возрасте от 20 до 60 лет. Диагноз установлен на основании анамнестических, клинических и функциональных исследований. Из них мужчин 39 и женшин 46. По ступени тяжести: III ступень у 50, IV ступень 35 больных. По продольжительности заболевания 30 больных в течение 10 лет, 18 больных 6 лет, 17 больных 2 лет и 10 больных в течение 1 лет. 12 больных принимали регулярно серетид дискус, 13-бетаметазон, 18-эрфлюсал, 39 флутимакс и 3 больных берадуал-Н. Чувствительность к ГКС определили в периферической крови к 7 глюкокортикоидным препаратам (гидрокортизон, преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон, триамцинолон, бетаметазон и небифлюзон). Принцип метода заключается в обработке растворами глюкокортикоидов лифоцитов периферической крови пациента in vitro. Сущность методики исследования: содержания в крови количества лимфоцитов после воздействия глюкокортикоидами, согласно изобретению, у пациента забирают 4 мл венозной крови в стерильную гепаринизированную центрифужную пробирку, центрифугируют в течение 10 мин при 1500 об/мин, выделяют лимфоциты по методу Boum на 76% фиколле и подсчитывают количество лимфоцитов в камере Горяева под микроскопом, затем в отдельные пробирки добавляют при помощи мерной пипетки по 500 мкл взвеси лимфоцитов и добавляют, в каждую пробирку, с использованием отдельных мерных пипеток, по 100 мкл растворов бетаметазона, дексаметазона, триамцинолона и метилпреднизлона, преднизолона, гидрокортизона, небифлюзона. Полученную смесь инкубируют в термостате при температуре 37º ^{C} в течении 1 часа, затем окрашивают трипановым синим и фиксируют, после чего проводят подсчет оставшихся лимфоцитов в камере Горяева под микроскопом, далее определяют чувствительность к глюкокортикоидам в зависимости от количества оставшихся лимфоцитов, при этом, если количество лимфоцитов уменьшалось на 25% - результат оценивают как малочувствительный, 25-50% среднечувствительный, 50-70% - чувствительный, 70-90% высокочувствительный, свыше 90% абсолютно чувствительный. У больных выявилось абсолютная, а также соответственно высокая чувствительность и малая чувствительност. Абсолютная чувствительность к бетаметазону (бетаспан-депо) наблюдалась у 44 пациентов, высокая чувствительность - у 17 пациентов, средняя чувствительность - у 1 пациента, чувствительными - были 14 и низкая чувствительность - у 9 пациентов. К солу-медролу (метилпреднизолону) у 18 пациентов выявлялась абсолютная чувствительность, 15 пациентов имели высокую чувствительность, 1 пациент- среднюю

чувствительность, 17 пациентов были чувствительными и 34 имели низкую чувствительность. А к дексаметазону у 33 пациентов отмечалась абсолютная чувствительность, у 13 - высокая чувствительность, у 3 - средняя чувствительность, у 23 - чувствительные и у 13 - мало чувствительными. Для преднизолона у 38 больных выявлена абсолютная чувствительность, у 14 высокая чувствительность, у 3 средняя чувствительность, у 15 были чувствительными и 15 больных имели малую чувствительность. У кеналога (триамцинолона) 41 пациентов была выявлена абсолютная чувствительность, у 26 - высокая чувствительность, у 2 - средняя чувствительность, у 11 - чувствительность, у 5 пациентов - низкая чувствительность. Для гидрокортизона ацетата у 31 пациентов – определена абсолютная чувствительность, у 23 - высокая чувствительность, у 1 - средняя чувствительность, у 16 - чувствительность и 14 - малая чувствительность. Для небулюзона у 15 больных - абсолютная чувствительность, у 5 - высокая чувствительность, у 1 средняя чувствительность, - у 4 чувствительный, а у 60 больных определено низкая чувствительность. 1. Результаты исследования показали, что индивидуальная чувствительность к каждому ГКС в организме человека неодинакова. 2. В нашем наблюдении наибольшая абсолютная чувствительность наблюдалась у пациентов к бетаметазону (бетастан-депо), преднизолону, дексаметазону, триамцинолону (кеналогу 40) и гидрокартизону ацетату, средняя чувствительность отмечалась к дексаметазону и преднизолону, чувствителность к дексаметазону и низкая чувствительность наблюдалась небуфлюзону и метилпреднизолону.

Ключевые слова: бронхиальная астма, чувствительность к глюкокортикоидам, гидрокортизон, преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон, триамцинолон, бетаметазон, периферическая кровь.

COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA, DEPENDING ON THE PRESENCE OF VENOUS CEREBRAL DYSFUNCTION

Nazarova J.A., Abdurakhmonova K.

Tashkent Medical Academy

A clinical-instrumental and neuropsychological examination was conducted in 110 patients with chronic cerebral ischemia of 2 degrees against the background of hypertension of stage 2 disease. The investigated were divided into 2 groups by sex. Signs of venous cerebral dysgemia are reliably manifested in more cases in the group in women. It was shown that in the group of women venous cerebral dysgemia in more patients cognitive disorders (MMSE scale) were detected. Also, the low speed of conducting induced cognitive potentials in the brain (a method of cognitive induced potentials) was more pronounced in women than men. It should be assumed that in hypertensive disease, the presence of concomitant cerebral venous dysfunction is beyond the flow of ischemia of the brain, especially in women's faces. Cerebrovascular disease is one of the main problems of modern medicine. It is known that in recent years the structure of vascular diseases of the brain changes due to the increase in ischemic forms. This is due to the increase in the specific weight of arterial hypertension and atherosclerosis as the main cause of cerebrovascular pathology. In the study of individual forms of cerebral circulation disorders, chronic brain ischemia (CBI) is the first most common. Chronic ischemia of the brain is considered as a single pathological process, which includes a variety of ischemic cerebral circulatory disorders arising from the mismatch of cerebral blood flow to the metabolic needs of brain tissue, leading in the etiology of which belongs to atherosclerosis of cerebral palsy. The study of cognitive disorders (CD), denoted in the domestic literature as well as a violation of higher mental functions, in vascular diseases of the brain is important, due to the medical and social aspects of the problem. Dementia - a marked violation of the ERF - according to A.S. Henderson (1995), 1% of people 65 years of age and older are diagnosed annually. Due to the high incidence of brain vascular diseases and the aging of the population in recent years, most economically developed countries have experienced a significant increase in the number of patients with vascular dementia. Despite the intensive study of the morphological substrate of the CD under the CVD, the pathophysiological mechanisms of their formation remain insufficiently studied. In the literature there is no detailed neuropsychological and electrophysiological analysis of CD against the background of the CVD, depending on sexual demorfism. The urgency of the problem, as well as some unexplored and controversial issues, have defined the goals and objectives of this work. Analysis of neuropsychological and electrophysiological differences of CD under CBI against the background of hypertension (HT) depending on sex, with clarification of neurophysiological indicators of cognitive induced potencial (CIP). We investigated 110 patients with CBI 2 stage against hypertension II (HT), who were treated in the neurological department of the Tashkent Medical Academy. All the surveyed were divided into 2 groups: I The group included 41 women (the average age was 45.5 ± 7.7 years) and II group included 69 men (the average age was 51.2 ± b, 7 years). Both groups were comparable in age and diagnosis. The sex ratio of the patients surveyed was 1:1.7 in favor of men. The average age of patients was 62.8±8.3 years. The average duration of the disease in our studies was 5.7 years. The control group was 20 healthy individuals with normal blood pressure and without stenosis of brain vessels. The median age in this group was 53.1 ± 9 years. The methods of the study included general clinical methods: A general blood and urine test. Biochemical studies included blood coagulogram, blood clotting time, ophthalmoscopy. Neurophysiological methods of research were

also investigated: USDG arteries and veins of the head, brain MRI, EEG brain research, cognitive induced brain potentials (1.4), as well as the study of higher cortical functions by the neuropsychological test MMSE. In the analysis, it was noted that in the group of women 29 (70.1%) showed signs of cerebral venous dysgemia, in the group of men this indicator was reliably lower - 25 (36.2%) cases. In the group of women, moderate CD had more patients (65.9%), which is significantly higher than in the group of men, where the number of moderate CD cases was the lowest and amounted to only 34.8. The MMSE score for men and women was also studied, depending on their symptoms of cerebral venous dyshemia (CVD). As can be seen from Table 2 in the group of women with CVD cases with --, it was significantly higher than in the group without the CVD, both among women and among men. In a group of men with CVD, the corresponding figures were lower than the group of women with CVD, where no valid differences were found. Along with clinical neurologic studies, studies of cognitive induced potentials (CIP)(P300) (Goodin D.S., Aminoff M.J. were included in the research block, in addition to EEG recording 1986). Cognitive induced potentials (CIP) were chosen because they allow to estimate endogenous events occurring in the brain and related to the recognition and memorization of the stimuli (Gnezditsky V.V. 1997). We conducted 46 neurophysiological studies of the first and second groups. The results of the studies were compared with the indicators of CD. The data are presented in. For the remaining parameters studied, the differences were not reliable. When comparing the indices of CIP in patients of the first and second group, we noted an extension of the indicators of latency in all leads, with the preserving of the difference in indicators in patients with left and right hemisphere localization. Although the differences in the indicators of the second and first groups were unreliable, they were of great importance, which corresponded to more rude cognitive violations. Therefore, the registration of cognitive induced potentials allows to obtain additional information about the state of the cognitive sphere in patients with chemotherapy. With the defeat of the left hemisphere, a more significant decrease in amplitude and an increase in the latency of the P300 peak was noted, which indicated a greater degree of cognitive impairment and corresponded to the data of the neuropsychological survey. The latency of the N2 component was greater in all leads in patients with the defeat of the right hemisphere, which was probably due to the predominantly Gnostic function of this hemisphere and, as a result, the violation of the processes of identifying stimuli. In conclusion, neuropsychological examination and cognitive induced potentials are important methods of assessing the state of higher mental functions in with HIM, which allow to assess the degree of involvement in the pathological process affected brain parts, as well as the functional state of the brain as a whole. The study showed differences in neuropsychological indicators depending on sex, in the group women had significantly more pronounced CD and a lower rate of implementation of induced cognitive potentials in the brain, unlike men. The MMSE score in the women group in the CVD was also significantly lower than that of women surveyed without the CVD, and the scores were also higher than that of men with both the CVD and without the CVD. It should be assumed that in hypertension of encephalopathy, the presence of venous dyscirculation of the brain is beyond the course of cerebral ischemia, and women are at risk. The obtained data should be taken into account in the treatment of patients with HIM against the background of hypertension, and, to recommend to patients with this pathology, especially female, early prevention of cognitive disorders of the brain, which includes regular adequate basic therapy of arterial hypertension and the use of courses of venous, nootropic and neurotrophic drugs.

Key words: gender, cognitive functions, venous cerebral dysfunction, chronic ischemia.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-10 C/T 819 НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С ТРЕВОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

В данной работе описаны результаты проведенного исследования с больными у которых имелось нестабильная стенокардия и коморбидное состояние как тревожно-депрессивное расстройство. Данная работа была проведена для уточнения роли полиморфизма гена IL-10 C/T 819 на течение и прогноз заболевания, для соотвествующей коррекции заболевание и улучшения прогноза кардиоваскулярной патологии. Данные различных исследований показывают, распространенность депрессий в населении старших возрастных групп, что составляет, от 9 до 30%. В частности среди пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) депрессия встречается чаще, чем в популяции, составляя, по разным данным, 18–65%. Различные исследования выделяют несколько важных факторов риска развития аффективных расстройств при соматических заболеваниях. Одним из важных факторов развития тревожно-депрессивного расстройства является иммунное воспаления, как показали результаты последних исследований не исключают роль иммунного воспаление на возникновение и прогрессирование аффективных расстройств тревожно-депрессивного спектра при ИБС. Ассоциированность ИБС и тревожные расстройства встречаются в последние годы все чаще и повышают летальность таких пациентов в 2-4 раза. Яркой иллюстрацией этого феномена стало развитие так называемой «цитокиновой» гипотезы депрессии , которая гласит о влиянии провоспалительных цитокинов на формирование депрессивных расстройств. В соответствии с этой моделью иммунное воздействие на периферии вызывает синтез или появление цитокинов и их рецепторов в паренхиме мозга, что может приводить к хроническому, локальному воспалительному процессу в областях мозга, ответственных за депрессивные симптомы. В рамках вышесказанных можно предположить о том, что прогноз кардиоваскулярных заболеваний в коморбидности с тревожно-депрессивным синдромом и на молекулярно-генетическом уровне также неблагоприятный. Предполагается, что в таких случаях у носителей вариаций в структуре генов воспалительных маркеров, связанных с изменением секреции или экспрессии соответствующих белковых продуктов, риск депрессии может быть выше. Но до настоящего времени ассоциация между генами, которые участвуют в воспалительном процессе при ИБС в коморбидности с тревожно-депрессивным расстройством (ТДР) изучены недостаточно. Изучить роль полиморфизма гена IL-10 C/T 819 на течение нестабильной стенокардии у больных в коморбидности с тревожно-депрессивным расстройством. Исследование проводилось в Самаркандском филиале Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи, в отделениях экстренной терапии №1 и 2. В исследование были включены 107 больных с диагнозом нестабильная стенокардия. Средний возраст больных составило 66,8. Женщин среди больных было больше, 72 (67,2%), а мужчин соответственно 35 (32,71%). Всем больным в ходе исследования проводили следующие лабораторно-инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография, определение липидного спектра (ОХ, ЛПВП, ЛПНП), определение уровня мочевой кислоты(МК) в крови, биохимические исследование крови (АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина, остаточный азот), определение уровня провоспалительных цитокинов (TNF-α IL-1β), противовоспалительных

цитокинов (IL-4, IL-10), а также генетическое исследование полиморфизма гена IL-10 C/T 819. Кроме того, всех пациентов опросили с помощью госпитальной шкалы HADS. Данная шкала предназначена для вычисления наличия тревожно-депрессивного расстройства и степени тяжести данной патологии. В ходе работы благодаря шкале HADS было выявлено 78 случаев с психосоматическими расстройствами, из них у 46 больных отмечалось клинически выраженная тревожность и у 32 больных отмечалось субклиническая тревожность. Затем все больным включая и больных с ТДР унифицированным методом определили уровень МК, ЛПНП, ОХ и ЛПВН в крови. Результаты исследования показали, что среди больных с ТДР уровень МК высокий и в среднем составило 458,3 мкмоль/л. В ходе исследования выяснилось, что цитокиновый баланс чаще нарушается среди больных с повышенным уровнем МК в крови. Далее наш интерес вызвал результаты исследования полиморфизма гена IL-10 C/T 819. И так, больные имевшие ТДР имели средний возраст 69,8, а больные без ТДС средний возраст равнялся 63,7. Случаев с полиморфизмом гена IL-10 C/T 819 чаще отмечалось среди больных с ТДС, возможно наше исследование подтверждает результаты исследования японского учёного Bing-Jian Wang и его соавторов, которые связали наличие полиморфизма гена, гена IL-10 C/T 819 со старческим возрастом и атеросклеротическими поражениями организма. Таким образом, среди больных с НС и ТДР случаев с CT аллелями 29 и с гомозиготными аллелями TT 7, больные с клинически выраженными ТДР CT полиморфный аллель у 18 больных и гомозиготный полиморфный аллель у 28 больных, среди больных без коморбидной патологии 19 случаев с неизмененными CC аллелями, 10 случаев с гетерозиготными CT аллелями гена IL-10 C/T 819, не одного случая с гомозиготными TT аллелями. Больные имевшие тревожные расстройства более подвержены к неблагоприятному течению ишемической болезни сердца. Кроме этого, больные с тревожными расстройствами имеют частые случаи повышенного уровня мочевой кислоты, нарушения цитокинового баланса и случаев с полиморфизмом гена IL-10 819 C/T. Возможно, это связано с возрастным метаболическим изменением, но не исключается тот факт, что гиперурикемия повышает воспалительный процесс может быть причиной проникновения в головной мозг агентов воспаления. Поэтому изучение полиморфизма гена IL-10 819 C/T является необходимом, для индивидуализированного лечения больных с НС и снижения летальности от сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: нестабильная стенокардия, тревожно-депрессивные расстройства, мочевая кислота, цитокиновый баланс.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

Низомова С.А., Таджиев Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Скарлатина как основное заболевание стрептококковой этиологии до сих пор остается серьезной эпидемиологической и клинической проблемой. Заболеваемость скарлатиной в последние годы невысокая, но нередко проявляется групповыми вспышками в детских коллективах. Широкое применение антибактериальных препаратов привело к тому, что в настоящее время преобладают легкие и среднетяжелые формы болезни. Однако, бесспорным является значение стрептококковой инфекции в формировании хронических поражений носоглотки. Значительна опасность аллергизации стрептококком и развития поражений сердца, почек Возможны также тяжелые септические осложнения и даже летальные исходы. Целью исследования явилось изучение особенностей клинического течения скарлатины и лечения на современном этапе. Исследование проводилось на базе 1-городской клинической инфекционной больницы города Ташкента, нами был проведен ретроспективный анализ 178 историй болезни детей, госпитализированных с диагнозом скарлатина, в возрасте от 1 года до 18 лет. В основном, сроки госпитализации детей были ранними. В 1-2 день болезни госпитализированы 89 детей (50%), на 3-5 день болезни - 74 детей (41,5%). Госпитализация 15 детей (8,4%) после 6 дня заболевания расценена, как поздняя. В большинстве случаев это было связано с ухудшением состояния, обусловленным возникновением осложнений или наслоением других инфекционных заболеваний, в частности ОРВИ. У 122 пациентов (68,5%) скарлатина диагностирована до поступления в стационар. Однако, 56 детей (31,4%) поступили в клинику с другими диагнозами. В основном, ошибочно на догоспитальном этапе диагностированы псевдотуберкулез, реже - ОРВИ, лакунарная ангина. Заболевание у всех детей начиналось остро и характеризовалось сменой типичных для скарлатины периодов. Данные о наличии контактов позволили оценить продолжительность инкубационного периода, который составил, в среднем, 2,7 + 0,4 дней. Начальный период болезни анамнестически удалось установить у 62,7% больных. Его продолжительность составляла, в среднем, 1,5 + 0,6 дней с колебаниями от 1 до 3 дней. Температура тела повышалась у большинства детей (128 чел. - 71,9%) и колебалась от 37,1 "С до 39,6 "С; у 50 детей (28%) оставалась нормальной. На боль в горле с начала болезни жаловались 59,5% больных, менее постоянными были жалобы на головную боль, недомогание, слабость, снижение аппетита, тошноту, рвоту. Синдром острого тонзиллита выявлен у всех больных в виде гипертрофии небных миндалин, гиперемии слизистой оболочки ротоглотки различной интенсивности с редким указанием на увеличение регионарных лимфоузлов. Таким образом, основными проявлениями начального периода были: повышение температуры тела, синдром интоксикации и острого тонзиллита. Период высыпания начинался с появления на коже сыпи и продолжался от 3 до 6 дней, в среднем 4,8 + + 0,1 дней. Максимальная температура тела составила, в среднем, 38,2 + 0,05 "С, при этом у 34 больных (13,5%) она оставалась на нормальных цифрах, у 62 чел. (24,6%) - не поднималась выше субфебрильной. У всех детей наблюдали сохраняющиеся симптомы интоксикации и острого тонзиллита с регионарным лимфаденитом. Как и в предыдущем периоде, в ротоглотке имели место гиперемия и гипертрофия миндалин, гиперемия дужек, язычка, мягкого неба разной интенсивности.

Среди сопутствующих заболеваний на первом месте оказались ОРВИ, реже встречались - другие инфекционные заболевания (ветряная оспа, герпетический стоматит, иерсиниоз и др.). Все осложнения скарлатины у 52 (29,2%) детей имели септический характер. По времени возникновения ранние осложнения (4,7%) появились в 1-5 дни болезни, поздние (5,2%) - на 6-22 день болезни. Самое частое осложнение - отит наблюдали в 5,5% случаях, который в 10 случаях - имел гнойный, а в четырех - катаральный характер. Отит возникал как в начале заболевания (12 чел.), так и в позднем периоде скарлатины (2 чел.). Редко наблюдали такие осложнения, как паратонзиллярный инфильтрат у 1 ребенка и паратонзиллярный абсцесс у 3 детей. Возникновение осложнений можно связать с поздним назначением антибактериальной терапии (на 3-4 день болезни - 81%) и неадекватным лечением в домашних условиях у детей с поздней (9-21 день болезни) госпитализацией (5,4%). Лабораторная диагностика скарлатины включала обследование на наличие гемолитического стрептококка у всех больных при поступлении в клинику. Диагноз скарлатины бактериологически удалось подтвердить лишь у 29% обследованных. Низкий процент обнаружения возбудителя обусловлен поступлением в стационар почти половины больных скарлатиной в поздние сроки болезни на фоне антибактериальной терапии, начатой в амбулаторных условиях. Лечение больных скарлатиной было комплексным и включало режим, диету, этиотропную и патогенетическую терапию. Антибактериальная терапия у 54 (30,3%) начиналась до госпитализации. 56,7% всех больных, получивших лечение до госпитализации в клинику, принимали пенициллин, эритромицин, амокиклав, в остальных случаях - азитромицин, цефтриакон. В стационаре пенициллин внутримышечно получали 87,3% больных. Длительность курса составила, в среднем, 7,6+0,1 дней. Другие антибиотики из группы цефалоспоринов назначали в 12,7% случаев из-за непереносимости пенициллина. Скарлатина и в современных условиях протекает типично и сохраняет все свойственные данному заболеванию клинические проявления, в последнее десятилетие значительно увеличилось количество среднетяжелых форм болезни (77,8 против 52,8%), в настоящее время возросла частота осложнений скарлатины, причиной которых, в основном, является отсутствие или неадекватность антибактериальной терапии в домашних условиях

Ключевые слова: скарлатина, ОРВИ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Нурмухамедова Д.М., Мирзаева Б.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) влечет за собой поражение различных органов и тканей, что в итоге может приводить к значительному нарушению их функций, и зачастую служить непосредственной причиной смерти больных. Одним из таких органов мишеней являются почки. Учеными было обнаружено сходство между факторами риска ССБ и предикторами прогрессирования ренальной дисфункции: возраст, пол, артериальная гипертензия, дислипидемия. Для обозначения выявленной связи между сердечно-сосудистыми событиями и дисфункцией почек был предложен термин «кардиоренальный континуум». Ранняя нефропротективная и кардиопротективная стратегия у больных с ХСН позволяет улучшить клинический и трудовой прогноз пациентов, снизить количество осложнений и смертность, а также сократить экономические затраты государства на лечение, что достигается за счет снижения стоимости и длительности стационарного лечения больных, сокращение потребности в экстренных диализных мероприятиях. Изучить факторы риска развития хронической сердечной недостаточности у больных с различными стадиями хронической болезни почек. Были обследованы 67 больных, которые в зависимости от стадии ХБП были разделены на 3 группы: I группа - 21 больной с умеренной стадией, II группа - 24 больных со средней стадией, III группа - 22 пациента с тяжелой стадией. Всем больным определялись: липидограмма, продукты перекисного окисления липидов и антиокислительной системы, а также изучалось структурно-функциональное состояние миокарда левого желудочка (по данным эхокардиограммы). Многофакторный регрессионный анализ выявил у больных I группы независимое влияние систолического и диастолического артериального давления на показатели диастолической функции (ДФ) ЛЖ. У пациентов II группы уровень гемоглобина (Hb) был независимым фактором изменений некоторых параметров ДФ ЛЖ. У больных III группы содержание Hb явилось независимым фактором влияния на параметры ДФ ЛЖ. Так например, уровень альбумина влиял на максимальную скорость раннего диастолического наполнения; скорость клубочковой фильтрации – на максимальную скорость диастолического наполнения в систолу; САД оказало достоверное влияние на фракцию выброса ЛЖ. При утяжелении стадии ХБП более значимыми в развитии миокардиальной дисфункции становятся «нетрадиционные» ФР ХСН.

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность, липидограмма, скорость клубочковой фильтрации.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Нурмаматова К.Ч., Ризаев Ж.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт
Самаркандский государственный медицинский интститут

Актуальность. Бронхиальная астма является распространенным заболеванием среди взрослого и детского населения. В работе представлен анализ среднепериодового пятилетнего (2014 -2018 гг.) показателя первичной и общей заболеваемости бронхиальной астмой среди детей Узбекистана. В возрасте до 14 лет составил соответственно 18,3 и 64,2 (на 100000 детей), а среди подростков 23,3 и 92,8 (на 100000 подростков) соответственно. За последние два десятилетия произошло двукратное увеличение распространенности бронхиальной астмы, при этом частота выявления ее у детей по данным эпидемиологических исследований составляет 5–10%. У 67% детей, больных бронхиальной астмой, начало заболевания приходится на возраст до 5 лет. Формирование их у детей в большинстве случаев происходит впервые годы жизни, что связано с существенным влиянием атопии на развитие этих болезней. Атопия характеризуется наследственным предрасположением к аллергическим заболеваниям и повышенной продукцией IgE к экзогенным аллергенам, при этом в семьях наиболее часто выявляются такие атопические болезни как бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит, поллинозы; в некоторых семьях обнаруживается предрасположение к возникновению пищевой и лекарственной аллергии. Многочисленные эпидемиологические исследования, изучающие степень распространения АЗ в России и за рубежом, объективно отражают неуклонный рост аллергопатологии, особенно у детей. По прогнозам ВОЗ, к 2050 году аллергическими заболеваниями будет поражена большая часть населения мира. Резкий всплеск заболеваемости за последние два десятилетия, связан с усилением аллергенной нагрузки на человека, что связывают в значительной мере с загрязнением окружающей среды, в т.ч. атмосферного воздуха, питьевой воды, продуктов питания и почвы, химическими веществами, которые выступают аллергенами, а текущий век станет веком аллергии, принимая масштаб медико-социальной проблемы. АЗ приводят к ухудшению самочувствия человека, снижению работоспособности и успеваемости у детей, увеличению числа пропусков рабочих дней, росту личных затрат и расходов государства на лечение и профилактику. Цель работы: изучить распространенности аллергических заболеваний (ретроспективно), условий формирования их среди детей с разработкой мер по совершенствованию методов профилактики. Материал и методы. По официальным данным учреждений здравоохранения, нет отдельного класса аллергических болезней, и данные о бронхиальной астме и аллергическом рините содержатся в классе болезней органов дыхания, об атопическом и контактном дерматитах – в классе болезней кожи и подкожной клетчатки. Для изучения заболеваемости бронхиальной астмы среди детей (до 14 лет) и подростков (15-18 лет) были использованы данные официальной статистики, поступающие в МЗ Республики Узбекистан по Ф-12 и данные представленные в сборниках «Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан». Результаты. В среднем за изучаемый период первичная и общая заболеваемость БА на 100000 в возрасте до 14 лет составила 18,3 и 64,2 соответственно. Среди подростков среднепериодовый показатель (2014 - 2018 гг.) составил для первичной заболеваемости 23,3 и для общей заболеваемости 92,8 на 100000 подростков 15 – 18 лет. Таким образом, распространенность БА в подростковом возрасте в 1,3 – 1,4 раза превышает аналогичные показатели среди детей младшего возраста. Так среднепериодовой показатель общей заболеваемости бронхиальной астмой, превышающий аналогичный показатель по республике в 3 раза отмечался в наиболее жарких и засушливых Хорезмской (в 3,1), Джизакской (в 2,99) и Навоинской (в 2,95) областях. Еще одним фактором, провоцирующим высокий уровень распространенности БА в

данных областях можно считать, их народнохозяйственный профиль. Так Джизакская и Хорезмская область – зоны промышленного производства хлопка, а Навоинская область отличается концентрацией химических и добывающих промышленных производств. Эти же области лидируют и по уровню первичной заболеваемости детей БА, уровень показателей здесь превышает среднереспубликанский уровень в Джизакской области в 4,0 раза, а Хорезмской и Навоинской областях в 3,2 раза. Наиболее низкие показатели общей заболеваемости БА в среднем за последнее пятилетие среди детей отмечены в Самаркандской, Ташкентской и Сырдарьинских областях, где они соответственно в 3,5; 3,2 и 2,1 раза ниже чем в среднем по республике. Это обстоятельство возможно связано с более благоприятной экологической обстановкой в указанных регионах. Выводы. Таким образом, среднепериодовый пятилетний показатель первичной и общей заболеваемости бронхиальной астмой среди детей до 14 лет составил 18,3 и 64,2 (на 100000 детей), а среди подростков 23,3 и 92,8 (на 100000 подростков) соответственно. Распространенность БА в подростковом возрасте в 1,3 – 1,4 раза превышает аналогичные показатели среди детей младшего возраста.

Ключевые слова: бронхиальная астма, детское население, заболеваемость, распространенность.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ГЕМОКОЛИТ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧУВЧИ ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА БЕМОРЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Одилова Г. М., Рустамова Ш.А., Матьякубова Ф.Э.

Самарканд Давлат Тиббиёт институти

Эрта ёшдаги болалар давоида ичак ўткир инфекцияларига комплекс ёндашув ва даволаш усулларини такомиллаштириш муҳим рол ўйнайди. Юқумли ичак касалликларини даволашда умум қабул қилинган даволаш принципларидан ташқари, ўткир ичак инфекцияларини комплекс даволашда бир нечта йўналишлар мавжуд. Ўткир ичак инфекциялари ҳозирга қадар юқумли касалликлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Эрта ёшдаги болаларда ўткир ичак инфекцияси кўп асоратлар бериши ва кўпинча летал оқибат билан тугаши туфайли ўз долзарблиги йўқотмаган Ўткир ичак инфекциялари структураси эпидемиологик вазият, аҳолининг ижтимоий – иқтисодий ҳаёт тарзи билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, шу боис, полиэтиологик характерга эга. Ўткир ичак инфекциялари эрта ёшдаги болалар орасида кенг тарқалганлиги, дори воситаларига нисбатан тез резистентлик пайдо қилиши, дисбиоз шаклланиши туфайли ташхис ва муолажа усулларини такомиллаштириш учун чуқур клинико-эпидемиологик таҳлиллар ўтказиш лозим. Самарқанд вилояти бўйича бир ёшгача бўлган болаларда гемоколит синдроми билан кечувчи ўткир ичак инфекцияларида беморлар реабилитациясини ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материали бўлиб, охирги 10 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ҳисобланади. Анамнестик, эпидемиологик, клиник, лаборатор, кузатув ва сўровнома. Шу мақсадда 2008-2018 йилларда “ЎИИ” ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. “ЎИИ” ташхиси билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 33,8% ни гемоколит синдроми билан кечувчи ўткир ичак инфекциялари билан касалланган беморлар ташкил этади. Ташхис эпидемиологик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Таҳлил натижаларига, ёш бўйича ушбу касаллик болаларда 6 ойликгача -42,1% да, 6 ойликдан 1 ёшгача - 28,6% да, 1- 3 ёшгача - 29,3% ҳолда учраган. Шулардан қиз болалар 40,7%, ўғил болалар 59,3% ни ташкил қилади. Эпидемиологик анамнез таҳлилларига кўра касаллик келиб чиқиши 22,1% ҳолда овқатлантиришдаги нуқсонлар билан боғлиқ бўлса, 77,9% ҳолатда эса касаллик сабабини аниқлашнинг имкони бўлмади. Тадиқоқот мобайнида 1 ёшгача бўлган болаларнинг 27,1% сунъий (шулардан 19,2% болалар рационга мослаштирилмаган сутли аралашмалар билан овқатлантирилган), 19,3% аралаш (10,3% ҳолатда мослаштирилмаган сутли аралашмалар қабул қилишган), 14,3% она сути билан овқатлантирилган. Беморларнинг 27,9% Самарқанд шаҳридан, 72,1% Самарқанд вилояти туманларидан, Қашқадарё вилояти -2,1%, Жиззах вилояти- 2,1% ҳам мурожаат этишган. Касаллик 58,6% беморда ўрта оғир, 41,4% ида эса оғир шаклда кечган. Гемоколит синдроми асосан 6 ойликдан 12 ойликкача бўлган болаларда кузатилган (65%). Барча беморларда касаллик ташхиси ахлат таҳлилининг бактериологик текшируви асосида, яъни ахлатдан *қўзғатувчи* ажратиб олиниши билан тасдиқланган. Enterobacter 27,3%, Klebsiella pneumoniae 19,6%, Citrobacter 6,7%, Proteus 7,6%, Stafilococcus aureus 2,1%, Shigella dizenteriae 5,6% ҳолда ажратилган. 31,1% ҳолда касаллик қўзғатувчиси аниқланилмаган. Беморлар анамнези таҳлил этилганда 56,7% беморларнинг шифохонага такрорий мурожаат этганлиги

аниқланилди. Такрорий мурожаатлар сони: 24,5% беморлар бир ҳафта ичида, 34,7% беморлар бир ой ичида, 21,1% беморлар 3 ой ичида, 19,7% беморлар эса бир йил давомида бир неча маротаба шифохонага мурожаат этишган. Такрорий мурожаат этган беморлар таҳлил этилганда қуйидагилар аниқланилди: 33,4% беморлар шифохонадан чиқиши “ЎРИ” касалликларига чалинишган ва такрорий ётқизилган. Бу асосан бир йил давомида тез-тез мурожаат этадиган беморларга тўғри келади. 27,6% беморларга маълум муддат давомида она сути билан биргаликда таркибида лактоза сақламайдиган аралашма буюрилган. Бироқ улар бунга риоя этишмаган. Бу гуруҳдаги беморларни асосан ахлат бактериологик таҳлилида Stafilococcus aureus ажралган беморлар ташкил этади. 17,6% беморларнинг оналари боласининг сўрғичига эътибор қаратишмаганини тасдиқлашди. Бу гуруҳдаги беморлар 6 ойликкача бўлган болаларга тўғри келади. 13,6% беморларнинг оналари эса реабилитация даврида биопрепаратларни шифокор рухсатисиз тўхтатилган. 7,8% беморлар эса ҳамроҳ касалликлар фонида такрорий мурожаат этишган: камқонлик- 88,7%, бронхозотилжам - 7,1%, гипотрофия - 1,4%, рахит - 0,7%, экссудатив катарал диатез- 0,7%, аллергия- 1,4%. Бу турдаги беморларнинг йил давомида нафақат юқумли касалликлар шифохонасига, балки бошқа турдаги шифохоналарга мурожаат этиши тадқиқотларда маълум бўлди. 14,4% беморлар эса такрорий ахлат таҳлили ва бактериологик текширув ўтказилмаган ҳолда ўз ихтиёрлари билан шифохонани тарк этишган. 11,1% беморлар мунтазам равишда участка педиатри кузатувида бўлмаган, яъни уларда шифохонадан чиқарилгандан сўнг патронаж ўтказилмаган. Буни асосан туманлардан мурожаат этган беморлар ташкил этади. Беморларнинг бу қисми ахлат бактериологик таҳлилида қўзғатувчи ажратиб олинган беморларга тўғри келади. Юқоридагилардан кўриниб турибдики, бир ёшгача бўлган болаларда гемоколит синдроми билан кечувчи ЎИИ лари реабилитациясида асосий омил нафақат медикаментоз даво, овқатлантириш тартиби ва болалар парваришига, балки доимий равишда педиатр, инфекционист кузатувига ҳам боғлиқ. Чунки бир ёшгача бўлган болаларда ҳар қандай турдаги ичак дисфункцияси гемоколитга бўлган мойилликни кучайтиради. Шу боис, бирламчи бўғиндаги чора тадбирларни кучайтириш, оилавий поликлиникада патронажни мунтазам шакллантириб бориш, оналар мактабини ташкил этиш, болани овқатлантириш ва парвариши бўйича суҳбатлар ташкил этиш, ҳар ойда лаборатория текширувларини мунтазам ўтказиб бориш лозимлигини англатади.

Калит сўзлар: ўткир ичак инфекциялари, реабилитация, бир ёшгача бўлган болалар

МИКРОБНАЯ АЛЛЕРГИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ДИАГНОСТИКЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Одилова Г.М., Рустамова Ш.А., Матьякубова Ф.Э.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Установлено, что в этиологии и патогенезе многих инфекционных заболеваний немаловажную роль играет аллергический компонент. Острые и хронические заболевания кишечника продолжают занимать ведущее место в патологии человека. Высокий процент, упорное и длительное течение, приводящее нередко к летальным исходам, неясность некоторых вопросов этиологии и патогенеза, а также отсутствие быстрых методов диагностики - все это делает проблему кишечных заболеваний актуальной. Многие инфекционные заболевания развиваются по механизму аллергии. В связи с этим большой интерес представляет изучение роли патогенных и условно патогенных, микроорганизмов кишечника в этиологии и патогенезе острых и хронических заболеваний кишечника. Необходимость таких исследований, продиктована отсутствием сведений о выраженности состояния сенсибилизации к бактериальным аллергенам и о значении отдельных представителей условно патогенной флоры кишечника в патогенезе кишечных расстройств, а также о диагностическом значении кожных аллергических проб с бактериальными аллергенами при кишечных расстройствах не дизентерийной этиологии. Изучить рол аллергии в патогенезе и диагностике кишечных инфекций бактериальной этиологии. Под нашим наблюдением находилось 130 больных с острыми и хроническими гастроэнтероколитами и 130 практически здоровых лиц в возрасте от 3-59 лет. Им проводились комплексные клинико - аллергологическое, бактериологическое и серологическое обследования. Аллерогологическое обследование мы начали со сбора анамнеза по специально разработанной карт, принятой в научно-исследовательской аллергологической лаборатории в институте педиатрии. После сбора аллергологического анамнеза были проведены внутрикожные аллергические пробы (аллергены вводили в кожу предплечья) с аллергенами гемолитического стафилококка, стрептококка, энтерококка, кишечной и протейной палочек, а также с дизентерийным аллергеном. Для контроля вводили внутрикожно стерильный физиологический раствор и раствор гистамина в концентрации 1:10000. Результаты кожных проб учитывали через 10-20 минут и 24-48 ч. по схеме наставления. Аэробную микрофлору кишечника изучали путем посева эмульсии испражнений на среды Эндо, Левина с желчью, Сабуро, Плоскирева, Плоскирева с ривanолем, Мюллера, на 6 процентный кровяной, солевой, сахарный и висмут-сульфит агары, а также в конденсат косого агара по Шукевичу для выявления бактерий кишечно-тифозной и дизентерийной групп. После выделения чистой культуры микроорганизмов изучали их морфологические, культурально-биохимические, антигенные и другие свойства. Антитела в сыворотке крови против кишечной, протейной и дизентерийной палочек выявляли постановкой реакции Видаля с использованием стандартных антигенов шигелл Флекснера, Ньюкасл и Зонне изготовленных Ташкентским НИИ вакцин и сывороток. Чтобы можно было сравнить и проследить динамическое развитие аллергизации организма к микрофлоре кишечника у больных с кишечными расстройствами, мы обследовали 60 практически здоровых детей и 70 - взрослых. У них при многократном исследовании испражнений не были обнаружены шигеллы, сальмонеллы, простейшие и глисты, проба Цуверкалова была отрицательной. У

практически здоровых лиц положительные кожные реакции наблюдались в единичных случаях, со слабой интенсивностью. В то же время у больных положительные реакции на бактериальные аллергены встречались часто, и в основном были интенсивными (+ + +, + + + +). Анализ данных внутрикожных проб показывает, что из 111 больных с острыми кишечными расстройствами недизентерийной этиологии у 55 (42,3 ±4,7%) отмечалась положительная реакция на аллерген кишечной палочки, у 23 (17,6±4,3%)-гемолитического стафилококка, у 16 (12,3±3,8%) -протейной палочки, у 21 (16,1+3,7%) -гемолитического стрептококка и у 15 (11,5±3,3%) -энтерококка. У больных же с хроническими формами кишечных расстройств, повышенная чувствительность организма к антигенам представителей кишечной флоры отличается не только интенсивностью, но и частотой развития. Так, при хроническом энтероколите внутрикожные пробы были положительными на антиген кишечной палочки у всех обследованных, к гемолитическому стрептококку - у 84,2%, к протейной палочке - у 63,1, гемолитическому стафилококку - у 52,7, энтерококку у 31,5%. Большой интерес представляет и то, что при острых кишечных расстройствах доминируют положительные реакции на 1 и 2 аллергена (моно и биаллергая), а при хронических формах-одновременно на 3, 4, 5 аллергенов (полиаллергия). Это позволяет сделать вывод, что в связи с переходом острого процесса в хронический первоначальная моноаллергия постепенно сменяется полиаллергией. Параллельно проведенные бактериологические исследования показали, что и у больных, и у здоровых наиболее часто из кишечника выделяются представители рода эшерихий, стафилококки, энтерококки, бактерии группы протея, дрожжевые грибки, синегнойные палочки и фекальные щелочаобразователи. Однако у больных с кишечными расстройствами указанные микроорганизмы довольно часто бывали с признаками патогенности. Замечено, что у больных гемолитические и энтеропатогенные серологические типы эшерихий выделялись в 3 раза чаще, чем у здоровых. Еще чаще (в 3,5-4 раза) высевались дрожжеподобные грибки, гемолитические стафилококки (в 4-5 раз) и гемолитические энтерококки (в 5-8 раз). Если у практически здоровых людей наиболее часто встречались ассоциации из 2-3 видов микроорганизмов, то у больных в основном из 3-4 и 5 видов, преимущественно с признаками патогенности. Нас интересовал вопрос, насколько часто результаты кожных проб совпадают с данными бактериологических исследований, ибо это имеет важное значение для выяснения диагностической ценности, аллергических проб. Для этого мы сопоставили результаты кожных проб с высевом соответствующих микробов из кишечника больных. Выяснилось, что в 91,2-100% случаев отмечаются совпадения между положительными аллергическими реакциями на введение антигена кишечной, протейной палочек, гемолитического стафилококка, стрептококка, энтерококка и положительным высевом соответствующих микробов из кишечника. Однако у большинства практически здоровых детей и взрослых (81,0% - 78,6%), у которых были выделены представители эшерихий, энтерококки, протейные палочки и стафилококки, при введении им аллергенов из названных микробов кожно-аллергические пробы были отрицательными. Это подтверждают результаты серологических исследований, в частности реакции агглютинации типа Видаля. Так, агглютинирующие антитела против кишечной палочки при первой постановке реакции (на пятый-седьмой дни болезни) обнаруживались у 53,8% больных, а при повторном исследовании (перед выпиской) - у 83,7%; против протейной палочки - соответственно у 42,3 и 70,9%. При сопоставлении результатов реакции агглютинации и данных внутри кожных

проб в подавляющем большинстве случаев (у 2/3 больных) отмечалось соответствие, что также, подтверждает специфичность кожных аллергических проб. Таким образом, на основании проведенных комплексных бактериологических, аллергологических и серологических обследований здоровых и больных с разными формами кишечных расстройств следует признать важную роль бактериальной сенсибилизации организма в развитии и течении острых и хронических заболеваний кишечника. Совпадение результатов бактериологических, серологических и аллергологических исследований говорит о специфичности внутрикожных проб с бактериальными аллергенами, что позволяет включить эту пробу в арсенал диагностических методов при выяснении этиологии и патогенеза кишечных расстройств, обусловленных представителями условно патогенной флоры кишечника.

Ключевые слова: клинико – аллергологическое, аллерген, диагностике кишечных инфекций.

ПНЕВМОКОККЛИ ИНФЕКЦИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН КАТТА ЁШДАГИ БЕМОРЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ.

Орипова П.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э.
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

Тадқиқотлардан маълумки, пневмококкли менингит учраш тезлиги жиҳатидан менингококкли менингитлардан кейинги ўринни эгаллайди. Пневмококкли менингитлардан кейин келиб чиқадиган летал оқибатлар ва асоратлар бошқа этиологияли менингитлардан келиб чиқадиган асоратларга нисбатан кўп учрайди ва ногиронликка сабаб бўлади. Кўпчилик ҳолларда пневмококкли менингит касаллиги ривожланишига риносинусит, отит, пневмония сабаб бўлади. Шу боис, беморлар кеч шифохонага ётқизилади. Бу ҳолат ҳам беморларни даволаш самарадорлигига ҳам салбий таъсир этади. Пневмококкли менингит касаллиги оғир кечиши, менингеал синдромнинг яққол ифодаланиши, бош мия устунининг шикастланиши ва ўчоқли симптоматика - II, VI, VII, XII жуфт асаб толаларининг шикастланиши, талваса синдроми билан характерланади. Бу ҳолат пневмококли менингит давосида ўта мураккаблик туғдиради. Асосий даво стационар шароитда ўтказилиб, беморлар диспансеризацияси оқсаётганлигини эътиборга олган ҳолда, беморлар давосида реабилитациясини ташкил этиш асосий ўринни эгаллайди. Самарқанд вилоятида пневмококкли инфекциянинг кенг тарқалган тури менингит билан касалланган катта ёшдаги беморлар реабилитациясини ташкил этиш хусусиятларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материали бўлиб, охирги 10 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ҳисобланади. Анамнестик, эпидемиологик, клиник, лаборатор, кузатув ва сўровнома. Шу мақсадда 2008-2018 йилларда “Пневмококкли менингит” ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи перспектив ретроспектив таҳлил этилди. Жами кузатув остига олинган беморлардан 19,6% изини катталар ташкил этди. Ташхис эпидемиологик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Кузатув остидаги беморлардан 55,7% эркаклар, 44,3% ни аёллар ташкил этади**.** Адабиётлардан маълумки, пневмококкли менингит кўпинча эркак жинсидагиларда учрайди. Бизнинг кузатувимизда жинслар орасида учраш тезлиги бўйича кескин фарқ кузатилмади. Таҳлил давомида беморлар яшаш манзилгоҳларига кўра тақсимланганда, аксарияти Самарқанд вилоятидан мурожаат этганлиги аниқланилди (87,3%). Беморларнинг аксарияти туманлардан мурожаат этганлигини эътиборга олиб, туманлардаги врачлик пунктлари патронажи йўлга қўйилмаганлиги ва тарғибот ташвиқот ишлари оқсаётганлиги билан боғлаш мумкин. Катта ёшдагиларнинг аксарияти касаллигини совқотиш билан боғлашди (56%). Адабиётлардан маълумки (Королева И.С. и соавт, 2012), одатда пневмококкли менингит келиб чиққан ҳолларда анамнезидан уларда бирламчи пневмококкли инфекция ўчоғи борлигини аниқлаш мумкин. Бизнинг кузатувимиздаги беморлардан 70,3% изида анамнезидан пневмококкли инфекциянинг бирламчи ўчоғи борлиги маълум бўлди. Улардан 28% изида-пневмония, 1,8% изида -сепсис, 11,0% изида ўрта қулоқ отит касаллиги, 9,2% беморларда эса синусит аниқланилди. Беморларнинг эпидемиологик таҳлилида қуйидагиларга эътибор берилди: пневмония аниқланган беморларнинг 47,7% тез тез юқори нафас йўллари яллиғланиш касалликлари билан даволаниб туради. Бироқ мунтазам равишда шифокор кузатувида туриб, реабилитацияни давом эттиришмаган. Айнан шу гуруҳдаги беморларда касалликнинг оғир ўтиши ва асоратлар бериши кузатилди. Шунингдек, 25,6% доимий равишда участка шифокори назоратида туришади. 16,6% бошдан ўтказилган пневмония касаллигидан сўнг 2 йилгача назоратда туришган. Бу давр ичида физиотерапия ва

витаминотерапия қабул қилишган. Шу гуруҳдаги беморларда касаллик асоратлари ва ҳамроҳ касалликлар аниқланилмади. Демак, беморлар реабилитациясини тўғри ташкил этиш касаллик қайталанишининг ва асоратларининг олдини олишга ёрдам беради. 10,1% беморлар эса охирги йилларда бирон жиддий касалликка чалинишмаганлигини таъкидлашди. Бу беморлар гуруҳи асосан кўчада фаолият юритувчи беморларга тўғри келади. Ўрта қулоқ отити ва синусит аниқланилган беморларда ҳам бу ҳолатнинг даврий равишда қўзғалиб туриши аниқланилган. Ушбу беморлардан 22,4% қулоқ томоқ бурун касалликлари шифокорида, уй шароитида антибактериал терапиясиз, симптоматик даво олиб туришган. 17,8% беморлар эса стационар шароитда даво олганлиги маълум бўлди. Шу гуруҳдаги беморларда ҳамроҳ касалликлар учрамади. Касалликнинг ўрта оғир шаклда ўтиши қайд этилди. 29,8% беморларнинг “Гайморит”, “Ангина” каби касалликлар билан даволанганлиги маълум бўлди. Бироқ мунтазам равишда диспансер кузатувда туришмаган. Бу гуруҳдаги 24,5% беморлар шу вақтга қадар касалланганлигини рад этишди. Бу гуруҳдаги беморларни узоқ йўлга қатновчи ҳайдовчилар ташкил этади. 5,5% беморлар эса “Сурункали ўрта қулоқ отити” ташхиси билан рўйхатда туради. Сепсис (1,8%) аниқланилган беморлар анамнези таҳлил этилганда, септик ҳолат 24,5% қорин бўшлиғи операцияларидан кейин, 35,6% ҳолда операция билан амалга оширилган туғруқлардан сўнг, 33,4% беморларда травматик шикастланишлардан сўнг қайд этилди. 6,5% беморларда одонтоген турдаги сепсис қайд этилди. Бу гуруҳдаги беморларнинг 87,8% доимий равишда диспансер кузатвда бўлишган ва реабилитацияни шифокор тавсияси билан тўлиқ қабул қилишган. Шу боис, бу гуруҳдаги беморлар камчиликни ташкил этади. Беморларнинг 56,7% охирги бир йил ичида диспансер кўрикдан ўтмаганлиги, 23,4% охирги 3 йил ичида тор мутахассисликлар кўригидан ўтмаганлиги, 19,9% профилактик равишда таҳлиллар топшириб турмаганлигини айтишди. Касаллик оғирлиги кўп ҳолларда пневмококкнинг бирламчи ўчоғига боғлиқ. Касаллик оғирлиги бўйича 85,7% беморларда касаллик оғир шаклда, 14,3% ҳолда ўрта оғир шаклда кечиши аниқланилди. Шунингдек, катта ёшдагиларда 66,5% ҳолда касаллик оғир ҳамроҳ касалликлар фонида ривожланган: 22,3% сурункали бронхит, 2,7% ҳолда юрак қон томир касаллиги, 5,3% ҳолда марказий асаб тизими касалликлари, 6,7% ҳолда аллергик касалликлар, 4,9% ҳолда қандли диабет, 28,9% беморларда вирусли гепатит, 13,4% ҳолда сурункали тонзиллит, ревматоид артрит - 1,2% ЎРИ - 12,1%, герпетик инфекция - 2,5% аниқланилди. 85,7% беморларда қуйидаги асоратлар кузатилди: бош мия шиши, ҳуш ва гемодинамиканинг бузилиши аниқланилди. Катталарда бу касалликнинг келиб чиқишига ҳамроҳ касалликлар ва бирламчи пневмоген ўчоқлар ҳам сабаб бўлади (66,5%). Касалликнинг олдини олишда пневмоген ўчоқлар реабилитацияси ва беморлар диспансеризацияси муҳим аҳамиятга эга. Бирламчи ўчоқ аниқланилмаган ҳолларда касаллик асорати ва қолдиқ ўзгаришлар кузатилмади (29,7%). Шу боис, пневмококкли инфекция билан касалланишда бирламчи бўғинда беморлар диспансер кўриги ва реабилитациясини тўғри ташкиллаштириш лозим. Беморларнинг аксарияти туманлардан мурожаат этганлигини эътиборга олиб, туманлардаги врачлик пунктлари патронажини йўлга қўйиш ва тарғибот ташвиқот ишларини кучайтириш лозим. Бу ҳолат касаллик оғир кечишининг, летал оқибат билан тугалланишининг, қолдиқ ўзгаришлар келиб чиқишининг олдини олади.

Калит сўзлар: пневмококкли инфекция, асоратлар, катталар, қолдиқ ўзгаришлар.

БОЛАЛАРДА ГЕМОФИЛ МЕНИНГИТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Орипова П.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э., Жумаева Н.С.
Самарқанд Давлат Тиббиёт институти

Айни дамда гемофил инфекциясига (ГИ) нисбатан қизиқиш ортмоқда ва олимлар бу касалликни долзарб муаммо деб ҳисоблашмоқда. ЖССТ экспертлари фикрига кўра, ҳар йили ер юзида 3 миллиондан ортиқ бу инфекциянинг оғир шакли билан касалланган беморлар қайд этилмоқда. Бу касалликдан ўлим ҳолатлари ер шари бўйича 386 000 ни ташкил этади. Гемофил инфекциясининг асосан ривожланган давлатларда учраши аниқланилган. Гемофил инфекция оғир инвазив касалликларни чақириб, улар орасида менингит, сепсис ва пневмония кўп учрайди. Европанинг кўпгина давлатларида, АҚШ, Канада, Австралия давлатларида менингитлар этиоструктураси таҳлил этилганда H.influenzae 15-35% гача учраб туради. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, менингитнинг бу турида леталлик 5% (ривожланган давлатларда) дан 30% (ривожланаётган давлатларда) гача учраб туради. Айрим ҳолларда гемофил инфекциясидан сўнг 30-40% гача асорат сифатида неврологик симптоматика қолади. Гемофил инфекцияларнинг муаммосининг асосий ечими иммунизация ҳисобланади. Болаларнинг иммунизацияси махсус вакцина ёрдамида амалга оширилади. Вакцина қўлланилгандан буён гемофил инфекция томонидан чақириладиган касаллик таркоқ шаклларининг учраш тезлиги камайди. Вакцина жорий этилган бўлса-да, эмланмаганлар орасида бу касалликнинг учраши кузатилиб турибди. Гемофил менингит бактериал менингитлар орасида салмоқли ўринни эгаллайди. Бироқ шунга қарамасдан гемофил менингитлар ташхисотида айрим муаммолар мавжудлигича қолмоқда. Бу эса амалиёт шифокорларига гемофил менингитларнинг клиник кечиш хусусиятларини атрофлича ўрганиш лозимлигини билдиради. Тадқиқотдан асосий мақсад, гемофил менингитларнинг клиник кечиш хусусиятларини ўрганишдан иборат. Шу максадда биз 2015-2018 йиллар ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасида «Менингит» ташхиси билан даволанган 74 беморни кузатув остига олдик. Кузатув остига олинган беморларда эпидемиологик, клиник, лаборатор текширув ўтказилди. Лаборатор текширувлар умумий қон таҳлили, умумий ликвор таҳлили, ликворнинг биокимёвий таҳлили ва бактериологик таҳлилини ўз ичига қамраб олади. Шунингдек, ликвор N.meningitidis, S.pneumoniae, H.influenzae b кабиларга латекс агглютинация усулида ҳам текширилди. Кузатилган беморлардан 45% изида Hib инфекция аникланилди. Касаллик ташхиси 25% бактериологик, 75% ҳолда латекс-агглютинация реакцияси орқали тасдиқланди. Беморларни ёш бўйича тақсимланганда 1 ёшгача булган болалар 75%, 1 - 3 ёшдаги болалар – 25% ни ташкил қилди. Беморларнинг барчасида преморбид ҳолатнинг ножўялиги кузатилди (беморларда асосан марказий асаб тизимининг перинатал патологияси, ЦМВИ учради). Беморларнинг барчасида касаллик йилнинг намгарчилик ойларида кузатилди (куз-қиш-баҳор ойларида). Ўғил болаларнинг қизларга нисбати 1:3. Беморларда қўшимча текширув усулларидан нейросонография ва компьютер томография ўтказилган. Менингоэнцефалит 75% беморларда, менингит – 25% беморларда аниқланилган. Касаллик барча ҳолатларда ўткир бошланган. Касаллик бошида юқори иситма кузатилган. Беморларнинг барчасида бош мия ички босимининг ошиши ва бош мия шиши аниқланилган. 25% беморларда тарқалган тоник-клоник талвасалар кузатилган. Бундан ташқари, ушбу касалликда такрорий кусиш (кўп

маротаба- 75% беморларда, бир марта қусиш 25% болаларда), эс-ҳушнинг ўзгариши (сомноленция/сопор – 25% беморларда, кома 1-2 даражаси 25% ҳолда) ҳам қайд этилган. Бир ёшдан ошган болаларда қуйидаги менингеал симптомлар аниқланилди: энса мушаклари ригидлиги, Керниг симптоми; «ётган кучук ҳолати». 25% беморда бошқа аъзоларнинг ҳам зарарланиши кузатилди: блефароконъюнктивит. Септицемия ва септикопиемия кузатилганда МАТ шикастланиш белгиларидан ташқари, 25% ҳолда миокардит, 25% - гемолитико уремик синдром, 25% - ИТШ 2 даражаси, ДВС 2-3 даражаси аниқланилди. Ўчоқли неврологик ўзгаришлар кўз олмасини ҳаракатлантирувчи асаб толасининг шикастланиши, юз асаб толаси зарарланиши, гемипарез тарзида келиб чиқди. Бир ёшдан ошган болаларда эса атаксия кузатилди. Люмбал пункцияда ликвор таркиби: босим ошган, лойқа, хира, 25% ҳолда кулранг-яшил рангда. Цитоз ўртача 2000-4000 ҳужайра атрофида, нейтрофил характерда, оқсил- 3 г/л гача, глюкоза – 2,0±0,6 ммоль/л, хлоридлар - 109,4±8,8 ммоль/л. Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭЧТ ортиши, камқонлик аниқланилди. Лейкоцитознинг юқори кўрсаткичлари аниқланган болаларда Hib-менингитнинг чўзилувчан кечиши кузатилди, лейкоцитоз ўртача ифодаланган беморларда касалликнинг тез барҳам топиши аниқланилди. Касалликнинг кечиш хусусиятига қараб, барча беморлар 3 гуруҳга бўлинди: Биринчи гуруҳга касалликнинг ўта тез бошланиши ва талваса-коматоз ҳолатнинг тезда ривожланиши келиб чиққан беморлар киритилди. Ушбу гуруҳдаги беморлар ликворида нейтрофил плеоцитоз (цитоз ҳужайраларнинг 1000-2000 гача кўпайиши), оқсил миқдорининг ортиши (0,99-2,65 г/л), глюкоза (1,0-2,27 г/л). Умумий қон таҳлилида лейкоцитознинг чапга силжиши 25×109/л, ЭЧТ нинг 40-60 мм/с гача кўпайиши, камқонлик 2-3 даражаси қайд этилди. Иккинчи гуруҳдаги беморларга МАТ дан ташқари йирингли ўчоғи мавжуд беморлар киритилди. Масалан: блефароконъюнктивит. Бу беморларда кейинчалик септицемия (геморрагик тошмалар ва ИТШ – 7,6% ҳолатда), септикопиемия (МАТ ва ички аъзолар зарарланиши - жигар, юрак, буйрак) ривожланди. Бу гуруҳдаги беморларда ликвор таркиби қуйидагича: нейтрофил плеоцитоз (2895-4200×106/л), оқсил миқдорининг ортиши (0,5-1,6 г/л), глюкоза миқдорининг пасайиши (0,04-1,56 ммоль/л). Умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлар: лейкоцитознинг чапга силжиши, ЭЧТ нинг 40-60 мм/с гача кўпайиши, камқонлик 2-3 даражаси кузатилди. Биринчи ва иккинчи гуруҳдаги беморларда Hib-инфекциясининг чўзилиб кечиши аниқланилди. Уларнинг ўртача стационарда бўлиш муддати 25 кунни ташкил қилди. Қолган беморларда Hib-инфекция менингоэнцефалит ва менингит кўринишида кечди. Беморларда ҳушнинг бузилиш даражаси сомноленция/сопор тарзида кузатилди. Ликворда цитоз 2000-4000×106/л, оксил 1,32-1,98 г/л, глюкоза 1,36-4,38 ммоль/л. Лейкоцитоз 9,4-16,0109/л, камқонлик-1-2 даражаси кузатилди. Бу гуруҳдаги беморларда касалликнинг чўзилувчан шакли аниқланилмади, беморларнинг шифохонада даволаниш муддати 18 кунни ташкил қилди. Hib-менингит клиник кечиш хусусиятлари куйидагилардан иборат: талваса-коматоз ҳолат ривожланиши билан менингоэнцефалит келиб чикиши, ҳушнинг чукур даражада бузилиши, Hib-инфекциянинг бирламчи ўчоғи (блефароконъюнктивит); лейкоцитоз (20,0*109/л); оғир даражадаги камқонлик (2-3 даражаси); ликворда шакар миқдорининг камайиши (2,0 ммоль/л дан паст булиши)дан иборат.

Калит сўзлар: гемофил инфекцияси, менингит, блефароконъюнктивит.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Отажонов И.О.

Ташкентская медицинская академия

Болезни недостаточного питания, или алиментарные болезни, к сожалению, становятся все более актуальными в настоящее время. К основным причинам алиментарной дистрофии относятся снижение материальной обеспеченности, отсутствие культуры рационального питания и образа жизни среди населения, наследственно обусловленная и приобретенная патология обмена веществ и желудочно-кишечного тракта, экзогенные интоксикации, ухудшение психосоматического здоровья населения. Среди заболеваний, связанных с недостаточным питанием, следует различать алиментарную дистрофию, гипо- и авитаминозы, смешанные формы. В периоды относительного общественного благополучия врачи, закономерно реже встречаются с патологией недостаточного питания, в связи с чем утрачиваются навыки ранней диагностики алиментарных заболеваний. В проведенных исследованиях с помощью карты-анкеты, разработанной сотрудниками кафедры гигиены детей, подростков и гигиены питания совместно с сотрудниками городской нефрологической больницы г.Ташкента изучены клинические признаки витаминной недостаточности больных. Под наблюдением находились 105 больных с хронической болезни почек, в возрасте от 18 до 76 лет (у женщин – 22-76; у мужчин – 21-76). Средний возраст составляет – 53,8±1,31 лет (у женщин – 54,7±1,48 лет; у мужчин – 51,6±2,70 лет). Клинические признаки витаминной недостаточности больных изучен с помощью карты-анкеты, разработанной сотрудниками кафедры гигиены детей, подростков и гигиены питания совместно с сотрудниками городской нефрологической больницы г.Ташкента. Для выявления особенностей клинических признаков витаминной недостаточности обследованные больные были разделены по полом (мужчины – 31, женщины – 74). Материал собирали в экспедиционных условиях 2 раза в год – зимне-весенний и летне-осенний периоды. Сбор данных для оценки витаминной и минеральной недостаточности осуществлялся с использованием общеклинических методов обследования: выяснение жалоб, сбора анамнеза, осмотра кожи и слизистых. При изучении клинических признаков витаминной недостаточности было выявлено, что у мужчин, так и у женщин в зимне-весеннем периоде отечность, разрыхленность и кровоточивость десен, которые в летнее осеннем периоде на 2% уменьшились. Фолликулярный гиперкератоз был обнаружен у 4 (3,8%) обследованных в зимне- весеннем периоде, а в летне-осеннем периоде - 5 (4,8%). Надо отметить, что сухость кожи и гиперкератоз по сравнению с другими клиническими признаками был высоким, у обследованных больных с ХБП (96) в зимнее-весеннем периоде составил 91,4%, в летне-осеннем периоде -83,8%, (88). Показатели заеды (ангулярный стоматит) обнаружились только у одного пациента и пациентки 1 (1,0%)). Цилиарная (перикорнеальная) инъекция тоже была характерной для больных с ХБП, в зимне-весеннем периоде эти показатели обнаружены 30 (28,6%) обследованных в летне-осеннем периоде у 33 (31,4%). Одна из часто встречаемых при витаминной недостаточности гипертрофия сосочков языка была выявлена в зимне-весеннем периоде у 6 (5,7%) обследованных, в летне-осеннем периоде у 4 (3,8%). На основании полученных данных, надо отметить, что низкое употребление бахчевых, свежих овощей, ягод и фруктов, которые содержат большое количество витаминов, кроме указанных клинических признаков, снижают иммунитет, оказывая неблагоприятное влияние на общее состояние организма человека и оно более выражено у больных с ХБП.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, клинические признаки, витаминная недостаточность.

ПАРАМЕТРЫ ВЕНТИЛЯЦИИ И ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Примкулова Г.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

По данным за 2004 год во всем мире страдали от ХОБЛ около 64 миллионов человек. В следующем, 2005 году, от этого заболевания умерло более 3 миллионов человек, что составляет примерно 5% случаев всех смертей по всему миру. Основная доля летальных исходов от ХОБЛ (около 90% случаев) пришлась на страны с низким и средним уровнем дохода на душу населения. Анализ показывает, что ХОБЛ развивается среди женщин и мужчин и почти в равной пропорции. Прогнозы экспертов свидетельствуют, что отсутствие или задержка в принятии мер, направленных на снижение влияния факторов риска развития ХОБЛ, в особенности, на уменьшение интенсивности влияния табачного дыма, общая смертность от данного заболевания в предстоящие 10 лет может возрасти более чем на 30%. ХОБЛ является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в современной популяции. По данным ряда недавно выполненных исследований, ее распространенность в мире у людей старше 40 лет составляет 10,1% (11,8% у мужчин и 8,5% у женщин). В странах, где значительная часть населения курит, она достигает 26,2 и 23,7%. Выявить особенности нарушения внешнего дыхания, изменения показателей эхокардиографии у больных ХСН в сочетании с ХОБЛ, во взаимосвязи с клиническими особенностями, переносимостью физической нагрузки и качеством жизни. В исследование было включено 120 больных ХСН и ХОБЛ в стадии обострения, которые были разбиты на 3 группы: 1-я группа больные хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) (40 чел.); 2-я группа - больные с сочетанной патологией ХОБЛ и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (40 чел.); 3-я группа - больные ХСН (40 чел.). Клиническая характеристика и качество жизни больных ХОБЛ в сочетании с ХСН. В соответствии со стандартами GOLD оценку влияния ХОБЛ на состояние здоровья проводили на основании результатов заполнения вопросника CAT. Дисперсионный анализ показал, что суммарный балл CAT при сочетанной патологии (ХОБЛ+ХСН) был достоверно выше, чем в группе только ХОБЛ (соотв. 20,9±8,5 (n=40) и 15,6±6,9 (n=39), (F=9,7 (p=0,0025)). Это свидетельствует о более выраженном негативном влиянии на повседневную активность больных ХОБЛ в сочетании с ХСН. Больные в группе ХОБЛ+ХСН реже ощущали проблемы со здоровьем, обусловленные обструктивным синдромом. Гистограмма у этих больных смещена в сторону более высоких баллов CAT в сравнении с группой ХОБЛ. Высокая степень негативного влияния ХОБЛ (суммарный балл CAT более 20) на состояние здоровья больных с ХСН выявлялась почти в 2 раза чаще - у 40,0% (16) больных, чем группе ХОБЛ - у 20,5%. Более детальное изучение результатов ответов на вопросник CAT показало, что больные сочетанной патологией ХОБЛ и ХСН достоверно чаще отмечали сильное ощущение сдавления в грудной клетке, сильную одышку при подъеме вверх на один лестничный пролет, реже чувствовали себя уверенно при выходе из дома, чаще отмечали проблемы со сном. Полученные данные, с точки зрения закономерностей механики дыхания, говорят о том, что ХОБЛ, в т.ч. у больных ХСН, приводит к усугублению механической негомогенности легочной ткани, изменению постоянной времени, связанной с растяжимостью и аэродинамическим сопротивлением структурных единиц легочной ткани, что и приводит к накоплению воздуха в альвеолярном пространстве.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, нарушения внешнего дыхания.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ПОДАГРОЙ

Примкулова Г.Б.

Андижанский медицинский институт

На фоне развития ассоциированных клинических состояний, в частности ишемической болезни сердца, нарушения кровотока носят более выраженный характер, приводя к прогрессирующему снижению эффективности тканевой перфузии. Подчеркивается взаимосвязь изменений на макро- и микроциркуляторном уровнях. Цель исследования сопоставить характер микроциркуляторных нарушений при АГ и ее сочетании с ИБС. На первом этапе обследовано 60 мужчин с ГБ и ИБС в сочетании с первичной подагрой (длительность заболевания на момент обращения - 9,3±0,4 года) - I группа. Средний возраст больных этой группы составил 65,3±0,6 года (от 41 до 79 лет). Группу сравнения (II) составили 70 больных ГБ и ИБС без сопутствующей подагры, сопоставимых по полу (также все мужчины), возрасту (63,6±0,6 лет) и длительности течения кардиоваскулярной патологии: ГБ - 6,8±0,4 и 7,0±0,4 лет ($p>0,05$), ИБС - 4,4±0,3 и 4,6±0,3 лет ($p>0,05$). Иными словами, группы I и II формировались таким максимально сопоставимым образом, чтобы единственным различающим их признаком было наличие сопутствующей подагры. В группе больных с сопутствующей подагрой значительно чаще встречались лица с ожирением (56,7% и 28,6% соответственно), что подтверждали более высокие показатели индекса массы тела пациентов I группы - 30,3±0,5 против 26,1±0,3 кг/м ($p<0,05$). Согласно анамнестическим данным " на наследственную отягощенность по ГБ указывало 50%, по ИБС - 53,3% обследуемых I группы, что значимо отличало их по данному показателю от пациентов группы сравнения (77,1% по обеим патологиям в группе II). Существенных различий по статусу курения (43,3 и 52,9%), количеству кардиоваскулярных событий (острый инфаркт миокарда (6,7 и 8,6%), нарушение мозгового кровообращения (3,3 и 2,9%)), частоте встречаемости сахарного диабета 2 типа (23,3 и 22,9%) и атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей (15 и 7,1%) в исследуемых группах выявлено не было. Тот факт, что у 42 (70%) обследуемых группы I была выявлена ГУК и только 8 (13,3%) имели целевые показатели уратов сыворотки отразился на значимом различии средней концентрации МК в сравниваемых группах -472,6±13,1 против 309,7±5,1 мкмоль/л ($p<0,001$). У больных с сопутствующей подагрой средние показатели, характеризующие липидный обмен, были значимо выше, чем у пациентов группы сравнения: ХС - 6,2±0,2 и 5,6±0,2 ммоль/л; ТГ - 2,4±0,2 и 1,9±0,1 ммоль/л, ХС ЛПНП - 4,17±0,4 и 3,63±0,3 ммоль/л, b-липопротеиды -686,3±28,3 и 534,3±7,8 Ед соответственно ($p<0,05$). Закономерно концентрация антиатерогенного ХС ЛПВП в I группе оказалась существенно ниже в сравнении с аналогичным параметром группы II (0,94±0,03 против 1,1±0,04 ммоль/л, $p<0,05$). Значимых различий по уровню ХС ЛПОНП установлено не было. Анализ периодической научной литературы четко свидетельствует о возрастающем интересе среди клиницистов к возможностям методов эфферентной терапии. Несмотря на это, методы ЭГК значимо уступают фармацевтическим средствам по набору аргументов, подтверждающих безопасность и эффективность лечения. Вероятнее всего, именно по этой причине данный вид терапии не находит отражения в современных клинических рекомендациях, на которые все чаще ориентируются практикующие врачи. Для формирования доказательной базы существует явная необходимость проведения хорошо спланированных клинических исследований, результаты которых позволят раскрыть скрытый потенциал методов ЭГК, тем самым расширив показания к их применению.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, нарушения внешнего дыхания.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Примкулова Г.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является распространенным хроническим заболеванием, характеризуется накоплением жира в гепатоцитах, не связанным со злоупотреблением алкоголем, и объединяет клинико-морфологические изменения в печени: стеатоз, распространенность НАЖБП и НАСГ составляет в среднем 20% и 3% соответственно. В США жировую дистрофию печени имеют более 34% взрослого населения страны – свыше 60 млн. человек, в Японии – 29% взрослых жителей. Патогенетические механизмы развития НАЖБП сложны и остаются предметом дискуссий. Инсулинорезистентность (ИР), оксидативный стресс и воспалительный процесс считаются ключевыми патогенетическими механизмами НАЖБП. Ожирение наиболее значимый фактор, связанный с неалкогольной жировой болезнью печени. Сочетание ожирения и НАЖБП представляет научный интерес в ключе понимания патогегенеза метаболического синдрома (МС), поскольку нарушение функции печени усугубляет инсулинорезистентность, замыкая «порочный круг. Оценить взаимосвязь уровня адипокинов с маркерами системного воспаления и показателями функции эндотелия у больных с ожирением и неалкогольной жировой болезнью печени, обосновать возможности немедикаментозной коррекции. Обследовано 117 больных с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом, в сочетании с НАЖБП в стадии стеатоза, в многопрофильной клинике АГМИ в 2017-2019 гг. НАЖБП диагностировали на основании данных анамнеза, клинического, инструментального и лабораторного обследования. При УЗ-исследовании определяли наличие стеатоза, стадия заболевания (ЖГ или НАСГ) определялась на основании биохимического исследования крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП). При проведении клинической характеристики участников обследования преобладала доля лиц женского пола и составила 82,9% (97/117), количество мужчин - 17,1% (20/117). Средний возраст обследованных в 1-й группе составил 43 (38-46) года и во 2-й группе 45 (39-49) лет. С целью уточнения структуры поражений печени, выявленных при ультразвуковом исследовании, была проведена эластометрия, в ходе которой установлено, что отсутствие фиброза в стадии Р0 достоверно ниже у пациентов 2-ой группы, тогда как преобладание фиброза отмечено как в 1, так и во 2 группах. При проведении сравнительного анализа параметров липидного профиля установлено, что у пациентов с НЖБП отмечается преимущественное повышение уровня триглицеридов и индекса атерогенности как в группе сравнения, так и у пациентов 1 группы, тогда как у больных 2-ой группы достоверно повышены все анализируемые параметры ($p<0,05$). НЖБП ассоциируется с повышенным уровнем HOMA-ГО. в 1 и 2 группах с преобладанием в группе больных с МС. По данным ряда авторов инсулин стимулирует липогенез, воздействуя на ряд ферментов, что является генерирующим фактором стеатоза печени, а также увеличивает скорость апоптоза гепатоцитов через окислительный стресс, что позволяет рассматривать ИР и стеатоз, как потенциирующие друг друга факторы, однако именно ИР рассматривается в качестве пускового звена стеатоза. Сравнительный анализ концентрации провоспалителъного цитокина -TNF-a, имеющего наибольшее значение для развития инсулинорезистентности в жировой ткани, позволил установить, что при ассоциации

НАЖБП с МС его содержание было на 25% выше, чем у пациентов с АО. Отмечено достоверно значимое повышение уровня СРБ в 2 раза во 2-ой группе пациентов. На этом фоне отмечено значимое повышение уровня лептина и снижение уровня адипонектина как в группе сравнения, так и у больных 1 группы. Анализ ассоциации содержания лептина с ИМТ у пациентов с НАЖБП показал наличие прямой корреляционной взаимосвязи между данными параметрами. Анализ данных литературы показывает, что адипонектин является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, что подтверждено в первую очередь у пациентов с НАЖБП. Исследование ассоциации уровня адипонектина также показало наличие обратной взаимосвязи его концентрации с атерогенной составляющей липидного профиля. При этом наибольшая сила взаимосвязи отмечена между уровнем адипонектина с одной стороны, а также КА ($r=-0,33$; $p<0,00$) и концентрацией ТГ с другой стороны. Степень выраженности эндотелиальной дисфункции ассоциируется с содержанием маркеров повреждения гепатоцитов - АЛТ, выраженностью инсулинорезистентности, содержанием лептина, в наибольшей степени, с концентрацией адипонектина. Неалкогольная жировая болезнь печени в стадии стеатоза у пациентов с абдоминальным ожирением 1-2 степени сопровождается значимым повышением уровня лептина и снижением уровня адипонектина, с максимально выраженным дисбалансом адипокинов у больных с МС. Снижение эндотелий-зависимой вазодилатации установлено у 62,7% пациентов с НАЖБП в сочетании с абдоминальным ожирением и у 75,9% пациентов с метаболическим синдромом, в сочетании со снижением содержания стабильных метаболитов оксида азота в обеих группах.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, маркеры повреждения гепатоцитов.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Примкулова Г.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Аутоиммунные заболевания печени характеризуются повышением активности аминотрансфераз в сыворотке крови, появлением аутоантител и повышением концентрации иммуноглобулинов класса G. При гистологическом исследовании обнаруживаются признаки так называемого интерфейсного гепатита. Поскольку перечисленные особенности наблюдаются при разных вариантах аутоиммунных заболеваний печени, а активность щелочной фосфатазы или 7-глутамилтранспептидазы зачастую не повышена в дебюте заболевания, диагноз АСХ основывается на холангиографическом исследовании. Целью исследования явилось совершенствование диагностики, дифференциальной диагностики и прогноза течения аутоиммунных заболеваний печени. Обследовано 245 больных: 210 больных с АИЗП, в том числе с АИГ 1 и 2 типа (АИГ-1, АИГ-2), ПБЦ, аутоиммунным холангитом (АИХ), ПСХ и холестатическими заболеваниями с признаками АИГ (АИГ/ПБЦ, АИГ/АИХ и АИГ/ПСХ); контрольная группа - 10 больных с ХГС; группа апробации - 25 больных с АИЗП. Частота встречаемости отдельных видов АИЗП, возрастные и тендерные (преобладание женщин при всех АИЗП, кроме ПСХ) характеристики групп соответствовали данными других работ. Трансформация диагноза. Изменение диагноза наблюдали у 28 (13,3%) больных, наиболее часто при АИГ-1 (17 из 80 (21,3%) больных) за счет формирования сочетаний с холестатическими заболеваниями (АИГ/ПБЦ - 12,5%, АИГ/ПСХ - 2,5% больных) или перехода в ПБЦ (5 (6,3%) больных). Переход ПБЦ в АИГ/ПБЦ отмечен у 8 из 67 (11,9%) больных с ПБЦ. В целом у 18 из 38 (47,4%) больных с АИГ/ПБЦ, 2 из 8 (25%) - с АИГ/ПСХ и 2 из 9 (22,2%) - с АИГ/АИХ заболевание дебютировало как моновариант. Дальнейший анализ проводили по окончательному диагнозу. Средняя длительность АИЗП от дебюта до постановки диагноза - 4,3±6,2 лет. Отмечены различия в ней при стабильном диагнозе и при его последующей трансформации (2,4±0,5 лет и 4,3±1,3 лет, $p<0,05$). Так, при ПБЦ диагноз устанавливали ранее, чем при АИГ/ПБЦ (2,6±0,5 лет и 4,9±0,6 лет, $p<0,05$). Анамнестические данные. Определена высокая частота сочетаний АИЗП с другими аутоиммунными заболеваниями (37,5-70,1% больных), особенно АИГ [47 (70,1%) случаев, в сравнении с 11 (55,0%) случаев ПСХ, $p<0,05$]. Преобладающие ассоциации: для АИГ - аутоиммунный тиреоидит [20 (29,9%) больных], для ПБЦ - признаки «сухого синдрома» (предполагающие синдром Шегрена) [22 (32,4%) больных с ПБЦ, 18 (38,3%) - с АИГ/ПБЦ], для ПСХ - воспалительные заболевания кишечника [10 (50%) больных с ПСХ, 3 (37,5%) - с АИГ/ПСХ]. С учетом популяционных данных, для АИЗП характерно наличие сопутствующей иммунной патологии, а для ПСХ, АИГ/ПСХ и АИГ/ПБЦ - наследственности по иммунным заболеваниям (15,0-19,1% больных). Развитие АИГ после острых инфекций отмечено в 15 (22,4%) случаях [в сравнении с 2 (2,9%) случаями ПБЦ и 2 (4,3%) - АИГ/ПБЦ, $p<0,05$]. Анализ данных показал несовершенство существующих критериев дифференциальной диагностики АИЗП. Результатом работы стало создание ряда методов, критериев и алгоритмов, которые могут использоваться на клиническом, лабораторном и морфологическом этапах постановки диагноза. Выявлены предикторы неблагоприятного и благоприятного течения АИЗП, трансформации диагноза, развития осложнений.

Ключевые слова: аутоиммунные заболевания печени, трансформация диагноза

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Расулова М.И., Хасанова Д.А., Хамракулова М.А.
Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей,
НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний МЗ РУз

В работе представлены результаты клинической эффективности растительного препарата «Миллерум – Актив» у женщин с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. По результатам исследования выявлено, что снижение содержания пролактина в сыворотке крови после лечения в сравнении с исходными его значениями, а также уменьшение частоты психоэмоциональных расстройств и нарушений менструального цикла у женщин с гиперпролактинемией неопухолевого генеза отмечается при использовании БАД «Миллерум – Актив» в дозе по 2 капсуле 3 раза в день в течение месяца. Гиперпролактинемия является одной из актуальных проблем гинекологической эндокринологии, поскольку выявляется у большинства женщин с вторичной аменореей и олигоменореей, а также у пациенток с лактореей и бесплодием. Основными препаратами для коррекции патологической гиперпролактинемии являются химические лекарственные препараты (бромокриптин, хинаголид, каберголин), эффективность которых хорошо изучена в клинической практике. Во все времена для лечения многих заболеваний использовалась фитотерапия, которая имеет известные преимущества перед синтетическими препаратами, такие как отсутствие осложнений и побочных эффектов. Для реализации клинического воздействия применяются сборы растительных средств. Несомненным достоинством фитотерапии является пролонгированное применение лекарственных трав без значительных побочных эффектов, а также совместимость друг с другом и химическими лекарственными средствами и к фитотерапии нет безусловных противопоказаний. Известно, что экстракт лекарственного растения прутняка обыкновенного (Vitex agnus castus, Витекс священный, монаший перец) обладает дофаминергической активностью. В ряде неконтролируемых исследований показана клиническая эффективность фитопрепарата на основе прутняка (Циклодинон) у женщин с гиперпролактинемией неопухолевого генеза, предменструальным синдромом, мастопатией, однако сведений о сравнительной эффективности фитопрепаратов и синтетических препаратов – агонистов дофаминергических рецепторов у женщин с гиперпролактинемией недостаточно. Широкое применение получили биологически активные добавки (БАД) растительного происхождения. Одним из таких препаратов, является «Миллерум - Актив», производства ООО «Virgin Active», который состоит из следующих лекарственных трав: Витекс (Прутняк) обыкновенный кора цветки листья (*Vítex ágnus-cástus*), Сабельник болотный стебли корень листья (*Cómarum palústre*), Календула лекарственная цветки - (*FLORES CALENDULAE OFFICINALIS*), Шалфей лекарственный листья *(FOLIA SALVIAE OFFICINALIS),* Душица обыкновенная трава – (*Oríganum vulgare),* Аир обыкновенный (болотный) корни и корневища – (ACORUS CALAMUS L) и составляют наиболее оптимальную пропорцию для эффективной терапии заболеваний, связанных с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. При этом каждый компонент, входящий в состав БАД, обладает своеобразным лечебным действием. Дать сравнительную характеристику клинической эффективности и динамики концентраций пролактина при применении БАД «Миллерум – Актив» на основе прутняка у женщин репродуктивного

возраста с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. Исследовать влияние БАД «Миллерум – Актив» на динамику клинических жалоб у женщин репродуктивного возраста с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. Всего в исследовании участвовали 64 пациенток репродуктивного возраста с гиперпролактинемией неопухолевого генеза, находящихся на амбулаторном лечении. Критериями исключения были: микро- и макроаденомы гипофиза, нарушения функции щитовидной железы, беременность, период лактации, прием препаратов, влияющих на уровень пролактина. Все женщины были разделены на две группы: основная группа - 50 человек принимали БАД «Миллерум – Актив» по 2 капсуле 3 раза в день в течении 1 месяца и контрольная группа 12 человек. По частоте и структуре причин первичного и вторичного бесплодия, нарушений менструального цикла, лактореи, перенесенных и сопутствующих заболеваний, а также по возрасту (26 - 29 лет – в 1 группе и 26 - 29 лет – в 2 группе) и выраженности гиперпролактинемии пациентки обеих групп были одинаковыми. Всем обследуемым были проведены сбор жалоб, анализ данных амбулаторной карты, гинекологическое и общеклиническое обследование. Проводили исследование крови с определением уровня пролактина. Кровь брали из локтевой вены, утром до приема еды (до 9 часов утра), на 5-9 дни менструального цикла или при задержке менструального цикла. Исследование проводились до и через 30 дней после лечения. В результате проведенного исследования установлено, что в основной группе женщин через месяц после начала приема БАД «Миллерум – Актив» существенно снизилась частота нарушений менструального цикла, психоэмоциональных нарушений и масталгии. При оценке динамики концентраций пролактина в сыворотке крови отмечено значимое уменьшение его уровней через 30 дней после начала лечения как в группе пациенток с гиперпролактинемией, получавших БАД «Миллерум – Актив». Таким образом, результаты исследования подтверждают о достаточной пролактинингибирующей активности фитопрепарата «Миллерум – Актив» у женщин с умеренной гиперпролактинемией неопухолевого генеза. Существенное снижение содержания пролактина в сыворотке крови выявлено после лечения при использовании БАД «Миллерум – Актив» в сравнении до лечения его значениями, а также уменьшение частоты психоэмоциональных расстройств и нарушений менструального цикла у женщин с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. В группе пациенток, получавших БАД «Миллерум – Актив», отмечена большая эффективность коррекции масталгии, нормализация менструального цикла и меньшая частота побочных эффектов.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, БАД, капсула, пролактин, женщин, фитопрепарат.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

Рахимбаева Г.С., Акбарова С.Б.

Ташкентская медицинская академия,

Андижанский государственный медицинский институт

Боковой амиотрофический склероз (БАС) является самой распространенной формой болезни моторного нейрона который характеризуется вовлечением в патологический процесс центрального и периферического мотонейронов, требующий раннего диагноза чтобы уменшить число смертности. При выявление объективных морфологических маркеров в данном патологии играет большую роль нейровизуализационные исследования как МРТ И КТ. Изучить основные клинико-нейровизуализационные маркеры поражения периферического мотонейрона при Боковом амиотрофическом склерозе (БАС). Обследовано 16 больных с БАС, средний возраст которых составил у мужчин 55-75 лет. Среди обследованных пояснично-крестцовая форма БАС отмечалась у 25% больных, шейно-грудная 50% и бульбарная – у 25% больных. Ведущими клиническими симптомами у всех больных явились синдром мышечной слабости в виде гипотонии и атрофии мышц, локализованной в зависимости от уровня локализации пораженного периферического двигательного мотонейрона у 100%, пирамидный синдром в виде сухожильной гиперрефлексии и патологических рефлексов у 87,5%. Бульбарный синдром в виде дисфагии, дизартрии, дисфонии, атрофии мышц языка и фибриллярных подергиваний, гиперсаливации - отмечался у 25% обследованных. Проведенные клинические и нейровизуализационные исследования в виде МРТ головного и спинного мозга, выполненные в режимах Т1 и Т2 ВИ, выявили у 2 больных (12,5%) МРТ очаги гиперинтенсивных сигналов в режиме Т2 ВИ, которые располагались в области заднего бедра внутренней капсулы и в области продолговатого мозга у 4 больных (25,0%). У больных с шейно – грудной и пояснично-крестцовой формой БАС обнаружена дегенерация кортико – спинальных путей, связывающих центральный мотонейрон с периферическим у 7 больных (43,75%). Проведенное нами исследование показало, что наряду с клиническими синдромами, обусловленными поражением кортико – спинального пути и поражения периферического нейрона двигательных путей дополнительным диагностическим методом исследования является проведение МРТ головного и спинного мозга. Его применение рекомендуется преимущественно для дифференциальной диагностики БАС с другими заболеваниями, имеющими сходные клинические проявления.

Ключевые слова: боковой амиотрофический склероз (БАС), поражения мотонейрона, нейровизуализационные исследования, маркеры поражения, пояснично-крестцовая форма, шейно-грудная форма, бульбарная форма, МРТ.

ИННОВАЦИОННАЯ ДИСТАНЦИОННАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ В ДИАБЕТОЛОГИИ

Рахметова М.Р.

Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия

В статье приводится результаты дистанционного обучения больных сахарным диабетом основным правилам специфического рационального питания. Инновацией является индивидуальная работа с каждым пациентом в дистанционном режиме, отказ от рутинной «строгой диеты» и выбор свободного, но правильного питания с учетом не только веса, возраста пациента, типа диабета, но и характера, национальных привычек, трудовой деятельности и других критериев. Инновацией в эндокринологии является тот факт, что слово «диетотерапия» стало неприемлимым, и в настоящее время специалисты - эндокринологи заменили его выражением «здоровое питание». Изменилось не только отношение к вопросу лечебного питания; в корне изменились принципы диетотерапии. Питание больного сахарным диабетом становится все более демократичным? В то же время – и здоровым людям полезно придерживаться основных рекомендаций для диабетиков (ограничивать сладости, животные жиры). Диабетология претерпела революционные изменения: если в 80-х годах мы имели всего лишь 2 группы пероральных сахаропонижающих препаратов, то в настоящее время в арсенале эндокринолога 6 групп. Однако, по данным национального регистра по сахарному диабету, 80% больных находятся в состоянии постоянной декомпенсации диабета, несмотря на то, что Республика Узбекистан бесплатно обеспечивает больных необходимыми сахаропонижающими медикаментами, и в каждом вилояте работают обученные специалисты-эндокринологи. В чем тут дело? Возможно, получая полноценное медикаментозное лечение, больные не выполняют главное требование успешного лечения диабета – соблюдения диеты. Не хотят выполнять или не умеют? Целью нашего исследования явилось сравнение результатов лечения двух групп больных сахарным диабетом 2 типа, в зависимости от комплаэнтности к диете. Из истории диабетологии известно, что еще недавно под диетотерапией при сахарном диабете подразумевалась строгая диета с многочисленными ограничениями. Многолетняя работа в эндокринологическом диспансере показала, что редко больные придерживались строго научных предписаний, но даже те из них, которые утверждали, что придерживаются диеты, имели некомпенсированный сахарный диабет. Для определения эффективности инновационной дистанционной диетотерапии в диабетологии больные сахарным диабетом разделены на две группы. В первую группу отнесены пациенты, считающие себя строгими приверженцами диетического питания - Стол №9. Вторую группу составили люди с менее строгим соблюдением диеты. Отобраны больные в возрастном диапазоне 40-55 лет, исключались пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, которая подразумевает иные подходы к диете. Для того, чтобы разделить их на 2 гр. проведено анкетирование с целью выяснения из комплаэнтности к коррекции их пищевого поведения. Предлагались следующие вопросы: «придерживаетесь ли вы диеты, если нет, то причины, есть ли в вашем случае взаимосвязь диетотерапии с общим состоянием и сахаром в крови». В первую группу отнесены 17 приверженцев строгой диетотерапии, во вторую 18 диабетиков, не признающие традиционных требований к диетотерапии. В первой группе оказалось 12(70%) женщин и 5(30%) мужчин, а во второй – 10 женщин(55%) и 6(45%) мужчин. Средний возраст в первой

группе составил 51 год, во второй - 47 лет. Представители обоих групп получали медикаментозное лечение, согласно протоколу. Обследован гликированный гемоглобин, тощаковый и прандиальный сахар крови у всех обследуемых, причем, ни один из обследуемых не имел целевых значений углеводного обмена. Из 17 приверженцев диетотерапии, согласно полученным данным анкетирования, 15(81%) имели весьма смутное представление о правильном питании и понятие о диетотерапии для них сводилась к ограничению сладкого, мучного, жирного. Следует отметить, что все 17(100%) диабетиков посещали Школу диабета, по их словам, знают, что такое «Хлебные единицы», однако ни подсчета этих ХЕ, ни других основ правильного питания не усвоили. Попытки научить их рациональному питанию не имели успеха: «я работаю, следовательно должна много есть», «я очень старательно соблюдал диету, но стало хуже, сахар не нормализовался, и я перестал соблюдать диету, теперь мне лучше». Это самые типичные ответы больных. Среди них два пациента говорили о периодическом голодании, что категорически противопоказано при диабете, а четверо ежегодно придерживались поста Рамадан. Наблюдение этих пациентов освещалось ранее. Во вторую группу отобраны пациенты, не владеющие знаниями о диетотерапии, однако желающие научиться современным принципам здорового питания. С ними проводилось дистанционное обучение правильного питания. Общение началось с моего выступления по Хорезмскому телевидению с подготовленной передачей о принципах здорового образа жизни и здорового питания. Откликнулись диабетики, получающие адекватную медикаментозную терапию, но не придерживающие и не признающие диету. С ними в течение месяца проводилось дистанционное обучение основам правильного питания. Внедрены принципы рационального питания: никакого голодания, есть регулярно, 6 раз в день понемногу, соотносить съеденную пищу и расход калорий с двигательной активностью, уметь подсчитывать количество углеводов в пище, не отказываться от любимых блюд, но употреблять их правильно. Например, для любого узбека (да и представителей других национальностей) плов является любимым блюдом. Дистанционное общение позволило научить больного следующим правилам: 1- варить его на вымоченном рисе, без сильной жарки, без добавления жира, 2 - Салаты с богатым содержанием клетчатки (из редьки, редиски, огурцов) съесть за полчаса до подачи плова. Ясно, что рис приведет к сильному повышению сахара в крови, однако клетчатка, которая максимально содержится в этих овощах, притормозит резкую гипергликемию; 3 - Не поедать хлеб с пловом, обычно хлебом заедают чрезмерно жирный плов, и таковой категорически противопоказан диабетику; 4 - Не запивать плов чаем, так как при употреблении жидкости во время еды желудок освобождается быстрее, и подскоки сахара будут резче; 5- Раз уж диабетик решил побаловать себя пловом, то в этот день никаких других лишних углеводов он себе не должен позволять; 6 - Раз уж диабетик съел плова, то он должен непременно пройтись сразу после трапезы или заняться любой активной деятельностью. Лучше усвоится плов. Как в первой, так и во второй группе оказалось немало больных, не желающих и не умеющих подсчитывать хлебные единицы. Предложен альтернативный вариант этого способа: после каждого приема пища больной замеряет через 2 часа глюкометром сахар, ведет электронный дневник и сообщает врачу. Полученные результаты обсуждается, вносится коррекция. После месячного обучения больным рекомендовано повторное обследование тощакового сахара и прандиальной гликемии. Результаты: Из 17 больных первой группы только трое (17,7%) сумели компенсировать гликемию, тогда как 15(83,3%) представителей второй - имели

нормогликемию, двоим (11,1%) не удалось нормализовать, а у одного (5,6%) появились признаки легкой гликемии. Результат показывает, что обучение необходимо продолжать, несмотря на убедительный успех принципа свободного, но правильного питания при сахарном диабете. Дистанционное обучение оказалось весьма эффективным из-за возможности индивидуального общения с каждым пациентом в отдельности. При очном обучении любая школа диабета ведет обучение в группе, нет возможности работать с каждым больным наедине, приходится обучать их усредненным приемам, тогда как при дистанционном обучении учитывается не только вес, возраст, пол, получаемое лечение диабетика, но и его индивидуальные привычки питания, национальность, семейный статус, финансовая обеспеченность и наконец - работа, которая оказывает решающее влияние на образ жизни и питания больного.

Ключевые слова*:* дистанционное обучение, специфическое рациональное питание, здоровое питание, диетотерапия, школа диабета, хлебные единицы.

ТИББИЁТДА МОРФОЛОГИК ФАНЛАРНИ ОНЛАЙН ТАРЗДА ЎҚИТИШДА ZOOM ПЛАТФОРМАСИНИ ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Рахмонова Х.Н., Рахмонов З.М.
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

«Zoom - бу жуда осон ишлатиладиган интуитив дастур. сиз файлни юклайсиз, тугмачани босасиз ва ишлай оласиз. мен Zoom ни самолётда, машинада, уйда, офисда - ҳамма жойда ишлатаман!» - дейди Елена Йоффе, АБ ИнБев компанияси вакили. Эҳтимол, кўпинча ўқитувчилар Skipe ни онлайн дарслар учун ишлатадилар, аммо бошқа платформалар ҳам бор, улар бундан ҳам ёмонроқ ва баъзан Skipe дан яхшироқдир. Менинг севимли ва энг кўп ишлатиладиганим Zoom дир. Ўзида бир қанча қулайликларга эга бўлган бу платформадан онлайн-дарс жараёнида қўллаш мақсадга мувофиқдир. Zoom - бу видео конференциялар, онлайн учрашувлар ва талабалар билан масофавий таълимда хизмат қиладиган платформадир. Дастурни мана бу сайтда: https://zoom.us/download юклаб олишингиз мумкин ва бу сайтдаэса: https://docs.google.com/ бу платформа тўғрисида махсус кўрсатмалар мавжуд. Дастурни юклаб олганингиздан сўнг ўз компьютерингизга ўрнатиб, электрон почта орқали дастур активлаштирилади. Ҳисоб қайдномасини яратган ҳар ким конференцияни ташкил қилиши мумкин. Бепул ҳисоб сизга 40 дақиқа давом этадиган видеоконференцияни ўтказишга имкон беради. Дастур индивидуал ва гуруҳ дарсларига жуда мос келади, талабалар компьютердан ҳам, телефон билан планшетдан ҳам киришлари мумкин. Видеоҳавола ёки конференция ID (идентификатор) рақамига эга бўлган ҳар ким видео конференцияга уланиши мумкин. Тадбирни олдиндан режалаштириш мумкин, шунингдек, сиз такрорланадиган ҳаволани ҳам қилишингиз мумкин, яъни маълум бир вақтда ташкиллаштирилган конференц-дарсга кириш учун худди шу ҳаволани қилишингиз мумкин.

Zoom платформасининг афзалликлари:

* ажойиб уланиш. Менинг амалиётимда платформа ишламай қолганлиги ҳақида бирон бир ҳолат бўлмади.

* ҳар бир иштирокчи билан видео ва аудио алоқа. Ташкилотчида микрофонни ёқиш ва ўчириш, шунингдек, видеони ўчириб қўйиш ва барча иштирокчилардан видеони қўшишни талаб қилиш имконияти мавжуд. Конференцияга фақат кўриш ҳуқуқларига эга иштирокчи сифатида киришингиз мумкин.

* сиз экранни (экран алмашиш) аллақачон товуш билан бўлишишингиз мумкин. Экран намойиши тўхтатиб турилиши мумкин. Бундан ташқари, сиз бутун экранни баҳам кўролмайсиз, фақат алоҳида дастурлар, масалан, браузерни намойиш қилишни ёқишингиз мумкин. Созламаларда сиз барча иштирокчиларга экранларни улашиш ёки чекловларни фаоллаштиришингиз мумкин, шунда фақат ташкилотчи буни амалга ошириши мумкин.

* интерфаол доска платформага ўрнатилган бўлиб, сиз экран намойишидан оқ тахтага осонгина ва тезда ўтишингиз мумкин.

* сиз чат ёзишингиз мумкин, у ерда сиз хат ёзишингиз, файлларни ҳаммага узатишингиз ёки битта талабани танлашингиз мумкин. Чат ҳар бир конференцияда автоматик равишда сақлаш ёки қўлда сақлаш учун созланиши мумкин (Чат → Кўпроқ → Суҳбатни сақлаш).

* сиз компьютерда ҳам, булутда ҳам дарс ёзишингиз мумкин. Қулайлик билан сиз автоуловни ёзишни созлашингиз, шунингдек уни тўхтатиб қўйишингиз мумкин.

* конференция давомида сиз ташкилотчи билан бир хил имкониятларга эга бўлган қўшма ташкилотчини тайинлашингиз мумкин: алоҳида талабалар учун микрофонни ёқинг ва ўчиринг, номини ўзгартиринг ва хоналарга бўлининг каби буйруқлар бажарилади.

Менга нимаси кўпроқ ёқади? Талабаларни жуфт ва гуруҳларга бўлиш қобилияти. Ўқувчиларни ажратиш ва алоҳида топшириқлар бериш худди офлайн дарсда бўлгани кабидир. Сиз талабаларни жуфт ва гуруҳларга ажратиб, уларни алоҳида хоналарга – сессия хоналарига (мини-конференциялар) ажратишингиз мумкин, бу ерда улар фақат бир-бири билан алоқа қилишади, қолганлари эса уларни кўрмайди ва эшитмайди. Хоналар сони ўқитувчи томонидан белгиланади, иштирокчилар автоматик ёки қўлда тақсимланиши мумкин. Ташкилотчида хоналарни айланиб чиқиш ва у ерда нима содир бўлганлигини текшириш имконияти мавжуд. Шунингдек, сиз иштирокчиларни хонадан-хонага ўтказишингиз мумкин. Агар сиз яшил текис фонга эга бўлсангиз, унда сиз фонни ўзгартиришингиз ва дарсда унутилмас муҳит яратишингиз мумкин. Бу талабалар билан ишлашда мос келади. Мен буни ўзимизнинг институтимизнинг модул тизими фонини ташкиллаштирдим. Экран намойишида Co-annotation воситаси мавжуд, яъни сиз чизишингиз, таъкидлашингиз, ўчиришингиз мумкин ва ҳоказо. Буни ўқитувчи ҳам, талабалар ҳам амалга ошириши мумкин (албатта созламаларда талабалар учун ушбу функцияни ўчириб қўйишингиз мумкин). Трансляция пайтида “Демонстрация” тугмасини босиш орқали талабаларни ўз материалларингизни (презентация, видео, диаграмма, тасвирлар) бир вақтнинг ўзида изоҳ бериб кўрсатишингиз имконияти бор. Сичқонча ва клавиатурани бошқариш имкониятини узатиш имкониятини беради. Платформанинг салбий томони шундаки, талабалар фақат чизишлари мумкин, виртуал доскада (масалан, Realtimeboard да) бирон бир нарсани силжитиш имконсиз, аммо ўқитувчи экранини ёқиб, бошқарувни сичқонча билан узатиши мумкин, яъни талаба ўз навбатида ўқитувчининг сичқончасини силжитади ва унинг компьютерида зарур бўлган ҳамма нарсани бажариши (тақдимотда картани буриш, WheelDecide ни босиб, расмларни улаш ва ҳоказо) ва сиз клавиатура бошқарувини ҳам ўтказишингиз мумкин. Веб-конференция пайтида, иштирокчи ўз экранини кўрсатаётган одамни назорат қилишни сўрайди. Намойишчида тасдиқ хабари пайдо бўлади. Агар ташкилотчи тасдиқласа, демак, иккаласи ҳам сичқонча ва клавиатура билан, намойишчининг устуворлиги билан ишлаши мумкин. Талабаларнинг модул тизимидаги “контролирующий режим” даги тест натижаларига ҳамда Zoom платформаси ёрдамида ўтилган онлайн дарс натижаларига кўра баҳоланмоқда. Бу платформанинг яна шундай хусусияти борки, олиб борилган конференция тасвирларини фойдаланаётган қурилмамизга ёзиб олишимиз мумкин. Хулоса. Zoom платформаси онлайн таълим ўтказиш учун энг маъқул ва қулай платформа деб ўйлайман. Ўқитувчи ва талабалар келишилган ҳолда ўзига қулай вақтда онлайн машғулотёки маърузани ўтказиши мумкин. Бу платформа айниқса ҳозирги карантин пайтида талабаларнинг фанни ўзлаштириши ва уларни назорат қилиш, савол-жавоб ўтказиш учун ажойиб платформа деб ҳисоблайман. Таълим платформаси Zoom - бу онлайн дарс ўтказиш учун энг яхши ечимдир ва умид қиламизки, бу сизга ёрдам беради.

Калит сўзлар: Zoom платформаси, провайдер, онлайн дарс, браузер, конференция, идентификатор рақами.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А.
Андижанский Государственный медицинский институт,
Бухарский Государственный медицинский институт

До настоящего времени НЯК остается проблемой мировой медицины, порою негативно влияющей на жизнедеятельность больного. Поэтому остро ставится вопрос найти подходящую терапию в комплексном лечении НЯК. Для улучшения качество лечения больных с НЯК мы в комплексном лечении НЯК в послеоперационном периоде применяли лимфотропную терапию. Полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных нами патогенетически обоснованных лимфотропной терапии, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и соответственно результаты лечения такой тяжелой патологии как НЯК путем снижения частоты кишечных осложнений в послеоперационном периоде с 25,6% до 9,2%. Неспецифический язвенный колит (НЯК) это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки, характеризующееся тяжелым диффузным язвенно-воспалительным поражением ее слизистой оболочки с развитием местных и системных осложнений. До настоящего времени нет единого мнения о целесообразности антибактериальной терапии даже при тяжелом обострении НЯК. Считают, что прямая эндолимфатическая антибактериальная и лимфостимулирующая терапия эффективно санирует регионарную лимфатическую систему и лимфатических узлов брюшной полости, но местное применение лимфатической терапии при НЯК в послеоперационном периоде не применялись, либо об этом нет существенные данные. Оперативные вмешательства при НЯК выполняются при неэффективности консервативной терапии или развитии осложнений у 10-20% пациентов. Частота ранних послеоперационных осложнений до настоящего времени составляет при плановых вмешательствах около 10%, экстренных до 40-45%, а летальность от 12% до 35%. Однако, до сих пор недостаточно разработаны клинические и морфологические критерии, которые могли бы объективно оценивать как динамику воспалительного процесса, так и результаты различных методов лечения, и в том числе после операций. Учитывая нерешённость вопроса о целесообразности лимфатической терапии при НЯК, а также отсутствие данных о применении эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде, следует считать эти вопросы актуальными для современной абдоминальной хирургии. Цель исследования – улучшить результаты лечения и предотвратить осложнения у пациентов при НЯК в послеоперационном периоде, путем включения в комплексную лечению эндомезентериальной лимфатической терапии и лимфостимуляции. Проведен анализ результатов комплексного лечения 97 пациентов в послеоперационном периоде при НЯК с применением эндомезентериальной лимфатической терапии и в отдельности общего-традиционного метода, находившихся в колопрактологическом отделении клиники АГМИ за период с 2010 по 2020 год. Мужчин было 45 (46,4%), женщин 52 (53,6%). Возраст пациентов составил от 17 до 73 лет. Наибольшее количество пациентов было трудоспособного возраста – 91 (93,8%). Все оперированные пациенты были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты, которым комплексное лечение НЯК дополнялось применении

эндомезентериальной лимфатической терапии по разработанному в клинике алгоритму (n=54), а во второй – пациенты, получавшие общепринятое традиционное лечение (n=43). В обеих группах большинство пациентов были в возрасте от 17 до 50 лет: в I группе их 39 (72,2%), во II – также 35 (81,4%). В первой группе мужчин было 25, а женщин 29. Во второй группе мужчин было 20, а женщин - 23. Всем пациентам I группы по завершении основного этапа операции эндомезентериально установили полихлорвиниловый катетер для эндомезентериальной лимфатической терапии, которую проводили в течение 4-5 дней, 1 раз в сутки в послеоперационном периоде. После определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, выделенной из материала слизистой оболочки толстой кишки, лимфотропно применяли подобранную одну дозу антибиотика заранее растворив его в 50 мл 0,5% растворе новокаина. До этого для стимуляции лимфатической системы через установленный эндомезентериальный катетер ввели капельно раствор глюкозы 5% - 50 мл + новокаин 0,5% - 50 мл с добавлением 5000 ед. гепарина или лазикса 64 ед., в течение 40-60 минут. Эндолимфатическая терапия способствует улучшению реологических свойств крови и лимфы, усилению лимфа оттока, нормализации микрогемолимфоциркуляции, полноценному удалению из тканей отечной жидкости и токсических метаболитов, активизации обезвреживающей и иммунологической деятельности лимфатических узлов брюшной полости. Результаты эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде были уникальны по профилактике развития функционально-динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде. Этот метод способствовал снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде лимфатического потока токсинов, токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступающих лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции лимфатических капилляров и нормализации лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости. Тем самым в послеоперационном периоде в динамике наблюдались раннее восстановления перистальтики кишечника. Комплексная эндомезентериальная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде при НЯК позволила достоверно улучшить состояние пациентов первой группы по сравнению со второй. Включающие клинические и лабораторные показатели пациентов первой группы снизились более значительно. В целом, полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и, соответственно, результаты лечения такой тяжелой патологии как НЯК, путем снижения частоты осложнений в послеоперационном периоде с 15,9% до 5,7% и летальности с 7,2% до 2,4%. Таким образом, основываясь на результаты наших наблюдений, можно делать вывод, что применяемая эндомезентериальная лимфотропная терапия в комплексном лечении больных в послеоперационном периоде при НЯК способствует достоверную снижению частоты осложнений грозной для жизни этой патологии.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, лимфотропная терапия.

МИОКАРДОПРОТЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рузиева А.А.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Обследовано 42 больных ИБС, перенесших ИМ (мужчины – 27, женщины – 15). Средний возраст которых составлял 51,4±1,1 лет. Все пациенты проходили ряд обследований в виде: сбора анамнеза и общего осмотра; клинические и биохимические исследования, ЭКГ. А по результатам теста 6-минутной ходьбы Нью-Йоркской классификации оценивались проявления ХСН. Использование миокардопротектора Неотона на фоне базисной терапии, у больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный ХСН, заметно уменьшает тяжесть его течение и возникновения осложнений, достигая тем самым- улучшения качества жизни. Современная кардиология стоит перед весьма глубокой проблемой, представляющая собой терапию давно известного осложнения ишемической болезни сердца (ИБС)- хронической сердечной недостаточности (ХСН), а именно у постинфарктных больных. А глубина же проблемы характеризуется быстрым темпом появления новейших лекарственных препаратов, которые влияют на различные патогенетические звенья ХСН. В свою очередь у больных с ХСН, после перенесенного инфаркт миокарда, ремоделирование левого желудочка и нарушение его сократительной функции, представляющее собой структурно – функциональное изменение, утяжеляет течение болезни. Тем самым качества жизни пациентов несколько снижается. В этом процессе систолическая дисфункция является концом цепи, в возникновении которого играет роль диастолическая дисфункция , проявляющаяся как результат структурных изменений клапанов и нарушения возбудимости и проводимости в синусовом узле и проводящей системе сердца-начиная от сино-атриального узла вплоть до волокон Пуркинье. Причиной этому является резкий дефицит АТФ в кардиомиоцитах, который является необходимой энергией актомиозинов. Последние же в свою очередь позволяют выполнить сокращение миокарда. Именно этот и дефицит АТФ при постинфарктной ИБС, осложненный ХСН, требует использования метаболика с мощным кардиопротекторным свойством на фоне базисной терапии следующими группами препаратов: в-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты Основная группа препаратов, используемых при ХСН положительно действует на гемодинамику и реологию коронарного кровотока, но неумение их повлиять на эффективное использование кислорода ишемизированным участком миокарда требует проведения данного исследования с Неотоном (Альфа Вассерман С.п.А. (Италия)), который улучшает метаболизм мышечной ткани организма и миокардиальных клеток, за счёт структуры аналогичной с макроэргическим эндогенным фосфокреатином, позволяющим ему тормозить деструкцию сарколеммы ишемизированных участков миокарда, что обеспечивает оптимальный внутриклеточный транспорт энергии кардиомиоцитов. Достижение же должного транспорта энергии обеспечивается нормализацией сократительной функции кардиомиоцитов и миокарда в целом при сохранении энергетического потенциала и экономия энергии (АТФ) Неотоном, благодаря стабилизации основных соединений: свободных жирных кислот (55-75%) и глюкозы (10-20%). А также Неотон являясь резервом энергии в клетках миокарда используется для повторного синтеза (АТФ), гидролиз которого высвобождает энергию для сокращения актомиозина. Недостаточное поступление энергии в кардиомиоциты, связанное

с замедлением окислительных процессов есть и ключевой механизм развития и прогрессирования ишемии миокарда, который и приводит к снижению систолической функции миокарда и способности его к функциональному восстановлению. При повреждении миокарда существует тесная корреляция между количеством богатых энергией фосфорилированных соединений в клетках, жизнеспособностью клеток и их способностью восстанавливать сократительную функцию. В ходе исследования установлено, что добавление Неотона к базисной терапии ХСН достоверно улучшает сократительную функцию миокарда и уменьшает функциональный класс хронической сердечной недостаточности. Изучить влияние миокардопротекторного свойство Неотона на больных с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, осложненных хронической сердечной недостаточностью. В обследование были включены 42 больных ИБС, перенесших ИМ [мужчины – 27 (64,3%), женщины – 15 (35,7%)]. Средний возраст которых составлял 51,4±1,1 лет. Всем больным проводились обследования в виде сбора анамнезтических данных и общего осмотра; клинические и биохимические исследования, ЭКГ. Оценка проявлений ХСН у пациентов обеих групп проводилась по Нью-Йоркской классификации по результатам теста 6-ти минутной ходьбы. Больные были распределены на 2 группы. В первую группу включили 26 (61,9%) больных [мужчины – 19 (73,1%), женщины – 7(26,9%)], которые наряду с базисной терапией получали Неотон в дозе 2 гр соединив с Глюкозой 5%-200,0 в течение 10 дней. Во вторую группу (группа контроля) вошли 16 (43,3%) больных [мужчины – 8 (50%), женщины - 8(50%)], которые получали стандартную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты). Распределение по классам ХСН на момент включения больных в исследование наблюдалась в 1-ой группе у 17 (65,4%) пациентов : I ФК у 5 (29,4%), II ФК - 4(23,5%), III ФК - 5(29,4%) и IV ФК - 3(17,7%). Во 2-й группе у 9 (56,3%) больных: I ФК у 1(11,1%), II ФК -2(22,3%), IIIФК - 3(33,3%) и IVФК - 3(33,3%) пациентов. По Миннессотскому опроснику в 1-й группе пациентов показатели качества жизни (среднее значение в баллах) было 61,5±1,2 баллов ($p<0,05$). В 2-ой группе было 59,3±0,9баллов($p<0,05$). Оценивая проявления ХСН по ФК, установили достоверное улучшение качество жизни, вследствии восстановления нормальной гемодинамики. В группе получивших Неотон регрессия ФК ХСН приобрёл следующий характер: Произошёл переход со II ФК ХСН с 4 (23,5%) до 7 (41,2%), I ФК ХСН с 5 (29,4%) до 7 (41,2%) больных по сравнению с исходными данными за счет больных из III ФК и IV ФК. Уменьшилось количество больных с III ФК ХСН до 2 (11,8%) и IV ФК ХСН до 1 (5,9%) больных, а в контрольной группе наблюдалась незначительная отрицательная динамика (III ФК до 1 (11,1%) и IV ФК до 1(11,1%)). По Миннесотскому опроснику, отражающий качество жизни пациентов было установлено положительная динамика в пользу улучшения. В 1-й группе пациентов показатели качества жизни (среднее значение в баллах) улучшились с 61,5±1,2 до 42,3±0,4 баллов ($p<0,01$). Во 2-й группе с 59,3±0,9 до 48,9±1,2 баллов($p<0,05$). Неотон является цитопротектором высокого класса, в частности миокардопротектором, который на фоне применения (от 10 дней в стационаре и до 1 месяца) достоверно улучшает метаболизм кардиомиоцитов и показан всем больным с ИБС, перенесшим инфаркт миокарда на ранних стадиях развития хронической сердечной недостаточности.

Ключевые слова: неотон, кардиопротектор, миокардопротектор, ишемическаая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность.

НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Рустамов У.Х., Рустамов У.У., Рузиева А.А.
Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время УЗИ широко и весьма эффективно применяется в диагностике бесплодия у женщин. УЗИ позволяет определить от самого простого: установления положения матки вплоть до грубых аномалий развития полового аппарата. К которым относятся: агенезия (врожденное полное отсутствие матки и/или яичников); гипоплазия (недоразвитие несовершенство органа, размеры которого не достигают средних возрастных показателей); удвоение матки, двурогая или седловидная матка; генитальный инфантилизм. УЗИ в гинекологии дает уникальную возможность визуализации матки, трубы, яичников и любых патологических образований (опухоли, кисты и т.д.). Не теряя свою ценность благодаря своей совершенно безопасности, безболезненности и неинвазивности. Нарушение менструального цикла (НМЦ) является одним из самых обще-социальных задач и проблем у девушек фертильного возраста, приводящий к бесплодию. Бесплодие является серьезной проблемой многих супружеских пар. В настоящее время несмотря на свой большой успех лечения-бесплодие не теряет свою актуальность. Особенно эмоционально значимым является именно женское бесплодие, поскольку социальная роль женщины неразрывно связана с материнством. Вследствие этого, указанная проблема приобретает не только медико-биологическое, но также и социально-экономическое значение. О бесплодном браке говорят когда, при регулярной половой жизни, в течение одного года у женщины не наступает беременность. Частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 10 до 15%. Из которого причиной бесплодного брака, в 22% случаев бывает мужским, в 32% женским. В 21% нарушение бывают комбинированные, 14% причины не установлены. Исходя из этих данных , в нашей статье изучается причина бесплодия у женщин , связанная с НМЦ, методом ультразвукового исследования (УЗИ) .И все же на современном этапе развития науки и практики примерно в 8-10% случаев установить причину бесплодия не представляется возможным в Узбекистане это показатель составляет 17-20%. Бесплодие может развиваться вследствие нарушения оплодотворения и имплантации яйцеклетки. Прежде, чем начинать лечение бесплодия у женщины, необходимо выяснить у нее все особенности менструального цикла (продолжительность менструального цикла и менструаций, болезненность месячных, объем менструальной кровопотери). НМЦ ведет к ановуляции, которая может развиваться на любом клеточном уровне и этапе образования, созревания, выхода яйцеклетки. Эндометриоз органов половой системы также часто сопровождается НМЦ. Частота бесплодия при эндометриозе (матки, яичников) достигает 90%. Лечение заболевания заключается в назначение гормональной терапии, которая снижает процент бесплодия до 50. Также по частоте причин, вызывающих НМЦ, а далее и бесплодие- киста яичников (КЯ) тоже лидирует. Некоторые виды КЯ требуют гормональной терапии, а другие же проведение оперативного удаления кисты. Менструальный цикл и репродуктивная функция восстанавливается после исчезновения КЯ. Лидером структуры гинекологических нозологий являются воспалительные заболевания органов малого таза, являющиеся наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста. В 80-90% случаев хронический эндометрит (ХЭ)

встречается у женщин репродуктивного возраста, который обусловливает НМЦ, репродуктивной функции и является причиной бесплодия, неудачных попыток ЭКО и ПЭ, не вынашивания беременности, осложнений течения беременности и родов. Цель исследования: изучить возможности ультразвукового исследования в выявлении причин НМЦ, приводящей к бесплодию у женщин. Обследованы *64* больных в возрасте 19-45 лет с нарушением менструального цикла, из них у 14 (1-я группа)-гипоплазия матки, которая преимущественно выявлялась у девочек и женщин в возрасте 19 – 25 лет.,16 (2-я группа)- киста яичников, преимущественно выявляемое в возрасте 19 – 36 лет, 8 (3-я группа)- загиб матки, который преимущественно выявлялся у женщин в возрасте 19 –45 лет., 19 (4-я группа)-хронического метроэндометрита, которые преимущественно выявлялись у женщин в возрасте 36-45 лет.,7 (5-я группа)- гиперплазия эндометрия, которая преимущественно выявлялось в возрасте 29-43 лет. Исследование проводилось аппаратом «Mindray DC-N3» с конвексным датчиком 3,5 МГц и вагинальным датчиком 7,5 МГц в лечебно-диагностическом центре «Мехрибон Шифо Нур». Контрольную группу составили 15 здоровых женщин. В ходе проведенного исследования длина матки у женщин из контрольной группы, не имевшие беременности в анамнезе составила около 44±2 мм, ширина 43±2 мм, передне–задний размер матки 34±1 мм. У 14 больных (22%) была отмечена гипоплазия матки, которая преимущественно выявлялась у девочек и женщин в возрасте 19 – 25 лет. Больные с гипоплазией матки жаловались на позднее начало менструаций (после 16 лет), их нерегулярность и повышенную болезненность, выкидыши, аномалии родовой деятельности, бесплодие. Размеры матки были значительно меньше нормы вследствие недоразвития ее в период полового созревания. У 3 (21,4%) больных гипоплазия матки являлась проявлением полового генитального инфантилизма. При оценке эндометрия у 7 больных (11%) была выявлена гиперплазия эндометрия, которая преимущественно выявлялось в возрасте 29-43 лет. При этом заболевании слизистой матки изменение желез и стромы слизистой оболочки приводит к дисбалансу двух женских половых гормонов: эстрогена и прогестерона. Эстроген выделяется в избыточном количестве, а прогестерон, меньше чем положено. По этой причине слизистый слой матки – эндометрий начинает постоянно нарастать, что в конце-то концов становится значительно толще, чем в норме (фаза пролиферации). Этот процесс приводит к утолщению слизистой до 16 мм, повышением эхогенности эндометрия, характерными точечными эхонегативными включениями внутренней ёё структуры. У 16 (25%) пациенток при ультразвуковом исследовании была обнаружена КЯ, преимущественно выявляемое в возрасте 19 – 36 лет. Это доброкачественное образование с жидким содержимым, чаще выявляется у женщин фертильного возраста, к которому приводит гормональное нарушение. При УЗИ различаются фолликулярные, эндометроидные кисты, а также кисты желтого тела. У 4 больных (25%) развитие КЯ не вызывало у пациенток никаких неприятных ощущений, именно поэтому кисты были выявлены только во время проведения планового УЗ-обследования. У 12 больных (75%) отмечались жалобы на боли внизу живота, в пояснично-крестцовой и паховой области, НМЦ, маточное кровотечение, менструально-подобные выделения в постменопаузе, бесплодие. У 8 (12,5%) женщин был выявлен загиб матки, который преимущественно выявлялся у женщин в возрасте 19-45 лет. При данной патологии тело матки нестандартно расположено и отклонено кзади от продольной оси. Основной причиной ретроверсии матки у обследованных больных, вероятнее всего, является наследственный фактор, однако спровоцировать загиб могут также нарушения целостности

связок матки, слабость мышц тазового дна, некоторые воспалительные заболевания органов малого таза, опухоли, эндометриоз. В большинстве случаев у 6 больных (75%) ретроверсия матки протекала бессимптомно и диагностировалась лишь при обращении к доктору по вопросу бесплодия. В ходе исследования у 19 (29,7%) больных выявлялись признаки хронического метроэндометрита, которые преимущественно выявлялись у женщин в возрасте 36– 45 лет. Это воспаление слизистой и мышечной части матки, может развиться из–за того, что в матку попадает септическая инфекция, а также некоторые другие микроорганизмы по лимфогенным, гематогенным или восходящим путям. У 5 пациенток (26,3%) хронический метроэндометрит развился из острого. При этом пациентки отмечали меньше болей по сравнению с острым. При хроническом метроэндометрите волокна постепенно атрофируются и заменяются соединительной тканью, матка становится увеличенной и плотной, что проявлялось у наших больных повышением эхогенности. Ультразвуковое исследование является совершенно безопасным и неинвазивным методом диагностики, который позволяет выявить и установить: гипоплазию матки, кисту яичников, загиб матки, гиперплазию эндометрия, хронический метроэндометрит. Они же в свою очередь являются первопричиной приводящий к НМЦ, обуславливающий бесплодие. Проведенное нами данное исследование еще раз утверждает и доказывает, что метод УЗИ является не заменимой при первичной уточняющей диагностике, а также при динамическом наблюдении нарушений менструального цикла. Что позволяет гинекологам выбрать эффективную патогенетическую и/или этиологическую терапию.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, нарушение менструального цикла, гипоплазия матки, киста яичников, загиб матки, хронический метроэндометрит, гиперплазия эндометрия.

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В НИНГ ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ФОНИДА КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Рустамова Шаҳло Абдуҳакимовна, Шодиева Дилафруз Абдужалоловна, Баҳриева З.Ж.

Самарканд давлат тиббиёт институти

ЖССТ маълумотларига кўра, бутун дунё бўйича ушбу микст инфекция билан касалланган беморлар сони ўртача 4-5 млн.ни ни ташкил қилади. Узоқ йиллар давомида ОИВ инфекция билан хасталанган беморлар оппортунистик хасталиклардан вафот этишганлиги боис, гепатит В касаллиги муҳим аҳамиятга эга эмасди. 1996 йилга келиб, вазият ўзгарди. Бу ҳолат антиретровирусли терапиянинг йўлга қўйилганлиги ва ОИВ инфекция билан хасталанган беморларда оппортунистик касалликларнинг ривожланиш хавфи камайиши билан боғликдир. ОИВ инфекцияси оқибатида келиб чиққан иммунтанқислик ҳолати ВГВ кечишини тезлаштиради. Айни дамда ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморларда касаллик кечишининг оғирлашувига олиб келувчи оппортунистик инфекциялар орасида сурункали гепатит В касаллиги биринчи ўринга чиқди. ОИВ вируси билан хасталанган беморларда ВГВ инфекцияси асосан сурункали гепатит шаклида учраб, беморларда касаллик клиник белгилари етарлича ифодаланмаган бўлади. Аксарият ОИВ билан касалланган беморларда сурункали гепатит В касаллиги паст фаолликда ва яққол ифодаланмаган фиброз белгилари билан кечиши тадқиқотларда аниқланган. Вирусли гепатит В фонида ОИВ инфекцияси прогрессив равишда ривожланиб боради. ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморларда вирусли гепатит В касаллигининг микст кўринишида клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш. ОИВ ва ВГВ инфекцияси билан хасталанган 40 бемор кузатув остига олинди. Текширув предмети-қон, сийдик, қон зардоби, текширилган беморларнинг касаллик тарихлари ҳисобланади. Текширув усулларидан клиник, эпидемиологик, лаборатор-умумий қон таҳлили, биокимёвий, серологик, ПЗР, ИФА, иммуноблот, стандарт текширув усуллари қўлланилди. Назорат гуруҳидаги ҳам беморлар 40 кишини ташкил қилди. Назорат гуруҳидагиларда фақат «Сурункали гепатит В» ташхиси қўйилган. Тадқиқотда асосан Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига 2015-2018 йилларда мурожаат этган 40 беморда ўтказилган кузатув натижалари асос қилиб олинган. Кузатув остига олинган беморлар асосан Самарқанд шаҳридан (32,5%) ва 20% Каттақўрғон шаҳридан, 10% беморлар Каттақўрғон туманидан, 5% беморлар Нарпай туманидан, 5% беморлар Нуробод туманидан, 10% беморлар Самарқанд туманидан, 7,5% беморлар Тайлоқ туманидан, 10% беморлар Ургут туманидан мурожаат этишган. Касаллик 26-50 ёш орасида бўлган беморларда кўп учраб (90%), ўртача ёши – 25-40 ёшни ташкил қилди. ОИВ+ВГВ микст инфекцияси касаллигига чалинганлардан 60,0% ни эркаклар ташкил қилди ва ўртача ёши 25,6 ёшни, улардан 16 таси аёллардан иборат бўлиб, ўртача – ёш 23,3 атрофида. Касаллик асосан меҳнатга лаёқатли ўрта ёшли кишиларда нисбатан кўп учраган. Беморларнинг эпидемиологик анамнези таҳлил қилинганда қуйидагилар маълум бўлди: 37,5% беморларнинг инъекцион муолажаларни қабул қилганлиги, 20% беморларнинг охирги йилларда хорижда ишлаб келганлиги, 20% беморлар бошидан тиббий муолажаларни қабул қилганлиги, 15% беморларга қон қуйилганлиги, 7,5% беморларда юқиш йўли аниқланилмади. ОИВ+ВГВ микст инфекцияси касаллигига чалинган беморларнинг касб-корларини таҳлил қилганимизда, беморларнинг асосий қисмини вақтинча ишсизлар (асосан хорижда ишлаб келиш ҳисобига кун кўрувчилар), маълум сабабларга кўра қамалганлар ташкил этиши аниқланди. Беморларда ОИВ инфекцияси ташхисини қўйишда ЖССТ томонидан 1997 йилда тавсия этилган классификация қўлланилди. Гепатит В касаллиги ОИВ инфекцияси билан биргаликда кечишида асосан сурункали кўринишда кечганлиги

аниқланилди. Касалликнинг ўткир шакли ОИВ билан хасталанган беморларда учрамади. Сурункали гепатит В касаллиги ОИВ инфекцияси билан биргаликда кечишида касалликнинг минимал фаоллик даражаси 6 беморда аниқланиб, бу умумий беморлар сонидан 15% ни ташкил қилади. Касалликнинг минимал фаоллик даражасида беморларни ҳолсизлик, дармон қуриши, кўнгил айниши, иштаҳасининг пастлиги, ошқозон соҳасидаги оғриқлар, меҳнат қобилиятининг сусайиши, уйқусизлик безовта қилган. Бу ўзгаришлар ўртача 10-15 кун давом этди. Касалликнинг минимал фаоллик даражасида кузатувдаги беморлар учун гепатомегалия, ҳолсизлик, иштаҳасининг пастлиги, дармон қуриши хос белги ҳисобланди (60%). “Сурункали гепатит В паст фаоллик даражаси ва ОИВ инфекцияси микст кўринишда кечиши 9 беморда аниқланиб, бу умумий беморлар сонидан 22,5% ни ташкил қилади. Беморларда ҳолсизлик, дармон қуриши, иштаҳасининг пастлиги, ич қотиши, қорин дамлаши, кўнгил айниши, ошқозон соҳасидаги оғриқлар, жигар соҳасидаги оғриқлар, сийдик ранги ўзгариб туриши, вазн йўқотилиши, лоҳаслик, меҳнат қобилиятининг сусайиши, ўнг қовурға остида тўмтоқ оғриқлар, бош айланиши, меҳнат қобилиятининг пасайиши, хотира пасайиши, асабийчанлик, депрессия ҳолати, оғиз қуриши ва чанқаш, ёғли овқатни кўтара олмаслик, бурундан қон кетиши кузатилган. Касалликнинг паст фаоллик даражаси асосан 30-50 ёшларда учраб, бу ҳолат беморларда иммун тизим фаолиятининг пасайишига олиб келди. Касалликнинг ўртача фаоллик даражаси 11 беморда аниқланиб, бу умумий беморлар сонидан 27,5% ни ташкил қилади. Касалликнинг ўртача фаоллик даражаси ўртача 20-25 кун давом этди. Касаллик бошланишида беморларни ҳолсизлик, дармон қуриши, иситма, уйқунинг бузилиши, бош оғриғи, бош айланиши, асабийчанлик, ўнг қовурға остида тўмтоқ оғриқ, оғиз қуриши, чанқаш, озиб кетиш, иштаҳасининг пастлиги, бўғимлар ва мушаклардаги оғриқлар, ич қотиши, қусиш, тинимсиз кўнгил айниши, зарда қайнаши, кекириш, ошқозон соҳасидаги оғриқлар, жигар соҳасидаги оғриқлар, қорин дамлаши, бадандаги тошмалар, оғиз бўшлиғидаги кандидоз тошмалар безовта қилган. Бизнинг кузатувларимизда беморларнинг 34% да иситма аниқланилган. Тана ҳароратининг ўртача кўрсаткичи 37,8±0,8°С ташкил қилди. Иситма давомийлиги ўртача 4,3±0,4 кунни ташкил этди. Беморларда қуйидаги ҳамроҳ касалликларнинг биргаликдаги кечиши кузатилди: оғир даражали камқонлик, сурункали пиелонефрит, герпетик инфекция, оғиз бўшлиғи кандидози, токсик энтерит ва б. Беморларда вазн йўқотилиши 4-7% ни ташкил қилди. Касалликнинг бу шаклида беморларга АРВТ терапияга тайёргарлик буюрилди. Беморларда СД4-ҳужайраларнинг 0,05-0,07х109/л эканлиги аниқланилди. Касалликнинг ўртача фаоллик даражасида ҳамроҳ касалликлар: оғир даражали камқонлик, сурункали пиелонефрит, герпетик инфекция, оғиз бўшлиғи кандидози, токсик энтерит, пневмония кузатилди. Беморларда Нв нинг 66 г/л- 46 г/л гача тушганлиги аниқланилди. Касалликнинг юқори фаоллик даражаси 14 беморда аниқланиб, бу умумий беморлар сонидан 35% ни ташкил қилади. Касалликнинг юкори фаоллик даражаси ўртача 14-15 кун давом этди. Касаллик бошланишида беморларни ҳолсизлик, дармон қуриши, иситма, иштаҳасининг пастлиги, бўғимлар ва мушаклардаги оғриқлар, ич қотиши, қусиш, тинимсиз кўнгил айниши, зарда қайнаши, кекириш, ошқозон соҳасидаги оғриқлар, жигар соҳасидаги оғриқлар, қорин дамлаши, бадандаги тошмалар, иситма безовта қилган. Бизнинг кузатувимизда беморларнинг 62% да иситма аниқланган. Тана ҳароратнинг ўртача кўрсаткичи 37,8±0,8°С ташкил қилди. Иситма давомийлиги ўртача 4,3±0,4 кунни ташкил этди. Бунда айрим беморларда иситма 7-8 кун, айрим беморларда 10-15 кунгача чўзилди. Беморларда қуйидаги ҳамроҳ касалликларнинг биргаликдаги кечиши кузатилди: оғир даражали камқонлик, сурункали пиелонефрит, ярали стоматит, пневмоцистли пневмония, герпетик инфекция, токсик энтерит, лимфаденит ва б. Беморларда вазн йўқотилиши 6-8% ни ташкил килди. Касалликнинг бу шаклида беморларга АРВТ терапия буюрилди. Беморларда СД4-ҳужайраларнинг 0,05х109/л.

паст эканлиги аниқланди. Бу гуруҳдаги беморларда қуйидаги ҳамроҳ касалликлар: оғир даражали камқонлик, сурункали пиелонефрит, ярали стоматит, пневмоцистли пневмония, герпетик инфекция, токсик энтерит, лимфаденит кузатилди. Беморлардан 20% да Нв нинг 36 г/л- 26 г/л гача тушганлиги аниқланилди. Шуни таъкидлаш лозимки, касалликнинг юқори фаоллик даражасида беморларнинг барчасида пневмония, пиелонефрит, аксарият беморларда эса замбуруғли стоматит кузатилди. Касалликнинг юқори фаоллик даражаси асосан 30-40, 40-50 ёшлар орасидаги гуруҳларда қайд этилди. Текширувдаги беморларнинг 75% қуйидаги ҳамроҳ касалликлар: сурункали холецистит (12 бемор-30%), гепатохолецистит (3 бемор-7,5%), Жильбер гепатози (1 бемор-2,5%), ўт-тош касаллиги (8 бемор-20%), сурункали пиелонефрит (22 бемор-55%), полидефицит камқонлик (40 бемор-100%) ва бошқа соматик касалликлар аниқланилди. Беморларнинг 88% изида ко-инфекцияда касалликнинг турли асоратлар билан кечиши кузатилди. Тери ва шиллиқ пардаларнинг шикастланиши аксарият беморларда кузатилди: касалликнинг II босқичида 20,7%, касалликнинг III босқичида – 72,4%, IV босқичида – 96,5% ҳолатда учради. Сурункали гепатит ко инфекциясида ОИВ инфекциясига чалинган беморларда тери шикастланиши орасида кандидоз касаллиги энг кўп учради (45,2%). Беморларда кандидозли касалликлардан қуйидаги ўзгаришлар кузатилди: терининг кандидозли шикастланиши, ангуляр хейлит, оғиз бурчаги терисининг емирилиши, томоқ шикастланиши, ҳалқумда ўзгаришлар, кейинчалик қизилўнгачнинг зарарланиши учрайди. Аёлларда кандидозли вульвовагинит кузатилди. Ошқозон ичак тизими томонидан замбуруғли зарарланишлар тилнинг оқ караш билан қопланиши, лаб атрофининг қизил рангга бўялиши билан ифодаланди. Беморларда герпетик инфекция ҳам аниқланилди: оддий герпес вирусидан тери ва шиллиқ пардаларнинг шикастланиши 29,3% беморларда кузатилди. Уларда назолабиал ва генитал соҳада везикулёз тошмалар аниқланади. 11,2% беморларда ўраб олувчи герпес кузатилиб, яққол ифодаланган оғриқ ва теридаги кўп миқдордаги везикулез ва пустулез тошмалар билан характерланади. Беморларда иммун танқислик ҳолатида аниқланувчи инфекциялардан стафилококкли ва стрептококкли пиодермиялар, фурункулез, фолликулит, пост инъекцион абсцесс, сарамас, герпетик инфекция кузатилди. Нафас олиш аъзолари томонидан: бронхит, пневмония, сил кузатилди. 74,5% беморларда ОИВ инфекциясининг иккиламчи кўринишлари даврида бактериал пневмония ривожланди. Сурункали бронхитлар асосан касалликнинг IV босқичида аниқланади. ОИВ инфекцияси сурункали гепатит В касаллиги билан микст инфекция тарзида кечганда беморларнинг аксарият қисмида (51,4%) сил касаллиги ривожланди. Ошқозон ичак тизими томонидан ОИВ касаллигининг IV босқичида 58,3% беморларда диарея келиб чиқди. Сийдик ажратиш тизими аъзоларининг шикастланиши 51,9% беморларда аниқланиб, сурункали пиелонефрит, аднексит, простатит ва хламидияли инфекция, герпетик инфекция, захм ва трихомониазли инфекция натижасида жинсий фаолиятнинг пасайиши аниқланади. 1. ОИВ ва ВГВ инфекцияси коинфекция тарзида кечганда касаллик асосан инъекцион гиёҳвандларда (37,5%) ва жарроҳлик аралашувларидан сўнг (20%) юқиши аниқланилди. 2. ОИВ инфекцияси ва Вирусли гепатит В касаллиги коинфекция тарзида кечганда касаллик асосан сурункали гепатит кўринишида кечади. Сурункали гепатит В ўртача ва юқори фаоллик даражасида кечиши билан характерланади. 3. ОИВ инфекцияси ва Вирусли гепатит В касаллиги коинфекция тарзида кечганда клиник жиҳатдан гепатит касаллигига хос яққол клиник белгилар кузатилмайди, касаллик гиёҳвандлик белгилари ва ҳамроҳ касалликлар белгилари фонида кечади; 4. ОИВ ва вирусли гепатит В инфекцияси асосан репродуктив ёшдаги меҳнатга лаёкатли аҳоли қатламини зарарлайди. Натижада бу ҳолат мамлакат учун нафақат ижтимоий муаммо, балки иқтисодий муаммо ҳам ҳисобланади.

Калит сўзлар: сурункали вирусли гепатит В, ОИВ.

МИГРЕН ВА ГИПОТИРЕОЗ ҲАМКОР КЕЛГАНДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Саъдинова Г.У., Саидвалиев Ф.С.
Тошкент тиббиёт академияси

Мигрен кенг тарқалган сурункали бош оғриқ касаллиги бўлиб, беморларнинг касбий фаолияти ва ҳаёт сифатига сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатади. Мигрен ва гипотиреознинг коморбид келиши беморларда касаллик кечишини янада оғирлаштиради. Шу сабабли мигрен ва гипотиреоз коморбидлигини ўрганиш мигрен давосида муҳим муаммолардан бири ҳисобланади. Мигрен ва гипотиреоз ҳамкор келганда ҳаёт сифатини баҳолаш. Беморлар 2 гуруҳга ажратиб текширилди. Асосий гуруҳ мигрен ва гипотиреоз ташхиси қўйилган 30 нафар бемор ва солиштирма гуруҳ мигрен ташхиси қўйилган қалқонсимон без дисфункцияси аниқланмаган 20 нафар бемордан иборат. Барча беморларда клиник-неврологик текширувлар, қалқонсимон без гормонлари лабаратор текшируви (ТТГ, Т4 эркин), бош мия МРТси, электроэнцефалография ва эндокринолог кўригидан ўтказилди. Беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш учун QVM(мигренда ҳаёт сифати) сўравномасидан фойдаланилди. QVM шкаласи 20та саволдан иборат бўлиб, функционал, психологик, ижтимоий ва тиббий жиҳатдан ҳаёт сифатининг пасайишини баҳолайди. Сўравномада “охирги 3 ойда ҳаётингиз қанчалик даражада қийинлашди” туридаги 5 хил саволларга: қийинлашмади, бироз, ўртача, сезиларли даражада ва жуда қийинлашди каби жавоблар орқали аниқланади. Умумий баҳолаш 0 дан 100 баллгача кўрсаткичда бўлиб, 0 балл ҳаёт сифатининг энг ёмон бузилиши бўлса, 100 балл ҳаёт сифати ёмонлашмаганлигидан далолат беради. Беморлар 18 ёшдан 55 ёшгача бўлиб, ўртача ёш 34 ± 9,2 ёшни ташкил қилди, улардан 36 нафари аёл ва 14 нафари эркак. Ҳаёт сифатининг пасайиши QVM сўровномаси натижаларига кўра асосий гуруҳда (n=30) ўртача балл 62,4 ± 4,6 ни, солиштирма гуруҳда (n=20) ўртача 80,6 ± 6,82 ни ташкил қилди. Ушбу натижаларга кўра мигрен ҳаёт сифатининг пасайишига сабаб бўлади, гипотиреоз мигрен билан коморбид келганда ҳаёт сифатининг янада (20%га) пасайишига сабаб бўлиши аниқланди. Барча беморларга невролог ва эндокринолог томонидан керакли даво муолажалари тавсия этилди. Юқоридаги натижаларга асосланган ҳолда қўйидаги хулосага келишимиз мумкин: мигрен ташхиси қўйилган беморларда қалқонсимон без фаолиятини баҳолаш муҳимдир. Қалқонсимон дисфункциясини даволаш мигренда ҳаёт сифатининг яхшиланишига ижобий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлар: мигрен, гипотиреоз, ҳаёт сифати, коморбидлик, QVM шкала.

МИГРЕН ВА ГИПОТИРЕОЗ ҲАМКОР КЕЛГАНДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Саъдинова Г.У., Саидвалиев Ф.С.
Тошкент тиббиёт академияси

Мигрен кенг тарқалган сурункали бош оғриқ касаллиги бўлиб, беморларнинг касбий фаолияти ва ҳаёт сифатига сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатади. Мигрен ва гипотиреознинг коморбид келиши беморларда касаллик кечишини янада оғирлаштиради. Шу сабабли мигрен ва гипотиреоз коморбидлигини ўрганиш мигрен давосида муҳим муаммолардан бири ҳисобланади. Тадқиқот мақсади - мигрен ва гипотиреоз ҳамкор келганда ҳаёт сифатини баҳолаш. Беморлар 2 гуруҳга ажратиб текширилди. Асосий гуруҳ мигрен ва гипотиреоз ташхиси қўйилган 30 нафар бемор ва солиштирма гуруҳ мигрен ташхиси қўйилган қалқонсимон без дисфункцияси аниқланмаган 20 нафар бемордан иборат. Барча беморларда клиник-неврологик текширувлар, қалқонсимон без гормонлари лабаратор текшируви (ТТГ, Т4 эркин), бош мия МРТси, электроэнцефалография ва эндокринолог кўригидан ўтказилди. Беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш учун QVM(мигренда ҳаёт сифати) сўравномасидан фойдаланилди. QVM шкаласи 20та саволдан иборат бўлиб, функционал, психологик, ижтимоий ва тиббий жиҳатдан ҳаёт сифатининг пасайишини баҳолайди. Сўравномада “охирги 3 ойда ҳаётингиз қанчалик даражада қийинлашди” туридаги 5 хил саволларга: қийинлашмади, бироз, ўртача, сезиларли даражада ва жуда қийинлашди каби жавоблар орқали аниқланади. Умумий баҳолаш 0 дан 100 баллгача кўрсаткичда бўлиб, 0 балл ҳаёт сифатининг энг ёмон бузилиши бўлса, 100 балл ҳаёт сифати ёмонлашмаганлигидан далолат беради. Беморлар 18 ёшдан 55 ёшгача бўлиб, ўртача ёш 34 ± 9,2 ёшни ташкил қилди, улардан 36 нафари аёл ва 14 нафари эркак. Ҳаёт сифатининг пасайиши QVM сўровномаси натижаларига кўра асосий гуруҳда (n=30) ўртача балл 62,4 ± 4,6 ни, солиштирма гуруҳда (n=20) ўртача 80,6 ± 6,82 ни ташкил қилди. Ушбу натижаларга кўра мигрен ҳаёт сифатининг пасайишига сабаб бўлади, гипотиреоз мигрен билан коморбид келганда ҳаёт сифатининг янада (20%га) пасайишига сабаб бўлиши аниқланди. Барча беморларга невролог ва эндокринолог томонидан керакли даво муолажалари тавсия этилди. Юқоридаги натижаларга асосланган ҳолда қўйидаги хулосага келишимиз мумкин: мигрен ташхиси қўйилган беморларда қалқонсимон без фаолиятини баҳолаш муҳимдир. Қалқонсимон дисфункциясини даволаш мигренда ҳаёт сифатининг яхшиланишига ижобий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлар: мигрен, гипотиреоз, ҳаёт сифати, коморбидлик, QVM шкала.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО HBV-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Сайдахмедов К.Б., Ташпулатова Ш.А., Султонова Г.Ю., Максудова З.С.

Ташкентская медицинская академия

При анализе данных УЗИ матки у 10 (13,5%) беременных выявлена гипоксия плода, у 20,3% - умеренный тонус мышцы матки, у 5 (6,8%) - угроза преждевременных родов. Анализ показателя АЛТ в зависимости от периода беременности достоверных различий не выявил. Так, у 58,1% беременных не зависимо от периода беременности показатель АЛТ оставалось неизменным, у 28,4% наблюдалось его повышение в среднем до 1,2±0,03, у 13,5% - повышение до двух раз от нормы (2,3±0,12). Изучить клинико-лабораторную характеристику хронического вирусного гепатита В у беременных в зависимости от периода беременности. Проведен ретроспективный анализ 74 историй болезни беременных с хроническим вирусным гепатитом В, которые были госпитализированы в первую городскую инфекционную больницу за период 2016-2018 годы. Анализ клинических и лабораторных данных проведен в зависимости от триместра беременности. Средней возраст женщин составил 25,8±0,45 лет. Все беременные знали о своём HBSAg статусе. При анализе выявлено, что у 20,2% (15) больных была первая беременность, у 50,0% (37) вторая, у 14,9% (11) третья и еще у 14,9% (11) четвертая. Прежние беременности у 79,7% (47) женщин закончились с нормальными родами, у 3,4% (2) мертворождением ребенка, у 10,2% (6) с выкидышами в различных триместрах и у 6,8% женщин были проведены аборты. Большая часть беременных обращалась в клинику на III-триместре беременности (62,2%), 25,7% - на II-триместре, 12,3% - на первом триместре беременности. Основными жалобами беременных были: желтушность кожных покровов – 17,6%, слабость – 100,0%, боли в суставах – 44,6%, тошнота – 90,5%, рвота – 47,3%, боли в животе – 74,3%. При анализе клинических данных в зависимости от триместра выявлено, что у всех беременных на первом триместре хронический процесс протекал со слабостью и гепатомегалией, у 55,6% больных с нарушением сна, у 88,9% - тошнотой, у 66,7% - рвотой, у 22,2% - болями в суставах, у 55,6% – болями в животе, у 33,3% - желтушностью кожных покровов, у одной больной во время беременности отмечалось осложнение хронического процесса с развитием цирроза печени и выраженной спленомегалией (11,1%). Во втором триместре хронический процесс также протекал со слабостью (100,0%), нарушением сна (84,2%), тошнотой (89,5%) и рвотой (36,8%), болями в суставах (78,9%), болями в животе (63,2%), желтушностью кожных покровов (5,3%), гепатомегалией (100,0%). В тремьем триместере был выражен астеновегетативный синдром (слабость – 100,0%, нарушение сна – 41,3%), диспептический синдром (тошнота – 97,8%, рвота – 47,8%, боли в животе – 82,6%), артралгический синдром – 34,8%, желтушность – 19,6%, в этой группе тоже в 100,0% случаях была характерна гепатомегалия, у 2 (4,3%) женщин наблюдалась кровоточивость десен.

1. Клиническая картина хронического HBV-инфекции в независимости от периода беременности характеризуется преобладанием астеновегетативного (80,2%) и диспептического синдрома (64,6%). Статистически достоверно артралгический синдром чаще встречался у больных на втором (78,9%) триместре беременности. Синдром холестаза у беременных первого триместра отмечался в 33,3% случаев и в 6 раза он чаще встречался, чем во втором (5,3%), и в 2 раза чаще чем третьей триместре (19,6%).

2. Хроническая HBV инфекция отрицательно влияет на фетоплацентарный комплекс, что проявляется гипоксией плода (13,5%), умеренным тонусом мышцы матки (20,3%), угрозой преждевременных родов (6,8%).

3. В 58,1% случаев ХВГВ у беременных показатель АЛТ остается неизменным.

Ключевые слова: HBV-инфекции, вирусный гепатит В.

НОВЫЕ ГЕНЫ-МИШЕНИ Т КЛЕТОК ПРИ АЛЛЕРГИИ НА АРАХИС

Саидова А.Я., Файгель В., Бублин М., Айвеггер Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Венский медицинский университет, Вена, Австрия.

Университет Торонто, Торонто, Канада.

В настоящее время единственное возможное лечебное мероприятие пищевой аллергии это элиминационная диета, обучение пациентов и членов их семей. Недавние клинические испытания изучали эффективность аллерген-специфической иммунотерапии при аллергии на арахис, демонстрируя обнадеживающие иммуномодулирующие эффекты. Однако идеальный протокол для безопасного и эффективного лечения, отвечающий всем критериям недоступен, и очень важно найти подходящую лекарственную форму аллергена, правильную дозу и учесть особенности человека. Например, подкожное лечение аллергии на арахис было прекращено из-за местных и системных аллергических реакций вовремя терапии. Иммунотерапия иммунотолерантными пептидами или рекомбинантными аллергенами или модифицированными аллергенами представлялось бы более безопасной, но клинические данные в ней отсутствуют. Кроме того, рекомбинантные белки арахиса в сочетании с бактериальными адъювантами продемонстрировали многообещающие эффекты в мышах, где уровень sIgE был снижен, а показатели анафилактических симптомов были снижены, связанные с изменениями профиля Т-клеток, что отражалось сдвижением реакции Th2 в сторону Th1. Более того, когда подобный подход использовался в клиническом исследовании I фазы, 3 из 10 взрослых с аллергией на арахис испытывали анафилактические реакции, и еще 3 пациентам с аллергией на арахис пришлось прекратить терапию из-за побочных эффектов. Таким образом, важно определить диагностические маркеры и терапевтические мишени при аллергии на арахис. В связи с этим мы стремились охарактеризовать ответы Т-клеток при аллергии на арахис и идентифицировать гены-мишени для дальнейших терапевтических вмешательств, применяя технику выделения специфических Т-клеток, не содержащих аллергенов на основе тетрамера. Аллергия на арахис является наиболее опасным для жизни среди IgE-зависимых заболеваний. Пациенты с аллергией на арахис испытывают системную аллергическую реакцию, затрагивающую кожу, желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути и сердечно-сосудистую систему. Развитие IgE-опосредованной аллергической реакции требует взаимодействие антиген презентирующих клеток, тучных клеток, Т-клеток и В-клеток. В частности, аллерген специфические $CD4^{+}$Т-клетки играют ключевую роль в развитии аллергии на арахис. Анализ экспрессии генов этих аллерген-специфических подгрупп Т-клеток позволит нам лучше понять регуляции / дисрегуляции аллерген-специфических Т-клеток. Мы выполнили анализ полного мРНК (микроматрица полного генома человека Agilent Олиго) из Ara h 2 специфических Т-клеток ($CFSE^{low}CD3^{+}$ $CD4^{+}$) из 5 пациентов с аллергией на арахис и из 6 здоровых, без аллергией на арахис. Используя двухэтапный биоинформационный подход, мы определили маркеры, специфичные для аллергии на арахис, независимо от условий активации Т-клеток. Профили экспрессии генов маркеров, идентифицированных по результатам анализа чипов полного мРНК, которые были подтверждены в 2 разных клетках (аллерген-специфичные $CD4^{+}$ Т-клетки и мононуклеарные клетки периферической крови) с помощью ПЦР. Чтобы проверить пригодность этих генов в качестве маркеров при аллергии на арахис в мононуклеарной клетке периферической крови, была исследована их

относительная экспрессия при аллергии на арахис (n=11), атопическом полисенсибилизированном (n = 17) и неатопическом контроле (n = 10). Результаты анализов привели к выбору 10 кандидатов-генов (CAMK4, BMPR1a, COMMD1, TAB3, PTPN11, GIMAP8, HEMK1, PYCRL, CSNK1E и IL-13). Основываясь на двухэтапном подходе биоинформатики, TAB3 (TGF-бета-активированная киназа 1) была выбрана в качестве потенциального гена-мишени, активирована в аллерген-специфических Т-клетках аллергиков по сравнению с людьми без аллергии. Это было подтверждено с помощью ПЦР в новой когорте пациентов с использованием очищенных $CD4^+$ $CD3^+$ клеток из Ara h 2 - специфических Т-клеточных линий ($p < 0,05$). В отличие от этих результатов, экспрессия мРНК TAB3 была значительно снижена в нестимулированных мононуклеарных клетках периферической крови у пациентов с аллергией на арахис по сравнению с людьми без аллергии ($p < 0,05$). Таргетирование Т-клеток может быть перспективным подходом для лечения аллергии на арахис. Наши данные предоставили новые маркеры и потенциальные способы, которые могут помочь диагностировать или лечить аллергию на арахис в будущем.

Ключевые слова: пищевая аллергия, аллергия на арахис, Ara h 2, Т-клетки, IgE.

TO THE QUESTION OF STUDYING THE RISK OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN

Saidova M.A.
Samarkand State Medical Institute

96 children and adolescents observed in the children's room of the Samarkand Regional Tuberculosis Dispensary for the period 2015-2019 were divided into two subgroups. As a result, the degree of risk of tuberculosis disease has been identified, which affects the improvement of the joint work of pediatricians and phthisiopediators when conducting work to improve preventive and anti-epidemic measures in the most threatened by the development of the disease groups of children and adolescents. The most clear indicator of the state of the epidemic situation is the incidence of tuberculosis in children and adolescents. There are a fairly large number of factors whose adverse effects increase the risk of tuberculosis. It is customary to single out the epidemiological, biomedical and social risk factors for the development of tuberculosis. In bibliographic sources, there is little work on the degrees of risk of tuberculosis in children, which indicates the need for further study in this age group. The incidence of tuberculosis is one of the most important medical and social problems. Treatment and preventive measures among them are carried out according to a single scheme, without taking into account risk factors for the development of the disease, which significantly reduces their effectiveness.. In this regard, the improvement of preventive tuberculosis measures in the most threatened by the development of the disease groups of the child population is an important task of phthisiology. Purpose of the study was to systematize the risk factors for tuberculosis in children and adolescents. In 96 children and adolescents, observed in the children's room of the Samarkand Regional Tuberculosis Dispensary for the period 2015-2019. Children and adolescents were divided into the following subgroups: 1) children and adolescents from the outbreak of tuberculosis infection, regardless of tuberculin sensitivity (40 people), 2) children and adolescents not out of the outbreak of tuberculosis, regardless of tuberculin sensitivity (56 people). To achieve this goal, at the first stage, the influence of medical, social, epidemiological factors, preventive anti-tuberculosis measures on the incidence of tuberculosis in children and adolescents in the study period was revealed. For this, the most significant risk factors for the occurrence of the disease in children and adolescents were selected by an expert method (21 factors). In the I subgroup, the factors of ultrahigh risk are: previous stay of the source of infection in the correctional facility, unfavorable sanitary and hygienic living conditions, insufficient post-vaccination signs or their absence after the revaccination II, irregular tuberculin diagnostics, irregular or not carried out current or final disinfection, low level of education and bad habits of the source of infection. High risk factors were: irregular passage of prophylactic fluorography of the source of infection before the disease, uncontrolled chemoprophylaxis, father as the source of infection, concomitant chronic pathology of the child, untimely chemoprophylaxis. Medium-risk factors: unfavorable housing conditions, single-parent families, insufficient vaccine signs or lack thereof after revaccination I. Low-risk factors: insufficient vaccine signs, or lack thereof after vaccination. In the second subgroup, the factors of extra-high risk were: unfavorable sanitary and hygienic living conditions, insufficient post-vaccination signs or their absence after the revaccination II, irregular tuberculin diagnostics. High risk factors: concomitant chronic pathology of the child, untimely chemoprophylaxis. Medium-risk factors: unfavorable living conditions, single-parent family. Low risk factors: insufficient size of the vaccine signs or their absence after the revaccination I, insufficient size of the vaccine signs or their absence after the vaccination. The

volume of anti-tuberculosis measures should be adjusted taking into account the degree of risk of the disease, which is formed from a combination of medical, epidemiological and social factors. The above factors are not taken into account in the regulatory documents for the observation of children and adolescents in pediatric sections of the general treatment network and the TB service. The developed system for assessing the individual degree of risk of infection with MBT and tuberculosis disease of each individual patient when it is included in the system of anti-epidemic measures makes it possible to radically individualize work with children. The following complex of preventive anti-tuberculosis measures is offered to the district pediatricians of the general medical network and the specialists at the children's clinic working with children and adolescents from the subgroups:

1. A phthisiopediators specialist implements isolation of children and adolescents from foci of tuberculosis infection into specialized tuberculosis institutions, and carries out controlled chemoprophylaxis with two anti-tuberculosis drugs. Given the individual risk of tuberculosis in children and adolescents, he visits foci in cases of an ultrahigh degree of risk 1 time in 1-1.5 months and a high degree of risk 1 time in 2 months, medium risk 1 time in 3 months, low risk 1 time in 6 months. In conditions where the parents do not follow the instructions of the local pediatrician and phthisiopediators specialist and the child continues to live in conditions of increased risk of infection and disease, individualization of tuberculin diagnostics is shown as the only possibility under these conditions to monitor the potential tuberculosis process (up to 3 4 times a year).

2. Timely rehabilitation of foci of chronic diseases, carry out sanitary-educational work on the site as a whole and foci of tuberculosis infection with a visit to the latter in the I subgroup of an ultrahigh degree of risk 1 time in 3 months, high risk 1 time in 4 months, moderate risk 1 time in 6 months, low risk 1 time per year. Thus, the study and sharing of risk levels in children and adolescents improves the joint work of phthisiopediators in carrying out work to improve preventive and anti-epidemic measures in the most threatened by the development of the disease groups of children and adolescents.

Keywords: children, adolescents, risk levels, tuberculosis.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОЛИСОМНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СНА

Саидходжаева С.Н., Шадиметова Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Данное научное исследование посвящено актуальной медико-социальной проблеме современной педиатрии и неврологии - комплексной клинико-неврологической оценке нарушений сна у детей. Подробно рассмотрены особенности расстройств сна в детском возрасте (инсомний и парасомний). Освещены современные возможности комплексной инструментальной диагностики расстройств сна с применением высокоэффективных методов полисомнографии. Показано, что расстройства сна у детей не только приводят к ухудшению эмоционального настроя, когнитивных функций, работоспособности и школьной успеваемости, но и сопряжены с нарастающим риском развития соматических нарушений, что определяет необходимость проведения своевременной диагностики. Нарушения сна у детей являются актуальной проблемой современной педиатрии и неврологии, поскольку отмечаются часто – у 84% детей в возрасте до 2,5 года, у 25% – в возрасте 3–5 лет и у 13,6% в возрасте 6 лет. Расстройства сна у детей не только приводят к ухудшению дневного самочувствия, эмоционального настроя, работоспособности, когнитивных функций и поведенческих проблем, школьной успеваемости, но и сопряжены с нарастающим риском развития соматической патологии. Среди нарушений сна в детском возрасте преобладают сноговорение – 84%, ночное пробуждение – 60%, бруксизм – 45%, ночные страхи – 39%, ночной энурез – 25%, трудности засыпания – 16%, храп – 14%, ритмические движения – 9%, обструктивное апноэ сна – у 3%. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) нарушения сна представлены в следующих рубриках: Расстройства сна (G47): G47.0 – Нарушения засыпания и поддержания сна (бессонница). G47.1 – Нарушения в виде повышенной сонливости (гиперсомния). G47.2 – Нарушения цикличности сна и бодрствования. G47.3 – Апноэ во сне (центральное, обструктивное). G47.4 – Нарколепсия и катаплексия. G47.8 – Другие нарушения сна (синдром Клейне – Левина). G47.9 – Нарушение сна неуточненное. Расстройства сна неорганической этиологии (F 51): F51.0 – Бессонница неорганической этиологии. F51.1 – Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии. F51.2 – Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии. F51.3 – Снохождение (сомнамбулизм). F51.4 – Ужасы во время сна (ночные ужасы). F51.5 – Кошмары. F51.8 – Другие расстройства сна неорганической этиологии. F51.9 – Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное (эмоциональное расстройство сна). Также в МКБ-10 выделяется апноэ во сне у новорожденных (P28.3) и пиквикский синдром (E66.2). Международная классификация расстройств сна (2005) включает следующие разделы [6]: Инсомнии. Расстройства дыхания во сне. Гиперсомнии центрального происхождения, не связанные с расстройством циркадного ритма сна, расстройством дыхания во сне или нарушенным по другим причинам ночным сном. Расстройства циркадного ритма сна. Парасомнии. Расстройства движения во сне. Отдельные симптомы, варианты нормы и неопределенные варианты. Другие расстройства сна. Наиболее современным и объективным методом диагностики нарушений сна является полисомнография. Полисомнография – метод длительной регистрации различных параметров жизнедеятельности организма во время ночного сна. Данное исследование позволяет изучить продолжительность и структуру сна, определить, какие феномены встречаются во время сна и могут быть причиной его нарушения, а также исключить вторичные нарушения сна, которые встречаются чаще, чем первичные, и характеризуются нормальными показателями данных полисомнографии. Изучение клинико-неврологических и нейрофизиологических особенностей различных форм нарушений сна у детей. На клинической базе кафедры неврологии, детской неврологии и

медицинской генетики Ташкентского педиатрического медицинского института нами было обследовано 15 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет с различными формами нарушения сна, которые верифицировались в соответствии с критериями МКБ-10 и Международной классификацией расстройств сна (2005 года). Группу сравнения составили 10 здоровых детей того же возраста. Исследование включало клинико-анамнестическое, стандартное неврологическое обследование и полисомнографическое исследование с одновременным видеомониторированием (без адаптационной ночи), которое осуществлялось на аппарате «Нейронспектр четырех каналов электроэнцефалограммы (ЭЭГ) в монополярных отведениях C3A1, C4A2, O1A1, O2A2, двух каналов электроокулограммы, одного канала подбородочной электромиограммы (ЭМГ), одного канала электрокардиограммы (ЭКГ). Идентификацию стадий сна осуществляли в соответствии с международными стандартами. При анализе полисомнографического исследования использовались как качественные, так и количественные оценки сна. При анализе клинической характеристики сна у обследуемых пациентов отмечались инсомнические и парасомнические нарушения. Для них оказались характерными трудность отхождения ко сну (63,8%), длительное засыпание (68%), двигательное беспокойство во сне (42,6%). Парасомнии в виде сноговорения, сомнамбулизма и бруксизма имели место в 54% наблюдений. У школьников группы сравнения лишь в половине наблюдений выявлялись парасомнии в виде сноговорения и бруксизма. 17% обследуемых детей предъявляли жалобы на ночное недержание мочи. Анализ полученных результатов выявил тенденцию к сокращению продолжительности сна у детей с нарушениями сна до 6,3 ч по сравнению с данными группы сравнения (7,5 ч). У детей контрольной группы достоверно удлинялся период дремоты и латентный период фазы быстрого сна ($p<0,005$). При этом длительность ФБС сокращалась до 65,9 мин, достигая достоверных различий по сравнению с аналогичным показателем у здоровых школьников (97,3 мин). Также характерным явилось удлинение периода дельта ($p<0,005$), достоверно ($p<0,0001$) увеличивалось время бодрствования во время сна до 12%, в то время как во 2 группе оно составило 0,95%. Также статистически значимо ($p<0,005$) увеличивалось количество пробуждений длительностью более 3 мин. В результате выявленные особенности сна у обследованных детей повлияли на интегративный показатель – индекс эффективности сна, который оказался резко сниженным у детей с контрольной группы. В норме индекс эффективности сна приближается к 100%, у пациентов контрольной группы он равен 81,5% ($p<0,005$). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о широком спектре клинических синдромов, которые являются проявлением многоуровневой дезинтеграции деятельности мозга у пациентов с различными нарушениями сна. Продемонстрирована роль полисомнографии, которая является золотым стандартом при диагностике нарушении сна у детей, позволяющим объективизировать нарушения сна и с высокой точностью установить причину расстройства в каждом конкретном случае. Методика не имеет противопоказаний, не вызывает дискомфорта и позволяет наблюдать физиологический сон пациента в условиях, очень близких к привычным. Это позволяет успешно проводить исследование детям всех возрастных категорий. Полисомнографии следует использовать как для диагностики патологических состояний, возникающих непосредственно во время сна, так и для выявления вероятных нарушений сна при патологических состояниях.

Ключевые слова: сон, дети, полисомнография, инсомния, парасомния.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Саидходжаева С.Н., Сафаров С.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

На основании собственных наблюдений и проведенных современных тестирующих методик у 52 пациентов были проанализированы особенности когнитивных и эмоционально-поведенческих расстройств у детей с ВИЧ инфекцией. Показана необходимость и важность проведения ранней диагностической оценки выраженности когнитивного дефицита и уровня агрессии у детей с ВИЧ-энцефалопатией. Спектр неврологических осложнений, возникающих у детей, зараженных ВИЧ достаточно широк и сложен и проявляется в 50% случаев. Одним из наиболее частых проявлений ВИЧ-инфекции является ВИЧ-энцефалопатия (ВИЧ-ассоциированное нейрокогнитивное расстройство). У 18% больных оно является первым клиническим проявлением ВИЧ инфекции; у 12%-23% развивается выраженная энцефалопатия, обычно в течение первого года жизни; у 35-50% детей, больных ВИЧ в будущем развивается энцефалопатии ; без анти-ретровирусной терапии развивается у 50%-90% всех ВИЧ-инфицированных младенцев и детей. Поведенческие нарушения наблюдаются у 35% всех ВИЧ-инфицированных больных психиатрические проявления – у 48% -61%. Эти факторы заставляют искать подходы к оптимизации диагностики нейро-ВИЧ и выявления различных патологических процессов, обуславливающих клиническую картину. Дети с особенно слабым когнитивным и психомоторным функционированием были больше всего подвержены риску развития заболевания. Проспективные обзервационные исследования обнаружили, что существенные нейрокогнитивные нарушения ведут к худшему исходу заболевания и увеличению риска смерти, даже на фоне комбинированного этиологического и патогенетического лечения. По сравнению со здоровыми детьми, ВИЧ-инфицированные дети, имеют гораздо более слабое развитие ранних моторных и когнитивных навыков. Оценить выраженность когнитивных и эмоциональных расстройств при ВИЧ-энцефалопатии (ВИЧ-ассоциированного нейро-когнитивного расстройства) у пациентов подросткового возраста. В исследование были включены 52 ребенка (32 мальчика – 59,74% и 20 девочек – 40,26%), состоящие на учете по поводу ВИЧ-инфекции и получающие антиретровирусную терапии (ВААРТ). Средний возраст больных составил 14,53±1,58лет (12-18лет), время от момента постановки диагноза ВИЧ – 7,05±3,36 лет (1-13лет), длительность противовирусной терапии – 6,41±3,47лет (1-13 лет). Всем больным, включенным в исследование, проводилось тестирование, направленное на изучение психологического и когнитивного статуса больных, включающее тестовые методики: «Шкала прогрессивных матриц Равена» (состояние интеллекта), тест Басса и Дарки в модификации Г.В. Резапкиной (диагностика различных форм агрессивного поведения). Тест с использованием шкалы прогрессивных матриц Равена выявил значительное снижение интеллектуального уровня у больных, включенных в исследование: средний результат теста составил 18,68±4,51%, с разбросом от 6 до 26%. При этом у 8 больных (5,19%) показатель находился в границах среднего интеллекта, у остальных больных (44 больных – 84,61%) – ниже среднего. В КГ средняя оценка, полученная в тесте Равена составила 52,31±4,38% ($p<0,001$ достоверность различия с показателем основной группы). Те или иные формы агрессивного поведения отмечались у всех больных, включенных в исследование , при этом,

по результатам теста Басса и Дарки в модификации Резапкиной, преобладал негативизм (25 больных – 48,07%), причем в 11 случаях (7,14%) он сочетался с физической агрессией, и в 12 случаях (7,79%) – с обидчивостью. Кроме того, у 18 больных (11,69%) обнаружена косвенная агрессия, у 9 больных (26,62%) – обидчивость, у 10 больных (6,49%) – подозрительность и у 19 больных (12,34%) – раздражение. В КГ у 1 подростка обнаружена косвенная агрессия (5%), у 3 (15%) – негативизм и у 2 (10%) – обидчивость ($p<0,001$ достоверность частоты встречаемости агрессивного поведения между основной и КГ по табличному критерию хи квадрат). У подростков с 3-4 клинической стадией ВИЧ-инфекции поражение нервной системы в виде ВИЧ-энцефалопатии (ВИЧ-ассоциированного нейрокогнитивного расстройства) проявляется снижением уровня интеллекта, различными формами агрессивного поведения. Для оценки выраженности этих нарушений, методы нейро-психологического тестирования с использованием шкалы матриц Равена, тест эмоций Басса-Дарки в модификации Резапкиной являются доступными и диагностически информативными.

Ключевые слова: ВИЧ инфекция, ВИЧ-энцефалопатия, дети, матрица Равена, тест Басса и Дарки.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ

Саидходжаева С.Н., Максимкулова Ш.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) в детском возрасте относится к одной из актуальнейших проблем современной нейропедиатрии в силу высокой распространенности, недостаточной изученности патогенетических механизмов, и, как следствие, невысокой эффективности имеющихся средств терапии. По данным исследователей, показатели распространенности СДВГ у детей варьируют в достаточно широком диапазоне, от 1 до 30% от популяции. Формируясь в дошкольном возрасте и сохраняясь на протяжении всей жизни, СДВГ серьезно ограничивает адаптационные возможности индивида. К патогенным факторам, обусловливающим биологическую модель патогенеза СДВГ, относят наследственную детерминированность и поражение ЦНС на ранних этапах онтогенеза. В результате повреждение лобно-стриарно-мозжечковых структур приводит к формированию патологических лобно-стриарно-мозжечковых взаимосвязей с нарушением нейротрансмиттерного баланса. По мнению других исследований, у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью выявлены нарушения баланса микро- и макроэлементов, участвующих в процессах роста и дифференцировки нервной ткани, процессах миелинизации, нейромышечной проводимости, нейромедиаторном, углеводном, белковом, энергетическом обменах, функционировании вегетативной нервной системы. Эти изменения могут быть биохимической основой клинической психоневрологической и психосоматической симптоматики у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Таким образом, СДВГ широко распространен в детской популяции, является актуальной медико-социальной проблемой. В изучении данной проблемы перспективным выглядит сравнительно-возрастной подход с установлением клинико-параклинических закономерностей СДВГ у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Изучить клинико-динамические особенности и патогенетические факторы риска у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. В основу данного исследования были положены данные комплексного обследования 65 детей в возрасте от 7 до 12 лет (7,6±0,22 лет). Из них 45 мальчиков (69,2%) и 20 девочек (30,8%). Соотношение мальчиков и девочек составило 1: 2,3. К критериям включения этой группы были отнесены: наличие клинических признаков СДВГ (в соответствии с МКБ-10 – F90 и DSM-V), возраст 7-12 лет, интеллектуальные показатели не ниже среднего по шкале Векслера. Из исследования исключались нарушения поведения вследствие иных психических расстройств. Контрольное сравнение проводилось с показателями одновозрастных групп детей, со средним интеллектом и без клинических признаков СДВГ в количестве 30 человек (15 мальчиков и 15 девочек), которые посещали общеобразовательные средние школы. Клинико-анамнестический метод являлся основным и преследовал цель установления клинико-психопатологических и клинико-динамических закономерностей в сравниваемых группах. Верификация диагноза СДВГ проводилась на основании результатов опросника Вандербилта (Wanderbilt) для родителей и учителей в соответствии с международным консенсусом по СДВГ. ЭЭГ, регистрируемая на 8-канальном энцефалографе «Нейрофакс», (Япония 1995г) позволяла верифицировать нарушения биоэлектрической активности головного мозга. Статистический анализ проводился с применением программного пакета Statistica for

Windows. В результате исследования были установлены общие клинико-динамические особенности СДВГ в сравнительно-возрастном аспекте. Так, в происхождении СДВГ ведущее значение играют биологические факторы, к которым относится резидуально-органическая церебральная недостаточность, выявленная у всех 65 детей (100%). Общим для СДВГ являются признаки стержневого психоорганического синдрома, близкого по своему значению к F 07.9 (МКБ-10), но не соответствующие ему полностью. У 61 ребенка (93,8%) в раннем детстве преобладали синдромы органического поражения нервной системы. У 63 детей (96,9%) в дошкольном возрасте доминировал гиперактивный синдром. В младшем школьном возрасте у 48 детей (73,8%) гиперактивность дополняли церебро-астенические и эмоциональные расстройства с преобладанием аффективно-возбудимых реакций. Достоверность органической дисфункции мозга при СДВГ также верифицировалась с помощью неврологического, электрофизиологического иссдедования. Основными клиническими проявлениями СДВГ являлись невнимательность, гиперактивность, импульсивность. На основании результатов опросника Вандербилта наиболее частыми клиническими вариантами синдрома были: гиперактивность (у 16 детей – 24,6%), импульсивность (у 20 детей – 30,7%) и сочетанная форма (гиперактивность + дефицит внимания) – у 16 детей - 24,6%, несколько реже выявлялся вариант с преимущественным дефицитом внимания (у 13 детей 20,1%). При анализе неврологического статуса у детей с СДВГ не зависимо от возраста отмечались невротические расстройства: неврозоподобный синдром - у 15,4% (10), астено-невротический синдром - у 7,7% (5), невротическое заикание - у 7,7% (5), ночной энурез - у 15,4% (10). Распространенным нарушением речи у детей с СДВГ была задержка речевого развития (30,8% - 20 детей). При неврологическом осмотре отмечалась, в основном, негрубая диффузная мелкоочаговая симптоматика. У 32,3% (21) детей выявлены дисфункции черепно-мозговых нервов. Зафиксированы негрубые расстройства в двигательной и координаторной сферах: гиперрефлексия, изменения мышечного тонуса – 67,7% (44), элементы статической атаксии – 72,3% (47), элементы динамической атаксии – 67,7% (44), диадохокинез – 70,8% (46). Клиническая ЭЭГ у всех детей с СДВГ характеризовалась лёгким или умеренным снижением функционального состояния коры головного мозга. В 47 случаях (72,3%) под нагрузкой (гипервентиляция, светостимуляция) регистрировались синхронно-билатеральные вспышки, преимущественно тета-диапазона, что соответствует пограничному типу ЭЭГ. В 18 случаях (27,7%) функциональная нагрузка приводила к общей дезорганизации основного ритма и появлению высокоамплитудных медленноволновых разрядов, что соответствует патологическому типу ЭЭГ. Соотнесение отчётливых эпилептиформных паттернов ЭЭГ с клиническими проявлениями психоорганических расстройств с высокой вероятностью свидетельствуют об эпилептизации мозга. Таким образом, проведенные нами исследования клинико-неврологических и нейрофизиологических проявлений СДВГ у детей позволили расширить и углубить представления о характере изменений при данной патологии. Генетическая детерминированность признака лишь облегчает возникновение патологического признака при непременном участии патогенных факторов, влияющих на мозг на ранних этапах онтогенеза. Формирование устойчивых патологических систем с формированием эпилептизации мозга является важным механизмом компенсации органически измененного мозга. Таким образом, СДВГ следует отнести к расстройствам психоорганического круга, в основе которого, возможно, лежат механизмы схожие с эпилептогенезом.

Ключевые слова: дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности, диагностика.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНО-НОРМАТИВНАЯ БАЗА ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Самигова Н., Бойкобилов Л.

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

В современных условиях понятие «охрана труда» объединяет в себя систему обеспечения безопасности жизнедеятельности и сохранения здоровья работающих в процессе трудовой деятельности, состоящая из правовых, социально-экономических, санитарно-гигиенических, реабилитационных и др. мероприятий, в основе которых лежат нормативно-законодательные документы. В современных условиях понятие «охрана труда» объединяет в себя систему обеспечения безопасности жизнедеятельности и сохранения здоровья работающих в процессе трудовой деятельности, состоящая из правовых, социально-экономических, санитарно-гигиенических, реабилитационных и др. мероприятий, в основе которых лежат нормативно-законодательные документы. В настоящее время в Республике Узбекистан на производственных объектах предпринимаются все необходимые меры к созданию безопасных условий труда, направленных на сохранение здоровья работников и повышение работоспособности. Основой этому служит Закон Республики Узбекистан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», принятый Законодательной палатой 15 июля 2015 г., основными направлениями которого являются: разработка и реализация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование факторов и др. Нормирование факторов и обеспечение безопасных условий труда особенно актуально в современных условиях воздействия коронавирусной инфекции (COVID-19) с целью обеспечения оптимальной организации трудовой деятельности по обеспечению сохранения здоровья работающих, а также проведения профилактических мер по охране труда и окружающей среды в условиях эпидемиологической ситуации, связанной с угрозой распространения. Так, внедрение основных положений, указанных в санитарных правилах и нормах (СанПиН) СанПиН № 0372-20 «Временные санитарные правила и нормы по организации деятельности государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства в условиях пандемии COVID-19» от 23 апреля 2020 г., включают в себя меры, направленные на предотвращение заноса и недопущение распространения коронавирусной инфекции в коллективах с внедрением организационно-технических мероприятий по предотвращению заражения работников. Кроме того, перед гигиенистами постоянно стоят задачи по разработке комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития профессионально-обусловленных заболеваний при наличии большого количества профессиональных групп работающих, отличающихся друг от друга характеру труда, тяжести и напряженности трудового процесса. Для обеспечения благоприятных условий труда согласно СанПиН № 0153-04 «Санитарные правила и нормы для предприятий и производств негосударственной формы собственности и индивидуальной трудовой деятельности» и СанПиН № 0208-06 «Санитарные правила организации технологических процессов и гигиенические требования к производственному оборудованию» на администрацию предприятий возлагаются задачи по внедрению современных средств техники безопасности, модернизированных технологических

процессов с целью профилактики производственного травматизма и обеспечения санитарно-гигиенических условий работников. Также администрация предприятий должна выполнять все гигиенические требования, предъявляемые в отдельности к размещению объектов (производств, цехов, участков), содержанию территорий и производственных помещений, технологическим процессам, системам отопления, вентиляции и освещения для недопущения негативного влияния на окружающую среду, здоровье населения, обеспечения безопасности выпускаемой продукции и оказываемых услуг. Системы производственного отопления и вентиляции в производственных и вспомогательных помещениях следует предусматривать в соответствии с требованиями действующих строительных норм и правил (КМК) КМК 2.04.05-97 «Отопление, вентиляция и кондиционирование воздуха» и КМК 2.09.04-98 «Административные и бытовые здания» с учетом правильного их выбора и эффективности. Измерение и оценка достаточности различных видов освещения должна производиться согласно КМК 2.01.05-98 «Естественное и искусственное освещение», что при недостаточном уровне может в свою очередь привести к случаям производственного травматизма. Известно, что для сохранения здоровья работающего населения, чрезвычайно важным является определение неблагоприятных гигиенических факторов производственной среды, влияющих на функциональное состояние организма человека. Установлено, что основными вредными производственными факторами являются производственный микроклимат, запыленность и загазованность воздуха рабочей зоны, производственный шум и вибрация. Показатели микроклимата как нагревающего, так и охлаждающего в производственных цехах нормируется с учетом СанПиН РУз № 0324-16 «Санитарно-гигиенические нормы микроклимата производственных помещений». Определение параметров запыленности и загазованности воздуха рабочей зоны необходимо оценивать на основании СанПиН РУз № 0294-11 «Гигиенические нормативы предельно-допустимые концентрации (ПДК) вредных веществ в воздухе рабочей зоны» и ГОСТ ССБТ 12.1.005-88 «Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны». Уровни производственного шума и вибрации на рабочих местах - согласно СанПиН РУз № 0325-16 «Санитарные нормы допустимых уровней шума на рабочих местах» и СанПиН РУз № 0326-16 «Санитарные нормы общей и локальной вибрации на рабочих местах». Немаловажное значение имеет разработка оздоровительных мероприятий, направленных на профилактику производственного утомления, снижение общей заболеваемости, которые контролируются прохождением предварительных и периодических медицинских осмотров в полном соответствии с приказом МЗ РУз № 200 «Об утверждении Положения о порядке проведения медицинского осмотра сотрудников» от 10.07.2012 г. Таким образом, для предупреждения коронавирусной инфекции и снижения общей соматической заболеваемости большое значение имеет разработка комплекса научно-обоснованных профилактических мероприятий согласно законодательно-нормативной базе, что позволит не только осуществить трудовую деятельность в современных условиях, но и сохранить здоровье работающих на производственных объектах.

Ключевые слова: производственные объекты, трудовой процесс, работающие, коронавирусная инфекция, условия труда, вредные факторы, законы, нормативные документы, профилактические мероприятия.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТОЯННОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ С ПОЛНОЙ РЕМИССИЕЙ В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Салиев К.К., Салиев Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Наблюдения подтверждают, что индукция ремиссии у больных острым лимфобластным лейкозом возможна при стремительной программированной полихимиотерапии с последующим подкреплением полученной ремиссии. В дальнейшем следует приступить к решению проблемы медицинской и психологической реабилитации больных путем проведения постоянной поддерживающей полихимиотерапии в течение 3-5, лет которая может обеспечить длительную ремиссию и улучшить качество жизни больных с острым лимфолейкозом в постремиссионном периоде их жизни. Изучение постоянной поддерживающей терапии больных острыми лейкозами с полной ремиссией. Особенности клиники, течение, и исход заболевание у больных острым лейкозом (ОЛ) вообще, острыми лимфобластными лейкозами в частности зависит от патогенеза ОЛ обусловленный пролиферацией клона-опухолевых клеток в костном мозге угнетением нормального кроветворения, выходом бластных клеток в кровь, метастазированием их в другие кроветворные органы: селезенка, печень, лимфатические узлы и не кроветворные органы и системы – кожа, ЦНС, легкие, ССС, ЖКТ и другие. Кровь эта орган находящие постоянно в движение связывающее воедино все органы системы и ткани через сердечно-сосудистую систему. И когда этот орган поражается, поражается и остальные органы системы и ткани всего организма человека. При поражении эритроцитов уменьшаются количество гемоглобина, развивается анемия, поражения тромбоцитов наступает тромбоцитотопения, нарушения свертывания крови и различные степени кровотечения. Поражения лейкоцитов приводит к падению иммунитета и развитием различные инфекционные осложнения; в виде пневмония, гнойно-флегмонозная ангина, язвенно-некротические поражение желудка, двенадцати перстной кишки и другие гнойно-септические заболевания. Бластные клетки обладают способности инфильтрирующим ростом поражая все внутренние органы, системы и ткани, в том числе ЦНС. Клиника ОЛ складывается из комплекса геморрагических, костно-суставных синдромов, специфического поражения кожи, слизистых оболочек, ССС, дыхательной системы т.д.. Для изучение гемограммы больных острыми лейкозами в ходе лечения и оптимизации постоянной поддерживающей терапии нами были изучены 110 больных. Из них у 7 (6,36%) больных длительность жизни составила 3,5 и более лет в постремиссионном периоде. В том числе 2 (28,6%) больные продолжали жить до сих пор, одни из них уже 49,5 месяца, другой более 144 месяцев т.е. 12 лет проживает в постремиссионном периоде, при среднем показателе для этой группы 36,7 месяца. Все больные были подвергнуты тщательным лабораторным исследованиям периферической крови до лечения, в периоды лечения, ремиссии и длительное время 3,5 и более лет в постремиссионные периоды жизни больных. На 1году пост ремиссии необходимо было 1 раз в неделю в каждый первый день недели проводить развернутый общей анализ крови, в последующие годы и далее общей развернутый анализ крови проводится 1 раз в 2 недели. Исследования костного мозга и спинномозговой жидкости в первый и второй годы пост ремиссионного периода жизни производятся 1 раз в 3 и 6 месяцев. Сравнительные

показатели гемограммы больных острым лимфолейкозом в ходе лечения и в ходе проведения постоянной поддерживающей терапии у больных с длительностью жизни 3,5 года и более лет в постремиссионном периоде с полной ремиссией во вне стационарных общетерапевтических условиях, представлены в таблице. Больной Р. 13 лет 9.10.1998 год поступил гематологическую отделению клиники Андижанского государственного медицинского института в тяжелом состоянии с направительным диагнозом носовое кровотечения. При осмотре мальчик правильного телосложения, кожные покровы бледные, кровотечение из десна и носовые продолжается, жалуется на слабость, сердцебиение, одышку, в легких везикулярные дыхание, пульс 136 ударов 1-минуту, границы сердца в пределах нормы, А/Д 100/70 мм. рт.ст. Со стороны пищеварения жалоб нет, нижние границы печени 1,5 см ниже реберной дуги, слегка болезненно, физиологические отправление регулярно. Сделано общий анализ крови; гемоглобин 72 $^{г/л}$, эритроциты 2,8х10 $^{12/л}$, лейкоциты 70х10 $^{9/л}$, бласты 38%, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 8%, лимфоциты 48%, СОЭ-56 м/ч, в миелограмме костного мозга, лимфобласты 42%, цитохимические исследование с пероксидазами подтвердил острый лимфобластний лейкоз первая атака. Лечения полихимиотерапия (ВАМП) первая атака по академику А.И.Воробьёва для лечения ОЛЛ острого лимфобластного лейкоза у детей юношеского возраста и моложе 25 лет по протоколу ВАМП для профилактик нейролейкоза 5 раз по 12,5мг метотрексать эндолумбально в течение 17 дней и двухсторонние обучения головы 2400 рад с экранированием глаза и теменной часты черепа. Проводили 3 курса ПХТ 8 дневными курсами, между ними перерывы по 9 дней. После 3 курс ПХТ смотрите таблицу по всему параметру в гемограмме больного Р. 13 лет значительно улучшились по сравнению с первым днём. Гемоглобин 80,5±4,3$^{г/л}$, показатель Р<0.05, эритроциты 2,2±0,35$^{г/л}$, Р<0,05, тромбоциты 170±6,7х10$^{9/л}$ Р<0,05, лейкоциты 2,9±0,49х10$^{9/л}$ при Р<0,05, бласты вообще исчезли в перефической крови, лимфоцитоз значительное уменшилься 39±5,2 т.е. наступила гематологическая ремиссия. После курса консолидация ремиссии ПХТ в таблице гемоглобин сталь 86±5,2$^{г/л}$, эритроциты 3,6±0,21х10$^{12/л}$, цветной показатель-0,8±0,02, тромбоциты 166±9,8 х 10$^{9/л,}$ лейкоциты 4,1±0,24х10 ^{9}, бласты нет =0,0%, промиелоциты, метомиелоциты также не появились, СОЭ 5,5±1,5 мм/ч , при Р<0,05, т.е. наступила клиническая и гематологические ремиссии острого лейкоза детей. После ремиссии через 1 год показатели гемограммы стала гемоглобин 91,5±7,2; 95,5±4,6; P_3<0,05, эритроцит 3,45±0,2 и 3,5±0,24 P_3<0,05, свет-0,8+0,02 ва P_3<0,05, тромбоциты 460±7,1 и 175±5,6х10$^{9/8}$ P_3<0,05, лейкоциты 3,5±0,4х10$^{9/8}$ ва 3,5±0,3х10$^{9/8}$ P_3<0,05, бласты и промежуточные клетки пролимфоцит, миелоциты и метомиелоциты необнаружено, палочкаядрные 9,5±2,9 ва 12±19, P_3<0,05; лимфоциты 18±1,4 ва 18±2 P_3<0,05; СОЭ 5,8 ±0,7 и 7,0±1,2, P_3<0,05; После 2 и 3 годе после ремиссии гемоглобин 103±64$^{г/л}$ 104±10 $^{г/л}$, P_4<0,05; эритроцит 4±023х10$^{12/л}$ и 4,0±036х10$^{12/л}$ P_4<0,05; цветовой показатель -08±0,02 ва 0,8±0,03, тромбоциты 170±6,9х10$^{9/л}$ и 144±10,6х10$^{9/л}$ P_4<0,05; После 4 и 5 лет после ремиссии показатели гемограммы стали следующим образом гемоглобины 104±9,9$^{г/л}$ и 100±10,2 $^{г/л}$, эритроциты 4,0±03х10^{12} и 4,0±0,34х10^{12}, цветовой показатель-08±0,03 ва 0,8±0,02, тромбоциты 160±8,9х10$^{9/л}$ и 170±8,3х10$^{9/л}$ лейкоциты 8,4±2,9% и 5±2,9% 72±2,9% 8,1% 72±2,9% 9,3%, лимфоциты 15±4,4 и 23±4,8 СОЭ 15±3,1 и 5±2, мм/ч. После 8 лет ремиссии значительно улучшился по всем показателями гемограммы больного Р. и Д. Они следующие гемоглобин 116 ±9,1 и 116±10,2 при P_5<0,05; эритроциты 4,2 ±0,28 и 4,1±0,32 P_5<0,05; цветовой показатель норме, тромбоциты 186±10,6 и 192±11,2

P_5<0,05; бласты и промежуточные клетки нет, палочкоядерные и сегментоядерные 12±2,2 P_5<0,05; лимфобласты 19±5,4 и 18±4,9, P<0,05 и P<0,05; и СОЭ 5±2,0 и 7±2,5 P_5<0,05. Также проводили противорецедивную ПХТ до исчезновения патологических клеток с последующим тщательным разъяснением каждому больному и их близким родственникам, важности проводимых мероприятии для профилактики рецидивов заболевания и, с целью максимального продления жизни и улучшения качества жизни в постремиссионном периоде. В результате проведенных мероприятии 5-ти из 7 (71,4%) больных среднюю продолжительность жизни в постремиссионном периоде удалось продлить в среднем до 36,7 месяцев. Двое (28,6%) из 7 больных оказались долгожителями и один из них жил 56 месяцев, другой долгожитель-116 месяцев т.е. 9лет 8 месяцев, он продолжает жить, благодаря строгому и аккуратному соблюдению принципов оптимизации, своевременному приему ПХТ и контрольным исследованиям периферический крови, костного и спинного мозга. При этом последнему больному через 5,5 лет дозы 111 IT мы уменьшили в 2 раза и через 6,5 лет полностью отменили ППТ, как человеку, вздорившему от острого лимфобластного лейкоза. Наблюдения над этого больного мы еще не прекратили, но он проводятся не так часто, как раньше, а в 1,2,3 месяца один раз и то без контроля периферической крови, костного и спинного мозга, поскольку нет необходимости в этих исследованиях, так как в ходе длительного наблюдения доказанное полное выздоровление человека. Полученные нами данные подтверждают, что индукция ремиссии у больных острым лимфобластным лейкозом возможна при стремительной программированной полихимиотерапии с последующим подкреплением полученной ремиссии. В дальнейшем следует приступить к решению проблемы медицинской и психологической реабилитации больных путем проведения постоянной поддерживающей полихимиотерапии в течение 3-5, лет которая может обеспечить длительную ремиссию и улучшить качество жизни больных с острым лимфолейкозом в постремиссионном периоде их жизни.

Ключевые слова: лейкоз, лечение, выздоровление, ремиссия

МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О МОТИВАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МЕДПЕРСОНАЛОМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Усманова Г.К. , Минаваров А.А., Умурзакова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Даны результаты анкетирования среднего медперсонала и пациентов первичного звена сельского здравоохранения на удовлетворённость медицинской помощью, а также затронуты вопросы пропаганды здорового образа жизни. Одним из основных направлений государственной программы реформирования здравоохранения Республики Узбекистан является реструктуризация системы на основе концептуально новой модели первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), организация квалифицированной помощи населению врачом и медицинской сестрой общей практики. Отдавая должное принятым решениям на государственном уровне, выбранный системный подход к решению проблемы общественного здоровья, утверждает направление на укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни, повышения доступности и качества медицинской помощи. Национальный проект «Здоровье» с его главной целью повышения уровня материально-технического и кадрового обеспечения отрасли стал началом нового этапа в развитии здравоохранения республики. Углубление реформ и переход первичного звена здравоохранения на новые формы медицинской помощи, в частности, организация семейных поликлиник и сельских врачебных пунктов (СВП) и обслуживание населения преимущественно в семье требует коренного улучшения патронажной службы и, следовательно, пересмотра профессиональных функций и организационных форм деятельности среднего медицинского персонала. В директивных документах Президента Республики Узбекистан (2018г.) также указана важность пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ) в профилактике неинфекционных заболеваний. Целью исследования является научное обоснование расширения роли медицинской сестры первичного звена здравоохранения в профилактике неинфекционных заболеваний и укреплении здоровья населения. Проведено анкетирование среднего медицинского персонала в количестве 60 человек по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ) и 30 пациентов, которые приняли участие в анонимном анкетировании, обслуживаемых в стационарных медицинских учреждениях сельского района. Среди опрошенных больных женщины составляли - 60%, мужчины - 40%. Опрошенный сестринский персонал состоял в основном из молодых женщин в возрасте от 20 до 30 лет (48,3%). Доля лиц от 31-40 лет составила - 11,7%, от 41-50 лет - 28,3% , 51 и старше - 11,7%. По должности медсестры распределялись следующим образом: 99,3% – медсёстры и 6,7% - акушерки. Все участники исследования-женщины, имеющие законченное среднее специальное образование. По стажу работы распределение респонденток следующее: у 91,7% - стаж до 3лет, у 5,0% - от 3 до 5 лет и у 3,3% – свыше 6 лет. Возраст больных колебался от 20 до 67 лет, из них 13,3% представляли возрастную категорию 20-29 лет, 20% - 30-39 лет, 40% - 40-49 лет, 50 лет и старше – 26,7%. Среди социально значимых болезней наибольшее число медсестёр отметили заболевания системы кровообращения (65,6%). Злокачественные новообразования отметили 25,1% медицинских сестёр, болезни эндокринной системы отметили 26,1%. Среди факторов риска, приводящих к социально-значимым заболеваниям медицинскими сестрами, в первую очередь, выделены

поведенческие факторы риска: курение (44,9%), употребление алкоголя (41,1%), гиподинамия (40,2%), неправильное питание (40,1%). Биологическим факторам риска (наследственность, гиперхолистеринемия, артериальная гипертония) медицинские сестры отводят наименьшую роль (6,3%). Пациентами дана оценка работы медицинских сестёр по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. Согласно мнению больных по соблюдению режима дня 35,4% медсестёр дают хорошие советы, 53,1% - дают удовлетворительные советы и 11,5%- не дают советы. По соблюдению режима отдыха 29,5% медсестёр дают хорошие советы, 51,1% - дают удовлетворительные советы и 19,4%- не дают советы. По соблюдению режима и характера питания 33,3% медсестёр дают хорошие советы, 48%- дают удовлетворительные советы и 19%- не дают советы. О вреде курения и алкоголя 29,2% медсестёр дают хорошие советы, 51% - дают удовлетворительные советы и 19,8%- не дают советы. Анализ показал, что в среднем 31,8% медсестёр дают хорошие советы, 50,8% - дают удовлетворительные советы и 17,4%- не дают советы. В настоящее время деятельность медицинской сестры приобретает важное значение при осуществлении любого вида медицинского обслуживания, а в некоторых случаях сестринский персонал, обладающий достаточным объёмом навыков квалифицированного сестринского ухода, особенно необходим. Среди элементов профилактической деятельности, проводимых в первичном звене здравоохранения, наибольшее внимание уделяется вторичной профилактике - выявлению и профилактике обострений хронических заболеваний, тогда как мероприятиям, направленным на сохранение здоровья: консультирование по вопросам ЗОЖ, выявление факторов риска уделяется меньше внимания. Это может быть связано, с одной стороны, с недостатком рабочего времени, а с другой стороны с недооценкой в своей работе мероприятий первичной профилактики. Исследования показали, что медицинские сёстры готовы к самостоятельному выполнению некоторой работы в области профилактики заболеваний. Но в полном объёме они не готовы выполнять некоторые функции в области профилактики в полном объёме. Все эти функции медсестра может выполнять под контролем ВОП. Таким образом, непрерывное изучение мнения основных потребителей сестринских услуг даёт возможность определить основные направления, реализация которых будет способствовать улучшению качества сестринского обслуживания и повышения эффективности деятельности учреждений в целом.

Ключевые слова: анкетирование, респонденты, первичное звено, сельское здравоохранение, медицинский персонал

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОСИНТЕТИЧЕСКИЕ ПОКРЫТИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН.

Салахиддинов К.З., Алексеев А.А., Михайлевич И.Е., Курбанов Х., Ниязова З.А., Салахиддинова М.К.

Андижанский государственный медицинский институт,
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан
НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, Россия

В настоящее время справедливо считается, что универсальной повязки или раневого покрытия не существует. Однако при создании современных раневых повязок авторы всегда стремятся придать им максимально возможное количество положительных свойств. На практике это часто не выполнимо. Поэтому покрытия следует использовать по показаниям с учетом тех или иных параметров в конкретной клинической ситуации. Пленочное покрытие «Биокол» представляет собой прозрачную эластичную пористую пленку толщиной 0,1 мм приготовленную из смеси синтетических и натуральных гидрофильных и гидрофобных полимеров. Клиническое изучение этого покрытия показало его эффективность для лечения ожогов II-IIIA степени, остаточных ран после обширных ожогов, защиты кожных трансплантатов и донорских участков после взятия кожных аутолоскутов. Применение покрытия «Биокол» уменьшало возможность вторичного инфицирования и травматизацию раневой поверхности, способствовало поддержанию нормального газообмена в ране и сохранения ее «влажного состояния». Кроме того, вследствие проницаемости ее поверхности для водных растворов антисептиков и антибиотиков обеспечивалась возможность комбинированного применения других лекарственных препаратов и их пролонгированного воздействия. Для улучшения результатов применения раневого покрытия «Биокол» нами изучено его сочетание с препаратом «Биокол гель», изготовленным с использованием смеси полисахаридов. Применение этой комбинации позволило усилить эффект «влажной среды» и соответственно дополнительно стимулировать регенерацию в тканях. Кроме того, ионы серебра или хлоргексидин, внесенные в гель обеспечили антибактериальную защиту. Также оказалось, что покрытие «Биокол» в сочетании с гелем хорошо моделируется на различных участках тела, легко и безболезненно удаляется во время перевязок, нормализуя процессы обмена на клеточном уровне и стимулируя регенерацию тканей при ожогах IIIA степени, а также нормализует развитие грануляционной такни и краевую эпителизацию при мозаичных ожогах IIIАБ степени. Учитывая, что пленка «Биокол» особенно в сочетании с «Биокол гель» создают на раневой поверхности благоприятную среду для пролиферации клеток кожи нами изучена возможность применения указанных препаратов для разработки биотехнологии лечения ожоговых ран с использованием культивированных фибробластов. Сравнительные исследования результатов местного лечения ожоговых ран показали преимущество современной биотехнологии, предусматривающей комплексное применение аллофибробластов кожи человека, локализованных в геле «Биокол» и раневого покрытия «Биокол», как при лечении пограничных ожогов IIIA степени, так и при лечении пациентов с глубокими ожогами. В последнем случае в соответствии с методикой, разработанной ранее в институте хирургии им.А.В.Вишневского восстановление целостности кожного покрова проводилось с использованием широко перфорированного сетчатого кожного лоскута. Дальнейшее изучение эффективности местного лечения ожоговых ран на основе раневого покрытия и геля «Биокол» в том числе с использованием культивированных аллофибробластов позволит усовершенствовать технологию лечения и уточнить показания для их применения, улучшить функциональные и косметические результаты оказания помощи пострадавшим от ожогов.

Ключевые слова: Лечение ожоговых ран, местного лечения, травматизацию раневой поверхности, антибактериальную защиту.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА.

Самиев А.С., Самибаев Р.М., Хакимова С.З.

Самаркандский государственный медицинский институт

По данным ВОЗ, до 40% обращений к врачу составляют болевые синдромы. Несмотря на разработанные нейрохирургические методы лечения, отмечаются частые осложнения приводящим к инвалидизации. Разработка современных методов консервативного лечения и реабилитация больных остаются сложной медико-социалной проблемой. Изучена эффективность медикаментозных и физических методов лечения в сочетании с мануальной терапией в реабилитационном периоде. Обследованы 84 больных (47 мужчин и 40 женщин) трудоспособного возраста (от 21 года до 63 лет, средний возраст которых составил 43,7±1,8 года). Дискогенная пояснично крестцовая радикулопатия диагностирована у всех обследованных. Больные были распрелены на две группы. В 1-й группы проводили медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, лечебные блокады, мануальная терапия – с элементами постизометрической релаксации мышц (ПИР), тракционную терапию, стимуляцию нервно-мышечной проводимости прозерином, во 2-й группе – традиционную: медикаментозное и физиотерапевтическое лечения, тракционную терапию и лечебную физкультуру. У всех больных изучали неврологический статус, основное внимание уделяли исследованиям функции позвоночника методами мануальной диагностики. При помощи физикальных методов диагностики и параклинических исследований (спондилография, МСКТ) уточняли топическую диагностику. В период реабилитационного лечения (медикаментозного, физиотерапевтического, тракционного, ПИР-мануальной терапии), учитывали время проведённой терапии, так как чем больше прошло времени с начала обострения, тем меньше шансов на восстановление функции позвоночника. В исследовании основной целью лечения и ранней реабилитации явилось восстановление нарушенных функций позвоночника. В остром период медикаментозное лечения должно быть направлено на снятие боли, а в период реабилитации на повышение активности больного и предупреждение дальнейшей потери функции позвоночника и повторных обострений. Для этого назначали лечебные блокады с нестероидными противовосполительными препаратами в сочетании миорелаксантами и стимуляторами нервно-мышечной проводимости, в частности прозерином, которые восстанавливали проведение импульса в периферической нервной системе и оказывали аналгетический эффект. После утихания болевого синдрома (через 5-7 дней) назначали не интенсивные упражнения в сочетания с ПИР. Нами также проанализировано действие курса лечебной физкультуры, метода ПИР с назначением медикаментозных средств. Нашими исследованиями подтверждена более высокая клиническая эффективность комплексного лечения (до 92% -1-я группа) по сравнению с традиционными методами терапии (до 72%-2-я группа). Рассмотрены традиционные методы консервативного лечения и терапевтические достижения курса лечебной гимнастики, проведения специальных комплексов постизометрической релаксации мышц для коррекции мышечного дисбаланса с назначением нестероидных противовоспалительных средств. Таким образом, результаты разработанного нами комплексного лечения, в которое входят: медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, лечебные блокады, мануальная терапия – с элементами постизометрической релаксации мышц, тракционная терапия, стимуляция нервно-мышечной проводимости прозерином, позволяют считать его одним из эффективных методов лечения дискогенной патологии позвоночника.

Ключевые слова: болевой синдром, дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника, реабилитация, мануальная терапия.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НАЧАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У РАБОЧИХ НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩЕЙ ОТРАСЛИ

Сабирова Г.А.

Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний

Наиболее ранними биохимическими нарушениями в организме работающих в условиях воздействия физическими и химическими производственными факторами определено изменение мочевины, холестерина, билирубина, активности щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ в сыворотке крови, а также нарушение активности ферментов ГДГ, МДГ и ГДГ. Проблема, связанная с воздействием химических веществ на организм, является чрезвычайно важной из-за широкого использования этих веществ в различных отраслях промышленности и значительного контингента, работающих в контакте с ними. Актуальность этой проблемы становится еще более очевидной в связи с тем, что химические вещества, образующие при нефтегазодобыче занимают одно из ведущих мест среди вредных веществ, загрязняющих окружающую среду. Кроме химических веществ на организм рабочих этой отрасли воздействует комплекс факторов, таких как шум, вибрация, неблагоприятные метеорологические условия, физическая динамическая нагрузка и др. Комплексное воздействие вредных производственных факторов усугубляет их отрицательное влияние на организм рабочих. Сложность проблемы токсического поражения печени связано с трудностью диагностики начальных проявлений патологии у работников, контактирующих с химическими веществами производственной среды и требует поиска и разработки более эффективных методов профилактики и лечения. Целью данного исследования было оценка влияния комплекса химических и физических факторов на функциональное состояние печени у работников современных нефтехимических производств. Исследование было выполнено в рамках грантового проекта АДСС-15.17.3. Углубленный медицинский осмотр 435 работников нефтегазовой промышленности промысла «Гиссар» проводился в Центральной поликлинике №2 МСО, согласно приказа №200 МЗ РУз от 10.07.2012 года Большинство из них работали с нефтепродуктами в течение 5 – 10 и выше лет. Возраст всех обследованных лиц в среднем составил 21- 55 лет. Основная группа были лица мужского пола –389 (89,5%), остальные женского пола – 46 (10,5%). Это операторы, которые следят за ходом технологического процесса на установках, слесари по ремонту технологического оборудования, инженеры, мастера участков, электрогазосварщики, электрики, химики, подсобные рабочие и др. Из всех обследованных у 164 человек выявлены начальные проявления поражения печени и нервной системы. Обследованные 164 работника составили основную группу, которые имели контакт с химическими и физическими факторами, а также лиц не имеющих непосредственного контакта с вредными химическими и физическими факторами – 21 человек (контрольная группа). Исследование состояния здоровья и биохимические показатели крови проводились после вахтовой работы. Из биохимических показателей исследовали количество холестерина, билирубина, мочевины, глюкозы, пировиноградной, молочной кислот, гликогена и активности ферментов сукцинатдегидрогеназы (СДГ), глутаматдегидрогеназы (ГДГ), малатдегидрогеназы (МДГ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы.

У основной группы рабочих начальные признаки хронической интоксикации нефти и

нефтепродуктов в основном были обусловлены функциональными нарушениями печени, клинически проявляющимися в форме нерезкой гепатопатии. Изолированное поражение печени в виде токсического гепатита было установлено в 37,7% случаях на фоне астено-вегетативного синдрома. Хронический холецистит встречался у 152 рабочих (93%). У 79 рабочих (48%) было обнаружено дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП), а у 2,12% полип желчного пузыря от общего количества рабочих основной группы (164 рабочих). В структуру заболеваний желудочно-кишечного тракта у обследованных рабочих вошли гастроэзофагорефлюкс болезнь (ГЭРБ) у 7 (1,6%), эрозивный гастрит у 14 (3,2%) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) у 10 (2,3%). Железодефицитная анемия была обнаружена у 27 рабочих (6,2%). Обследуемые предъявляли жалобы диспептического характера: тошнота, горечь во рту, подташнивание по утрам, изжога, отрыжка, боли или тяжесть в правом подреберье и эпигастральной области, вздутие живота, неустойчивый стул и запоры. Объективно: язык влажный, иногда суховат, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий безболезненный, чувствителен в правом подреберье. У некоторых рабочих выявлена болезненность в эпигастральной области. По результатам проведенных анализов крови у 164 человек были выявлены нарушения биохимических показателей крови. Из них у 84 человек повышение общего билирубина. Гипербилирубинемия отмечалась у работников со стажем более 16 лет. У 156 рабочих выявлены незначительное повышение АЛТ, у 128 повышение АСТ, снижение ферментов СДГ, ГДГ, МДГ является одним из начальных признаков токсического поражения печени, что свидетельствует о неблагоприятном воздействии продуктов производства на ее функциональное состояние. У 9 человек определены снижение уровня ферментов гидролаз от нормы. Повышение щелочной фосфатазы у 90 обследованных. Нарушения белкового обмена в виде снижения содержания альбуминов, диспротеинемия, снижение общего белка. Наблюдалась гиперхолестеринемия. Таким образом, клинические проявления токсического гепатита зависят от степени выраженности холестатического, цитолитического синдромов, отличаются значительными колебаниями активности аминотрансфераз, билирубина. Степень нарушений биохимических показателей зависит от стажа работы, т.е. от длительности контакта с химическими и физическими факторами производственной среды.

Ключевые слова: состояние здоровья, кровь, химические вещества, биохимические показатели, АЛТ, АСТ, билирубин.

STUDY THE INFLUENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN FACTORS OF EPIDEMIOLOGICAL RISK

Sodikova D.T.

Andijan State Medical Institute

It has long been known that people with long-term hypertension with a much greater frequency develop myocardial infarction, cerebral stroke, changes in the vessels of the fundus and chronic heart failure. But we should not forget that there is such a thing as "prehypertension", which is characterized as a predictor of arterial hypertension, and in turn can go into it or independently promote remodeling of the left ventricle of the heart, thereby being a factor in the development of cardiovascular diseases. We conducted a deeper analysis and a comparative assessment of the detectability of the main risk factors and associated clinical conditions in a population with prehypertension (PGH) and arterial hypertension (AH) in the Fergana Valley. The material was the results of a one-stage epidemiological study of random representative samples from the unorganized male and female population aged> 15-70 years, living in Andijan. A complex survey of the population was carried out using biochemical, epidemiological, instrumental, clinical and questionnaire research methods. Table 1 presents data on the comparative characteristics of PrH and AH among the surveyed population, depending on the educational status. Depending on the degree of educational status, the incidence of PG and AH among those examined was, respectively, 34.6% and 17.3% (P <0.05), with an incomplete higher education of 28.6% and 3,6% (P <0,001), in persons with full secondary or special education - 25,4 and 20,4% (P> 0,05) and in those with incomplete secondary education - 11,6% and 0.0% (P <0.001). Among people with primary education or without education - cases of PrH and AH are not registered (0.0%). Thus, the noted shifts in the epidemiological indicators of PG and AH, depending on the educational status or marital status, make it possible to make an assumption about their participation in the processes of formation of population mechanisms of elevated blood pressure as socio-medical behavioral risk factors (SMPFR). So, in connection with smoking, there is an increase in the incidence of PG to 50.2% and AH to 33.6% (P <0.05), with excess body weight (BMI) - PG and Arg are determined at levels of 19.8 and 24.8% (P <0.05), in the presence of alcohol (AA) - 40.0% and 34.5%, respectively (P> 0.05), with psychoemotional factor (PEF) - 25 , 0 and 36.4% (P <0.05), with low physical activity (NFA) - 33.8% and 25.0% (P <0.05), with low medical control (NMC) - by 33,3 and 14,5% (P <0,01), with hypercholesterolemia (HCS) - 31,5% and 44,1% (P <0,01) and in the presence of hypertricidemia (GTG) - 23, 3 and 35.6% (P <0.05). The data obtained in the analysis of the increase in the detectability of cases of elevated blood pressure are presented in connection with the 22 risk factors of AH among the population> 15-70 years of age. According to these data, firstly, there are noticeable differences in the proportion of risk factors (FR) in the development of high blood pressure and, secondly, there is an increase in cases of detectability, in the presence of these RF, more than 9.5 times (P <0.001). Thus, we were able to identify certain epidemiological trends in terms of the detectability and prevalence of prehypertension and hypertension depending on the risk factors that are important for organizing and conducting effective / mass preventive interventions among the population. This is confirmed by our and literary assumptions that in Uzbekistan, 90.0% of patients with prehypertension and hypertension, scientifically motivated / justified primary and secondary prevention directed against behavioral risk factors may prevent or suspend their epidemic among the population. Thus, it was noted that the change in lifestyle (smoking cessation, reduction of alcohol consumption, increased physical activity, reduced intake of salt and foods rich in saturated fats and cholesterol, increased consumption of fish, fruits and vegetables) and non-drug prevention are accompanied by a decrease in the incidence of new cases AH by 8%. The obtained data make it necessary to pay attention to the need to improve preventive programs, primarily in relation to socio-medical and epidemiological behavioral risk factors.

Key words: arterial hypertension, chronic heart failure.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Содикова Д.Т.

Андижанский государственный медицинский институт.

В литературе имеются разноречивые мнения о характере психических нарушений у больных врожденными пороками сердца, в том числе и у детей. Некоторые авторы считают, что среди умственно отсталых врожденные пороки сердца встречаются в 7 раз чаще, чем среди здорового населения. Вместе с тем высказывается мнение, широко распространено среди практических врачей - хирургов и педиатров - о том, что большинство детей с врожденными пороками сердца, в том числе цианотического типа, отличаются нормальным, а нередко даже повышенным по сравнению со сверстниками интеллектуальным уровнем. Задачей настоящего сообщения является систематическое описание отклонений в психическом развитии и нервно-психических нарушений у детей и подростков с врожденными пороками сердца в разные возрастные периоды. Для решения этих задач изучено в динамике 158 детей и подростков с врожденными пороками сердца цианотического (триада и тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, общий аортальный ствол, болезнь Эбштейна) и «бледного» типа (дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок, трехкамерное сердце, коарктация аорты и др.). Изучить состояние психического здоровья и социальной адаптации детей и подростков с врожденными пороками сердца с последующей разработкой комплексных реабилитационных программ. Клинико-психопатологический метод являлся основным и включал клинико-анамнестическое исследование, собственно клинико-психопатологическое обследование с оценкой состояния развития детей в возрасте до 4-х лет по шкалам Гезелла; клинико-динамическое и клинико-катамнестическое исследование. Для сравнения частоты и структуры психических нарушений у детей с врожденными пороками сердца и в детской популяции были сформированы две сопоставимые по возрасту группы. Основная группа в количестве 42 детей в возрасте 5-7 лет составлена из пациентов, поступивших на оперативное лечение порока сердца. У пациентов с ВПС психические расстройства были более распространены, чем у детей из группы сравнения (83,3% и 61,8% соответственно, $p < 0,05$). У детей с ВПС, чаще, чем у воспитанников детского сада, регистрировались органические психические расстройства (11,9% и 1,8% соответственно, $p < 0,05$), смешанные специфические расстройства психологического развития (23,8% и 7,3% соответственно, $p < 0,05$), расстройства поведения и эмоций (26,1% и 9,1% соответственно, $p < 0,05$). Психические нарушения донозологического уровня чаще регистрировались в группе сравнения, чем среди больных ВПС (10,9% и 2,4% соответственно), не достигая уровня значимых различий. Число больных детей, имеющих два и более пограничных нервно-психических расстройства, было значительно выше у пациентов с врожденными пороками сердца, чем у воспитанников детского сада (61,9% и 16,4%, $p<0,001$). При обследовании 179 детей и подростков с врожденными пороками сердца психические нарушения различного уровня диагностированы у 135 (75,4%) детей и подростков, что намного превышает показатели распространенности в популяции. Наиболее часто диагностировались непсихотические психические расстройства (60,9% - 109 чел.), на втором месте - умственная отсталость (8,4% -15 чел.). Нарушения донозологического уровня диагностированы у 6,1% пациентов ($n=11$) в виде проявлений минимальной мозговой дисфункции и невротических реакций. Знание особенностей нервно-психического развития детей и подростков с врожденными пороками сердца и его изменений после операции на сердце должно помочь врачам-педиатрам в решении вопросов социальной адаптации детей, а также в адекватном комплексном их лечении.

Ключевые слова: тетрада Фалло, болезнь Эбштейна, психические расстройства.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РОЗУВАСТАТИНА ПРИ ИБС, НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Солеева С.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

В связи с большой распространенностью ИБС среди населения, улучшение качества и продолжительности жизни больных с ИБС является одной из приоритетных задач здравоохранения. Несмотря на постоянное совершенствование методов обследования и лечения, уровень смертности от ИБС сохраняется высоким, в связи с чем ведутся поиски и разработки новых подходов к ведению больных ИБС. Одним из высокоэффективным статином является розувастатин представляющий собой ингибитор ГМК-КоА-редуктазы последнего поколения синтетического происхождения. Оценивалась эффективность и безопасность розувастатина в лечении больных с нестабильной стенокардией. Сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные атеросклерозом, остаются одной из самых актуальных задач современной медицины и здравоохранения в развитых странах мира, что связано с высокой заболеваемостью, инвалидизацией, временной утратой трудоспособности и смертностью. По современным представлениям, ведущим патогенетическим фактором ишемической болезни сердца (ИБС) является стенозирующий атеросклероз венечных артерий. Поражение коронарных артерий при ИБС всречается в 88-89% случаев. В основе патогенеза лежат взаимосвязанные процессы нарушения метаболизма, траспорта липидов и воспаления сосудистой стенки. Анализ многочисленных литературных источников последних лет свидетельствует о высокой эффективности и безопасности применения статинов в клинической практике. Поэтому в настоящее время с гиполипидемической целью для лечения пациентов с ИБС назначают статины. Оценить эффективность и безопасность розувастатина при ИБС, нестабильной стенокардии. Было взято 62 больных с диагнозом ИБС, нестабильная стенокардия напряжения. Всем больным проводилось обследование: опрос и осмотр; общий клинический, биохимический (в том числе определение липидного состава крови), ЭКГ, эхокардиография. Больные были распределены на две группы. В 1-ю группу включены 40 больных ИБС, нестабильной стенокардией напряжения (мужчин - 21 (52,5%), женщин - 19 (47,5%)), которые наряду с базисной терапией, получали розувастатин по 40 мг 1 раз в сутки 1 мес. Во 2-ю группу (группа сравнения) вошли 22 больных с нестабильной стенокардией напряжения (мужчин – 14 (64%), женщин – 8 (36%)), которые получали только базисную терапию (В-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики, антагонисты кальция, антиагреганты, нитраты, антиоксиданты). Средний возраст больных составлял 62,7 ±3,09 и 63,4±3,97 лет соответственно. Давность проявления приступов стенокардии в обеих группах составляла от 3 до 10 лет. При анализе биохимических показателей в 1- группе до лечения холестерин составлял 6.83± 0.54 ммоль/л, а после лечения - 5.21± 0.47 ммоль/л; ЛПНП до лечения - 5.78 ±0.51 ммоль/л, после – 3.78±0.47 ммоль/л; ЛПВП до лечения –1.05±0.10 ммоль/л, после – 1.43 ±0.14 ммоль/л. Во 2- группе до лечения холестерин составлял – 6.64± 0.58 моль/л, а после лечения -6.53± 0.61ммоль/л; ЛПНП до лечения – 5.18 ±0.66 ммоль/л, после – 5.43± 0.71 ммоль/л; ЛПВП– до лечения – 1.0± 0.05 ммоль/л, после – 1.10 ±0.12 ммоль/л. Таким образом, розувастатин существенно снижает уровень общего Хс, ЛПНП, а уровень ЛПВП повышается. Определение безопасности применения розувастатина у больных ИБС нестабильной стенокардией

напряжения. В 1 группе – общий билирубин 14,45±2,07 и 19,76±7,98; АЛТ – 24,42±1,54 и 27,26±1,36; АСТ – 26,03±1,27 и 29,88±1,14; креатинин – 82,07±3,14 и 87,65±2,87 до и после лечения. А во 2 группе – общий билирубин 15,01±2,34 и 20,96; АЛТ – 21,23±1,32 и 34,41±1,27; АСТ – 25,47±1,12 и 30,37±1,07; креатинин – 78,42±2,56 и 95,27±2,35 до и после лечения. Так на фоне лечения розувастатином отмечена хорошая переносимость препарата. В течение всего периода наблюдения проводился контроль безопасности применения препаратов группы розувастатина в виде оценки уровня печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ) и уровня креатинина. После лечения розувастатином уровень АЛТ и АСТ находился в пределах нормальных значений (0-37 МЕ/л и 0-43 МЕ/л, соответственно) и их показатели не увеличивались выше верхней границы нормы более чем в 2 раза, уровень креатинина не повышался более 300 мкмоль/л. Данных за нежелательные явления и побочные эффекты в ходе наблюдения не было. Из приведенных данных видна эффективность и безопасность розувастатина. Включение розувастатина в терапии ИБС, нестабильной стенокардии напряжения существенно снижает уровень общего Хс, ЛПНП, а уровень ЛПВП повышается. А также применение розувастатина не влияет на уровень трансаминаз (АЛТ и АСТ) и на уровень креатинина.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия, розувастатин, холестерин, ЛПНП, АЛТ, АСТ.

КОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОРОЛ БЎЙИ ЭКОЛОГИК ХУДУДДА ЭНГ КЎП ТАРҚАЛГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ДАРАЖАСИГА ЭКОЛОГИК ЗАРАРЛИ ОМИЛЛАР ТАЪСИРИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК БАҲОЛАШ

Сримбетова Н.А.

Эпидемиология кафедраси Кораколпогистон Тиббиёт Институти

Бугунги кунда Амударё ва Сирдарё сувларининг Орол денгизига қуйилиши кескин камайиши ва Орол денгизининг қуриши туфайли Орол бўйи ҳудудидаги экологик мувозанат издан чиқди, ташқи муҳит таназзулга юз тутди ва оқибатда яшаш учун ўта хавфли шароит юзага келди. Қорақалпоғистон Республикаси Орол бўйида экологик худудда юқумли касалликлардан диареялар (ўткир ичак касалликлари ва шигеллёзлар), вирусли гепатитлар ва нафас олиш тизими сили кенг тарқалган ва кейинги йиллардаги юқумли касалликларнинг ўртача 90% ни ташкил қилади. Бизнинг фикримизча зарарли экологик омиллар, хусусан сув омили диарея касалликлари динамикасига энг кўп таъсир кўрсатади. Шу сабабдан алоҳида зарарли омиллар билан диарея касалликлари орасидаги боғланишни кўриб чиқдик. Диарея касалликлари ўрганилаётган даврда ўсиш тенденциясини сақлаб қолди. Агар 2001-2003 йй.да ва 2005й.да ҚР да ўткир диареялар билан касалланиш кўрсаткичлари ЎзР кўрсаткичларидан паст бўлган бўлса, 2006 йилдан бошлаб ушбу кўрсаткичлар ЎзР кўрсаткичларидан анча юқори даражада рўйхатга олинмоқда. Ўткир диареялар билан касалланиш динамикасини 3 бешйиллик форматида ўрганиш кўрсатадики, агар ҚРда 2001-2005 йй.да 100 минг аҳолига ўртача кўрсаткич 147,4 ни ташкил қилган бўлса, 2006-2010 йй.да 180,8 ни, 2011-2015 йй.да эса 192,7 ни ташкил этди. ЎзР бўйича мос даврдаги шундай кўрсаткичлар камайиш тенденциясини кўрсатиб турди. Ўткир диареялар билан касалланиш динамикаси ҳар хил йўналишда бўлиб чиқди, шимолий зонада касалланиш даражаси иккинчи беш йилликда олдинги беш йилликка нисбатан 14,8%га, марказий зонада 46,8%га, жанубда 1,8%га ўсган бўлса, денгиз бўйи зонада (Мўйноқ туманида) 22,3%га камайди. Диарея кўрсаткичларининг жадаллиги денгиз бўйи, шимолий ва марказий зоналарда жанубий зонага нисбатан анча юқори эди. Учинчи беш йилликда диарея билан касалланиш ўртача йиллик кўрсаткичлари денгиз бўйи зонада 100 минг аҳолига иккинчи беш йилликдаги 134,3 дан 97,5гача, шимолий зонада мос равишда 178,9 дан 150,3 гача ва марказий зонада 251,7 дан 209,3 гача пасайган бўлса, ушбу кўрсаткичлар жанубий зонада мос равишда 119,9 дан 156,4 га ўсди. Биринчи беш йилликда энг юқори кўрсаткичлар Нукус (263,4) ва Кегейли (240,8) туманларида, иккинчи беш йилликда Нукус шаҳри (322,8), Нукус (327,6) ва Қўнғирот (271,5) туманларида, учинчи беш йилликда эса Нукус шаҳри (348,6), Тўрткўл (257,9) ва Қўнғирот (219,3) туманларида рўйхатга олинди. ҚРда 2001-2015 йиллардаги диарея касалликлари даражаси динамикаси ва ҚР очиқ сув ҳавзаларининг бактериал ифлосланиши орасида ўртача корреляцион боғланишлар Мўйноқ, Қўнғирот, Кегайли, Тахтакўпир, Тахиатош, Нукус ва Элликқалъа туманларида, кучли корреляцион боғланишлар Чимбой ва Қораўзак туманларида аниқланди. Диарея динамикаси ва қудуқ сувларининг бактериал ифлосланиши орасида ўртача корреляцион боғланишлар ҚР Чимбой, Қораўзак, Нукус, Беруний ва Амударё туманларида, ҳаққоний кучли корреляцион боғланишлар Нукус шаҳрида аниқланди. Диарея динамикаси ва водопровод сувларининг бактериал ифлосланиши орасида ўртача корреляцион боғланишлар шимолий, жанубий минтақаларда, Тахтакўпир, Қораўзак, Беруний ва Эллик қалъа туманларида, ҳаққоний кучли корреляцион боғланиш Тахиатош шаҳрида аниқланди.

Калит сўзлар: экологик зарарли омиллар, эпидемиологик баҳолаш.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ КУРЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ.

Сулайманова Н.Э., Рахимова Х.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

По статистике ВОЗ от никотинового пристрастия страдает 1.3 миллиарда людей. Всего в мире курят 31% мужчин и 10% женщин. От никотиновой зависимости страдает 25% подростков. В возрасте 15-17 лет показатель достигает 40%, из них 21% девушки. В Узбекистане насчитывается 2,8 миллионов курильщиков. Благодаря развёрнутой пропаганде о вреде курения, в последние годы в Узбекистане постепенно снижается число курящих людей. Употребление табачных изделий является причиной возникновения заболеваний полости рта, сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических заболеваний, преждевременной инвалидности и смерти. Самым распространенным табачным изделием среди мужчин Узбекистана является насвай. 23.2% взрослых мужчин и 6% подростков потребляют насвай. В день насвай употребляют в среднем 6,5 раз, без особых отличий между возрастными группами. Второй по распространенности в мире формой употребления табака считается курение кальяна. Кальян-содержит никотин, который также вызывает зависимость. Один сеанс курения кальяна длится в среднем 30–60 минут и поставляет в организм в 48 раз больше дыма, чем курение сигарет за тот же период. За полчаса курения кальяна человек может «скурить» эквивалент пачки сигарет. У курильщиков кальяна более высокая заболеваемость ХОБЛ, БА и пародонтозом. Увеличиваются шансы заболеть раком полости рта в 4 раза, раком пищевода в 2,65 раза и раком легких в 2,12 раза. У матерей, курящих во время беременности кальян, чаще рождаются дети с низкой массой тела, чем у некурящих матерей». Как альтернатива традиционному курению сравнительно недавно появились электронные сигареты и вейпы. Электронные сигареты опасны для молодых людей, беременных женщин и лиц, не употребляющих никотин. Это связано с вдыханием никотина и других выделяемых ими токсичных продуктов. В России электронные системы доставки никотина приобретают значительную популярность среди молодежи (школьников и студентов). Людей, которые курят электронные сигареты, относят к новой субкультуре - вейперам. При этом используют паровые устройства, как парни, так и девушки, многие из которых считают, что парить совсем не опасно и это намного лучше, чем курить обычные сигареты. Кроме этого опубликованы данные, подтверждающие опасность некоторых электронных устройств. Так, в период с 2015г. по 2018г. американскими медицинскими учреждениями было зафиксировано более полутора десятка случаев получения травм с различной степенью тяжести при использовании паровых приспособлений. Взрывы электронных сигарет происходили во рту, в руках и в карманах брюк из-за перегрева литиевоионных аккумуляторов. У пострадавших были переломы челюстей, выбиты зубы, сложные ожоги лица и тела, в некоторых случаях даже требовалась трансплантация кожи. Хотя подобные ситуации сегодня фиксируются крайне редко, исследователи предполагают, что с ростом популярности вейпа количество несчастных случаев будет только увеличиваться. Для достижения поставленной цели на базе семейной поликлиники №3 г. Самарканда при проведении профилактических осмотрах было проведено анкетирование 86 школьников 9-11классов в возрасте 14-16 лет. Для регистрации результатов обследования нами были разработаны опросники, включающие 11 вопросов открытого и закрытого типа.

Статистическая обработка результатов была проведена с помощью программы EXEL. В соцопросе приняло участие 86 школьников, из них 46 (53,4%) юношей и 40 (46,5%) девушек. В результате выявлено, что у подавляющего большинства учащихся семья является положительным примером в формировании здорового образа жизни, поскольку у 64 (74,4%) человек - 36 (78,2%) юношей и 28 (70%) девушек оба родителя не курят. Первый опыт курения многие школьники приобрели в 11-15 лет. Причинами, побудившими школьников закурить стали любопытство –12 (50%) человек, снятие стресса - 7 (29%) человек, ускоротать время, т.к. нечем себя занять отметили только юноши - 4 (17%). Один молодой человек ответил, что испытал давление со стороны сверстников (4%). Подавляющее большинство старшеклассников знают о вреде куренияТабачных изделий – 80 (93%): 34 (42,5%) юношей и 46 (57,5%) девушек, в то время, как 6 человек (7,5%) юноши не смогли ответить положительно на этот вопрос. В настоящее время не курят 77 (89,5%) школьников, а курят всего 9 (10,5%) юноши. Обычные никотиновые и электронные сигареты предпочитают только юноши – по 2 (2,3%) человека, кальян – 3 (3,4%) школьника: 2 (5,3%) юноши и 1 (2,1%) девушка, настораживает тот факт, что 22 школьника (25,5%) считаю вейпинг безопасным способом курения. Интерес представляет тот факт, что многие школьники весьма отрицательно относятся к курящим людям - 40 школьников (46,5%) и практически столько же относятся к ним равнодушно – 45 (52,3%) школьников.

1. Большую роль в формировании личности играет семья, поэтому в тех семьях, где родители не курят (у 64 человек - 74,4% не курят оба родителя), школьники тоже не имеют этой вредной привычки.

2. Большинство старшеклассников знают о вреде курения, из любопытства попробовали разные виды курения и прекратили делать это.

3. Часть школьников и юношей и девушек не знают о вреде табакокурения (6 человек) и вейпинга (22 человека).

4. Многие старшеклассникинегативно относятся к курящим людям - 40 школьников, но практически столько же относятся к ним инертно – 45 школьников.

5. Учитывая, что возраст начала курения составляет 11 лет, необходимо усилить разъяснительную работу среди школьников младших, средних и старших классов по формированию неприятия курения всех видов, поскольку раннее пристрастие может привести к формированию устойчивой вредной привычки курения и негативно повлиять на здоровье.

Ключевые слова: табачные изделия, курение, насвай, кальян, электронная сигарета, вейп, взрыв вейпа, школьники.

ОЦЕНКА ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ БОТУЛИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Ташпулатов Ш.А., Шодиева Д.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Исследовано показатели внешнего дыхания у детей с различными по степени тяжести течения ботулизма и дана оценка ботулинической интоксикации в динамике основного процесса. Определены критерии тяжести по показателям внешнего дыхания. Заболеваемость пищевым ботулизмом составляет менее 10% от всех пищевых токсикоинфекций, но почти 90% летальных исходов, связанных с бактериальными пищевыми токсикоинфекциями, приходится на его долю. К сожалению, на сегодняшний день во всем мире отсутствуют радикальные способы лечения этого тяжелого заболевания, поэтому успех терапевтических мероприятий полностью зависит от быстрой диагностики пищевого ботулизма и от своевременного и грамотного использования всего комплекса имеющихся в распоряжении врачей методов лечения (Специфическая антитоксическая терапия, проведение искусственной вентиляции легких и т.д.). С другой стороны, выбор того или иного терапевтического мероприятия тесно связан с правильной оценкой тяжести состояния больного и ранним выявлением ОДН при пищевом ботулизме, так каким именно ОДН является основной причиной гибели больных. В настоящее время тяжесть состояния детей с пищевым ботулизмом оценивается только по клиническим признакам. В связи с этим критерии тяжести во многом носят субъективный характер и, кроме того, возможно несоответствие между истинной тяжестью состояния детей и степенью выраженности некоторых важнейших клинических признаков пищевого ботулизма. Все это нередко приводит к недооценке тяжести заболевания и позднему началу реанимационных мероприятий у детей с тяжелым течением пищевого ботулизма, тогда как переоценка степени тяжести заболевания и глубины дыхательных нарушений может привести к переводу больных детей на искусственное дыхание без данных на то оснований, что является нежелательным, а иногда и недопустимым. Целью настоящей работы вляется изучение показателей внешнего дыхания у детей с различными по степени тяжести течения ботулизма. Обследовано 31 больных детей с ботулизмом в возрасте от 6 до 14 лет, которым диагноз был установлен на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Определялись показатели внешнего дыхания у больных с различным по степени тяжести течением ботулизма у детей в динамике основного процесса: частоты дыхания в 1 минуту (ЧД), минутного объема дыхания (МОД), дыхательного объема (ДО), жизненной емкость легких (ЖЕЛ). Контрольную группу составили практически 10 здоровых детей. Изучение показателей внешнего дыхания (МОД, ДО, ЖЕЛ) проводилось с помощью волюметра серии 45009 производство Германии. По тяжести основного процесса больные распределились следующим образом: больных тяжелыми формами было 7 (23%), средне-тяжелыми- 13 (42%) и легкими - 11 (35%). У наблюдаемых больных в анамнезе отсутствовали указания на наличие какой либо серьезной патологии со стороны органов дыхания или кровообращения, которая могла бы существенно повлиять на показатели внешнего дыхания. Среди наблюдавшихся больных имели место 27 (87%) групповых заболеваний и 4 (13%) спорадических случаев. Все случаев болезни были вызванный продуктами питания домашнего консервирования. Длительность инкубационного периода удалось установить у всех больных, которая составила в среднем 23,41±1,8 часа, а в зависимости от степени

тяжести течения болезни – 22,90±4,0; 26,61±2,06; 18,28±3,06 часов соответственно при легком, стредне-тяжелом и тяжелом течении пищевого ботулизма у детей. Из 31 обследованных детей с ботулизмом 11(35%) перенесли легкое течение заболевания. При поступлении стационар этой группы детей показатели внешнего дыхания в среднем составили: ЧД = 20,90 ± 0,28 в мин; ДО = 2,84 ± 0,05 $см^3$/кг массы тела; МОД = 76,27 ± 0,33 л; ЖЕЛ= 35,27 ± 0,67 $см^3$/кг массы тела.(с колебанием от 30 до 40 $см^3$/кг). Во всех случаях легкой формы пищевого ботулизма у детей имело благоприятное течение, дальнейшего прогрессирования основного процесса не наблюдалось. Среднее пребывания больного с легким течением ботулизма на больничной койке составило 9,36±0,81 дней. При выписке из стационара показатели внешнего дыхания у этой группы больных составили: ЧД = 20,75± 0,80 в мин; ДО = 3,37±0,25 $см^3$/кг массы тела; МОД =76,29±3,37 л; ЖЕЛ= 41,74±1,69 $см^3$/кг массы тела.(с колебанием от 35 до 45 $см^3$/кг). Анализ полученных результатов свидетельствовал, что у больных с легким течением пищевого ботулизма в разгар заболевания показатели внешнего дыхания почти не отличались от соответствующих показателей у лиц контрольной группы (Р ≥0,05), следовательно у детей легким течением ботулизма практически отсутствовали нарушения со стороны внешнего дыхания. При поступленый в стационар показатели внешнего дыханияу 13 (42%) детей со средне-тяжелым течением ботулизма в среднем были равны: ЧД = 21,07 ± 0,04 в мин; ДО = 2,25 ± 0,04 $см^3$/кг массы тела; МОД =69,07 ± 0,50 л; ЖЕЛ= 19,61 ± 0,63 $см^3$/кг массы тела.(с колебанием от 15 до 25 $см^3$/кг). Анализ полученных результатов свидетельствовал, что у детей со средне-тяжелом течением ботулизма, в разгар основного процесса имелось незначительное учащение дыхания до 21,07±0,04 в мин. Показатели МОД и ДО почти не отличались от соответствующих величин у лиц контрольной группы и детей с легким течением ботулизма (Р≥0,05). В тоже время, несмотря на то, что у большинства деттей этой группы отсутствовали жалобы на дыхательный дискомфорт, имели место уменьшение ЖЕЛ до 19,61±0,63 $см^3$/кг массы тела, которые позволяют диагностировать острую дыхательную недостаточность (ОДН) в компенсированной форме во всех случаях средне-тяжелого течения ботулизма у детей. Во всех случаях средне-тяжелого течения ботулизма у детей имело благоприятный исход и дальнейшего прогрессирования ОДН у больных не отмечалось. При выписки из стационара показатели внешнего дыхания у данной группы больных были равны: ЧД = 20,83±0,17 в мин; ДО = 3,78±0,20 $см^3$/кг массы тела; МОД = 77,97±2.51 л; ЖЕЛ= 42,24±0.86 $см^3$/кг массы тела (с колебанием от 32 до 43 $см^3$/кг). Здесь следует отметить, что 8 из 13 детей (42%) при выписки было отмечено восстановление ЖЕЛ до должных для них величин. Общее состояние 7 (23%) больных при поступлении было расценено как тяжелое и переведены в реанимационное отделение. Показатели внешнего дыхания в среднем составили: ЧД = 24,28 ± 0,52 в мин; ДО = 1,74 ±0,04 $см^3$/кг массы тела; МОД = 51,28 ± 0,52 л; ЖЕЛ=11,57 ± 0,57 $см^3$/кг массы тела.(с колебанием от 10 до 15 $см^3$/кг). Все больные этой группы жаловались на чувство неполноценности вдоха, ощущение кома за грудиной, выраженную общую слабость. У 4 больных (57%) детей из 7 ухудшения состояния в динамике не наблюдалось. Общее состояние 3 больных (43%), продолжало ухудшатся, беспокоило частое поперхивание слюной, сопровождавшееся чувством нехватки воздуха с момента поступления и в среднем через 22,13±4,72 часа, удалось купировать ОДН при помощи комплекса терапевтических мероприятий (применение специфической антитоксической, дезинтоксикационной терапии, ингаляции увлажненного кислорода).

Показатели внешнего дыхания у 3 детей на момент максимальной выраженности неврологической симптоматики были в среднем равны: ЧД = 25,33±0,38 в мин, МОД = 52 ±0,66 $см^3/кг$ массы тела, ДО = 41,6 ±0,01 $см^3/кг$, ЖЕЛ = 10,66±0,19 $см^3$/кг массы тела (с колебанием от 10 до 15 $см^3$/кг) и были переведены в реанимационное отделение с подозрением на декомпенсацию ОДН. Здесь следует отметить, что на фоне интенсивной терапии дети не нуждались в переводе на ИВЛ. Клиническая картина тяжелых форм ботулизма у детей по сравнению со среде-нетяжелыми формами, характеризовалась достоверно более частыми явлениями, как нарушение глотания (жидкой пищи) (4,7% и 79,% соответственно, $p<0,05$), пареза и паралич мягкого неба (50% и 94%, соответственно $p<0,05$), полного и частичного птоза (49,% и 95,%, соответственно $p<0,05$), и встречались симптомы, характерные только для тяжелой формы заболевания как острая дыхательная недостаточность компенсаторного характера. У больных с тяжелой формой болезни клиническая картина была не только более выраженной, но и более продолжительной, чем у больных со среднетяжелой формой. Во всех случаях заболевания имело благоприятное течение. Для полного выздоровления больным оказалось достаточным в среднем 16,42 ±0,68 дней пребывания в стационаре.

1. Острая дыхательная недостаточность при ботулизме у детей развивается закономерно и в компенсированной форме имеет место уже при средне-тяжелом течении заболевания;

2. Показатель ЖЕЛ является объективным критерием тяжести ботулизма, с высокой степенью достоверности различающийся у больных у детей с легким, средне-тяжелым, тяжелым течением основного процесса. Так, при легком течении пищевого ботулизма у детей показатель ЖЕЛ равен или превышает 30-40 $см^3$/кг массы тела, при средне-тяжелом течении он соответствует 15-25 $см^3$/кг массы тела, при тяжелом течении- показатель ЖЕЛ снижается до 10-15 $см^3$/кг и ниже.

Ключевые слова: ботулизм; дети; внешнее дыхание; критерии тяжести; острая дыхательная недостаточность.

ПОДАГРА КАСАЛЛИГИДА КАРДИОВАСКУЛЯР ЗАРАРЛАНИШЛАР ВА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Таиров Д.Р.

Самарканд Давлат тиббиёт институти

Текширувлардан 50 нафар подагра касаллиги билан касалланган беморлар утказилди. Текширувдаги беморлар орасидан 28 (56%) нафар беморда метаболик синдром ташхиси қўйилди. Подагра билан касалланган беморларда кардиоваскуляр зарарланишларнинг тез-тез учрайдиган асосий хавф омиллари артериал гипертензия (АГ), юқори зичликДаги липопротеид холестиринлар (ХСЛПВП) миқдорининг пасайиши, холестиринлар (ХС) миқдорининг кўтарилиши, қўшимча омиллардан-тана масса индексининг (ТМИ) ортиши ва гипертриглицеридемия ҳисобланади ва асосий касалликнинг клиник кечуви билан боглик ҳолда касалликни оғирлаштиради. Подагра касаллигининг тиббий ва ижтимоий долзарблиги аҳоли орасида касалланиш даражасининг йилдан-йилга кўпайиб бориши, беморларнинг меҳнатга лаёқатлилик қобилятининг пасайиши ва ногиронлик кўрсаткичларининг ошуви билан изоҳланади. Подагра касаллиги билан 1% эркак аҳоли касалланган бўлиб касаллик ўрта ёшдаги эркаклар орасида буғимларининг яллиғланиши билан кечадиган касалликлар ичида асосий ўринни эгаллайди. Текширув ва даволаш усулларининг яхшиланувига қарамасдан подагра касаллиги билан касалланиш даражаси охирги 30 йиллиқДа кескин ошган. Хусусан, М.С Элисеев ва бошқалар малумотларига кўра, подагра касаллиги билан оғриган беморларнинг 65% юрак қон-томир асоратлари сабабли нобуд бўлиши келтириб утилади. Бу холатда юрак қон томир асоратларининг асосида атеросклеротик узгаришлар асосий ўринни эгаллайди. Подагра касаллиги билан касалланган беморларда юрак қон-томир зарарланишларининг кўп учраши, касалликни комплекс ўрганиш мухимлигини кўрсатиб турибди. Подагра касаллиги билан касалланган беморларда кардиоваскуляр зарарланишлар ва уларнинг метаболик синдром билан боғлиқлигини ўрганиш. Беморларни текшириш Самарқанд давлат медицина институти 1-клиникаси маслаҳат поликлиникаси, кардиология, ревматология бўлимларида, Самарқанд шаҳар 3-сон поликлиникасида, Самарқанд вилоят кардиология диспансерларида олиб борилди. Текширувлардан 50 нафар подагра касаллиги билан касалланган беморлар ўтказилди. Беморларга ташҳис қўйишда American College of Reumatology (ACR, 1977) мезонларидан фойдаланилди. Беморларнинг уртача ёши 52,6±8,2 ёшни (38 дан 65 ёшгача) ташкил этди. 44 ёшгача-12,4%, 45дан 59 ёшгача-58,7%, 60 дан 65 ёшгача 28,9% ни ташкил этди. Касаллик бошланишидаги беморлар уртача ёши 42,8±8 ёшни ташкил этди. Кўпчилик беморларда(74,1%) касаллик бошланиши 42-52 ёш оралиғида кузатилди. Беморларда 52% холатда рецидивланувчи артрит ва 48% холатда сурункали артрит белгилари аниқланди. Метаболик синдром АКШ миллий соғлиқни сақлаш институти (2001) томонидан ишлаб чиқилган мезонлар асосида ташҳисланди. Метаболик синдром қуйида қайд этилган мезонларнинг камида 3 таси аниқланган тақдирда тасдиқланди: -бел айланаси >102 см; -триглециридлар ≥ 1,69 ммол/л; -ЮЗЛП <ммол/л; -САҚБ ≥ 135 мм.сим.уст ва/ёки ДАҚБ ≥ 85 мм.сим.уст; -оч қоринда қонда глюкоза миқдори >6,1 ммоль/л; Метаболик синдром текширувдаги беморлар орасида 28 (56%) нафар беморда қайд қилинди. Беморларда умум клиник текширувлар билан биргалиқДа антропометрик текширувлар ҳам утказилди. Беморларда бел айланаси (БА) ва сон айланаси (СА), уларнинг нисбати (БА/СА), бўй узунлиги ва вазни аниқланди. Тана масса индекси (Кетле индекси) кг/м2 хисоблаб чиқилди.

Текширувдаги беморлар орасидан 28 (56%) нафар беморда метаболик синдром ташҳиси қуйилди. Подагра касаллиги қайталаниб кечган беморларда метаболик синдром 49,2% беморда, касаллик сурункали кечган беморларда эса бу синдром 58,1% эканлиги аниқланди. Метаболик синдром мавжуд бўлган беморлар уртача ёши 52,8±8,3 ни ташкил этган бўлса, бундай синдром мавжуд бўлмаган беморларда уртача ёши 50,4±7,6 ёшни ташкил этди. Касалликнинг давомийлиги эса мос равишда 8,9±0,27 ва 6,1±0,21 йилни ташкил этди. Метаболик белгилар учраш частотаси касалланганганлар орасида анча юкори курсаткичларни ташкил этди. Лекин шуни айтиб утиш керакки бу иккала гурух беморларда касаллик оғирлик индексининг иккита компоненти: Зарарланган бугимлар сони (10 (5; 16) аксинча 10(4; 15) ва кон плазмаси таркибидаги сийдик кислота миқдори 586,0 (382,0;627,0) аксинча 580,0 (433,0; 621,0) мкмол/л деярли бир хил курсаткичларни намоён этди ($p<0.002$). Подагра касаллиги қайталаниб кечган беморларда метаболик синдромнинг қуйидаги белгилари кўпрок учради: АҚБ кўтарилиши (70,8%), ТГ лар миқдорининг ошиши (76,9%), гипергликемия (57,7%) ва ЮЗЛПХС лар миқдорининг камайиши (73,7%). Ушбу гурухдаги беморларда висцерал типдаги семизлик 12 (46,1) нафар беморда кузатилди. Подагра касаллиги сурункали кечган беморларда метаболик синдромнинг қуйидаги белгилари кўпрок учради: АҚБ кўтарилиши (75%), ТГ лар миқдорининг ошиши (79,2%), висцрал типдаги семизлик (54,2%) ва ЮЗЛПХС лар миқдорининг камайиши (87,5%). Ушбу гурухдаги беморларда қондаги глюкоза миқдорининг кўтарилиши энг кам курсаткичда қайд қилинди (50,0%).

Хар иккала гурух беморлардахам деярли барчасида метаболик синдромнинг қайсидир тури қайд қилинди, фақатгина 1 (2%) беморда ушбу 5 мезондан бирортаси кузатилмади. Метаболик синдромннинг диагностик мезонлари, кўпчилик беморларда 2-3 та мезон аниқланди. Подагра билан касалланган беморлар орасида артериал гипертензия, энг кўп учраган метаболик синдромнинг мезони бўлиб хисобланди 72,9%. САҚБ уртача курсаткичи МС мавжуд беморларда 150 (130; 180) мм.сим.уст тенг бўлса, ушбу синдром мавжуд бўлмаган беморларда 140 (120; 170) мм.сим.уст тенг бўлди ($p<0,001$), Диастолик қон босими эса мос равишда 95 (80; 120) ва 90 (70; 110) мм.сим.уст тенглиги аниқланди ($p<0,001$). Кўрик вақтида гипотензив дори воситаларини истемол қилган беморлар 11 (30%) нафарни ташкил қилди. Гипотензив воситаларни метаболик синдроми мавжуд бўлган беморлар ушбу синдром мавжуд бўлмаган беморларга нисбатан кўпрок истемол қилиб келишаётгани аниқланди: 14 (38,8%) аксинча 10 (27,7%) мос равишда. Метаболик синдром мавжуд беморларда АГ 72,9% холатда кузатилган бўлса, ушбу синдром мавжуд бўлмаган беморларда 61,3% ни ташкил қилди. ЮИК билан касалланганлар метаболик синдром мавжуд бўлган беморлар 43,7% ни ташкил қилди. Сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд бўлган беморларнинг 10 нафаридан 4 нафарида метаболик синдром мавжудлиги қайд қилинди. Шуни инобатга олиш керакки метаболик синдроми мавжуд бўлган беморларда АГ, ЮИК (миокард инфаркти) ва СЮЕ кўпрок кузатилди ($p<0.05$). Қандли дибет билан касалланган беморлар иккала гурухдаги беморлар орасидан 20% аниқланди, шундан 14,6% беморда касаллик кайталаниб ва 26% беморда подагра касаллиги сурункали кечаётганлиги аниқланди. Қандли диабет аниқланган подагра билан касалланган беморлар орасида АГ 77,8% холатда кузатилди, Қандли диабет мавжуд бўлмаган беморларда эса АҚБ кўтарилиши 70,8% холатда аниқланди. Қандли диабет аниқланган подагра касаллиги билан касалланган беморларнинг 38,9% да ЮИК аниқланди. СЮЕ мавжуд бўлган 10 нафар беморнинг 40% да ҚД мавжудлиги ва 6 нафарида ушбу

касаллик мавжуд эмаслиги қайд қилинди. Қандли диабет II-типи мавжуд бўлган подагра билан касалланган беморларда АГ, ЮИК (миокард инфаркти) ва СЮЕ касалликлари билан огриганлар кўпчиликни ташкил этди ($p<0.05$). АҚБ кўтарилиш хусусиятлари, унинг частотаси ва метаболик синдромнинг беморлар ёшига богликлиги АГ даражаси ва метаболик синдромнинг бошка мезонларининг беморлар ёш курсаткичларига богликлигини урганиш учун беморларни 3 гурухга бўлиб ургандик: 50 ёшдан кичиклар (n=14), 50 ёшдан 60 ёшгача бўлганлан (n=24) ва учинчи гурухга 60 ёшдан ошган беморлар киритилди (n=12). Ушбу холатда АГ учраш частотаси беморлар ёшига пропорсионал равишда, САҚБ ва ДАҚБ беморлар ёшига тугри корреляцион боглик тарзда ошиб борди. 50 ёшдан кичик беморлар орасида эса метаболик синдромнинг гипертриглециридемия (88%), ЮЗЛПХС миқдорининг камайиши (79%) ва АҚБ нинг кўтарилиши (66,7%) турлари кўп учради. Бу ёшда беморларда гипергликемия кам фоизларда кузатилди (58,3%). Беморлар бел айланасининг 102 см дан ортиклиги 25% беморларда кузатилди. 50-60 ёш оралигидаги беморларда метаболик синдром белгиларидан қуйидагилар аниқланди ТГ (70,5%), АГ (68,2%), ЮЗЛПХС миқдорининг камайиши (56,8%) ва гипергликемия (54,5%). 60 ёшдан ошган беморларда эса АГ, ЮЗЛПХС лар миқдорининг камайиши ва бел айланасининг ортиши бошка гурухларга нисбатан кўпроқни ташкил этди.

1. Подагра билан касалланган беморларда кардиоваскуляр зарарланишларнинг тез-тез учрайдиган асосий хавф омиллари АГ, ХСЛПВП пасайиши, ХС миқдорининг кўтарилиши, қўшимча омиллардан- ТМИ нинг ортиши ва гипертриглицеридемия хисобланади ва асосий касалликнинг клиник кечуви билан боглик холда касалликни огирлаштиради.

2. Курсаткичларни тахлил килиш натижаси шуни курсатадики подагра касаллигининг эрта бошланишида семизлик ва АГ нинг ахамияти юкори, шунингдек бу иккала омил уз навбатида бир бири билан чамбарчас боглик холда бир бирини огирлаштиради.

3. АГ нинг кечиши ва огирлик даражаси, метаболик синдром компонентлари беморларнинг ёшига пропорсионал равишда ошиб боради.

Таянч сўзлар: подагра, метаболик синдром, артериал гипертензия, холестерин, қандли диабет.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ АТЛЕТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ НАЦИОНАЛЬНЫМ ВИДОМ СПОРТА КУРАШ

Тохтиев Ж.Б., Усмонходжаева А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В данной статье будет рассмотрен вопрос о национальном виде спорта – кураш, а также целесообразность совместной работы тренера и спортивного врача для получения значимых результатов в подготовке молодых спортсменов к соревнованиям. Оценить состояние и динамику физического развития, а также показателей общей и специальной физической подготовки у спортсменов с различным уровнем двигательной активности. На сегодняшний день борьба Кураш получила развитие более чем в 50 старанах мира. Кураш – безопасный вид единоборства, так как в нём запрещены любые болевые, ударные и удушающие приемы, захваты ниже пояса. Единственное положение, в котором происходит поединок, это стойка стоя. Задача, стоящая перед борцами - бросить соперника на спину. Следует отметить, что спортсмены занимающиеся данным видом спорта относятся к мезоморфному типу телосложения. Мы исследовали школы города Андижана и следующие районы Андижанской области: Асакинский, Шахриханский, Жалалкудукский, Балыкчинский, Боз, Пахтабадский. И пришли к выводу, что данным видом спорта занимается молодежь от 7 до 16 лет (84%) от 15 до 23 лет (16%). 33% из всех спортсменов-курашистов - представительницы женского пола. Таким образом, по нашему мнению, работа тренера должна быть совмещена с деятельностью спортивного врача, что предполагает значительный объем знаний по различным вопросам. К ним относятся:

1. Вопросы непосредственно клинической медицины (спортивная травматология, неотложная помощь, кардиология, восстановление и реабилитация спортсменов, периодическое комплексное обследование спортсменов, функциональное нагрузочное тестирование спортсменов).

2. Вопросы функциональной физиологии спортсменов (уровень здоровья спортсменов; адаптационные, функциональные и психологические резервы;

3. Теория стресса и адаптации в практике спортивной медицины; система повышения работоспособности спортсмена, спортивная биомеханика; спортивная биохимия; психофизиология труда спортсмена, режим нормирования спортивной нагрузки, системы скрининг-оценки функционального состояния спортсмена; самооценка состояния спортсмена; система питания спортсмена; климатические нагрузки в спорте; гигиена спортивных сооружений и экипировки спортсменов; фармакологическая поддержка спортсмена с учетом соблюдения антидопинговых правил).

Проведенные исследования показали, что независимо от уровня ДА, все группы в течение года имеют положительную динамику основных параметров физического развития, свидетельствуя о продолжающихся процессах роста и формирования структуры тела. Спортсмены, находящиеся на повышенном двигательном режиме, имеют более высокий уровень ($p<0,05$) обхватанных размеров грудной клетки (ОГК в паузе на 3,50–3,00 см и 1,00 см у лиц мужского и женского пола соответственно), индекса Эрисмана (на 2,30–3,00 см и 0,40–1,40 см), индекса Пинье (на 11,9–18,9% и 7,9–13,7%) и показателей физической подготовленности. Степень прироста показателей физического развития и физической

подготовленности значимо выше у лиц, систематически занимающихся циклическими и игровыми видами спорта. Это проявляется в развитии общей и специальной выносливости. Значительные по объему и интенсивности физические упражнения влекут за собой перегрузки, нарушения гармоничности развития, приводят к формированию различной патологии. Исследования показывают, что от 26% до 45% спортсменов подросткового возраста, имеют крайне низкий уровень соматического здоровья и функциональных резервов организма. Отмечается увеличение патологии опорно-двигательного аппарата (сколиозы и плоскостопие), сердечно-сосудистой системы (нарушения ритма сердца, дистрофия миокарда вследствие острого и хронического физического перенапряжения), пищеварительной системы (гастродуодениты, дискинезии желчевыводящих путей), заболеваний полости рта и носоглотки.

Ключевые слова: кураш, физические упражнения, сердечно-сосудистая система, соматическое здоровье.

ГИПОКСИЯ ЎТКАЗГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҲУЖАЙРА ИММУНИТЕТ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ

Турдиева Д.Э.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Гўдаклар касаллиги ва ўлими орасида бу ҳолат асосий омиллардан бири бўлиб, кўп ҳолларда оғир соматик ва неврологик асоратлар ҳисобланган. Перинатал гипоксиянинг нафақат асаб тизимига, балки иммун тизимдаги ўзгаришларга ҳам салбий таъсири аниқланган. Инфекцион жараённинг қандай кечиши, касалликнинг енгил ёки оғир ўтиши, оқибати, Т- ва В - лимфоцитларнинг миқдор кўрсаткичларига, функционал фаоллигига боғлиқ эканлиги кўпгина илмий ишларда ўрганилган бўлиб, лекин гипоксия ўтказган чақалоқларда CD фенотипли лимфоцитлар иштирокида хужайра иммун кўрсаткичларидаги ўзига хос хусусиятлар, ўзгаришларни ўрганиш долзарблигича қолмоқда. Шундан келиб чиққан холда гипоксия ўтказган чақалоқларнинг иммунитет кўрсаткичларидаги холат, неонатал даврдаги динамикаси ўрганиш бизни излантирган муаммолардан бири бўлди. Гипоксия ўтказган чақалоқларда хужайра иммунитет кўрсаткичларининг динамикасини ўрганиш. Қўйилган вазифалар ечимини топиш учун гипоксияни бошидан кечирган 104 нафар чақалоқ текширувдан ўтказилди. Кузатув 1 сонли Тошкент шаҳар клиник болалар шифохонасининг (ШБКШ) реанимация ва жадал даволаш ҳамда чақалоқлар патологияси бўлимларида ўтказилди. Болалар ўз ҳаётининг 6-7 кунларида Тошкент шаҳри туғруқхоналаридан реабилитациянинг II босқичига қуйидаги ташхислар билан ўтказилди. Гипоксик ишемик энцефалопатия (ГИЭ) нейрорефлектор қўзғалувчанлик, гипертензион, талваса синдромлари, ҳомила ичи инфекцияси (ҲИИ) хавфи, анемия, ичаклар фалажи. Оналарнинг соматик, экстрагенитал касалликлари, акушерлик ва гинекологик анамнези ҳамда ҳомиладорликни, туғруқнинг кечиши, патологияси ўрганиб таҳлил этилди. Ўтказилган тадқиқотларни умумлаштириб, шуни таъкидлаш жоизки, ҳомиладорликнинг асоратли кечиши, учраётган гестозлар (66,6%), анемия (112%), ЎРВИ (74%), ФПЕ (46,3%) экстрагенитал касалликлар (23%), жинсий - пешоб йўллар инфекцияси (55,7%), туғруқдаги патологик ҳолатлар (66,6%), қоғоноқ сувларининг ифлосланиши (37%) асфиксия ва перинатал гипоксиянинг ривожланишига, ҳомила ички инфекцияларининг кучайишига, ҳамда иммунологик тизимда иммун танқисликга, натижада барча органлар дисфункциясининг келиб чиқишига сабаб бўлар экан. Юқорида изоҳланган барча кўрсаткичлар яна бир бор онадаги сурункали яллиғланиш касалликлари билан ўзаро боғлиқликни, яъни узоқ муддатли антиген таъсир ҳужайра фагоцитлар тизимининг фаоллашувига ёрдам бериши мумкинлигини исботлади. Ўткир асфиксия ўтказган чақалоқларнинг оналарида кўпрок анемия (42,3%), туғруқдаги патологик ҳолатлар (26,9%). Мураккаб гипоксия ўтказган чақалоқларнинг оналарида гестозлар (46,1%) анемия (75%), ЎРВИ (65,7%), ФПЕ (34,6%), патологик туғруқлар (42,3%), сурункали пиелонефритлар (44,2%), CD фенотипли лимфоцитларнинг миқдорининг ўзгаришига сабаб бўлди. Ўткир асфиксия ва мураккаб гипоксия кечирган чақалоқларда баъзи ҳужайравий иммунитет кўрсаткичларини ўрганиш шуни кўрсатдики, иммунитетнинг асосий ҳужайравий омилларининг қайта тақсимланиши, фақатгина гипоксиянинг оғирлик даражасигагина боғлиқ бўлмай давомийлигига ҳам боғлиқ экан. Мураккаб гипоксия ўтказган гуруҳ чақалоқларда CD_3 маркерли лимфоцитлар миқдорлари, ўткир асфиксия ўтказган гуруҳ

чақалоқлар лимфоцитлари миқдорларига нисбатан анча паст эканлиги аниқланди (CD_3 30,2±0,2, 32,4±0,4 га қарши). Т-лимфоцитларнинг T_X ва T_C субпопуляцияси текширилганда, мураккаб гипоксия ўтказган гуруҳ кўрсаткичлари, ўткир асфиксия ўтказган чақалоқлар кўрсаткичларига қараганда жуда пастлиги аниқланди (CD_4 11,3±0,4, 15,5±0,6 га қарши, CD_8 12±0,1, 13,1±0,3 га қарши). CD_4 ва CD_8 маркерли лимфоцитларнинг жуда пастлиги, гуморал иммунитет В-лимфоцитларнинг аутоагрессивлигига яъни CD_{19} маркернинг миқдорини ошишига, иммунопатологик реакциялар фаоллигига, ҳамда қаршитаналар ҳосил бўлиш тезлигининг ошишига олиб келади. Перинатал гипоксия ўтказган чақалоқларда иммунопатологик реакцияларнинг фаоллигини оширадиган қаршитаналарни ҳосил бўлиши йирингли-инфекцион касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлди. Ўткир асфиксия гуруҳида $А_1$ (80%) $А_2$ (72%) $А_3$ (39%) чақалоқларда бронхопневмония, мураккаб гипоксия ўтказган $Б_1$ гуруҳда (90%), $Б_2$ (80%), $Б_3$ (53%) чақалоқларда бронхопневмония ҳамда сепсис клиникаси кузатиш фикримиз далилидир. Юқоридаги тахлилларга кўра, мураккаб гипоксия ўтказган чақалоқлар инфекцион касаллик ривожланишидаги «юқори ҳавфли» гуруҳни ташкил қиладилар деб, хулоса қилиш мумкин. Неврологик текширувлар ультратовуш (УТ) сканерлаш усули ва баҳолаш жадвали билан бирга олиб борганда, қуйидаги натижалар аниқланди. Ўткир асфиксияни бошидан кечирган чақалоқлар перивентрикуляр соҳаларида садо зичлигининг ошганлиги, ён қоринчалар вентрикуло-дилатацияси тавсифли бўлди. Бу ўзгаришлар бош мия нейронларининг шикастланганлигидан далолат беради. Мураккаб гипоксияни кечирган чақалоқлар текширилганда умумий эхогенликнинг ошганлиги, қоринчаларнинг торайганлиги, бош мия шиши қайд этилди. Ўткир асфиксия кечирган гуруҳда УТ текширувида - 1 та бошланғич гидроцефалия ҳолати, мураккаб гипоксия гуруҳида - 2 та гидроцефалия ва 1 та микроцефалия ҳолатлари аниқланди. Баъзи чақалоқларда ультратовуш белгиларининг йўқлиги нейронларнинг антенатал шикастланишидан деб тахмин қилинди. Ўтказилган илмий тадқиқот шуни кўрсатдики, ўткир асфиксия ва мураккаб гипоксия ўтқазган чақалоқларда иммунологик кўрсаткичлар билан бир қаторда, неврологик ва оғир холатларни ультра товуш (УТ) усули орқали текшириш, инфекцион жараённинг ривожланиши ва марказий асаб-тизимидаги шикастланишларни синдромал аниқлашда муҳим аҳамията эга эканлигини кўрсатиб берди. Ўткир асфиксия ва мураккаб гипоксия ўтказган чақалоқларнинг айрим ҳужайра кўрсаткичларидаги хусусиятлари - ҳомиладорликнинг асоратли кечиши, ҳомиланинг барча патологик ҳолатлари, йўлдошдаги ўзгаришлар ва ФПЕ оқибатида юзага келиши далилланди. 2.Мақолада изоҳланган барча кўрсаткичлар онадаги сурункали яллиғланиш касалликлари билан ўзаро боғлиқликни, яъни узоқ муддатли антиген таъсир ҳужайра фагоцитлар тизимининг фаоллашувига ёрдам бериши мумкинлигини исботлади.

Калит сўзлар: гипоксия, чақалоқ, хужайра, иммунитет, кўрсаткич, динамика.

МЕТОДЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Урманова А.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Артериальная гипертензия (АГ) - один из самых распространенных факторов кардиоваскулярного риска, оказывающих независимое негативное влияние в отношении выживаемости в общей популяции. Хотя распространенность АГ в разных странах существенным образом различается, в европейской популяции ожидаемая частота этого заболевания колеблется в пределах 23–36%. По мнению многих экспертов, эти данные значительно занижены, а с учетом новых рекомендации Американского кардиологического колледжа, изменивших дефиницию АГ и обозначивших новый уровень для I стадии заболевания как 130/80 мм рт. ст., распространенность АГ будет еще повышаться. Изучить методы комбинированной терапии у больных А/Г. Недавно был представлен новый мета–анализ 42 клинических исследований (общее количество включенных 68 больных АГ), в котором был сопоставлен АД–снижающий эффект комбинации любых двух препаратов из классов тиазидных диуретиков, b–блокаторов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и антагонистов кальция с эффектом одного из препаратов комбинации. Были проанализированы исследования факториального дизайна, в которых сравнивались 4 группы больных: монотерапия одним препаратом, монотерапия другим препаратом, комбинация двух этих препаратов и плацебо. При использовании диуретика среднее снижение систолического АД (за вычетом снижения АД в группе плацебо) при монотерапии составило 7,3 мм рт.ст. и 14,6 мм рт.ст. в комбинации с препаратами других классов. По такой же схеме оценки в группе b–блокаторов среднее снижение систолического АД составило 9,3 и 18,9 мм рт.ст.; в группе ингибиторов АПФ – 6,8 и 13,9 мм рт.ст.; антагонистов кальция – 8,4 и 14,3 мм рт.ст. соответственно. Ожидаемое снижение АД от сочетания двух препаратов, предполагающее аддитивный эффект, весьма точно предсказывало наблюдаемое снижение АД. Отношения наблюдаемого к ожидаемому увеличивающему снижению АД комбинации каждого класса препаратов с любым другим по отношению к эффекту одного препарата были соответственно для тиазидов, b–блокаторов, ингибиторов АПФ и антагонистов кальция: 1,04 (95% доверительный интервал {ДИ}0,88–1,20; 1,0 (95% ДИ 0,76–1,24); 1,16 (95% ДИ 0,93–1,39) и 0,89 (95% ДИ 0,69–1,09), а по всем группам вместе – 1,01 (95% ДИ 0,90–1,12). Сравнение этих результатов с опубликованными данными других мета–анализов по оценке действия различных доз этих же препаратов показало (рис. 3), что удваивание дозы препарата дает приблизительно только одну пятую от нарастающего снижения АД в случае комбинации препаратов (0,22{95% ДИ 0,19–0,25}). В заключение отметим, что, выбирая гипотензивную терапию, врач основывается на эффективности, безопасности и удобстве предлагаемого пациенту лечения. Эти критерии включают в том числе степень снижения общего сердечно–сосудистого риска, риска поражения органов–мишеней и развития метаболических нарушений под влиянием гипотензивной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, b–блокаторов, ингибиторов АПФ.

PATHOGENETIC SIGNIFICANCE OF CYTOKINES BASED ON CHRONIC ISCHEMIA OF THE BRAIN

Usmanova D.D., Vafoeva G.R.
Tashkent Pediatric Medical Institute.

Universal pathogenetic mechanisms take part in the development of cerebrovascular diseases, first of all, vascular and immune-mediated inflammatory processes that are closely related to each other, which require the study of their pathogenetic significance. To study the state of pro- and anti-inflammatory cytokines (IL-1β, IL-6, TNF-) in patients with chronic brain ischemia (CHBI) depending on the predominant genesis of development. 133 patients were examined, the average age of patients was 56.2 ± 0.4 years. All examined patients were divided into 2 groups depending on the pathogenesis of the development of CHBI. Group 1 comprised 65 (42.5%) patients with CHBI, which developed mainly on the background of arterial hypertension (AH). Group 2 included 68 (44.5%) patients with CHBI, which developed mainly on the background of atherosclerosis. The control group for the purpose of comparing immunological studies comprised 20 (13.0%) of practically healthy donors. Studies of the content of cytokines (IL-1β, IL-6, TNF-α) in the serum of peripheral blood were determined by - analysis using commercial test - systems "Vector - Best", Novosibirsk, Russia, 2013y. Statistical processing was performed on a Pentium-4 personal computer.

A comparative analysis of proinflammatory cytokines in patients with CHBI in both groups of patients revealed the presence of a significant difference with the values of the control group ($p < 0.05$ and $p < 0.001$). The serum level of TNF-α in the group of patients 1 and 2 groups was increased by 2.9 and 2.12 times, respectively, and in the control group - 2.15 ± 0.23 pg / ml. We found a significant increase in the levels of TNF-α in groups of patients with CHBI, against the background of hypertension, and in the first group of patients the level of TNF-α was increased 1.4 times compared with the value of the 2nd group. In the 1st group of patients, the content of TNF-α was increased than in the 2nd group. In the first group, TNF-α was 6.3 ± 0.76 pg / ml, in the 2nd group - 4.6 ± 0.48 pg / ml. In group 1, IL-1β increased by 1.8 times, in the 2nd group - 1.4 times. It was shown that IL-1β was significantly increased in both groups of patients. Thanks to statistical analysis revealed the reliability between the studied groups of patients with CHBI. So, it was shown that in the 1st group of patients with IL-1β was 11.4 ± 1.10 pg / ml, while in the 2nd group - 8.9 ± 0.64 pg / ml. The content of IL-1β in both groups differed by 1.3 times, while it was significant. Therefore, there is a significant difference in the content of IL-1β between groups of patients. Analysis of the content of IL-6 in the serum of peripheral blood of patients with CHBI allowed us to reveal a significant increase in all the studied groups in relation to the control. Thus, IL-6 in the 1st group of patients was 7.4 ± 0.86 pg / ml, whereas in the 2nd group it was 6.5 ± 0.62 pg / ml. At the same time, there was no significant difference between the groups. Consequently, we found a significant increase in the concentration of IL-6 in the group of individuals with CHBI on the background of hypertension, but no significant differences were found. In the pathogenesis of the development of CHBI hypertensive and atherosclerotic genesis an important role is played by both pro-and anti-inflammatory cytokines. Elevated levels of IL-1β, TNF-α and IL-6 were found predominantly in patients with CHBI against the background of hypertension.

Keywords: chronic brain ischemia, anti-inflammatory cytokines, pro-inflammatorcytokines.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ В РАСПОЗНАВАНИИ ГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Усманова Д.Д., Вафоева Г.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

На сегодняшний день большое количество субъективных и описательных характеристик ХИМ ставит вопрос о разработке магнитно-резонансных томографических (МРТ) - критериев ХИМ в зависимости от ее генеза. Конкретизация МРТ- признаков ХИМ в зависимости от её генеза. МРТ - исследование проведено у 77 больных с ХИМ I-II стадии, из них 31 больного 1-й группы, этиологической основой которых явилась артериальная гипертензия (АГ) и у 46 больного 2-й группы, у которых ХИМ развилась на фоне атеросклероза. МРТ проводили с использованием томографов напряженностью магнитного поля 1,5 Т, с использованием стандартного протокола исследования головного мозга, в трансверзальной, коронарной и сагиттальной плоскостях, в режимах T1-SE, T2-SE, T2-FLAIR. Поводили количественную оценку выявленных очаговых и диффузных изменений. Количественная оценка включала определение количества, локализации и размеров лакунарных ишемических очагов. Очаги по локализации были разделены на: субкортикальные, перивентрикулярные, с поражением базальных ядер и без поражения базальных ядер. По количеству: до 5 очагов расценивали как - единичные, от 5 до 10 очагов – средние, от 10 и свыше – множественные. По размерам: 1) мелкие (диаметр <5 мм); 2) крупные (диаметр 5-10 мм). На Т2 изображениях измеряли общую площадь лейкоареоза ($см^2$) в режиме Т2 на уровне боковых желудочков. Ишемические очаги субкортикально встречались у 22 (71,0%), перивентрикулярно – у 9 (29,0%) пациентов 1 группы, во 2 группе соответственно - 18 (39,1%) и 28 (60,9%) P<0,01. В 1 группе единичные очаги встречались у 2 (6,5%) пациентов, средние – у 10 (32,3%), у 19 (61,3%) пациентов выявлены множественные. У пациентов 2 группы: единичные – у 14 (30,4%), средние – у 21 (45,7%), множественные – у 11 (23,9%). Мелкие очаги диагностировались у 13 (41,9%) пациентов 1группы и у 34 (73,9%) пациентов 2 группы (P<0,01). Крупные очаги соответственно - 18 (58,1%) и 12 (26,1%) P<0,01. В ходе нейровизуализации нами была подсчитана общая площадь лейкоареоза в режиме Т2, которая в 1 группе равнялась 8,6±1,2 $см^2$, во 2 - 3,5±0,5 $см^2$ (P<0,001). Лейкоареоз у 12 (38,7%) пациентов 1 группы был локальным, у 19 (61,3%) – диффузно сливающимся. Во 2 группе у 8 (17,4%) пациентов очагов лейкоареоза не было выявлено, у 31 (67,4%) - он был локальным (P<0,05), у 7 (15,2%) - диффузно сливающимся (P<0,001). В 1 группе, лейкоареоз имел преимущественно переднюю и заднюю локализацию. А именно: у 18 (58,1%) пациентов лейкоареоз имел переднюю локализацию, у 10 (32,2%) – заднюю. Всего лишь у 3 (9,7%) пациентов он был боковым. Во 2 группе мы чаще, т.е. у 18 (39,1%) пациентов констатировали боковую локализацию лейкоареоза (P<0,01). У 11 (23,9%) пациентов он имел переднюю локализацию (P<0,01), у 9 (19,6%) – заднюю. Как было выше указано, у 8 (17,4%) пациентов лейкоареоз не встречался (P<0,01). Результаты данного исследования позволяют рекомендовать МРТ для определения генеза у пациентов с ХИМ. Следовательно данное исследование должно входить в стандартный протокол обследования больных с ХИМ, наряду с другими методами диагностики, для дальнейшей целенаправленной терапевтической тактики.

Ключевые слова: магнитно-резонансная томография, хроническая ишемия мозга

ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 И ОБЩЕГО IgE У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Турдибеков Х.И., Зиядуллаев Ш.Х., Холлиев Р.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт

Согласно современным представлениям, бронхиальной астмы (БА) относят к мультифакториальным заболеваниям, в развитии которых играют роль генетические, иммунные нарушения и влияние факторов окружающей среды. Различные патогенетические механизмы развития БА ведут к формированию симптомов болезни, оценка которых имеет немаловажное значение в диагностике заболевания. Характер клинических проявлений БА, как и других заболеваний, определяется особенностями патогенеза заболевания, а нарушения функции иммунной системы вследствие недостаточности механизмов регуляции иммунного ответа являются основой патогенеза БА. В связи с этим, для изучения иммунного дисбаланса при БА особое значение придается определению количественных и качественных дефектов гуморального и клеточного звеньев иммунитета наряду с гиперпродукцией IgE. В развитии БА заметная роль отводится иммунным механизмам, которые контролируются посредством цитокиновых взаимодействий. Дисрегуляция секреции интерлейкина-4 (ИЛ-4) и гиперпродукция IgE является основной в развитии данной патологии. Целью исследования стало изучение уровней сывороточного ИЛ-4 и общего IgE у больных с различными формами БА. Обследовано 83 больных бронхиальной астмой (БА). Среди них 31 больных аллергической БА (37%), 24 пациентов с неаллергической БА (НБА) (29%) и 28 больных со смешанной БА (СБА) (34%). Средний возраст больных – 40,1±2,1 года, длительность заболевания – 8,4±1,9 года. Определение общего IgE в сыворотке крови проводилось ИФА методом с использованием набора фирмы «Хема-Медиа», уровня IL-4 в сыворотке крови с использованием тест-систем количественного определения методом твердофазного ИФА (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Наши исследования выявили наличие достоверного повышения содержания ИЛ-4 и IgE в сыворотке периферической крови больных БА. Исследования показали, что уровень IL-4 в общей группе больных тяжелым течением БА существенно превышал значения контроля и составил 14,2±1,05 пг/мл (против 5,2±1,69 пг/мл в контроле, $P<0,001$). При сопоставлении изучаемых показателей в группах больных с различными патогенетическими вариантами заболевания выявлено, что наиболее высокий уровень IL-4 регистрировался при АБА. В данной группе содержание IL-4 в 3 раза превышало уровень контроля и составляло 16,2±1,51 пг/мл ($P<0,001$). При НБА уровень IL-4 оказался значительно ниже (10,8±1,61 пг/мл, $P<0,05$), тогда как при СБА приближался к АБА (14,4±2,01 пг/мл ($P<0,01$). Следовательно, полученные результаты указывают на то, что у больных все исследованные варианты БА характеризуются увеличением содержания в сыворотке крови IL-4, однако при этом, превалирование аллергических механизмов в патогенезе заболевания сопровождается наиболее высоким уровнем данного противовоспалительного цитокина, достоверно отличающимся от наблюдаемой при НБА (16,2±1,51 против 10,8±1,61 пг/мл, $P<0,05$). Также уровень IgE у пациентов с АБА (1196,32±254,76 пг/мл), достоверно отличался от параметров группы здоровых (219,52±66,63 пг/мл; $p<0,01$) и больных НБА (229,89±37,44 пг/мл; $p<0,01$). Выявлена положительная корреляционная зависимости между параметрами IgE и ИЛ-4 у больных БА: АБА ($r=0,68$; $p<0,01$), НБА ($r=0,33$; $p<0,02$). Следовательно, полученные нами результаты различия

каскада цитокинов показывают некоторую зависимость уровней IL-4 и IgE у больных БА от патогенетического варианта заболевания, отчетливость которого более выражена у пациентов с АБА. Результаты проведенного корреляционного анализа свидетельствуют, что различные патогенетические формы БА протекают с некоторым своеобразием продукции цитокинов. Отличительным оказалось то, что в общей группе и в группе больных с АБА превалирует продукция цитокина Th2 клеток - IL-4, которая прослеживается положительной связью с продукцией IgE. В других исследуемых группах такая закономерность не зарегистрировалась. Можно отметить, что изучение цитокинового спектра и общего IgE при различных клинико-патогенетических формах БА обнаружило как сходство, так и некоторые различия в уровне содержания данных показателей у обследуемых групп. Общей особенностью всех исследованных больных вне зависимости от формы заболевания явилось достоверное повышение уровня IL-4 относительно контрольной группы больных и положительная корреляционная связь его с продукцией IgE. Таким образом, при БА сывороточный уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-4 и продукция IgE отражают степень иммунных нарушений, которые варьирует в зависимости от варианта формирования заболевания.

Ключевые слова: интерлейкина-4, бронхиальная астма, IgE.

ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННОЙ ПРОДУКЦИИ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ

Турдибеков Х.И., Зиядуллаев Ш.Х., Холлиев Р.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт.

Рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА) наряду с увеличением числа пациентов с тяжелым ее течением диктует необходимость расшифровки механизмов генетической детерминации особенностей гомеостаза организма и его иммунореактивности в ответ на воздействие болезнетворных факторов при формировании патологического процесса в легких. Наблюдения последних лет свидетельствуют о том, что среди больных БА преобладают атопические формы заболевания. Как известно, в развитии атопической БА важнейшая роль принадлежит реагинзависимому типу аллергических реакций, который развивается по типу Th2 зависимого ответа и контролируется посредством цитокиновых взаимодействий с участием IL-1, IL-3, IL-4, IL-6 и др. Оценка уровней цитокинов, в частности, с использованием иммуноферментных диагностических тест-систем позволяет по-новому подойти к изучению состояния иммунной системы организма в клинической практике. В связи с вышеизложенными данными, с целью изучения системы иммунорегуляции нами было проведено исследование спонтанной продукции цитокинов (ИФН-γ и ИЛ-4) в сыворотке периферической крови у больных БА при различных вариантах течения. Обследовано 83 больных бронхиальной астмой (БА). Среди них 31 больных аллергической БА (37%), 24 пациентов с неаллергической БА (НБА) (29%) и 28 больных со смешанной БА (СБА) (34%). Средний возраст больных – 40,1±2,1 года, длительность заболевания – 8,4±1,9 года. Для проведения иммунологических исследований использованы тест-системы для иммуноферментного анализа «ИФА-ИФН-гамма», «ИФА-ИЛ-4» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Наши исследования выявили наличие достоверного повышения содержания ИЛ-4 в сыворотке периферической крови больных БА. Исследования показали, что уровень IL-4 в общей группе больных тяжелым течением БА существенно превышал значения контроля и составил 14,2±1,05 пг/мл (против 5,2±1,69 пг/мл в контроле, P<0,001). При сопоставлении изучаемых показателей в группах больных с различными патогенетическими вариантами заболевания выявлено, что наиболее высокий уровень IL-4 регистрировался при АБА. В данной группе содержание IL-4 в 3 раза превышало уровень контроля и составляло 16,2±1,51 пг/мл (P<0,001). При НБА уровень IL-4 оказался значительно ниже (10,8±1,61 пг/мл, P<0,05), тогда как при СБА приближался к АБА (14,4±2,01 пг/мл (P<0,01). Сравнительный анализ содержания IFN-γ у исследованных нами пациентов с БА и лиц контрольной группы выявил почти двукратное снижение его продукции (0,13±0,01пг/мл в сравнении с 0,28±0,09 пг/мл, p<0,05). При сопоставлении уровня IFN-γ у пациентов с различными формами БА обнаружено, что наименьшие его значения регистрируются у больных с АБА (0,08±0,01пг/мл, p<0,02) как по сравнению с контрольной группой (0,28±0,09 пг/мл; p<0,02), так и по сравнению с группой пациентов с НБА (0,23±0,03 пг/мл; p<0,01). Обнаружено также значительное снижение содержания IFN-γ у больных с СБА по сравнению с контрольной группой (0,11±0,015 пг/мл, p<0,05). В целом, наиболее существенные различия интерферонового статуса характеризовали контингент пациентов с НБА и АБА, так показатели IFN-γ в указанных группах больных отличались почти в три раза (0,23±0,03 пг/мл и 0,08±0,01пг/мл, соответственно, p<0,01). При

корреляционном анализе между показателями IFN-γ и IL-4 у больных БА продемонстрировало отрицательную сопряженность этих показателей в общей группе больных БА ($r=-0,33$; $p<0,02$) и в группе больных АБА ($r=-0,51$; $p<0,02$). В других группах больных по данным показателям достоверная корреляционная зависимость не наблюдалась. В целом, результаты проведенного корреляционного анализа свидетельствуют, что продукция цитокинов при различных вариантах БА имеет некоторые своеобразия. Отличительным оказалось, то, что в общей группе и в группе больных с АБА превалирует продукция цитокина Th2 клеток - IL-4, которая прослеживается отрицательной связью с уровнем IFN-γ. В других исследуемых группах такая закономерность не зарегистрировалась. Таким образом, БА тяжелого течения в период обострения сопровождается дисбалансом уровня показателей IL-4, IFN-γ, степень которого зависит от клинико-патогенетического варианта заболевания. Изменения содержания цитокинов наиболее выражены у больных с АБА. Результаты исследования показателей цитокинового спектра при БА подтверждают гетерогенность механизмов формирования данной патологии. Изучение цитокинового профиля и дифференцированный подход к больным бронхиальной астмой в зависимости от клинико-патогенетического варианта увеличивает возможности диагностики, прогноза течения БА, необходимого для достижения контроля над заболеванием.

Ключевые слова: IL-4, IFN-γ, бронхиальная астма.

ЎЗБЕКИСТОНДА ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН ШАХСЛАРДА I ВА II ТИПДАГИ ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Хайматов А.А., Абидов А.Б.
Тошкент тиббиёт академияси,

Сўнгги йилларда Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси билан зарарланган шахслар динамикада ортиб бормоқда, агар 2018 йилнинг 1 январ ҳолатига 37872 нафар (100 минг аҳоли сонига нисбатан интенсив кўрсаткич-115,8) шахс ушбу инфекция билан яшаган бўлса, 2019 йилнинг 1 январ ҳолатига 40376 нафар (100 минг аҳоли сонига нисбатан интенсив кўрсаткич-122,0) шахс ОИВ инфекцияси билан яшаётганлиги маълум бўлди. ОИВ инфекцияси билан яшовчи шахсларда эркаклар сони 22310 (55,3%) нафар бўлса, 18066 (44,7%) нафарини аёллар ташкил этди. ОИВ билан зарарланган шахсларда I ва II типдаги герпетик инфекцияларни кечиш хусусиятларини ретроспектив ўрганиш. Республика ОИТСга қарши курашиш маркази қошидаги махсуслаштирилган шифохонасида даволанган 50 нафар герпетик инфекцияларга шубха қилинган ОИВ билан зарарланган беморлар касаллик тарихи ўрганиб чиқилди. Ўрганишлар давомида I ва II тип герпетик инфекцияларни ОИВ инфекцияси бор бўлган шахсларда ўзига хос клиник кечиши анализ қилинди ва касаллик учраш даражаси хамда антиретровирус терапияга боғлиқлиги ўрганиб чиқилди. Йўлланмадаги ташхиси ОИВ инфекцияси, герпетик инфекцияси бўлган 50 нафар бемордан 13 нафарида (26%) герпетик инфекцияларни (I ва II тип) генераллашган формаси (HSV-1-positive; HSV-2-positive) аниқланганлиги, 26 (52%) нафарида I тип герпетик инфекцияси (HSV-1 – positive) ва қолган 11 нафар беморда (22%) ПЗР текширувида HSV-1 ва HSV-2 манфий натижа берганлигини кўрсатди. Герпетик инфекцияларнинг геннераллашган шакли аниқланган беморлар анамнезидан антиретровирус терапия препаратларини қабул қилмайдиган беморлар эканлиги аниқланди. ОИВ инфекцияси билан зарарланган шахсларда герпетик инфекциялар билан зарарланиш даражаси юқорилиги аниқланди, шу сабабли антиретровирус терапия қабул қилиш беморлар учун оппортунистик инфекциялар билан зарарланиш даражасини камайтиради.

Калит сўзлар: ОИВ инфекцияси, ОИТС, антиретровирус терапия.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Хакимов Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Заболевания желчного пузыря в последние годы приобрели особую актуальность, связанную с одной стороны с существенным увеличением их числа среди лиц молодого возраста, с другой увеличением процента тяжести течения постхолецистэктомического синдрома, обусловленного необоснованным проведением холецистэктомии, а с третьей - увеличением числа ошибок в дифференциальной диагностике полипов желчного пузыря и желчекаменной болезни и, соответственно, проведением неверной терапии. При этом, основным методом исследования, при котором проводится неверная интерпретация получаемых результатов, является метод ультразвуковой диагностики. Это связано, на наш взгляд, не только с порой низкой подготовкой сонографистов, но и с весьма низким ознакомлением врачей практического здравоохранения с самим методом УЗИ, его возможностями и умением читать и интерпретировать протокол ультразвукового исследования. Цель исследования - изучить целесообразность применения и разрешающие возможности ультразвукового исследования (УЗИ) в выявлении причины желчной гипертензии. На основании полученных данных установить чувствительность и специфичность ультразвукового исследования в диагностике причин развития «протоковой» желчной гипертензии. Ультразвуковое исследование проведено 120 больным доброкачественной непроходимости желчных протоков. Полученные результаты были сравнены с данными других методов исследования, биопсией, хирургической пальпацией и гистопатологическим обследованием резецированного материала. Информативность интраоперационной эхолокации достигает 100% в оценке состояния желчного пузыря и определении степени расширения желчных протоков. Чувствительность и специфичность в определении холедохолитиаза при лапароскопической холецистэктомии составляет 85,7% и 97,3%; при "открытых" операциях - 90,3% и 92,7%, соответственно, что выше показателей интраоперационной холангиографии - 75% и 96%; 80,6% и 85,7%. Диагностическая эффективность ИОУЗИ снижается при дистальной локализации конкрементов и при выявлении причин доброкачественного стеноза холедоха, так как чувствительность метода в определении терминального отдела холедоха, как анатомической структуры - 91,9% при традиционных операциях и 85,9% при ЛХ, что ниже показателей холангиографии, которые приближаются к 100%. Чувствительность ИОУЗИ в диагностике причин стеноза ТОХ равна 62,5%. Противопоставление ИОУЗИ интраоперационной холангиографии, особенно в сомнительных случаях, не рационально, т.к. эти методы исследования взаимно дополняют друг друга, способствуя улучшению интраоперационной диагностики. Именно ультразвуковое исследование является тем методом, который позволяет оценивать структуру органов и тканей во время эндоскопических операций, выполняя своеобразную роль "руки" хирурга. Технические приемы выполнения ИОУЗИ, разработанные для топического определения структур гепатодуоденальной связки в случаях неясной анатомии, вариантов хода и впадения желчных протоков и магистральных сосудов позволяют избежать ятрогенных повреждений. Особую ценность ИОУЗИ приобретает в ургентной хирургии, когда больные оперируются без предварительного специального обследования. Таким

образом, приведенные данные показывают, что в 92,4% наблюдений УЗИ позволяет диагностировать признаки желчной гипертензии. Наряду с этим, достоверность УЗИ в выявлении причин желчной гипертензии составляет 72,26%. Наличие ложноположительных и ложноотрицательных результатов УЗИ заставляют нас использовать в сомнительных случаях более инвазивные методы исследования в диагностике причин нарушения проходимости желчных путей. У больных калькулезным холециститом, осложненным синдромом желчной гипертензии, в 92,4% наблюдений УЗИ позволяет констатировать признаки желчной гипертензии. Достоверность УЗИ в выявлении причин желчной гипертензии составляет 72,26%. Наличие как ложноположительных, так и ложно-отрицательных результатов УЗИ вынуждают нас использовать в сомнительных случаях более инвазивные методы исследования для уточнения причины нарушения проходимости желчных путей.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, интраоперационная диагностика, желчная гипертензия

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СЦИНТИГРАФИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Хакимов Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Сцинтиграфия гепатобилиарной системы-это радиоизотопное исследование функционального состояния печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей с помощью введенных радиофармпрепаратов. Целью нашего исследования было изучение информативности различных методов исследования в диагностике дисфункции сфинктера Одди и определение эффективности динамической гепатобилисцинтиграфии в выявлении этой патологии. Было обследовано 30 больных, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении и перенесших холецистэктомию, с различными жалобами на абдоминальные боли и диспептические расстройства. Возраст больных - от 26 до 70 лет. При калькулезном холецистите цитолитический синдром выявляется в 12% случаев, холестатический - в 5,1%, незначительная гипербилирубинемия -в 34,5%, задержка появления желчи во внутрипеченочных желчных протоках и в желчном пузыре наблюдается в 78,6% случаев, гипомоторная дискинезия желчного пузыря - у всех пациентов (в 100% случаев), снижение его секреторной функции - у 50%, уменьшение соотношения ПДФ желчного пузыря и внутрипеченочных желчных протоков в 85,7% случаев, дуоденогастральныйрефлюкс - у 65,5% больных. При хроническом бескаменном холецистите цитолитический синдром выявляется в 36,8% случаев, незначительная гипербилирубинемия - в 26,3%, задержка появления радиофармпрепарата в желчном пузыре установлена у 63,1%, снижение двигательной и секреторной функций желчного пузыря - у 79%, уменьшение соотношения ПСФ желчного пузыря и внутрипеченочных желчных протоков - в 72,2% случаев, дуоденогастральный рефлюкс - у 36,8% больных. Лапароскопическая холецистэктомия у больных калькулезным холециститом в раннем послеоперационном периоде сопровождается увеличением в 2 раза частоты выявления гипотонуса сфинктера Одди, снижением в 2 раза эва-куаторной функции желудка и увеличением в 2 раза частоты расширения внутрипеченочных желчных протоков на фоне нормализации их секреторной функции. При постхолецистэктомическом синдроме холестатический сидром выявляется в 17,2% случаев, незначительная гипербилирубинемия - в 10,3%, ускоренное желчевыведение из паренхимы печени, увеличение показателей двигательной и секреторной функций внутрипеченочных желчных протоков на фоне расширения их - в 75,8%, гипотония сфинктера Одди - в 86,2% случаев. Компьютерная гепатобилигастросцинтиграфия с Технецием-99м-броммезидой наряду с изучением функции гепатоцитов, желчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарного тракта, методика позволяет исследовать также функциональное состояние внутрипеченочных желчных протоков, их соотношение с функциями желчного пузыря, дуоденогастральный рефлюкс, эвакуаторную функцию желудка и должна найти широкое применение в гастроэнтерологической практике. Наряду с исследованием функции гепатоцитов, желчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарного тракта, методика позволяет исследовать также функциональное состояние желчных протоков, их соотношение с функциями желчного пузыря, дуоденогастральный рефлюкс, эвакуаторную функцию желудка и должна найти широкое применение в гастроэнтерологической практике. Установленные дисфункции билиарного тракта могут способствовать улучшению функциональной диагностики хронического холецистита и постхо-лецистэктомического синдрома.

Ключевые слова: гепатобилисцинтиграфия, калькулезный холецистит, дисфункции сфинктера Одди.

ИННОВАЦИОННЫЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА, АССОЦИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Халимова З.С., Холматова Г.А, Азимжонов А.
Андижанский государственный медицинский институт

Сахарный диабет характеризуется нарушением обменных процессов в организме, что приводит к нарушению работы иммунной системы и снижению иммунитета. Поэтому у больных сахарным диабетом могут возникать инфекционные заболевания. Одним из таких заболеваний является туберкулез. Изучить инновационные высокотехнологичные методы диагностики и лечения осложнений сахарного диабета, ассоцированных туберкулезом. На данном работе проведено клинико-лабораторное обследование больных с сочетанной спец-патологией 60 пациентов с изолированным СД 1 типа, наблюдавшихся в клинике АГМИ в 2018-2019 гг. В основной группе у 39 детей отмечено сочетание СД 1 типа с АИТ, у 11 − с туберкулезом, у 5 – с нарушением толерантности к глютену (НТГ), у 2 – с болезнью Грейвса, у 1 – с АИТ и туберкулеза, у 2 – с АИТ и НТГ. Установлено, что показатели z-критерия роста и ИМТ в обеих группах соответствовали средним для возраста значениям и достоверно не отличались между собой (p=0,78 и 0,72 соответственно). Выявлено, что уровень HbA1c у больных с сочетанной аутоиммунной патологией отвечал субкомпенсации углеводного обмена (8,36±1,94%) и был достоверно выше, чем в группе контроля (7,45±1,12%, p=0,004). Не зарегистрировано достоверной разницы в потребности в инсулине у пациентов с полигландулярным поражением(0,85±0,31 Ед/кг) по сравнению с группой контроля (0,93±0,52 Ед/кг, p=0,33). Не обнаружено достоверных отличий биохимических показателей крови в исследуемых выборках: уровней общего (p=0,42) и ионизированного кальция (p=0,49), фосфора (p=0,26), щелочной фосфатазы (p=0,71), холестерина (p=0,32), фракций липопротеинов (p>0,05), триглицеридов (p=0,08), сывороточного железа (p=0,41) и ферритина (p=0,70). При гормональном обследовании выявлен достоверно более высокий уровень антител к ТПО в основной группе (327,41±469,91 МЕ/мл) по сравнению с контрольной (42,12±37,44 МЕ/мл, p=0,0001). Показатели ТТГ и С-пептида не отличались между группами обследованных пациентов (p=0,10 и 0,40 соответственно). Наиболее важными путями повышения качества медицинской помощи детям с сахарным диабетом являются организация мониторинга всех диабетических осложнений (специфических и неспецифических) с учетом манифестации заболевания; обеспечение укомплектованности детскими эндокринологами, создание межрайонных эндокринологических центров и преемственности в работе всех специалистов на всех этапах наблюдения.

Ключевые слова: Сахарный диабет, туберкулез, снижение иммунитета.

НОВЫЕ МЕТОДЫ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА, АССОЦИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Халимова З.С., Холматова Г.А, Азимжонов А.

Андижанский государственный медицинский институт

Профилактическое флюорографическое обследование следует проводить не только при появлении клинических симптомов, подозрительных на туберкулез, но и в порядке систематического профилактического контроля всех больных сахарным диабетом не реже 1 раза в год, а при тяжелом течении диабета или имеющемся контакте с туберкулезной инфекцией - 1 раз в 6 месяцев. Такие мероприятия должен проводить врач-эндокринолог совместно с врачом-фтизиатром. Целью настоящего исследования было выявить клинико эпидемиологические особенности развития СД и туберкулеза легких при сочетанной патологии: возраст начала болезни; половой состав; соотношение городских и сельских жителей; распределение СД по степени тяжести; распределение туберкулеза по клиническим формам, бактерио-выделению. Проведено поперечное ретроспективное исследование среди 60 пациентов старше 18 лет (49,1±2,2 лет), больных туберкулезом и сахарным диабетом, находившихся на стационарном лечении в клинике АГМИ и АОФД. Среди пациентов, включенных в исследование, несколько больше было женщин - 32 (53%), основная часть пациентов - 48 чел. (80%) проживала в городе. Впервые выявленный туберкулез был у 54 пациентов (90%), рецидив туберкулезного процесса - у 6 пациентов. При этом у большей части пациентов туберкулез легких был выявлен при профилактическом осмотре - 47 чел. (79,7%), при обращении за медицинской помощью - у 13 пациентов (20,3%). При выявлении чаще регистрировали инфильтративный туберкулез легких в 49 случаях (81,7%), реже фиброзно-кавернозный - 6 чел. (10%), туберкулему 4 чел. (6,7%) и диссеминированный туберкулез 1 чел. (1,7%), в 2 (3,3%) случаях процесс сочетался с туберкулезом плевры и в 4 случаях (6,7%) с внелегочными поражениями - генерализованный туберкулез. В основном регистрировали распространенный процесс - 36 чел. (60%). У основной части пациентов туберкулезный процесс сопровождался бактериовыделением - 37 чел. (60,3%). Лекарственная устойчивость наблюдалась у 13 (21,7%) пациентов, из них множественная лекарственная устойчивость у 12 чел. (92,3%). Учитывая эффективность противотуберкулезной терапии, регистрировали следующие исходы туберкулеза: с ухудшением в 9 случаях (15%), без перемен в 6 (10%), с улучшением в большей части случаев - 43 (71,7%), из них в 8 случаях (18,6%) проведено оперативное лечение и значительное улучшение в 2 случаях (3,3%). Таким образом, несмотря на низкий уровень реактивности организма у больных туберкулезом и сахарным диабетом наблюдали высокую эффективность проводимой противотуберкулезной терапии. Размножение туберкулезной палочки в организме больного сахарным диабетом приводит к еще большему нарушению функции поджелудочной железы и возникновению прогрессирования и утяжеления течения диабета. То есть получается «замкнутый круг», так как одно заболевание влияет на течение другого. Поэтому диагностика туберкулеза легких является трудной и важной задачей у больных сахарным диабетом. Туберкулез легких у больных сахарным диабетом протекает, как правило, бессимптомно или малосимптомно и выявляется чаще при профилактическом флюорографическом обследовании. У больных диабетом при выявлении туберкулезного процесса в легких могут обнаруживаться распространенные формы туберкулеза (занимающие долю легкого, более доли или туберкулезный процесс поражающий оба легких), но при этом не будет выраженной симптоматики.

Ключевые слова: сахарный диабет, туберкулез, снижение иммунитета.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЗБЕКСКИХ БЛЮД В КАЧЕСТВЕ ДИЕТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Хамракулова М.А., Садиков А.У., Убайдуллаева Н.Ф.

НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

За свою многовековую историю узбекский народ накопил богатый опыт обработки различных пищевых продуктов и приготовления десятков и сотен неповторимых блюд и деликатесов, рецепты которых дошли до наших дней. Лечебно-профилактическое питание у профессиональных больных на основе отечественной продукции с учетом особенностей национальной кухни на фоне диетического питания обеспечивает специфическую профилактику и лечение при интоксикации химическими веществами. Национальная кухня любого народа основывается на его экономике, на тех продуктах, которыми богата его земля. Узбекистан обладает богатыми возможностями. Здесь широко развиты животноводство, птицеводство, пчеловодство. Собирают богатые урожаи пшеницы, риса, кукурузы, ячменя, бобовых (маш, ловия, нухат (горох) и соя). Благодаря теплому, солнечному климату здесь растет большое разнообразие фруктов, овощей, винограда и бахчевых, а также цитрусовых, зелени, ягод и орехов. Целью исследований явилась оценка возможности использования национальных узбекских блюд в качестве диетического питания с комплексом растительных лекарственных растений у профессиональных больных с интоксикацией химическими веществами. Исследование состояния здоровья и некоторых биохимических показателей в крови больных, поступивших в стационар клиники НИИ СГПЗ МЗ РУз с диагнозом интоксикация химическими веществами, работавших с пестицидами при обработке сельскохозяйственных культур – трактористы, агрономы, энтомологи, заведующие складами. Всем обследуемым больным с диагнозом хроническая интоксикация пестицидами и находящиеся на диете национальных блюд, приготовленных из местных продуктов дополнительно к стационарному лечению, было назначен отвар из комплекса лекарственных растений плодов тмина, шиповника и мелисса лекарственного. Исследование проводились на четырех группах пациентов. Первая группа контрольная – лица, не имеющие профессионального контакта с химическими веществами. Вторая группа, больные опытных групп, прошедшие обследование при поступлении в клинику. Третья группа, больные получившие рацион из национальных блюд, приготовленных из местных продуктов и получившие стационарное лечение. Четвертая группа, больные получившие диету из национальных блюд, приготовленных из местных продуктов и дополнительно добавленный комплекс растительных лекарственных препаратов к стационарному лечению. Обследование состояния здоровья больных с профессиональными заболеваниями органов пищеварения проводилось по следующим показателям:

- изучение общего состояния больного.

- биохимические исследования крови. Кровь для исследования у больных брали два раза натощак - при поступлении и перед выпиской из стационара. Использовали методы, прямо или косвенно отражающие различные стороны функционального состояния центральной и вегетативной нервной систем, органов пищеварения (желудочно – кишечный тракт, печень).

Наблюдение за больными проводили постоянно в течение 10-14 дней, а лабораторные исследования – определяли при поступлении больных и при выписке их из клиники. До и после лечения у пациентов, принимающих диету из национальных блюд оценивали общее состояние по жалобам, общему осмотру (пальпация живота), по результатам биохимических показателей углеводного, белкового, липидного, пигментного обменов в крови. Динамику исчезновения клинических признаков оценивали по жалобам и объективным данным. При

поступлении в стационар большинство исследованных нами больных жаловались на головную боль (90,4%), головокружение (84,7%), раздражительность (60,8%), повышенную утомляемость и общую слабость (72,6%), нарушение сна (53%). Кроме этого больные предъявляли жалобы характерные на нарушение функции желудочно-кишечного тракта: боль в правом подреберье у 79 (94%), горечь и сухость во рту у 61 (72,5%), болезненность в эпигастральной области (68,5%), вздутие живота у 16 (31,4), снижение аппетита (19%), изжога (68,7%), отрыжка у 25 (49%), тошнота у 25 (29,4%), запоры у 20 (39,2%) больных. При объективном осмотре у 79 (94%) обследованных больных, выявлена болезненность в правом подреберье и подложечной области, увеличение размеров печени обнаружено у (86,3%) больных. При объективном исследовании состояния нервной системы установлено изменения со стороны ее вегетативных отделов, характеризующейся предъявляемыми жалобами на головные боли, головокружение, раздражительность, нарушение сна, повышенная потливость, быстрая утомляемость, общая слабость. Исследование неврологического статуса показала нарушения, характерные для вегетативной системы: красный дермографизм, общий гипергидроз, эмоциональная лабильность. Вместе с тем, расстройства чувствительности, а также нарушения двигательной и рефлекторной функции у большинства больных не было выявлено. Лишь у 7 больных отмечено нерезкое повышение сухожильных рефлексов. В целом анализ жалоб и наличие вышеописанных сдвигов позволяют считать выявленные изменения со стороны нервной системы характерным признаком астеновегетативного и астено-невротического синдромов. При поступлении в стационар у больных, исследуемых групп в биохимических показателях крови, выявлено достоверное повышение уровня глюкозы (120%), лактата (196,4%), пирувата (143,6%), мочевины (153,4%), холестерина (142,0%) и общего и связанного билирубина (133,3 и 167,5%), концентрация гликогена и снижение уровня общего (до 62,5 и 82,2%). Активность ферментов амилазы, щелочной фосфатазы, АЛТ и АСТ достоверно повышалась (до 164,0; 163,8; 153,6; 142,4% соответственно). Анализ клинических данных показал, что у больных находящихся на стационарном лечении и получивших диету из национальных блюдЮ приготовленных из местных продуктов, биохимические показатели крови (глюкоза, лактат, пируват, общий белок, холестерин, активность ферментов АЛТ, АСТ) нормализовались или приближались к показателям контрольной группы (контроль взятия на 100%) и составили от 89,3 до 109,3%, а содержание мочевины, общего билирубина и активность амилазы и щелочной фосфатазы снижалось по отношению к контрольной группе: 117,2; 122,0; 123,7 и 111,0% соответственно. При объективном обследовании в течении 10 дней уменьшался болевой синдром в правом подреберье (83%), горечь и сухость во рту (91%), тошнота (67%), отрыжка (85%), нормализации стула (94%), вздутие живота (89%) у больных, получивших дополнительно к стационарному лечению диету из национальных блюд и отвар из комплекса растительных растений по сравнению с группой не получавших отвар и к контрольной группе. Все больные получившие диету из национальных блюд с отваром из комплекса растительных лекарств были довольны результатом проведенного лечения. В группе больных применение национальных блюд, приготовленных из местных продуктов и введение для лечения комплекса растительных лекарств, состоящих из плодов тмина, шиповника, мелисса к стационарному лечению оказывало более благоприятное действие к биохимическим показателям крови, т.е. на показатели метаболитов углеводного, белкового и пигментного обменов. Таким образом, применение национальных блюд, приготовленных из местных продуктов и стационарное лечение в комплексе с лекарственными растениями вызывают улучшение состояния здоровья и нормализации биохимических показателей крови - углеводного, белкового, липидного и пигментного обменов у больных с хронической интоксикацией химическими веществами.

Ключевые слова: национальные блюда, интоксикация, больные, диетическое питание, пестициды.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Хамракулова М.А., Иманов Ф.Е., Джураева Х.М.

НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан,

2 семейная поликлиника г.Ангрен

В настоящее время одной из наиболее значимых проблем в профессиональной патологии является вопрос повышения качества ранней диагностики пылевых заболеваний легких и профессионально обусловленных заболеваний, развитие которых связано с воздействием неблагоприятных факторов производственной среды. Системный подход к ранней диагностике профессионально обусловленных заболеваний сердечно-сосудистой системы будет способствовать своевременной постановке диагноза, а также позволит прогнозировать развитие и течение респираторно-гемодинамических нарушений, способствовать своевременному лечению и предупреждению их осложнений. Улучшение условий труда и широкое внедрение рациональных санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий привели к значительному снижению заболеваемости дыхательной, сердечно-сосудистой систем в горнорудной промышленности, связанных с воздействием комплекса неблагоприятных факторов. Кроме профессиональных заболеваний у работников горнорудной промышленности в структуре общей патологии основное место принадлежит заболеваниям сердечно-сосудистой системы. У многих больных с хроническими заболеваниями органов дыхания сочетанным нарушением является сердечно-сосудистая патология. В настоящее время недостаточно изучена взаимосвязь и значимость сочетания заболеваний легких и сердечно-сосудистой системы. В связи с этим остаются малоизученными вопросы взаимосвязи факторов производственной среды и развития сочетанной патологии сердечно-сосудистой системы и заболеваний органов дыхания у работников горнорудной промышленности. Целью настоящей работы была изучение состояния сердечно-сосудистой системы у работников горнорудной промышленности. В клинике научно-исследовательского института санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний проведено углубленный медицинский осмотр 82 рабочих работников горнорудной промышленности АРУ АО «АГМК» согласно приказа №200 МЗ РУз от 10.07.2012 года. Все обследованные были мужчинами в возрасте от 35 до 50 лет, стаж работы во вредных условиях составлял от 6 до 30 лет. Указанные работники работали на подземных работах, среди них были электромонтеры, проходчики, машинисты буровой установки, машинисты электровозов, машинисты погрузочных машин, электрогазосварщики, крепильщики, машинисты котельных установок, мотористы вентиляционных установок, взрывники, горнорабочие и слесаря. Опасными и вредными факторами производственный среды у обследованных работников является: кремнийсодержащая пыль, производственный шум и вибрация превышающий ПДУ (предельно допустимый уровень), относительная влажность, тяжелый физический труд, вынужденное положение тела с наклоном корпуса тела более 50% и напряженность труда. Подземные работы выполнялось в 3-х сменах сменяя с ночной. Медицинский осмотр проводилось согласно составленному календарному плану с использованием клинико-функциональных методов исследований. Для исследования состояния сердечно-сосудистой системы проводили объективное исследование и

электрокардиографию. Для изучения частоты выявления и особенностей формирования сердечно-сосудистой патологии проведено комплексное обследование. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте встречаемости, сочетанной сердечно-сосудистой и легочной патологии у рабочих подземных работ. Сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 24,6% обследованных, из них у 21% - артериальная гипертония, сочетание артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца - у 5%, и значительно реже - изолированная ишемическая болезнь сердца - 3,2%. Выявлена сильная корреляционная связь между патологией органов дыхания и распространенностью артериальной гипертонии. Распространенность ишемической болезни сердца имела сильную и умеренную степень корреляции с неблагоприятным микроклиматом, тяжестью труда и уровнями вибрации. Умеренная степень корреляционной зависимости отмечена между запыленностью и развитием ишемической болезни сердца. Наиболее часто артериальная гипертония диагностировалась у рабочих с силикозом и хроническим бронхитом, в том числе в сочетании с ишемической болезнью сердца. Ишемическая болезнь сердца при отсутствии артериальной гипертонии регистрировалась у 2% рабочих, с подозрением на силикоз сердечно-сосудистая патология диагностировалась по сравнению со всеми группами достоверно реже (в 7±12,9% случаев, $p<0,05$). Артериальная гипертония относилась преимущественно к 1 и 2 степени (мягкая и умеренная). Работники, у которых установлен диагноз хронический бронхит чаще страдали артериальной гипертонией I ст. – 4,1%. В группе рабочих силикозом и группах с подозрением одинаково часто выявлялась 1 и 2 степень артериальной гипертонии. Все обследованные работники предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, одышку при умеренной физической нагрузке, колющие боли в области сердца. При объективном обследовании довольно часто отмечается брадикардия в покое и умеренное учащение пульса после физической нагрузки, выслушивается систолический шум над верхушкой, примерно у 1/3 обследованных отмечается относительный или умеренно выраженный акцент II тона над легочной артерией, который в этот период бывает непостоянным, прослушивается часто после нагрузки или в фазе глубокого выдоха. При перкуссии сердца отмечено в 35% случаев увеличение размеров сердечной тупости влево. Аускультация сердечных тонов определено наиболее частыми отклонениями было глухость тонов на верхушке сердца (56 человек), отмечен акцент II тона на аорте (22 человек) и экстрасистолия (3 человек). При объективном обследовании у 28 рабочих (34%) отмечено повышение артериального давления (АД), у 22 рабочих (26%) брадикардия, а 11,3% тахикардия. Электрокардиографическое исследование было проведено у всех обследованных. При анализе ЭКГ у рабочих подземных работ выявлены следующие изменения: синусовая брадикардия (17), синусовая тахикардия (19), синусовая аритмия (16) и экстрасистолия (7). Таким образом, выявленные при опросе жалобы и при объективном обследовании нарушения ритма сердца были подтверждены данными ЭКГ. Анализ ЭКГ свидетельствовал о высокой частоте случаев изменения зубца Т, представленного в виде сглаженности, реже наблюдалось двухфазность, ещё реже – «отрицательность» зубца Т. Так, сглаженность зубца Т отмечено у 32%, двухфазность у 12% обследованных, которые чаще зафиксированы в грудных отведениях и несколько реже в стандартных отведениях, которое может явится признаком преобладания вагуса и результатом дистонии вегетативной нервной системы. Смещение интервала S-T встречалось в единичных случаях, изменения Т в виде инверсии в 35%, а двухфазность в 38% случаев. Также на ЭКГ отмечено уплощение и

снижение зубца Т (в 65% случаев), малый вольтаж зубцов на ЭКГ следует объяснить нарушениями обменного характера миокарда. Таким образом, у работников подземных работ с бронхолегочной патологией обнаружены изменения ритма сердца в виде тахикардии, брадикардии, экстрасистолии, изменения комплекса QRS, деформация зубца R, вольтаж зубца Т, а также малый вольтаж других зубцов ЭКГ. Несколько чаще, чем в контрольной группе, имело место снижение вольтажа начальной и конечной части желудочкового комплекса. По результатам электрокардиографии у всех обследованных одинаково часто регистрировалась синусовая тахикардия (20-27%). У работников, которых установлен диагноз хроническим бронхит по сравнению с работниками с диагнозом силикоз чаще отмечена блокада правой ножки пучка Гиса.

1. Воздействие неблагоприятных производственных факторов у работников горнорудной промышленности определяет формирование сочетанной легочной и сердечно-сосудистой патологии.

2. Для групп наблюдения, представленных работниками пылевых профессий, характерна высокая доля лиц, имеющих сердечно-сосудистую патологию, в структуре которой преобладают: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сочетание артериальной гипертонии с ишемической болезнью сердца.

Ключевые слова: подземные работы, диагностика, силикоз, сердце, артериальная гипертония, ишемическая болезнь.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Расулова М.И., Хасанова Д.А., Хамракулова М.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний

В работе представлены результаты клинической эффективности растительного препарата «Миллерум – Актив» у женщин с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. По результатам исследования выявлено, что снижение содержания пролактина в сыворотке крови после лечения в сравнении с исходными его значениями, а также уменьшение частоты психоэмоциональных расстройств и нарушений менструального цикла у женщин с гиперпролактинемией неопухолевого генеза отмечается при использовании БАД «Миллерум – Актив» в дозе по 2 капсуле 3 раза в день в течение месяца. Гиперпролактинемия является одной из актуальных проблем гинекологической эндокринологии, поскольку выявляется у большинства женщин с вторичной аменореей и олигоменореей, а также у пациенток с лактореей и бесплодием. Основными препаратами для коррекции патологической гиперпролактинемии являются химические лекарственные препараты (бромокриптин, хинаголид, каберголин), эффективность которых хорошо изучена в клинической практике. Во все времена для лечения многих заболеваний использовалась фитотерапия, которая имеет известные преимущества перед синтетическими препаратами, такие как отсутствие осложнений и побочных эффектов. Для реализации клинического воздействия применяются сборы растительных средств. Несомненным достоинством фитотерапии является пролонгированное применение лекарственных трав без значительных побочных эффектов, а также совместимость друг с другом и химическими лекарственными средствами и к фитотерапии нет безусловных противопоказаний. Известно, что экстракт лекарственного растения прутняка обыкновенного (Vitex agnus castus, Витекс священный, монаший перец) обладает дофаминергической активностью.В ряде неконтролируемых исследований показана клиническая эффективность фитопрепарата на основе прутняка (Циклодинон) у женщин с гиперпролактинемией неопухолевого генеза, предменструальным синдромом, мастопатией, однако сведений о сравнительной эффективности фитопрепаратов и синтетических препаратов – агонистов дофаминергических рецепторов у женщин с гиперпролактинемией недостаточно. Широкое применение получили биологически активные добавки (БАД) растительного происхождения. Одним из таких препаратов, является «Миллерум - Актив», производства ООО «Virgin Active», который состоит из следующих лекарственных трав: Витекс (Прутняк) обыкновенный кора цветки листья (*Vítex ágnus-cástus*), Сабельник болотный стебли корень листья (*Cómarum palústre*), Календула лекарственная цветки - (*FLORES CALENDULAE OFFICINALIS*), Шалфей лекарственный листья *(FOLIA SALVIAE OFFICINALIS),* Душица обыкновенная трава – (*Oríganum vulgare),* Аир обыкновенный (болотный) корни и корневища – (ACORUS CALAMUS L) и составляют наиболее оптимальную пропорцию для эффективной терапии заболеваний, связанных с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. При этом каждый компонент, входящий в состав БАД, обладает своеобразным лечебным действием. Дать сравнительную характеристику клинической эффективности и динамики концентраций пролактина при

применении БАД «Миллерум – Актив» на основе прутняка у женщин репродуктивного возраста с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. Исследовать влияние БАД «Миллерум – Актив» на динамику клинических жалоб у женщин репродуктивного возраста с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. Всего в исследовании участвовали 64 пациенток репродуктивного возраста с гиперпролактинемией неопухолевого генеза, находящихся на амбулаторном лечении. Критериями исключения были: микро- и макроаденомы гипофиза, нарушения функции щитовидной железы, беременность, период лактации, прием препаратов, влияющих на уровень пролактина. Все женщины были разделены на две группы: основная группа - 50 человек принимали БАД «Миллерум – Актив» по 2 капсуле 3 раза в день в течении 1 месяца и контрольная группа 12 человек. По частоте и структуре причин первичного и вторичного бесплодия, нарушений менструального цикла, лактореи, перенесенных и сопутствующих заболеваний, а также по возрасту (26 - 29 лет – в 1 группе и 26 - 29 лет – в 2 группе) и выраженности гиперпролактинемии пациентки обеих групп были одинаковыми. Всем обследуемым были проведены сбор жалоб, анализ данных амбулаторной карты, гинекологическое и общеклиническое обследование. Проводили исследование крови с определением уровня пролактина. Кровь брали из локтевой вены, утром до приема еды (до 9 часов утра), на 5-9 дни менструального цикла или при задержке менструального цикла. Исследование проводились до и через 30 дней после лечения. В результате проведенного исследования установлено, что в основной группе женщин через месяц после начала приема БАД «Миллерум – Актив» существенно снизилась частота нарушений менструального цикла, психоэмоциональных нарушений и масталгии. При оценке динамики концентраций пролактина в сыворотке крови отмечено значимое уменьшение его уровней через 30 дней после начала лечения как в группе пациенток с гиперпролактинемией, получавших БАД «Миллерум – Актив»

Таким образом, результаты исследования подтверждают о достаточной пролактинингибирующей активности фитопрепарата «Миллерум – Актив» у женщин с умеренной гиперпролактинемией неопухолевого генеза. Существенное снижение содержания пролактина в сыворотке крови выявлено после лечения при использовании БАД «Миллерум – Актив» в сравнении до лечения его значениями, а также уменьшение частоты психоэмоциональных расстройств и нарушений менструального цикла у женщин с гиперпролактинемией неопухолевого генеза. В группе пациенток, получавших БАД «Миллерум – Актив», отмечена большая эффективность коррекции масталгии, нормализация менструального цикла и меньшая частота побочных эффектов.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, БАД, пролактин, женщин, фитопрепарат.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ МАЗИ КОРНЯ СОЛОДКИ В СРАВНЕНИИ С ПСИЛО-БАЛЬЗАМОМ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ АЛЛЕРГИИ

Хатамов Х.М., Суяров А.А., Зиядуллаев Ш.Х., Муталов Б.Б.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,

Самаркандский государственный медицинский институт

Корень солодки является ценным лекарственным сырьем. Препараты на его основе обладают широким спектром биологической активности. Механизм противовоспалительного действия солодки связывают со стимулирующим влиянием глициризиновой кислоты на кору надпочечников. Нами изучен процесс получения гидрофобной основы для мазей с помощью ферментативной переэтерификации растительных масел и животных жиров из местного сырья, а также изучены физико-химические свойства. Из сухого экстракта корня солодки иполученных из местного сырья растительных масел и животных жиров биотехнологическим методом была получена новая гидрофобная мазь с основными свойствами и разработана технология получения в 1%, 3%, 5% соотношения. Аллергический контактный дерматит (АКД) вызывали двухкратной аппликацией 5% спиртово-ацетонового 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ) на морских свинках массой 300-400 гр по методу Е.Я. Ивлевой и П.М. Залкан (1965). Очаг сенсибилизации создовали на участке спине площадью 3х3 см² с которого предварительно удаляли шерстной покров. ДНХБ наносили на участок кожи в дозе 0,1 мл 5% спиртово-ацетонового раствора (2:1). Животным с АКД через сутки после второй аппликации аллергена наносили текушего доза маза из сухого экстракта корня солодка. Экспериментальных животных разделили на 5групп по 6 животных в каждой. Каждая группа получала соотвествующую мазь. 1 группа – интактный контроль; 2 группа – 1% мазь из сухого экстракта корня солодки; 3 группа –3% мазь из сухого экстракта корня солодки;4 группа – 5% мазь из сухого экстракта корня солодки;5 группа – наносилиантигистаминный препарат- псило-бальзам; За развитием дерматита наблюдали в динамике на 1,3,5,7,9 и 11- дни. Вышеуказанные мази наносились животным всех групп, по схеме 1 раз в день в течение 11 дней. Наблюдения за изменениями кожных покровов велись на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 дни лечения, после последнего применения аллергена 2,4-динитрохлорбензол (ДНХБ).Степень развития тяжести дерматитов оценивали общим состоянием и течением аллергического процесса на коже: визуально. С 1-го дня началось нанесение мази на область кожи животных, с аллергическим дерматитом. Тяжесть воспалительных проявлений кожи оценивали в баллах по И.В. Кутузова (1996). В 1-день наблюдения у животных 1-й группы (группа контроля) были выявлены ограниченные красноватые пятна, у некоторых с диффузной гиперемией, состояние оценивалось в среднем 0,6±0,1 балла. На 3-й день на коже были обнаружены острая гиперемия, отек, геморрагические корки и крупные язвы, в среднем 4,6±0,2 балла. Состояние на пятый день было схоже с третьим днем наблюдения, в среднем составило 4,3±0,3 балла. На 7-, 10- и 13-день указанные изменения сохранялись и составили 4,4±0,4, 4,0±0,4 и 4,0±0,4 соответственно. Общий балл этой группы составил 21,9. В 2-й группе (1% мазь), в 1-день, у некоторых животных наблюдались красноватые ограниченные пятна и небольшая диффузная гиперемия, в среднем 0,6±0,1 балла. К 3-му дню процесс протекал остро, с покраснением, отеком, геморрагическими корками и язвами, и оценивался в 4,7±0,2 балла. Аналогичная ситуация наблюдалась на 5- и 7-дни(5-день 4,6±0,2, 7-день 4,3±0,2 балла). Только на 9-й день наблюдалась четкая гиперемия и отек, в среднем 3,0±0,2* балла, и с этого дня началось достоверное снижение в сравнении с контрольной группой. К 11-му дню

наблюдались ограниченные красные пятна и легкая диффузная гиперемия, в среднем 1,8±0,2* балла. Общий балл составил 19,0. У животных 3-й группы нашего эксперимента в 1-й день были обнаружены покраснение и незначительная гиперемия, в среднем 1,1±0,2 балла. На 3-й день процесс был острым, с покраснением, отеком, геморрагическими корками и язвами, в среднем 4,8±0,1 балла. На 5-й день процесс несколько ослаблялся, с явной гиперемией, отеком, сильным покраснением и геморрагическими корками, и небольшими язвами, оцениваемой в 4,1±0,3 балла. К 7-дню наблюдения состояние кожи улучшилось, были обнаружены легкая диффузная гиперемия, явная гиперемия, сопровождающиеся отеком и сильным покраснением, что в среднем составило 3,3±0,3* балла. С этого дня показатели данной группы начали достоверно снижаться по сравнению с группой контроля. К 9-му дню отмечались ограниченные красные пятна, слегка диффузная гиперемия и явная гиперемия с отеком, что составляло в среднем 2,3±0,2* балла. К 11-му дню кожа у двух животных полностью восстановилась - реакции не было, красные ограниченные пятна у одного подопытного, умеренная диффузная гиперемия у двух и явная гиперемия была установлена в одном случае, со средним баллом 1,7±0,3*. Общий балл составил 17,3. В наблюдениях за животными 4-й группы, в 1-й день не было никакой реакции на коже у одного животного, у остальных пяти животных обнаружены ограниченные красные пятна, что оценивалось в 0,8±0,1 балла. На 3-й день произошло резкое изменение с резким покраснением, отеком, геморрагическими корками и язвами, в среднем 4,6±0,2 балла. Начиная с 5-го дня кожа животных улучшилась, наблюдались гиперемия, отек и сильное покраснение, которые оценивались в 3,6±0,4* балла. С этого дня началась достоверная динамика по сравнению с контрольной. К 7-му дню кожа животных имела небольшую диффузную гиперемию, отчетливую гиперимию, отек, в среднем 2,7±0,2* балла. К 9-му дню кожный покров одного животного полностью восстановился - никакой реакции, у остальных пяти были ограниченные красные пятна, оцененные в 0,8±0,3* балла. На 11-й день кожа четырех животных полностью восстановилась, у одного - ограниченное красное пятно и еще у одного - диффузная гиперемия, в среднем 0,36±0,2* балла. Общий балл составил 12,9. В 1-й день нашего наблюдения у подопытных животных 5-й группы отмечались ограниченные красные пятна и гиперемия со средней оценкой 0,7± 0,1, а на 3-й день на коже животных наблюдался отек, а у некоторых геморрагические корки и небольшие раны, что в среднем составило 4,8±0,2 балла. На 5-й день эксперимента у всех животных выявлена гиперемия, отек, сильное покраснение, геморрагические корки и крупные язвы, оценённое в среднем 5,0±0 балла. К 7-дню аллергическое воспаление на коже животных уменьшилось, наблюдалась небольшая гиперемия, отек, сильное покраснение, геморрагические корки и небольшими раны, в среднем 4,4±0,2 балла. К 9-му дню процессы заживления кожи имели положительную тенденцию, отмечались резкое покраснение, отек, геморрагические корки и в среднем 3,2±0,2* балла. С этого дня показатели начали достоверно уменьшатся по сравнению с контрольной группой. На 11-е сутки наблюдения на коже 2 животных отмечались диффузная гиперемия, у 2- выражена явная гиперемия и отек, у 2-резкое покраснение и небольшой отек, что было оценено в среднем 2,3±0,2* балла. Общий балл составил 20,4.

1. Было установлено, что применение мазей, полученных из сухого экстракта корня солодки из местного сырья в разных 1%, 3% и 5% дозах эффективно действует по сравнению с антигистаминным препаратом псило-бальзам.

2. Более эффективна действует 5% мазь сухого экстракта корнясолодкипо сравнению с другими дозами препарата.

Ключевые слова: сухой экстракт корня колодка, эксперимент, 2,4-динитрохлорбензол, аллергический контактный дерматит, кожная складка, гидрофобная мазь.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НОВОЙ МАЗИ ИЗ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА ЧЕРЕДЫ НА МЕСТНОЙ ОСНОВЕ И ВАЗЕЛИНЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хатамов Х.М., Суяров А.А., Зиядуллаев Ш.Х., Муталов Б.Б.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,

Самаркандский государственный медицинский институт

Атопический дерматит (АтД) – одно из наиболее распространенных в мире кожных заболеваний у детей, причем в последние годы отмечается тенденция к его тяжелому клиническому течению За последние 30 лет заболеваемость атопическим дерматитом на 2-10% выросла у взрослых, и на 10-30% - у детей. АтД является первым проявлением «атопического марша» и значимым фактором риска развития бронхиальной астмы у детей, так как его патоморфоз характеризуется не только локальным воспалением кожи, но и системным иммунным ответом с вовлечением в процесс респираторного тракта. Основные средства при воспалении кожи - глюкокортикоиды. При длительном применении их безопасность и эффективность не установлена, а возможность побочных эффектов достаточно высоко. Перспективными в этом отношении являются лекарственные средства растительного происхождения. Но очень мало препаратов растительного происхождения применяется при лечении атопического дерматита. Поэтому поиск новых веществ растительного происхождения в местном основе с фармакологической активностью для лечения АтД чрезвычайно важен. Оценить эффективность мази на местной гидрофобной основе по сравнению с основой вазелина из густого экстракта череды при экспериментальном контактном дерматите у морских свинок. Для проведения эксперимента использовали 18 морских свинок массой 350-400 гр. Экспериментальных животных распределили на 3 групп по 6 животных в каждой:1-группа контроль, 2-группа 3% мазь, полученная из густого экстракта череды на новой гидрофобной основеи 3-группы 3% густого экстракта череды приготовленые на основе вазелина. Мазь готовили на гидрофобной основе, полученной методом ферментативной переэтерификации подсолнечного масла и внутреннего пленочного говяжьего жира в массовом соотношении 1:1,5 с добавлением густого экстракта череды трехраздельной и сухого экстракта корня солодки, в массовом соотношении 1:1, растворенного в 6 мл 70%-этилового спирта, которую смешивают с мазевой основой в массовом соотношении 1:22,5. Аллергический контактный дерматит (АКД) вызывали двухкратной аппликацией 5% спиртово-ацетонового 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ) на морских свинках по методу Е.Я. Ивлевой и П.М. Залкан (1965). Очаг сенсибилизации создавали на участке спины площадью 3х3 см² с которого предварительно удаляли шерстной покров. ДНХБ наносили на участок кожи в дозе 0,1 мл 5% спиртово-ацетонового раствора (2:1). Животным с АКД через сутки после второй аппликации аллергена наносили изучаемые лекарственные препараты. Лечение препаратом проводили каждый день в течение 11 дней. За развитием дерматита наблюдали в динамике на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 сутки после последней аппликациии аллергена. После нанесения аллергена наблюдали за толщиной кожной складки, толшинукоторой измеряли микрометром. Вышеуказанные мази наносили животным по схеме 1 раз в день в одно и тоже время в течении 11 дней. Наблюдения за изменениями кожных покрововпроводили на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 дни лечения, после последнего применения аллергена 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ). С 1-го дня началось нанесение мази на область кожи животных, с аллергическим дерматитом. Тяжесть воспалительных проявлений кожи оценивали в баллах по И.В.

Кутузова (1996).

Проявления контактного аллергического дерматита развивались постепенно, и в 1-й группе (контрольная группа). Эта группа никакие препараты не принимала, максимальное развитие аллергического воспаления достигалось на 3-й день (1-й день 0,6±0,1 балла, 3-день 4,6±0,2 балла), и этот процесс до 11 го дня почти не изменился (5-й день - 4,3±0,3 балла, 7-й день 4,4±0,4 балла, 9-й день 4,0±0,4 балла, 11-й день 4,0±0,4 балл). При этом сумма баллов в этой группе животных составила 21,9 балла. В 2-йгруппе животных (3% мазь, полученная из густого экстракта череды на гидрофобной основе) максимальное развитие аллергического воспаления достигало на 3-й день (1-й день 0,6±0,1 балла, 3-й день 4,6±0,3 балла) и с 7-го дня постепенно достоверно начало уменьшаться (5-й день 4±0 балла, 7-й день 3,2±0,2 балла, 9-й день 2,5±0,1 балла, 11-й день 1,5±0,1 балла), по сравнением показатетелями контрольной группы, а сумма баллов составила 16,2. В 3-й группе животных (3% мазь, полученная из густого экстракта череды на основе вазелина) максимальное развитие аллергического воспаления наблюдалось на 3-й день(1-й день 4,3±0,3, 3-й день 4,3±0,3 балла). И с 7-го дня постепенно достоверно стало уменьшатся (5-й день 4,2±0,1 балла, 7-й день 3,2±0,2* балла, 9-й день 2,3±0,2* балла, 11-й день 1,75±0,2 *день) по сравнению с показателями группы контроля. Сумма баллов составила 16,4. Рост толщины кожной складки у животных в группе контроля постепенно увеличивался, и максимальный уровень наблюдался к 7-му дню наблюдения (исход-0,27±0,02 см, 1-й день 0,43±0,02 см, 3-й день 2,36±0,1 см, 5-й день 2,9±0,16 см, 7-й день 3,0±0,2 см) начиная с 9-го дня толшина складки начала снижаться (9-й день 2,3±0,1 см, 11-й день 1,6±0,1 см). Во 2-й группе животных рост толщины складки увеличился до 5-го дня наблюдения, и с 7-го дня начала постепенно достоверно уменьшаться по сравнению с показателями контрольной группы (исход-0,25±0,02 см, 1-й день 0,43±0,01см, 3-й день1,42±0,01 см, 5-й день 2,87±0,1 см, 7-й день 1,65±0,1 см, 9-й день 1,3±0,07 см, 11-й день 0,83±0,06 см).У животных 3-й группы среднийразмер кожной складки увеличивался с 1-го до 5-го дня (исход-0,21±0,02 см, 1-й день 0,45±0,02 см, 3-й день 1,5±0,08 см, 5-й день 2,76±0,2 см), и начал достоверно снижаться с 7-го дня по отношению к показателям контрольной группы(7-й день 1,91±0,1*см, 9-й день 1,33±0,02*см и 11-й день 0,8±0,02*см).

1. Визуальное наблюдение показало, что эффективность примененных 3% мазейгустого экстракта череды на новой местной основе и вазелиновой основе одиноково действует при экспериментальном контактном аллергическим дерматите.

2. При измерении толщины кожной складки так жевыявлена одинаковое снижениеинтенсивности воспалительного процесса кожи при лечении контактного аллергического дерматита мазями на разных основах в обеих группах экспериментальных животных.

Ключевые слова: густой экстракт череды, морские свинки, эксперимент, 2,4-динитрохлорбензол, аллергический контактный дерматит, кожная складка, гидрофобная мазь, вазелин.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Хафизова З.Б., Махпиева Г.К., Султанова Ф.Х.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Врожденные пороки сердца (ВПС) – актуальная проблема кардиологии и педиатрии. ВПС стоят на третьем месте среди всех врожденных аномалий после пороков развития опорно - двигательного аппарата и ЦНС. В структуре смертности, связанной с пороками развития, они находятся на первом месте. Провести анализ структуры врожденных пороков сердца в Андижанской области. Анкетно – анамнестический метод, который предусматривал заполнение анкет во время беседы с родителями, а также использовались сведения из истории болезни. Клинический - который включал осмотр больного по общепринятой методике, с более детальным изучением состояния сердечно – сосудистой системы. Инструментальный – верификация диагноза врожденного порока сердца была основана на результатах данных электрокардиографии, Эхокардиографии и рентгенографии грудной клетки. При изучении структуры врожденных пороков сердца среди детей Андижанской области ведущую позицию заняли ацианотические пороки, которые в 2 и в 2,4 раза чаще диагностированы как в 2015, так и в 2016 году, независимо от территориальной принадлежности детей. Среди врожденных пороков сердца «белого типа», в наших исследованиях, с наибольшей частотой встречался дефект межжелудочковой перегородки (44,3%), причем у 2/3 детей с величиной дефекта в мембранозной части межжелудочковой перегородки более 10 мм. На второй позиции расположился изолированный стеноз легочной артерии(25,7%), где почти у половины детей на эхокардиографии диагностирована обструкция выходного отверстия, которая в динамике нашего наблюдения проявлялась симптомами тахипноэ. Наиболее распространенными среди врожденных пороков сердца с артериальной гипоксимией, явилась тетрада Фалло (19.5%) и двойное отхождения магистральных сосудов от правого желудочка (10.5%). Проведенное исследование свидетельствует о необходимости разработки плана профилактических мероприятий по снижению и предупреждению врожденных пороков сердца. Профилактику рождения детей с врожденными пороками сердца необходимо начинать в антенатальном периоде, выявляя и устраняя патологически значимые факторы риска.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, тетрада Фалло.

АСПЕКТЫ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧНЫХ ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ НЕКОРРЕГИРОВАННОЙ ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО.

Хафизова З.Б., Махпиева Г.К., Султанова Ф.Х.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Тетрада Фалло - этот порок характеризуется недоразвитием выходного отдела правого желудочка и смещением конусной перегородки кпереди и влево. У некоторых детей с тетрадой Фалло, чаще всего в возрасте от нескольких месяцев до 2 лет, могут случиться внезапные приступы тяжелого цианоза и гипоксии, что может привести к летальному исходу. Изучить нервно-психо-физическое развитие у детей с одышечно- цианотических приступами. Все исследования проводились за период 2016-2019 годы на базе отделения кардиоревматологии областного детского многопрофильного медицинского центра. В исследование включены 20 детей с тетрадой Фалло. Возрастной размах от 2х месяцев до 2х лет. Критериями оценки одышечно – цианотических приступов была разработана анкета опросник для родителей. В процессе исследования была выявлена следующая неврологическая симптоматика: задержка психо-речевого развития (100%), тонусные нарушения (57,1%), двигательные нарушения (28,6%), вегетативная дисфункция (45,2%), синдром гипервозбудимости (38,1%), гипертензионно-гидроцефальный синдром (26,2%). Всем детям в стационарном лечении применено: ноотропные (ноофен, пантогам), сосудистые (кавинтон, винпоцетин), витаминно-минеральные комплексы (пиковит, магне В6, мультитабс), кортексин. Также применялись массаж, физиотерапевтическое лечение, логопедическая и дефектологическая коррекция. Согласно результатам исследования частые последствие одышечно- цианотических приступов у детей раннего возраста могут привести необратимым нервно-психо – физическим отклонениям.

Ключевые слова: тетрада Фалло, одышка, цианоз.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Хаятов Р.Б., Велиляева А.С., Абдуразакова Р.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт

Полиморфизм психических расстройств у пациентов, обращающихся за помощью в медицинские учреждения соматического профиля, высок. По данным ВОЗ, более половины пациентов, страдающих соматическими заболеваниями средней и тяжелой степени тяжести, имеют какое-то психическое расстройство. Сочетание соматической патологии с депрессией является предиктором повышенной заболеваемости и смертности от соматических заболеваний. Статистические исследования подтверждают явную тенденцию к увеличению сопутствующей патологии соматических и психических патологий. Только депрессивные расстройства составляют почти 50% пациентов с первичной медицинской помощью. В частности, у пациентов с диабетом, которые проходят лечение в специализированной эндокринологической больнице, доля психических расстройств достигает 92,7%. Психические расстройства, возникающие у пациентов с соматическими больницами, не уступают по степени инвалидности психотическим расстройствам. Сочетание соматической патологии с депрессией является предиктором повышенной заболеваемости и смертности от соматических заболеваний. Высокая распространенность, хроническое течение заболевания, полиэтиология, полиморфизм соматических и психических расстройств делают диабет наиболее подходящей моделью для изучения и систематизации психических расстройств у соматических пациентов. Целью исследования является изучение особенностей возникновения и течения аффективных расстройств у людей с сахарным диабетом. В ходе исследования были изучены данные 84 пациентов, страдающих диабетом 2 типа. Диагноз диабета у всех испытуемых был определен эндокринологами и подтвержден соответствующими клиническими и лабораторными показателями. Первая группа обследованных пациентов состояла из 60 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст пациентов на момент начала обследования составил 51,9 ± 7,4 года. Уровень профессиональной адаптации у пациентов этой группы был низким. Половина пациентов были инвалидами. Контрольную группу составили 24 человека с соматическими патологиями без сопутствующих нарушений аффективной сферы, средний возраст которых составил 42,3 ± 9,1 года. Учитывая достаточную репрезентативность основной выборки и контрольной группы сравнения, мы получили разумные выводы, вытекающие из результатов исследования. В работе использованы клинико-психопатологические, клинико-последующие, экспериментально-психологические, аналитические и статистические методы исследования. Исследование проводилось в Самаркандской областной психиатрической больнице в психосоматических и мужских отделениях. Исследование психических расстройств у пациентов с диабетом показало, что психические расстройства у большинства пациентов имеют полисиндромную структуру. В настоящее время существуют две основные гипотезы возникновения и течения аффективных расстройств у пациентов с диабетом: 1) депрессия является следствием биохимических изменений, присущих основному заболеванию; 2) депрессия развивается в результате психосоциальных и психологических факторов, определяющих развитие диабета. Значительное количество (64,6%) пациентов с сахарным диабетом сообщили о наличии депрессивных расстройств в течение периода заболевания. На момент первичного осмотра депрессивные симптомы были выявлены у 51

(85,4%) пациента. Диагноз депрессии был поставлен клинически, степень тяжести депрессии также оценивалась с помощью шкалы оценки (HADS, BDI, HDRS). Депрессивные расстройства при диабете имеют определенные особенности. У больных сахарным диабетом широко распространены различные депрессивные расстройства, которые почти постоянны и входят в структуру астенического синдрома. На самом деле депрессивный синдром развивается только на определенных стадиях заболевания, в основном в виде атипичной (из-за соматогенных эффектов) депрессии, которая имеет тенденцию к рецидивирующему и хроническому течению, чаще при наличии характерологических изменений. При сахарном диабете 1 типа ведущей в структуре депрессивных расстройств являются циклотимические депрессии (27,8%), которые на отдаленных стадиях заболевания имеют неремиссионный характер по типу континуума. Выделение действительной соматогенной депрессии, то есть синдромологически депрессивной депрессии, вызванной только соматогенными факторами. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов в генезе депрессивных симптомов удельный вес каждого из них значительно различается на разных этапах развития заболевания, а демографические и социально-психологические характеристики больных играют важную роль в этом. Соматогенные факторы, как правило, вызывают атипизм психогенных расстройств, однако на определенных этапах заболевания играют значительную роль в генезе депрессивных симптомов. Общей чертой всех депрессивных синдромов, возникающих как часть алкогольной зависимости, соматических заболеваний является наличие у них тревожности различной степени тяжести. Психические расстройства являются важным компонентом клинической картины сахарного диабета, у большинства пациентов они имеют полисиндромную структуру и отмечаются в 83,3% случаев. Депрессивные расстройства при сахарном диабете имеют тенденцию к рецидивирующему и хроническому течению. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа ведущей структурой депрессивных расстройств является циклотимическая депрессия (27,8%).

Ключевые слова: аффективные расстройства, сахарный диабет, депрессия, коморбидность.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ СИСТЕМЫ ОНЛАЙН ОБУЧЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Холбоев С.Б., Юлдашова Н.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт

В статье дано описание результатов исследования, посвященного оценке использования виртуальной обучающей среды в образовательном процессе. Целью статьи выступало освещение возможностей системы онлайн обучения с позиций врачей общей практики ФПДО (факультет последипломного обучения) для дальнейшей разработки рекомендаций по вопросам повышения качества профессиональной подготовки. Исследование проводилось в Самаркандском государственном медицинском институте в 2019/2020 учебном году на факультете последипломного обучения врачей. В исследовании принимали участие врачи первичного звена здравоохранения. В ходе опроса врачи оценивали свой уровнь и владения компьютером, указывали основные функции дистанционного обучения, востребованные в обучении, давали характеристику достоинствам и недостаткам этого инструмента, выбирали предпочитаемый тип обучения. Сделаны выводы о необходимости реализации смешанного обучения с использованием онлайн обучения, сочетающего различные виды дистанционной и аудиторной работы учащихся. Освещение возможностей онлайн обучения с позиций обучающихся последипломного образования. Исследование проводилось в 2019/2020 учебном году в ФПДО СамМИ. В нем приняли участие 74 (курсантов) врачей общей практики в возрасте 30-60 лет. Среди них 60 женщин (81,1%) и 14 мужчин (18,9%). В исследовании приняли участие врачи общей практики работающие на первичном звене здравоохранения. Методы исследования были определены, исходя из задач решаемой проблемы. Мы использовали статистические методы, такие как качественный и количественный анализ, эмпирические методы (анкетирование). С целью определения умений использовать персональный компьютер и сеть Интернет врачам было предложено оценить свои умения по пятибалльной шкале от 1 до 5, где «1» соответствовало отсутствию умений, а «5» высокому уровню умений. Результаты опроса показывают, что подавляющее большинство врачей умеют пользоваться компьютером и сетью Интернет на хорошем (47,3%) и высоком (25,7%) уровнях. 25,7% опрошенных оценивают свои умения как средние и лишь один участник опроса (1,4%) отметил, что плохо умеет пользоваться компьютером и сетью Интернет. На следующем этапе респондентам предлагалось ответить, с какой целью они обычно используют интернет в процессе обучения в вузе

-Общаюсь другими участниками курса в форуме - 2,7%

-Слежу за новостями и оъявлениями курса- 21,6%

-Обращаюсь к преподователью за помощью и за получением справочной информации - 23%

-Скачиваю учебные и справочные материалы - 35,1%

-Изучаю теоретический материал по дисциплине - 44,6%

-Выполняю практические задания -100%

В результате проведенных исследований анкетирования показывают, что все без исключения, опрошенные 74 человека (100%) используют онлайн обучение для выполнения различного рода учебных заданий: тестов, практических и самостоятельных работ и т.д. С этой целью они активно пользуются таким сервисом 44,6% изучают теоретический материал по изучаемым дисциплинам, размещенный на сайте. 35,1% пользуются учебными и справочными материалами, размещены - ми в информационных блоках электронных курсов. Наименьшей популярностью у опрошенных пользуются коммуникационные возможности платформы: лишь 23% взаимодействуют с преподавателями и обращаются к ним за

помощью и консультациями, 21,6% следят за новостями и событиями курсов и лишь 2,7% общаются в форуме. Далее мы попросили врачей назвать основные достоинства и недостатки онлай обучения. Среди основных достоинств были выделены следующие. Самым большим достоинством, по мнению большинства слушателей (90,5%), явилась «возможность обучения в любое удобное мне время и в удобном мне месте». Вторым по значимости достоинством явилась «возможность незамедлительного просмотра результатов выполненных работ» (58,1%). 51,4% считают важным «возможность учиться в индивидуальном темпе, не ограничивая себя временными рамками». Следующим по значимости удобством для 47,3% опрошенных явилось «наличие всех необходимых учебных материалов». 40,5% ценят «возможность восстановить пропущенные занятия и выполнить необходимые задания». Для 33,8% участников опроса важна «обратная связь с преподавателем». Небольшое число врачей также отмечают такие достоинства как «взаимодействие всех участников образовательного процесса» (12,2%), «разнообразие ресурсов и заданий» (13,5%) и «простой интерфейс» данной виртуальной обучающей среды (17,6%). Самым большим отмеченным врачами недостатком явилось «отсутствие прямого контакта с преподавателем» (29,7%). С первым упомянутым недостат- ком тесно связано и «наличие сложностей в усвоении материала без непосред- ственного контакта с преподавателем» у 20,3% опрошенных. Кроме того, 14,9% отметили, что «работа онлайн отнимает много времени». Мы считаем, что данный недостаток связан с техническими проблемами, возникающими у обучающихся в процессе работы с электронными курсами, т.к. 82,4% слушателей пожаловались на тот факт, что «медленный интернет и сбои сервера могут снизить качество обучения», и 15 участников отметили «пробле -мы с регистрацией и входом в систему». На последнем этапе опроса мы спросили курсантов, согласны ли они с утверждением, что онлайн обучения является эффективным средством обучения. Оценка эффективности использования онлайн обучения обучающимися врачами в постдипломном образовательном процессе. Несмотря на то, что 39 курсантов (52,7%) согласны с утверждением, что онлайн обучение является эффективным средством обучения, значительная часть опрошенных 27 человек (36,5%) затруднились ответить на данный вопрос и 8 респондентов (10,8%) не считают онлайн обучения эффективным средством обучения. И в заключение мы спросили обучающихся, какой тип обучения они считают самым эффективным. Ответы курсантов распределились следующим образом: наибольшей значимостью для 55 человек (75,4%) обладает смешанный тип обучения, и лишь 6 человек (8,2%) готовы обучаться дистанционно. 12 слушателей (16,4%) традиционный тип обучения рассматривают как наиболее предпочтительный. 1.Большинство учащихся, обладая развитыми навыками использования компьютера и Интернет, приветствуют использование онлайн обучения в учебном процессе. 2.Наибольшей востребованностью среди учащихся пользуются такие возможности онлайн обучения как доступ к различного рода учебным и дидактическим материалам, возможность оперативно и дистанционно получить информацию о результатах обучения, компенсировать отсутствие на занятиях. 3.При этом коммуникационный функционал системы практически не используется, поскольку обучающимся требуются личный контакт с преподавателем в ходе выполнения заданий, а также существуют технические проблемы с доступом к электронным курсам.

4.Закономерным результатам исследования выступает предпочтение подавляющим большинством обучающихся смешанного обучения, предполагающего соединение различных форм и способов работы как дистанционных, так и аудиторных.

5.Перспективой для дальнейшего исследования, на наш взгляд, выступает отслеживание динамики раскрытых в статье характеристик, поскольку функционал и возможности онлайн обучения постоянно изменяются и допол- няются.

Ключевые слова: электронное обучение, дистанционное обучение, информационно-образовательная среда, высшее образование, онлайн обучение, достоинства, недостатки

НОВЫЕ МЕТОДЫ РАННОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Н.К.Худоярова

Андижанский государственный медицинский институт

Сахарный диабет – заболевание очень серьезное, чрезвычайно опасное осложнениями. Самым неприятным их них является диабетическая ангиопатия, симптомы и лечение которой зависят от того, в каком органе локализуется патология. При этом осложнении происходит поражение кровеносных сосудов с изменением их структуры (пролиферацией эндотелия, микротромбозами, появлением микроаневризм, утолщением мембраны). Такие изменения вызывают значительное ухудшение состояния пациентов, вплоть до инвалидности и даже смертельного исхода. Различают два вида ангиопатии - макро и микро. Рассмотрим, как они проявляются и какие на сегодняшний день существуют методы их лечения.Решению этих проблем и посвящено настоящее исследование. Целью настоящего исследования явилась комплексная ультразвуковая оценка состояния стенки общей сонной артерии (ОСА) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа без клинических признаков цереброваскулярной патологии. В период с марта 2018 по декабрь 2019 года было обследовано 72 пациента с клинически верифицированным диагнозом “сахарный диабет 2-го типа” (1 группа) в возрасте от 29 лет до 71 года (средний возраст 56 ± ± 10 лет), из них 40 (55,6%) мужчин в возрасте от 29 лет до 71 года (средний возраст 54 ± 11 лет), 32 (44,4%) женщины в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст 58 ± ± 9 лет). Контрольную группу (2 группа) составили 17 практически здоровых лиц без лабораторных признаков нарушения метаболизма глюкозы в возрасте от 23 до 62 лет (средний возраст 51 ± 8 лет). Продолжительность сахарного диабета 2-го типа была от 1 года до 20 лет. В соответствии с общепризнанными классификационными подходами у 16 (22,2%) пациентов определялась легкая степень течения заболевания, у54 (75,0%) - средней тяжести и у 2 (2,8%) - тяжелая. Максимальный уровень глюкозы крови за все время заболевания в среднем по 1 группе составил 14,7 ± 4,6 ммоль/л (8,0-26,0 ммоль/л). “Рабочий” уровень глюкозы крови в среднем по группе был ± 1,4 ммоль/л (6,0-12,0 ммоль/л). За “рабочий” уровень глюкозы принимали показатель, наиболее часто фиксируемый натощак на фоне привычной диеты и медикаментозной терапии. У 54 (75,0%) пациентов сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия 1-2 стадий. У 20 (27,8%) больных определялись клинические и лабораторные признаки ишемической болезни сердца. Курение в анамнезе отмечено у 18 (25,0%) пациентов. Всем больным 1 и 2 групп измеряли величину системного артериального давлении (АД) с расчетом пульсового АД. Средняя величина систолического АД у пациентов 1 группы составила 130,4 ± 15,0 мм рт. ст. (100,0-170,0 мм рт. ст.), диастолического Ад - 82,0 ± 8,9 мм рт. ст. (60,0-100,0 мм рт. ст.), пульсового АД - 48,5 ± 13,3 мм рт. ст. (30,0-80,0 мм рт. ст.). У лиц 2 группы соответствующие показатели были 118,7 ± ± 10,0 мм рт. ст. (100,0-130,0 мм рт. ст.), ± 8,2 мм рт. ст. (60,0-90,0 мм рт. ст.), 32,5 ± 10,2 мм рт. ст. (30,0-50,0 мм рт. ст.). У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа выявляется статистически достоверное повышение жесткости сосудистой стенки ОСА. Среди расчетных показателей, характеризующих жесткость сосудистой стенки, статистически достоверные изменения получены для коэффициентов эластичности, растяжимости и показателя деформации потока. Выявляемые в В-режиме изменения эхогенности, степени дифференцировки на слои и толщины КИМ ОСА у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа неспецифичны по отношению к сахарному диабету и могут являться следствием воздействия комплекса патологических факторов.

Ключевые слова: сахарный диабет, микротромбозы, микроаневризмы.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АНЕВРИЗМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С РАЗРЫВОМ И БЕЗ РАЗРЫВА

Худоярова Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Прогнозирование риска неблагоприятного течения аневризм головного мозга является важной задачей в предупреждении субарахноидального кровоизлияния, в результате которого от 32% до 40% пациентов погибает уже при первом случае острого нарушения мозгового кровообращения, у 10-20% выживших развивается выраженный неврологический дефицит и лишь 40% пациентов восстанавливаются после инсульта. В нашем исследовании определены морфометрические и топографо-анатомические характеристики дистальных отделов внутренней сонной артерии и уточнить тактику хирургического лечения больных с разрывами аневризм внутренней сонной артерии в остром периоде внутричерепного кровоизлияния. В исследование включены 43 человека, которым за период с 2018 по 2019 г. выполнялась дигитальная субтракционная ангиография. Ангиографические исследования выполнялись на ангиографах INNOVA 3100 и INNOVA 4100. Результаты лечения достоверно зависели от сроков проведения хирургического вмешательства (Я=-0,2073, p=0,0037, n=195). Больные, оперированные в течение первых 3 суток с момента разрыва ЦА ВСА, имели высокую послеоперационную летальность (35,7%), инвалидизацию (7,1%). Это было обусловлено тяжелым состоянием перед операцией, большей выраженностью САК, церебрального ангиоспазма. Результаты хирургического лечения проведенного на 4-14 сутки в нашем исследовании -летальность 7%, инвалидизация - 5,6%. Минимальная летальность (2,4%) и отсутствие грубой инвалидизации отмечали при проведении операции на 1521 сутки от момента разрыва ЦА ВСА. Несколько хуже эти показатели были при проведении оперативного вмешательства после 21 суток от начала заболевания. Летальность составила 4,5%, грубая инвалидизация - 1,5%. Интраоперационный разрыв аневризмы был отмечен у 11 пациентов (5,6%). Он статистически достоверно ухудшал исход заболевания (Я=-0,1692, p=0,018, n=195). Так у больных с ИОРА летальность составила 27,3%, в то время как у пациентов без него - 6%. Хорошие исходы в виде полного выздоровления или минимального дефицита при интраоперационном разрыве ЦА наблюдали в 72,7%, при его отсутствии - 90,7%. Временное клипирование несущего аневризму сосуда при проведении хирургического вмешательства произведено 15 (7,7%) пациентам. Наличие ВК достоверно ухудшало результат лечения (Я-О,1483, p=0,0386, n=195). Летальные исходы значительно чаще отмечали при выполнении временного клипирования (20%), чем без него - 6,1%. Хорошие исходы при проведении ВК были в 73,3% случаев, при его отсутствии - 91,1%. Выраженная инвалидизация после проведения временного клипирования встречалась у 6,7% больных, без ВК - 2,8%. Минимальное время клипирование в нашем исследовании было 1 минута, максимальное - 20 (медиана 5,5, верхний квартиль - 8, нижний -2,5). В группе пациентов с разрывом аневризм головного мозга мужчины составили 30,4% (n=7), женщины 69,6%(n=16), в группе без разрыва мужчины составили 26,7%(n=4), женщины 73,3%(n=11). При оценке достоверности различия групп по признаку пола статистически значимого различия не выявлено (Ф=0,25, p≥0,05). У 85,1% больных при разрыве ЦА ВСА превалирует степень тяжести II-III по шкале Н-Н, в 23,1% происходить поражение ЧМН (в основном II-VI пар). Тяжесть состояния коррелирует с наличием ВЧГ и ВЖК, интенсивностью внутрижелудочкового кровоизлияния, величиной поперечной дислокации структур головного мозга, интенсивностью внутричерепного кровоизлияния наличием, выраженностью и распространенностью церебрального ангиоспазма, нарушением электрической активности головного мозга.

Ключевые слова: нарушение мозгового кровообращения, аневризма головного мозга.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИМИКРОБНЫХ СРЕДСТВ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хусинова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Представлены данные опроса врачей, фармацевтов и потребителей по использованию антибактериальных средств в г.Самарканде. Все три опрошенные группы продемонстрировали ряд ошибочных представлений об эффективности АБ и рисках, связанных с их использованием. Особенно низкий уровень осведомленности о побочных эффектах антибиотиков продемонстрировали пациенты. Антибактериальные препараты в нашей стране свободно приобретаются в аптечной сети без рецепта с одной стороны и достаточно широко назначаются практикующими врачами с другой стороны. Многие люди не обращаются к врачу и диагноз им не ставится. Они просто свободно покупают антибиотики. Это широкомасштабное самолечение, часто при помощи наименее эффективного средства в неправильной дозе, считается важным фактором в развитии бактериальной устойчивости в развивающихся странах. В основах политики ВОЗ - устойчивость к противомикробным препаратам названа одной из важнейших проблем современности. По данным новейших исследований, более чем в 40% случаев антибиотики назначаются ошибочно и необоснованно. Это в первую очередь касается назначения противомикробных препаратов при простуде и боли в горле: чаще всего эти состояния вызываются вирусными инфекциями, при которых антибиотики не эффективны. Главная причина развития устойчивости к противомикробным препаратам – это ненадлежащее их применение. Исследований, по объему и характеру применения антибиотиков (АБ) в первичном звене здравоохранения очень мало. Кроме этого, не изучалось и отношение самих врачей, пациентов и фармацевтов к вопросам использования антибиотиков. Целью данного исследования была оценка знаний, отношения, и практики поведения среди врачей общей практики, фармацевтов и пациентов. В исследование были включены 2 семейные поликлиники № 1 и № 3 г.Самарканда. По специальным вопросникам были опрошены 56 врача, 42 фармацевтов и 80 потребителей лекарств, пациентов различными заболеваниями. Из 56 врачей первичного звена было 53 (95%) женщин и 3 (5%) мужчины, в том числе со стажем от 5- 9 лет 14%, 10-20 лет - 21% и более 20 лет - 65%. Опрошено 42 фармацевтов, в том числе 98% - жен ского пола, работников городских - 78% или сельских - 22%, из них более 90% прошли какую либо специализацию в течение последних 5 лет. Среди 80 потребителей лекарственных средств было 60,6% сельских жителей, 68% - женщин, в том числе имеющих среднее образование (57,7%). Возраст их колебался от 14 до 67 лет. Были опрошены не только пациенты в стенах медучреждений, но и население в махаллях, для охвата респондентов, занимающихся самолечением антибиотиками. Инструменты проведения обследования (вопросники) для каждой из трех целевых групп (потребители медицинских услуг, врачи общей практики и работники фармации) были разработаны сотрудниками кафедры общей практики/семейной медицины ФПДО Самаркандского государственного медицинского Университета. Основная масса потребителей показала много неверных представлений и взглядов на правильность применения антибиотиков, заявив, что они необходимы почти при всех перечисленных заболеваниях, даже включая те, при которых антибиотики не показаны, достигая 80% при типичных вирусных состояниях

(грипп, простуда), таких как кашель в течение 10 дней, не говоря об не инфекционных заболеваниях, таких как боли в пояснице, артрит. При этом 69% респондентов отметили, что АБ убивают полезные бактерии, 58% -что частое использование АБ может снизить их эффективность в будущем, 66%-АБ снижают риск осложнений от простуды, 58% -что АБ ускоряют процесс выздоровления от простуды, а 22%- что нет никакой опасности в приеме АБ. 70% опрошенных лиц, уверены в том, что внутримышечные инъекции АБ более эффективны, нежели их прием внутрь, 70% недовольны, если назначаются внутрь, не парентерально, как и 32% тем, что при кашле более 3-4 дней врач не назначает АБ. Тем не менее, часть респондентов называли такие побочные эффекты как аллергические реакции, сыпь, повышение температуры. Но менее 50% опрошенных знали о том, что тошнота, диарея, кандидоз являются еще более распространенными побочными эффектами АБ, не говоря о развитии устойчивости к ним. 63% потребителей согласились с утверждением: «Я думаю, что АБ в медицине применяются слишком часто», 65% - «инфекции становятся более устойчивыми ним». В среднем, каждый потребитель получил 2,0 курса антибиотиков за последний год. 64% респондентов ответили, что «всегда» или «иногда» практикуют самолечение АБ. 60% сообщили, что перестают принимать АБ, как только у них уменьшаются признаки заболевания, нормализуется температура. 64% респондентов ответили, что «часто» выбирают АБ по совету работника аптеки без предварительной консультации врача. Лица, предпочитающие самолечение, в меньшей степени владели знаниями об побочных действиях антибиотиков и чаще считали, АБ необходимы при большем количестве заболеваний. Данные опроса врачей. Основными источниками информации для врачей по принятию решения назначения АБ являются клинические протоколы и материалы полученные при непрерывном повышении квалификации, а также материалы фармацевтических фирм. Интернет – ресурсами пользуются менее 60%, в большей степени городские врачи, нежели сельские. 86% врачей прошли последнюю специализацию или повышение квалификации в течение последних 3-х лет, 12% более 3-х лет. 75% врачей считают, что существенным побочным эффектом приема антибиотиков является растущая к ним устойчивость и тем не менее, только четверть врачей ПМСП проявили осведомленность о рисках бесконтрольного приема АБ для состояния здоровья населения. Только 16% врачей ПМСП считают, что в/м АБ более эффективны, нежели прием во внутрь. 82% врачей уверены в необходимости назначения АБ при выделении «желтой» или «зеленой» мокроты больным с острым бронхитом, как и при гнойных выделениях из носа, при том, что цвет мокроты и выделений из носа не является указанием на вторичную бактериальную инфекцию. Наличие высокой температуры оказывает значительное (67%) влияние на принятие решения назначить АБ при острых диарейных заболеваниях, как и требование пациента, назначить антибиотики при кашле ОРЗ или гриппозных состояниях-53%. 42% врачей ПМСП уверены в том, что решение назначения АБ принимаются ими под влиянием фармацевтических компаний. Данные опроса работников фармации. Из опрошенных 42 фармацевтов 55% указали как на достоверный источник информации по применению антибиотиков фармацевтические справочники и информационные материалы фармацевтических фирм. Ни один из них не предоставлял полную и точную информацию по рациональной антибиотикотерапии, а также информацию по рискам и побочным эффектам. Только 43% работников фармации знали о том, что АБ могут повысить устойчивость микроорганизмов, хотя 71% согласились с тем, что применение АБ является определенным

риском для здоровья населения и в то же время их рекомендации потребителям ничем не отличались от таковых, кто не знал. Также как и потребители, фармацевты уверены в эффективности АБ при простудных заболеваниях, а также в том, что инъекционные АБ более востребованы как врачами, так и потребителями - 84%. Они часто рекомендуют использование антибиотиков по поводу симптоматики, обусловленной распространенными вирусными инфекциями. 76% фармацевтов ответили, что они часто дают советы пациентам, которые не считают нужным обратиться к врачу и 81% советуют приобрести тот или иной антибиотик без назначения врача. Таким образом, все три опрошенные фокус-группы отметили частое применение антибиотиков, продемонстрировали ряд ошибочных представлений об эффективности АБ и рисках, связанных с их использованием. Особенно низкий уровень осведомленности о побочных эффектах антибиотиков продемонстрировали потребители. Многие клиницисты и фармакологи уверены в том, что антибиотики помогают при распространенных вирусных инфекциях, таких как острый бронхит, острые простудные заболевания, острые диарейные болезни, снижают продолжительность болезни и риск развития осложнений - представления, которые в корне отличаются от рекомендаций современных международных руководств. К большому сожалению, большинство фармацевтов не знакомы с клиническими протоколами, которые размещены в электронном виде в интернете. Полученные данные свидетельствуют о необходимости для всех трех целевых групп четкой, конкретной информации о том, когда необходимы и когда не нужны антибиотики. Должны быть обязательные системные тренинги для врачей и фармацевтов по рациональной антибактериальной терапии на до- и последипломных уровнях. Тренинги на рабочем месте должны стать неотъемлемой частью работы по внедрению клинических протоколов с акцентом на показания к антибактериальной терапии. Эффективным инструментом поддержки рационального применения антибиотиков может стать внутренний мониторинг практики назначений антибиотикотерапии в соответствии со стандартами, изложенными в клинических протоколах. Кроме того, достоверная информация о пользе и вреде антибиотиков должна быть представлена широким слоям населения именно вне организаций здравоохранения, так как основная масса населения занимается самолечением без обращения к врачу. Все эти меры должны привести к уменьшению потребления антибиотиков и сохранить здоровье населения.

Ключевые слова: антибиотики, использование в общей врачебной практике.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗИ ЎЧОҚЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШҲИСИДА ЗАМОНАВИЙ КОМПЛЕКСЛИ УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВЛАРИНИНГ ИМКОНИЯТЛАРИ

Хушназаров Х.Х., Шомансурова Н.Х., Ниязов А.Н.
«Intermed Innovation» хусусий клиникаси,
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Замонавий тиббий ва ижтимоий муаммолар орасида энг муҳимларидан бири қалқонсимон бези (ҚБ) касаллиги бўлиб, у ҳозирги кунда эндокрин патологиянинг қолган қисми орасида етакчилик қилмоқда. Бундан ташқари, қалқонсимон без саратони (ҚБС) нинг ёмон нодуляр ва фокал шаклланишларга нисбати адабиётлар бўйича 2-30% орасида ўзгариб туради ҚБС касаллигининг окибати кўп жиҳатдан эрта ташхисга боғлиқ. ҚБС касаллигини замонавий комплекс ташхислашнинг асосий қийинчиликлари унинг бошқа ҚБ касалликлар фонида узоқ вақт яшаши мумкинлиги билан боғлиқ. Радиацион диагностика соҳасида эришилган катта ютуқларга қарамай, тиббий тасвирлаш усулларининг ҳеч бири ҳам ҚБ патологиясини хавфли касалликдан аниқ ажратиб ТИ-РАДС таснифлаш тизимини ультратовуш диагностикаси мутахассиси амалиётига киритилиши ингичка игна аспирацион пункцион биопсиясининг (ТАПБ) умумий сонини 31,5% га камайтирди. Ультратовуш маълумотларига асосланган ТИ-РАДС таснифи саратон хавфига қараб нодуляр ҚБС шаклланишини акс эттиради. ТИ-РАДС қалқонсимон безини ультратовуш текшируви учун протоколини стандартлаштиришга, қалқонсимон безининг нодуляр шаклланишининг ультратовуш расмини талқин қилишда субъектив омилни минималлаштиришга имкон беради. ТИ-РАДС дан фойдаланиш қалқонсимон безининг ТАПБ учун кўрсатмаларни аниқ белгилашга ёрдам беради ва шу билан қалқонсимон безидаги асоссиз минимал инвазив ва жарроҳлик аралашувлар сонини камайтиради. Кўплаб маҳаллий ва хорижий нашрларнинг маълумотларига кўра, хавфсиз ва хавфли жараёнларни дифференциал ташхислашда кулранг ўлчовли техниканинг сезгирлиги ва ўзига хослиги 55-70% орасида ўзгариб туради. Пульс тўлқинли допплер ультратовуш текширувидан фойдаланиш, бу тугунларда ва қалқонсимон безида қон оқимини баҳолашга имкон беради, бу усул сезгирлигини бироз 65-75% гача оширади. Ультратовуш текшируви ва допплер ультратовушидан иборат замонавий ультратовуш диагностикаси учинчи технологияси - эластография билан тўлдирилди. "Кесиш тўлқини" эластографияси - бу маълумотларнинг субъектив талқинини истисно қиладиган тўқималарнинг эгилувчанлигини миқдорий баҳолашга имкон берадиган усул. Ушбу усулнинг ишлаш принципи ультратовуш пульси натижасида келиб чиқадиган тўқималарда силжиш тўлқинининг пайдо бўлишига ва кейинчалик унинг тарқалиш тезлигини баҳолашга асосланган. Бундай ҳолда, кесиш тўлқинининг ўтишини визуализация қилиш, шунингдек, ультратовуш сенсори томонидан амалга оширилади. Эгилувчанлик индексининг сонли қийматлари м/с ёки кПа да, кесма тўлқин эластографиясининг турига қараб берилган, шунинг учун усул "миқдорий ультратовуш эластографияси" ёки "эластометрия" деб номланади. Ишнинг мақсади. Қалқонсимон безининг ўчоқли ўсма касалликларини дифференциал ва аниқловчи ташҳисотини замонавий комплексли ультратовуш текширув ёрдамида яхшилаш. Тадқиқот остида, қалқонсимон безнинг ўчоқли ўсма касалликлари характерини аниқлаш учун УТТга юборилган 120 та бемор бўлди. Беморлар ёши 20 дан 76 гача. Текширилганлар орасида эркаклар ва аёллар нисбати 36(33%) ва 84(67%). УТТ

текшируви, 5-13МГц диапозони оралиғидаги датчиклар ёрдамида «MINDRAY ДС-8», «MINDRAY ДС -80» (Хитой), HI VISION Preirus (Hitachi Medical Corporation, Япония) ва Samsung-Medison WS 80 AC ELITE (Жанубий Корея) каби замонавий УТТ аппаратларида ўтказилди. УТТ текшируви стандарт: серошкал, рангли, энергетик ва спектрал допплерография усуллари ёрдамида ўтказилди. Шу қаторда эластография режими қўлланилди, бу режим қалқонсимон безининг ўчоқли ўсма касалликлари қаттиқлиги даражасини баҳолаш имконини беради. Текширилган 70(58%) та беморда қалқонсимон безида битта- иккитадан тугунли ҳосилалари топилган бўлса, 50(42%) та беморда қалқонсимон безининг кўплаб тугунли хосилалар билан шикастланганини кузатдик. Қалқонсимон безининг шикастланиши кўпроқ 32(85,2%) репродуктив ёшдаги аёлларда кузатилди. Текширилганлар орасидаги энг катта гуруҳни (n=69) 65% диффуз-тугунли бўқоқнинг турли вариантларидан азият чекувчилар ташкил этди. 120 та бемордан: 79(66%) тасида қалқонсимон безини катталашгани, 48(40%) тасида калконсимон безини контурлари нотекислиги, 37(31%) тасида қалқонсимон безини нотекис эхогенлиги, 76(64%) тасида қалқонсимон безини “хало” ҳошияси, 88(74%) тасида қалқонсимон безининг ҳажми катталашиши, 36(30%) тасида хосилаларда кальцинатлар ва 108(90%) та беморда қалқонсимон безини гиперваскуляризация белгилари аниқланди. Эластография ўтказилганда норматив диапозон 18,4±7,8 кПа ни ташкил этди. Яхши сифатли ўсмаларда ўрта арифметик қиймат 47,5±10 кПа, яъни ишончлилиги нормадан юқори ($p<0,05$). Эластографияда 6-15 мм ўлчамдаги гипоэхоген ўчоқли ҳосилалар бир меъёрда кўк рангга бўялади. Шундай қилиб, ҚБ ўчоқли касалликларини замонавий ультратовуш текширувида энг информацион ультратовуш мезони бўлиб қалқонсимон безини контурларнинг нотекислиги, ҳажмнинг кўпайиши, кальциятларнинг мавжудлиги, гиперваскуляризация ва таъсирланган тўқима эгилувчанлигининг пасайиши ва қаттиқлик индексининг ошиши эди. Эластография замонавий қалқонсимон безини ўчоқли касалликларини ультратовуш текширувида муҳим қадам бўлиб, ТАПБ учун зоналарни янада оқилона аниқлашга ёрдам беради. Фақатгина замонавий комплекс ультратовуш текшируви, шу жумладан Б-режими, энергитик допплер, рангли допплер, спектрал допплер ва эластография параметрларнинг ахборот аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда, ўрганиш сифатини яхшилашга, ҚБ ўчоқли касалликларини эрта аниқлашга ёрдам беради ва ушбу беморларни олиб бориш тактикасини оптималлаштиришга имкон беради. ҚБ ўчоқли касалликлари ташхисида замонавий ультратовуш текширувининг сезгирлиги 90,8%, ўзига хослиги 80,6%, диагностика аниқлиги 91,9% ташкил этди.

Калит сўзлар: қалқонсимон бези ўчокли ҳосилалари, замонавий комплекс ультратовуш текшируви, допплерография, эластография.

КОРОНАВИРУСНАЯ БОЛЕЗНЬ 2019: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ОБЛАСТИ С ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шамансурова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) продолжает распространяться по всему миру, подавляя возможности системы здравоохранения. В обзоре представлена оценка связи мероприятий общественного здравоохранения с эпидемиологическими особенностями вспышки COVID-19 в Ухане по 5 периодам в соответствии с ключевыми событиями и вмешательствами. Серия многоплановых вмешательств в области общественного здравоохранения улучшили эффективность борьбы со вспышкой COVID-19 в Ухане и может служить основой для политики общественного здравоохранения в других странах и регионах. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) продолжает распространяться по всему миру, подавляя возможности системы здравоохранения. Возраст, сопутствующая патология и мужской пол, по-видимому, являются факторами риска печальных исходов, в этой связи вопросы об оптимальном управлении интенсивной терапией, эффективном лечении и смягчения последствий являются чрезвычайно актуальными. В мире по состоянию на 21 апреля 2 482 158 заразившихся коронавирусом COVID-19. Умерли от болезни 170 470 человек, поправились - 652 170. В России, по последним данным, зафиксирован 47 121 случай инфицирования. Скончались 405 пациентов, выздоровели - 3 446. В Узбекистане по состоянию на 21 апреля число заразившихся составило 1657. Коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) - это новое респираторное инфекционное заболевание, вызванное тяжелым острым респираторным синдромом коронавирус 2 (SARS-CoV-2), которое впервые было обнаружено в начале декабря 2019 года в Ухане, Китай. Коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) стала пандемией, и было неизвестно, может ли сочетание мер общественного здравоохранения улучшить контроль над вспышкой. Целью данного обзора является оценка связи мероприятий общественного здравоохранения с эпидемиологическими особенностями вспышки COVID-19 в Ухане по 5 периодам в зависимости от ключевых вмешательств. В когортном исследовании, включавшем 32 583 пациента с лабораторно подтвержденным COVID-19 в Ухане с 8 декабря 2019 года по 8 марта 2020 года были проведены мероприятия, включающие санитарный надзор, ограничение движения, социальное дистанцирование, домашний карантин, централизованный карантин и активное выявление пациентов с симптомами. Эти мероприятия привели к снижению числа случаев заражения SARS-CoV-2 (вторичная передача) и числа подтвержденных случаев в день в возрастных группах и географических регионах. Показатели лабораторно подтвержденных инфекций COVID-19 (определяемых как число случаев в день на миллион человек) в разбивке по возрасту, полу и географическому местоположению были рассчитаны по 5 периодам: с 8 декабря по 9 января (без вмешательства) С 10 по 22 января (массовое движение людей в связи с праздником китайского Нового года), с 23 января по 1 февраля (санитарный надзор, ограничение движения и домашний карантин), со 2 по 16 февраля (централизованный карантин и лечение) и с 17 февраля по 8 марта (вывление пациентов с симптомами). Количество выявленных пациентов с SARS-CoV-2 (показатель вторичной передачи) также рассчитывался по периодам. Среди 32 583 лабораторно подтвержденных случаев COVID-19 средний возраст пациентов составил 56,7 года (в диапазоне 0–103лет); 16 817 (51,6%) были женщины.

Ежедневно подтвержденный показатель заболеваемости достиг максимума в третьем периоде и впоследствии снизился по географическим регионам и по половым и возрастным группам, за исключением детей и подростков, число подтвержденных случаев которых продолжало увеличиваться. Ежедневно подтвержденный показатель заболеваемости в течение всего периода у работников здравоохранения (130,5 на миллион населения) был выше, чем среди населения в целом (41,5 на миллион человек). За 5 периодов частота тяжелых и критических случаев снизилась с 53,1% до 10,3%. Риск тяжести возрастал с возрастом: по сравнению с возрастом от 20 до 39 лет (доля тяжелых и критических случаев - 12,1%), пожилые люди (≥80 лет) имели более высокий риск развития тяжелого или критического заболевания (41,3%; в то время как молодые люди (<20 лет) имели более низкий риск (4,1%). Коэффициент прироста был выше 3,0 до 26 января, снижался до менее 1,0 после 6 февраля и далее уменьшался до менее 0,3 после 1 марта. В этом исследовании были описаны эпидемиологические характеристики пациентов с COVID-19 в Ухани до 8 марта 2020 года, а также была выявлена частота подтвержденных случаев и число заразившихся в разные периоды в зависимости от вмешательств в области общественного здравоохранения по контролю вспышки COVID-19 в Ухани. Характеристики пациентов с COVID-19 за период с декабря 2019 года по 8 марта 2020 года были получены 9 марта из муниципальной системы отчетов о заболеваниях, включая дату рождения, пол, род занятий, район проживания, дату появления симптомов, клинических признаков, таких как лихорадка, кашель или другие респираторные симптомы, и даты подтвержденного диагноза (дата лабораторного подтверждения инфекции SARS-CoV-2 в биопробах). Случаи были классифицированы в зависимости от степени тяжести как легкий, умеренный, тяжелый или критический в соответствии со Схемой диагностики и лечения COV19, выпущенной Национальной комиссией здравоохранения Китая. Лабораторно подтвержденный случай был определен, если у пациента был положительный результат для вируса SARS-CoV-2 с помощью анализа полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени или высокопроизводительного секвенирования образцов мазков из носа и глотки. Только лабораторно подтвержденные случаи были включены в исследование. В базе данных было дополнительно 17 365 случаев клинически диагностированного COVID-19 (т.е. по отчету о симптомах и рентгенографии грудной клетки, но без положительного результата ПЦР). С 9 февраля по 19 февраля разрешалось ставить диагноз на основании только клинических признаков, но исследователи включили только лабораторно подтвержденные случаи для сравнения с данными в других районах за пределами провинции Хубэй. Следовательно, число случаев в первичном анализе было меньше, чем официально зарегистрированное число, хотя клинически диагностированные случаи были включены при анализе чувствительности метода. Чтобы лучше отразить динамику эпидемии COVID-19 и соответствующих вмешательств, 5 периодов были классифицированы на основе важных дат, которые могут повлиять на передачу вируса в Ухане. Время до 10 января 2020 года (массовая миграция на китайский лунный Новый год), рассматривалось как первый период, когда не было введено никаких специфических для COVID-19 вмешательств. Вторым периодом был период с 10 по 22 января 2020 года, когда произошло массовое перемещение населения, которое, как ожидалось, ускорило распространение COVID-19. В это время не было активного вмешательства; первое сообщение о передаче инфекции у медицинским работников было сделано 20 января. В этот период больницы были переполнены пациентами

с лихорадкой или респираторными симптомами. В течение третьего периода, с 23 января по 1 февраля, местное правительство сначала заблокировало все исходящие перевозки из города, а затем приостановило общественный транспорт и запретило все автомобильные перевозки в черте города. Также были приняты другие меры социального дистанцирования, включая обязательное ношение маски в общественных местах и отмену общественных собраний. Из-за острой нехватки медицинских ресурсов в этот период многие подтвержденные или предполагаемые случаи не могли получить своевременную диагностику и лечение и были помещены на карантин дома. 2 февраля, с улучшением медицинских ресурсов, правительство внедрило политику централизованного карантина и лечения всех подтвержденных и предполагаемых случаев, с лихорадкой или респираторными симптомами, тесных контактных, подтвержденных случаев в больницах. В то же время, для всех жителей города была введена политика домашнего проживания. 17 февраля правительство инициировало скрининг симптомов «от двери до двери» и «от человека к человеку» для всех жителей при поддержке тысяч общественных работников. Таким образом, вспышка была разделена на 5 периодов: без вмешательства до 10 января, массовая миграция людей с 10 по 22 января, блокировка города с остановкой движения и домашний карантин с 23 января по 1 февраля, усиленные меры с централизованным карантином и лечением с 2 февраля до 16, а также универсальный опрос симптомов у сообщества с 17 февраля 2020 года. Ежедневный показатель подтвержденных случаев, определяемый как число лабораторно подтвержденных случаев в день на миллион человек, оценивался по возрасту пациента, полу, профессии и району проживания в разные периоды. В расчете использовалось количество случаев в каждом периоде, поделенное на количество дней в каждом периоде (33, 13, 10, 15 и 21 день) и численности населения в каждом регионе Ухань. Прирост (Число R_t) , определяемое как среднее число вторичных случаев, вызванных первичным случаем в момент времени t в популяции было рассчитано как показатель для измерения передачи SARS-CoV-2 как до, так и после вмешательств. Информация о клинической степени тяжести была извлечена из данных для 32325 подтвержденных случаев (258 случаев имели не были включены в клинический анализ по оценке степени тяжести). Подтвержденные случаи с доступными данными (n = 32 325) были классифицированы на легкие (n = 15 531, 48,0%), средние (n = 9655, 29,9%), тяжелые (n = 6169, 19,1%) и критические (n = 970, 3,0). Доля тяжелых и критических случаев постепенно снижалась с течением времени, составляя 53,1%, 35,1%, 23,5%, 15,9% и 10,3% в классифицируемых в 5 периодах. В этом когортном исследовании в Ухани после осуществления многоплановых мер общественного здравоохранения (включая, помимо прочего, интенсивные внутригородские и междугородные ограничение дорожного движения, меры социального дистанцирования, домашняя изоляция, централизованный карантин, а также улучшение медицинских ресурсов) число случаев COVID-19, частота подтвержденных случаев и R_t была сокращена, а вспышка находилась под контролем. Среди 32 583 подтвержденных случаев COVID-19 женщины имели более высокий уровень подтвержденных случаев по сравнению с мужчинами, но мужчины чаще имели тяжелые или критические заболевания. Это согласуется с другими сообщениями из Китая, в которых отмечался более высокий общий коэффициент смертности среди мужчин по сравнению с женщинами (2,8% против 1,7%), а также в другом исследовании, проведенном у пациентов в критическом состоянии, которое показало, что больше мужчин было затронуто (67%), чем женщин (33%). Хотя

причины этих различий неизвестны, вполне возможно, что мужчины чаще курят и имеют более высокую долю сопутствующих заболеваний, что может ухудшить их прогноз. Младенцы младше 1 года имели самый высокий уровень заболеваемости среди детей и подростков. Эти результаты свидетельствуют о том, что необходимо предпринять энергичные усилия для защиты и снижения передачи и прогрессирования симптомов в уязвимых группах населения, включая пожилых людей и маленьких детей. В период с 11 января по 1 февраля уровень заболеваемости среди работников здравоохранения был значительно выше, чем среди населения в целом, что свидетельствует о высоком риске внутрибольничной инфекции. Это может быть связано с более низкой осведомленностью и неадекватным использованием средств индивидуальной защиты в первые периоды данного исследования, а затем с острой нехваткой медицинских ресурсов. Количество подтвержденных случаев среди местных работников здравоохранения быстро уменьшилось в более поздние периоды после повышения осведомленности и более широкого использования средств индивидуальной защиты, надлежащей подготовки, адекватной профилактики и лечения на уровне стационара, а также поддержки со стороны более 30 000 работников здравоохранения из других провинций Китая. Кроме того, ни один из работников здравоохранения из других провинций не был инфицирован. Результаты этого исследования могут быть ценными в усилиях по борьбе с глобальной пандемией COVID-19 для многих стран. В Ухане энергичные и многогранные меры сдерживания, смягчения и подавления во времени привели к улучшению борьбы с эпидемией, когда не было ни эффективных лекарств, ни вакцин. В городе с 10 миллионами жителей меры по смягчению последствий, такие как ограничение движения, отмена общественных собраний и домашний карантин привели к снижению передачи. Однако, несмотря на эти вмешательства, подтвержденный уровень заболеваемости продолжал расти в третьем периоде, возможно, отчасти из-за нехватки фармацевтических препаратов и медицинского оборудования, а также из-за задержки в диагностике и доступа к медицинской помощи. Без быстрой диагностики риск перекрестной инфекции в больницах был высоким, и пациенты, вероятно, продолжали заражать членов семьи и поддерживать тесные контакты.[22] В связи с улучшением медицинских ресурсов (специальные больницы, использование средств индивидуальной защиты, увеличение возможностей тестирования и ускорение отчетности, а также своевременное лечение) и увеличением количества работников здравоохранения правительство Китая опубликовало централизованную политику карантина и лечения 2 февраля. Все подтвержденные и предполагаемые случаи заболевания, с лихорадкой или респираторными симптомами, а также с близкими контактами подтвержденных случаев были направлены в больницы. Централизованный карантин пациентов и контактных, привели к сокращению внутрибольничной, бытовой и общественной передачи. В период с 16 по 18 февраля правительство продолжило проведение поголовного обследования симптомов от квартиры к квартире и от человека к человеку, чтобы выделить предполагаемые случаи в обществе. Серия многоплановых вмешательств в области общественного здравоохранения привела к улучшению борьбы со вспышкой COVID-19 в Ухане, Китай. Эти результаты могут служить основой политики общественного здравоохранения в других странах и регионах для борьбы с глобальной пандемией COVID-19.

Ключевые слова. Коронавирусная болезнь 2019, COVID-19, общественное здравоохранение.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КИСТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ОТНОШЕНИИ

Шопулатов И.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт

Изучение переломов костей кисти в судебно-медицинском отношении представляет особый интерес, в связи с необходимостью установления характера, механизма возникновения, степени тяжести и давности этих повреждений. Изучение характера и особенностей течения переломов костей кисти. Переломы пястных костей составляют 33,4% от переломов всех трубчатых костей, внутрисуставные переломы- 13,3%, переломы Беннета – 8,9%. Чаще травмируются переломы фаланги 1 и 3 пальцев. Переломы средних фаланг типичны только для 3-го пальца, в тоже время переломы ногтевых фаланг – для 1-го и 5-го пальцев. Переломы остальных костей кисти наблюдаются относительно редко. Основную часть переломов этих костей составляют производственный, спортивный (55%) и бытовой (30%) травматизм. Проблемы изучения механизма формирования и морфологических особенностей переломов костей скелета постоянно привлекают внимания исследователей – судебных медиков и травматологов. Проведенные комплексные исследования в этом направлении позволили определить процессы зарождения трещины (перелома) и ее распространения– формирования особенностей переломов в конкретном случае. Разработаны и внедрены в практику методы описательных характеристик морфологических признаков переломов, и разломки кости. Эти данные позволили устанавливать зону первоначального разрушения кости, направление развития и распространения переломов [Крюков В.Н., 2002]. Однако, возможности судебно-медицинского исследования характеристик переломов у живых лиц продолжают оставаться существенно ограниченными. В последние годы для этих целей разрабатываются методы и способы для визуализации формы поверхности кости в области ее повреждения при травме у живых лиц, на основе компьютерно-томографических данных и рентгеноскопического изображения кости. Эти методы, по мнению исследователей, позволяют получить значительно больше информаций о свойствах переломов, что в ряде случаев могут быть использованы для обоснования механизма травмы и установления давности повреждений у живых лиц. Приведенные данные указывают на необходимость проведения дальнейших исследований судебно-медицинских аспектов переломов костей кисти у живых лиц.

Ключевые слова: переломы костей кисти, морфологических признаков переломов, судебно-медицинских аспектов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И РЕШЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шопулатов И.Б., Камалова М.И., Давронов С.Ф., Курбанова З.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт

Достижения современной реперативной медицины могут служить основой для разработки критериев по установлению давности переломов костей кисти. Нами определены актуальные судебно-медицинские аспекты переломов костей кисти и по вопросам механизма образования и особенностям морфологии переломов костей кисти проведены определенные исследования. Аспекты установления давности и квалификационные критерии по определению степени тяжести переломов этих костей не исследованы. Механическая травма до настоящего времени стабильно занимает ведущее место в структуре травматизма, при этом в большинстве случаев наблюдаются повреждения кистей рук, которые составляют 25,4-28,4% от общего числа повреждений, из них более 55% открытые повреждения. Травмы кистей характеризуются полиморфизмом повреждений и чрезвычайным разнообразием переломов и деформацией костных структур, что обусловлено анатомо-функциональными особенностями этой части тела. Проблема лечения и реабилитации больных с переломами костей кисти продолжает оставаться высоко актуальной для современной травматологии и ортопедии, обусловленной значительным риском развития посттравматических контрактур. Изучения судебно-медицинских аспектов переломов костей кисти представляет особый интерес, в связи с необходимостью установления характера, механизма возникновения, степени тяжести и давности этих повреждений. С учетом того, что кости кисти составляют в основном короткие трубчатые кости, можно было полагать, что переломы этих костей соответствовали бы видам деформации классических переломов трубчатых костей– изгибу, растяжению, сжатию, кручению и сдвигу. Однако, как показали результаты, проведенных в этом направлении исследований, в костях кисти не встречаются отрывных и сдвиговых деформаций, и в них в основном формируются косые, косопоперечные, винтообразные переломы диафизов, а также многооскольчатые переломы эпифизов и суставных поверхностей костей По мнению авторов, это связано с особым анатомическим строением кистей и высокой степени подвижности их суставов и связок. Изучению морфологических особенностей и установлению механизмов образования переломов коротких трубчатых костей кистей рук посвящены отдельные исследования, но они немногочисленны. В тоже время вопросам судебно-медицинской квалификации степени тяжести и установлению давности переломов костей кисти не уделено достаточного внимания. Определение степени тяжести переломов костей кисти в судебной медицинской экспертизе. Условия, при которых возникают переломы костей кисти самые разнообразные: удары различными тупыми твёрдыми предметами по расправленной и не расправленной кисти; соударения кисти о таковые предметы; сдавливание кисти массивными предметами (как правило, на производствах); удар рукой сжатой в кулак (драки, дорожно-транспортные происшествия, падения) и выкручивание кисти, пальцев спортивная травма Повреждения костей запястья наблюдаются относительно редко, особенно при непрямом механизме травмы, это связано с их особым анатомическим строением, наличиями большого количества малоподвижных суставов, укреплённых натянутыми связкам, а также расположениями трехгранной, гороховидной, крючковидной, головчатой, трапециевидной костей в виде свода

выпуклостью к тылу. Переломы пястных костей составляют 2,5% от всех повреждений костей скелета. Механизм травмы, характер и вид смещения перелома 1-ой пястной кости существенно отличается от переломов II-V пястных костей. Различают 2 типа переломов 1-ой пястной кости; переломовывих (перелом Беннета) и сгибательный переломы. Перелом Беннета возникает в результате удара, направленного по оси 1-го пальца. Проблемы изучения механизма формирования и морфологических особенностей переломов костей скелета постоянно привлекают внимания исследователей – судебных медиков и травматологов. Возможности судебно-медицинского исследования характеристик переломов у живых лиц продолжают оставаться существенно ограниченными. В последние годы для этих целей разрабатываются методы и способы для визуализации формы поверхности кости в области ее повреждения при травме у живых лиц, на основе компьютерно-томографических данных и рентгеноскопического изображения кости. Эти методы, по мнению исследователей, позволяют получить значительно больше информаций о свойствах переломов, что в ряде случаев могут быть использованы для обоснования механизма травмы у живых лиц. Вопросы судебно-медицинского определения степени тяжести переломов костей кисти в литературе не освящены. В настоящее время в процессе судебно-медицинской экспертизы (освидетельствований) живых лиц тяжесть переломов этих костей устанавливается по критериям длительности расстройства здоровья и объему (%) стойкой утраты общей трудоспособности. Однако, при тяжелых повреждениях кистей может развиться шок тяжелой степени, и при этом может наблюдаться признак опасности для жизни. По данным литературы, срок полного восстановления трудоспособности при переломах костей кисти варьирует от 5-6 недель до 8-10 недель с момента травмы. Объем стойкой утраты трудоспособности по последствиям различных переломов костей запястья и пястных костей составляет от 10 до 20%, а при переломах костей отдельных пальцев – от 10 до 25%. Эти данные позволяют квалифицировать тяжесть указанных видов переломов у живых лиц, как среднюю степень телесных повреждений, хотя данные параметры требуют дальнейшего уточнения, с учетом характера переломов и индивидуальных особенностей организма. Последствия различных травм при повреждениях нескольких или же всех пальцев одной кисти приводят к развитию стойкой утраты трудоспособности в объеме от 20-25% до 60-65%, что позволяет оценить тяжесть повреждений от средней степени - до тяжких телесных повреждений. Приведенные данные указывают на актуальность проведения дальнейших исследований судебно-медицинских аспектов переломов костей кисти у живых лиц. По изучению механизма и морфологии переломов костей кисти проведены определенные исследования, но они немногочисленны. Проблемы установления давности и судебно- медицинской оценки степени тяжести переломов этих костей изучены недостаточно. Достижения современной реперативной медицины могут служить основой для разработки критериев по установлению давности переломов этих структур.

Ключевые слова: кости кисти, переломы, судебно-медицинская экспертиза.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место среди всего разнообразия патологии современного человека и остаются главной проблемой практического здравоохранения. В нашей стране именно эти заболевания обуславливают 57% смертность населения, главным образом, связанную с ишемической болезнью сердца (46,9%) и мозговыми инсультами. При этом наиболее частым и грозным проявлением ИБС, нередко приводящим к летальным исходам, является инфаркт миокарда (ИМ). Общеизвестно, что удельный вес коронарной болезни сердца увеличивается с возрастом, а более половины всех случаев ОИМ приходится на долю лиц пожилого возраста. Вместе с тем, повышенное внимание к проблеме ИМ именно у мужчин старшей возрастной группы связано не только с неуклонным ростом этой серьезнейшей патологии, но и высоким уровнем смертности. Данное обстоятельство обуславливает необходимость как дальнейшего изучения особенностей развития и течения ИМ у мужчин гериатрического возраста, так и поиска новых подходов в организации и оптимизации лечения этого тяжелого контингента больных. Изучить особенности клинического течения и степени обратимости изменений при первичном инфаркте миокарда у мужчин в зависимости от возраста и степени поражения коронарного русла с целью повышения эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий. Всего обследовано 97 больных мужского пола с первичным инфарктом миокарда (ИМ). Средний возраст больных составил 52,4±13,2 лет, продолжительность заболевания ИБС колебалась от впервые выявленного до 10 лет. У мужчин до 60 лет, как правило, ИМ дебютирует ангинозными проявлениями. У мужчин пожилого и старческого возраста в клинической картине заболевания в первые 48 часов превалируют симптомы сердечной недостаточности, и значительно реже наблюдаются другие клинические проявления ИМ. Ранние признаки СН у больных, перенесших повторный ИМ , в отличие от больных с первичным ИМ, определяются более частой встречаемостью и выраженностью нарушений систолической и диастолической функций сердца. В первые 48 часов ИМ, особенно при осложненном О-ИМ, СН определяется преимущественным нарушением систолической функции, компенсируемой большей дилатацией левых камер сердца, тахикардией и сопровождается легочной гипертензией и повышением общего легочного сопротивления. К концу третьей недели от начала ИМ происходят улучшение систолической функции сердца и ухудшение диастолической функции по типу замедления релаксации, сохраняется дилатация левых камер сердца, особенно у больных с повторным ИМ и у больных пожилого и старческого возраста, обусловленные развитием компенсаторной гипертрофии миокарда и процессом постинфарктного ремоделирования, способствующих развитию хронической сердечной недостаточности. С возрастом пациентов эти изменения прогрессируют. Ранние проявления сердечной недостаточности и связанное с ней ухудшение качества жизни больных выявляются уже в начальные периоды инфаркта миокарда. У значительной части больных с повторным осложненным Q-ША в первые 48 часов субъективные проявления СН достигали уровня тяжелой СН. К концу третьей недели у большинства больных наблюдалось

отчетливое снижение СН до умеренных степеней. Существенное влияние на качество жизни больных с повторным ИМ оказывают интенсивность и длительность курения и употребление алкоголя, наличие сопутствующей артериальной гипертензии, степень дилатации ЛИ и ЛЖ, снижение систолической функции сердца и изменения легочной гемодинамики. На прогноз течения повторного ИМ у мужчин различного возраста наибольшее влияние оказывают наличие осложнений, глубина ИМ, возраст и количество перенесенных ИМ. Наибольшая летальность (78%) может наблюдаться у мужчин пожилого и старческого возраста с повторным осложненным О-ИМ, а наименьшая - у больных с первичным ИМ молодого и среднего возраста (при осложненном О-ИМ - 22%, неосложненном - 8%). Ведущими факторами, способствующими развитию жизнеопасных осложнений и летальности у больных с повторным ИМ, являются степень сердечной недостаточности (24%), возраст (14%) и аритмии (12%), суммарная дисперсия которых составила 50%.Значимость работы заключается в том, что изучены особенности патогенеза и клинического течения острого инфаркта миокарда у мужчин в зависимости от возраста и степени поражения коронарного русла. Исследование особенностей патогенеза инфаркта миокарда у мужчин в зависимости от возраста и степени поражения коронарного русла имеет большое практическое значение. Диагностика вегетативной дисфункции, способствующей коронароспазму, концентрического ремоделирования левого желудочка у мужчин, особенно молодого возраста, с гемодинамически незначимым и односсудистым поражением коронарного русла будет способствовать повышению эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова**:** болезни сердечно-сосудистой системы, острый инфаркт миокарда.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Эндотелиальная дисфункция рассматривается в качестве общего звена патогенеза расстройств тревожно-депрессивного спектра и сердечно-сосудистых заболеваний. Лабораторные маркеры дисфункции эндотелия представлены широким спектром биологически активных веществ, исследование которых применяется для диагностики нарушенной функции эндотелия. Фармакотерапия эндотелиальной дисфункции позволит оптимизировать ведение пациентов и улучшить прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и аффективных расстройств. Выявить взаимосвязь нарушений сна с эндотелиальной дисфункцией, тревожно-депрессивными, вегетативными расстройствами и показателями суточного профиля АД больных гипертонической болезнью. Обследовали 97 больных АГ II стадии, находившихся на диспансерном учете у врача общей практики. Изучали неврологический статус больных, выраженность тревожно-депрессивных расстройств по шкале HADS, тяжесть церебральных нарушений и определяли комплекс гемодинамических показателей. У больных 1-й группы уровень АД составил 138,2±2,2/85,2±1,4 мм рт.ст.; ОТ у мужчин - 102,2±1,6 см, ОТ у женщин - 107,7±1,9 см; избыточная масса тела и ожирение (ИМТ - 30,5±0,5 кг/м²) выявлялись у 61 (91%) больного, гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина в плазме крови натощак - 6,5±0,3 ммоль/л) - у 14 (20,9%), сахарный диабет (СД) и нарушенная толерантность к глюкозе (уровень глюкозы в плазме крови натощак 6,7±0,1 ммоль/л) - у 6 (8,9%), избыточное употребление поваренной соли с пищей - у 10 (14,9%), курение - у 15 (22,8%), злоупотребление алкоголем - у 13 (19,4%). Уровень тревоги составил 4,6±0,2 балла; депрессии - 3,8±0,2 балла. Отсутствовали церебральные нарушения у 8 (11,9%) больных, начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) регистрировались у 15 (22,4%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I стадии - у 25 (37,3%), ДЭ II стадии - у 19 (28,3%). При оценке клинических признаков церебральных расстройств головокружение выявлялось у 29 (43,3%) больных, головная боль - у 50 (74,6%), шум и звон в ушах - у 41 (61,2%), снижение памяти и внимания - у 44 (65,6%), нарушение сна - у 42 (62,7%), повышенная утомляемость - у 33 (49,2%). Причем их частота нарастала с увеличением степени церебральных нарушений. Так, если при НПНКМ головокружение имелось у 5 (33,3%) больных, то при ДЭ I стадии - у 9 (36%), при ДЭ II стадии - у 15 (78,9%), шум и звон в ушах - соответственно у 7 (46,6%), 18 (72%), 16 (84,2%); снижение памяти и внимания - соответственно у 8 (53,3%), 17 (68%), 19 (100%); нарушение сна - соответственно у 7 (46,6%), 16 (64%), 19 (100%); повышенная утомляемость - соответственно у 5 (33,3%), 13 (52%), 1 (78,9%). При оценке неврологического статуса нарушения при выполнении координационных проб (пробы Ромберга и пальценосовая) отмечались у 44 (65,7%) больных. При проведении контурного анализа пульсовой волны

отмечалось увеличение RI (40,8±2,1%), что свидетельствовало о повышении тонуса мелких резистивных артерий, уровень SI составил 7,9±0,1 м/с, Alp 75 - 11,8±2,1%, VA - 51,6±2,1 года. При проведении окклюзионной пробы ИОА - 1,8±0,1%, СФ - –6,5±0,9 мс, что указывало на наличие эндотелиальной дисфункции. При проведении контурного анализа пульсовой волны у больных этой группы (по сравнению с 1-й и 2-й группами) отмечалось не только увеличение RI (50,9±7,3%), но и превышение сосудистого возраста над паспортным (VA - 67,5±4,3 года), что свидетельствовало о значительном повышении жесткости сосудистой стенки; SI - 7,9±0,2 м/с, Alp 75 -23,1±3,4%. При проведении окклюзионной пробы регистрировалось снижение ИОА (1,7±0,2%) и СФ (–2,4±0,5 мс; $p<0,001$). по отношению к 1-й группе), что указывало на значительную дисфункцию эндотелия. При проведении корреляционного анализа имелась статистически значимая высокая корреляционная связь между VA и депрессией $r=0,8$ ($p<0,001$). Таким образом, наличие множественных модифицируемых факторов риска, нарастание церебральных и гемодинамических нарушений у больных АГ сопровождаются выраженными тревожно-депрессивными расстройствами, что необходимо учитывать врачу первичного звена при диспансерном наблюдении и проведении лечебнопрофилактических мероприятий.

Ключевые слова: эндотелиальная дисфункция, сердечно-сосудистые заболевания, гипертония.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ФИБРОЗ КИСТОЗ МАСТОПАТИЯ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Юлдашев О.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Мастопатия – аёлларнинг энг кенг тарқалган касаллиги бўлиб, маммологиядаги касалликлар оқимининг 90% ини ташкил этади.ФКМ сут бези саратонидан фарқли равишда репродуктив ёшда, сут бези саратони эса асосан постменапаузал учрайди. ФКМ 30 - 40 ёшлар орасида энг кўп кузатилади Масталгия ФКМ нинг асосий белгиларидан бири бўлиб, аёллар популяциясининг 48% дан 81% гача қисмида кузатилади. Масталгиянинг ҳайз циклига боғлиқ - циклик ва боғлиқ бўлмаган –ациклик турлари бўлиб, оғир кечганда депрессив синдром, ҳавотир холатлар ва канцерофобия билан бирга кузатилади. Циклик масталгия сут бези саратони ҳавфи ортганининг клиник маркери ҳисобланади. Тадқиқот мақсади: репродуктив ёшдаги аёлларда фиброз кистоз мастопатия клиник белгилари ўрганиш. Тадқиқот манбаси Хоразм вилоятида фиброз кистоз мастопатия (ФКМ) ташҳиси асосида амбулатор даволанаётган репродуктив ёшдаги 101 та аёл олиниб проспектив усулда клиник лаборатор ва инструментал усуллар ёрдамида текширилди. Аёлларнинг ўртача ёши 34 ± 8 ёш (15–58 ёш), симптомларнинг давомийлиги 26,2 ± 33 ой (2–190 ой), кузатув давомийлиги 13 ± 4,2 ой (6–24 ой)ни ташкил этди. Дастлаб объектив кўрикдан ўтказилиб, сўраб суриштирилди, кузатувга олинган 101 та аёларда шикоятлар, касалликнинг клиник белгилари ўрганилди, сут безлари (СБ) палпацияси ўтказилиб, ультратовуш текшируви (УТТ) ёрдамида текширилди. Сут бези муаммолари бўйича шифокорга мурожат қилган репродуктив ёшдаги аёллар шикоятларини асосан 71,3% ини сут бези соҳасида ҳайз циклига боғлиқ (50,5%) ва боғлиқ бўлмаган (20,8%) масталгия ташкил қилди. Хусусан аёлларнинг 53,5% ида масталгия, 28,7% ида лакторея кузатилган бўлса, 17,8% аёлларда хар икки белгилар аниқланган. Лакторея асосан икки томонлама (22.7%) ва сиқилгандагина (20,8%) ажралар экан. Спонтан (7,9%) ва бир тарафлама ажралувчи (5,9%) ажралма ФКМ билан касалланган беморларда кам кузатилди. ФКМ бўйича шифокорга мурожат қилган репродуктив ёшдаги аёлларда асосан (71,3%) сут бези соҳасида ҳайз циклига боғлиқ (50,5%) ва боғлиқ бўлмаган (20,8%) масталгия ва 28,7% ида кўкракдан сутли ажралма кузатилар экан.

Калит сўзлар: фиброз кистоз мастопатия, масталгия, лакторея, репродуктив ёш.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПТИМАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Юлдашева Г.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Распространенность клинически выраженной ХСН в популяции не менее 1,8-2,0%. Среди лиц старше 65 лет частота встречаемости ХСН возрастает до 6-10%, и декомпенсация становится самой частой причиной госпитализации пожилых больных. Число больных с бессимптомной дисфункцией ЛЖ не менее чем в 4 раза превышает количество пациентов с клинически выраженной ХСН. За 15 лет число госпитализаций с диагнозом ХСН утроилось, а за 40 лет увеличилось в 6 раз. Пятилетняя выживаемость больных с ХСН все еще ниже 50%. Риск внезапной смерти в 5 раз выше, чем в популяции. В США насчитывается более 2,5 млн больных с ХСН, ежегодно умирает около 200 тыс. пациентов, 5-летняя выживаемость после появления признаков ХСН составляет 50%. Изучить возможности дифференциальной диагностики и оптимального лечения хронической сердечной недостаточности в условиях Андижанской области. Проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов, обратившихся в течение года к терапевту в поликлиники АОМПБ г.Андижана. В результате обследования диагноз ХСН подтвержден в 50,3% случаев. У остальных пациентов, в том числе у 33,3% мужчин и 59,5% женщин, выявлены альтернативные причины жалоб: ХОБЛ (10,8%), гипотиреоз (9,2%), преходящая ишемия миокарда (9,2%), ожирение (10,3%), психогенные причины (4,3%), анемия (3,2%), аритмии (2,2%). В 90,8% случаев дифференциальный диагноз ХСН завершен в условиях поликлиники и окружного диагностического клинического центра, и лишь 9,2% больных потребовалось дополнительное обследование в специализированном кардиологическом учреждении. Отсутствие возможности исследования мозгового натрийуретического пептида для скрининга, территориальная отдаленность и ожидание исследований в окружном клиническом центре способствовали увеличению сроков (в среднем до 101,8±88дней) и стоимости обследования (8,03±2,1 услуг диагностики на человека), а также выбыванию из исследования 36,1% пациентов с подозрением на ХСН. Пациенты с верифицированной ХСН соответствовали по полу (равное число мужчин и женщин), этиологии, среднему функциональному классу NYHA (2,1±0,7) и доле лиц с низкой фракцией выброса левого желудочка (44,1%) контингенту европейского регистра EuroHeart Failure survey, но отличались более молодым возрастом (64,8±10,6лет) и более высокой распространенностью артериальной гипертонии (74,2%), аналогично пациентам российского регистра ЭПОХА-О-ХСН. Ингибиторы АПФ либо антагонисты рецепторов к ангиотензину II назначены 95%, рекомендованные р-адреноблокаторы - 91%, спиронолактон - 71%, диуретики - 90%, дигоксин - 27%, статины - 61% пациентов с ХСН. При ХСН с низкой ФВ ЛЖ целевые дозы иАПФ/АРАП и Р-адреноблокаторов достигнуты соответственно в 51% и 44%, не менее 50% от целевых доз - в 68%, целевая ЧСС - в 83% случаев, что потребовало добавления ивабрадина у 23% больных с синусовым ритмом. Осталось недостаточным применение пероральных антикоагулянтов, которые удалось назначить лишь 43,2% пациентов, имевших соответствующие показания. Таким образом, современная диагностика ХСН базируется не только на определении клинических симптомов заболевания при расспросе и физикальном исследовании, но и на применении современных высокоинформативных лабораторных и инструментальных методов.

Ключевые слова: ингибиторы АПФ, ХСН.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОРОНАРНОЙ ШУНТИРОВАНИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Юлдашева Г.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Современная медикаментозная терапия хронической ИБС позволяет в достаточно высоком проценте случаев добиться существенных успехов в лечении больных и предотвратить развитие у них сердечно-сосудистых осложнений. В то же время успех медикаментозной терапии даже при однососудистом поражении коронарного русла не является 100-процентным, а наличие у больного подтвержденного мультифокального поражения коронарного русла заставляет специалистов в первую очередь рассматривать возможность применения хирургических методов лечения. Важным аспектом проблемы оптимизации лечения хронической ИБС является необходимость полноценной медикаментозной поддержки больного как в ранние, так и в отдаленные сроки после кардиохирургического вмешательства, поскольку оно не устраняет лежащий в основе ИБС атеросклеротический процесс. Очевидно, что прогноз заболевания во многом определяется не только качеством выполнения инвазивного вмешательства на коронарных артериях, но и постоянным использованием оптимальной лекарственной терапии в послеоперационном периоде. Цель настоящего исследования состояла в сравнительной оценке структурно-функционального состояния ЛЖ и ПЖ у больных ИБС с мультифо-кальным поражением коронарного русла до и после КШ. Критерии включения в исследование: возраст 40–70 лет; наличие подтвержденной ИБС и подтвержденного коронароангиографией (КАГ) мультифокального поражения коронарного русла; функциональный класс (ФК) стенокардии - III–IV; ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН) - I–III; давность ИБС - 3 и более лет; неэффективность предшествующей консервативной терапии; наличие добровольного информированного согласия пациента. Пациенты исключались из исследования при наличии: постоянной формы фибрилляции предсердий; выраженного поражения клапанного аппарата сердца; выраженной бронхолегочной патологии; легочной гипертензии; стандартных противопоказаний к приему β-адреноблокаторов; инфаркта миокарда (ИМ) ПЖ; аневризмы ЛЖ. Для решения поставленных задач было обследовано 127 пациентов с установленным диагнозом ИБС, в возрасте от 41 до 69 лет, которые были распределены на 2 основные группы в зависимости от локализации перенесенного ИМ с зубцом Q. Соответственно, 1-ю группу составили больные ИБС с передним ИМ в анамнезе, а 2-ю - с нижним ИМ. В динамике после КШ на фоне характерного для всех пациентов повышения уровня толерантности к физическим нагрузкам и улучшения качества жизни в группах больных ИБС отмечалось полное исчезновение приступов стенокардии или уменьшение ее ФК. У большинства пациентов стал преобладать I ФК ХСН. Исходные значения ЧСС у больных ИБС 1А подгруппы составляли 82,3±6,45 уд./мин. Через 1 мес. после КШ значения ЧСС достоверно снизились до 67,5±4,22 уд./мин., а через 3 мес. - до 60,9±2,15 уд./мин. ($p<0,05$), что позволило нам констатировать достижение целевых значений ЧСС. В 1В подгруппе дооперационные значения ЧСС были равны 83,8±4,69 уд./мин. В послеоперационном периоде так же, как и в 1А подгруппе отмечалась положительная направленность изменения данного показателя, величина которого составила через 1 мес.

после КШ 71,3±5,08 уд./мин., а через 3 мес. -67,4±3,89 уд./мин. ($p<0,05$ по сравнению со значениями ЧСС до КШ). При этом следует подчеркнуть, что, несмотря на достоверную положительную динамику ЧСС в 1В подгруппе больных, только больные 1А подгруппы (получавшие в добавлении к оптимальной стандартной терапии ивабрадин) смогли достичь, в соответствии с клиническими рекомендациями, целевой ЧСС для больных ИБС. Исходно, до кардиохирургического вмешательства, значения ЧСС у больных 2А подгруппы составляли 81,3±5,18 уд./мин., но уже через 1 мес. после КШ на фоне оптимальной медикаментозной терапии, включавшей ивабрадин, они достоверно снизились до 66,5±4,43 уд./мин., а через 3 мес. -до 58,2±4,11 уд./мин. ($p<0,05$ по сравнению со значениями ЧСС до КШ). Исходно, до операции коронарного шунтирования, у больных ИБС с мультифокальным поражением коронарного русла и ИМ левого желудочка в анамнезе выявлялись изменения структуры и функции левого желудочка, которые нашли отражение в увеличении его систолических и диастолических размеров и объемов, снижении продольной систолической функции при относительно сохранной глобальной систолической функции, а также в диастолической дисфункции.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование.

МЕТОДЫ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ КЛЕТОК ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ГЕМОПОЭЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Юлдашева Н.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Вопрос оптимальных подходов к выполнению ТКПГ при ЛХ является критичным для отечественной практики и в связи с явным дефицитом трансплантационных мощностей, так как при оцениваемой потребности в 500 ТКПГ при ЛХ в год в настоящее время осуществляется лишь около 50. Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность проведения ТКПГ в условиях в Узбекистане и выявить способы улучшения результатов лечения больных с рецидивами и первично-резистентным течением ЛХ за счет оптимизации использования ТКПГ. В исследование включены 372 пациента (180 мужчин, 192 женщины), медиана возраста которых на момент ТКПГ составила 28 лет (от 11 до 57 лет). Первичная резистентность (отсутствие ремиссии после терапии I линии) имелась у 132 (35,5%), ранний рецидив (рецидив в течение <12 мес. после завершения терапии I линии) - у 114 (30,6%), поздний рецидив(ы)/множественные рецидивы (спустя >12 мес. после завершения терапии I линии) - у 123 (33,1%) пациентов. У 3 больных (0,8%) ТКПГ была проведена в качестве консолидации первой полной ремиссии (больные включены только в анализ безопасности ТКПГ). При медиане наблюдения за живущими больными, составившей 51 мес. (от I до 218 мес.), и исключении из анализа 3 пациентов, получивших ТКПГ в качестве консолидации первой полной ремиссии, 5-летняя 08 составила 65±2,8%, 10-летняя -50,5±2,9%. Пятилетняя выживаемость РРТГ, составила 52,6±2,8%, 10-летняя -50,3±3,0%. Ранняя постгрансплантационная (100-дневная) летальность, рассчитанная для всех 372 пациентов, составила 3,8% (14 больных). Среди 266 пациентов с известным гистологическим подтипом опухоли преобладал нодулярный склероз - 161 (60,5%) больной и смешанно-клеточный подтип ЛХ -81 (30,5%) пациент. В дебюте заболевания 1П-1У стадия заболевания была у 157 (51,4%) из 305 больных, у которых этот показатель был известен, В-симптомы присутствовали у 163 (53,4%) из 305 оцениваемых пациентов. При рестадировании (было проведено у 304 больных) перед принятием решения о ТКПГ распространенные стадии болезни имели 179 (52,4%) больных, В-симптомы на этот момент имелись у 146 (48,7%) больных из 300, у которых этот показатель был оценен. По этим параметрам исследуемая группа в целом соответствовала характеристикам больных, включаемых в зарубежные исследования по ТКПГ при ЛХ. Однако исследуемая популяция оказалась значимо «обогащена» больными с первично-резистентным течением заболевания - 132 (35,8%) и пациентами с рецидивами, резистентными к ранее проводившейся терапии II линии -81 (34,2%) из 237 больных с рецидивами. По данным регистра EBMT, в трансплантационных центрах Европы доля больных с первично-резистентным течением или резистентными рецидивами в 1990-е не превышала 25% и снизилась до 10-15% в последующем. ТКПГ при ЛХ, выполняемая в отечественных трансплантационных центрах, обладает высокой эффективностью и удовлетворительной переносимостью: 5-летняя 08 - 65±2,8%, РРТР - 52,6±2,8%. Ранняя посттрансплантационная (100-дневная) летальность составляет 3,8%. Совершенствование сопроводительной терапии и использование КПГ ПК привело к существенному снижению ранней постгрансплантационной летальности при сохранении высокой эффективности ТКПГ.

Ключевые слова: химиотерапия, постгрансплантационная летальность, лимфомы Ходжкина.

АНТИАНГИНАЛЬНАЯ И АНТИАТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ИБС У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Юнусова З.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - одна из важнейших проблем современности вследствие ее высокой распространенности в структуре общей заболеваемости, смертности и инвалидизации. Наиболее частым проявлением ИБС (до 48% случаев) является стенокардия, а распространенность стабильной стенокардии в возрастной популяционной группе старше 65 лет достигает 20%. Патогенез стабильной стенокардии является сложным и зачастую обусловлен атероматозным поражением эпикардиальных коронарных артерий, что приводит к ограничению коронарного кровотока и его неспособности обеспечивать адекватный приток крови к миокарду. Важную роль в этом процессе также могут играть коронарный вазоспазм, микрососудистая дисфункция. Целью данной работы явилось исследование эффективности воздействия на структурно-функциональные показатели миокарда и эндотелия стандартной терапии ИБС с включением препарата никорандил отечественного производства при долгосрочном приеме у пациентов со стабильной стенокардией, а также определение взаимосвязи ЭД с данными лабораторно-инструментальных исследований. В исследование были отобраны 107 пациентов, после скрининга и первичного сбора анамнеза и жалоб рандомизированы на 3 группы 93 пациента со стенокардией напряжения II-III функционального класса. 24 нед. значимое улучшение клинического состояния на фоне рекомендованной терапии было отмечено у пациентов всех 3-х групп: наблюдались сопоставимое улучшение самочувствия, уменьшение частоты и интенсивности ангинозных болей, потребности в нитроглицерине, повышение работоспособности. Через 24 нед в 3-х группах исследования было отмечено значительное снижение средней частоты ангинозных приступов в неделю (ЧАП) и потребности в приеме нитроглицерина (ПНГ): ЧАП к концу исследования в группе 1 составила 16,13±10,7 (-46,73% по сравнению с исходными данными; $p<0,001$), в группе 2 – 15,18±11,9 (-47,95%; $p<0,001$), в группе 3 – 12,30±11,2 (-59,45%; $p<0,001$). Потребность в нитроглицерине через 24 нед. в группе 1 составила 12,73±10,3 (-51,77% по сравнению с исходными данными; $p<0,001$), в группе 2 – 10,82±9,3 (-54,61%; $p<0,001$), в группе 3 – 7,96±7,6 (-69,04%; $p<0,001$). По данным дисперсионного анализа в группе 3 (с никорандилом) удалось достичь достоверно значимой разницы клинических показателей ЧАП и ПНГ по сравнению с таковыми в группе получавших только стандартную терапию ($p=0,05$ и $p=0,04$ соответственно). Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о высокой антиангинальной и антиишемической эффективности стандартной терапии ИБС, включающей бисопролол, валсартан, аспирин и статины, у пациентов со стенокардией напряжения, усиливающейся с добавлением изосорбида динитрата и отечественного препарата никорандил. Высокая распространенность ожирения в популяции и его роль в патогенезе ИБС требуют более детального изучения этой проблемы, комплексного подхода к лечению пациентов, страдающих стенокардией в сочетании с избыточным весом и ожирением.

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия, ожирение.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юнусова З.В.

Андижанский государственный медицинский институт

В экспериментальных и клинических исследованиях было показано, что антагонисты кальция - дигидропиридины пролонгированного действия - обладают антиатеросклеротическим эффектом, способствуют снижению гипертрофии левого желудочка и микроальбуминурии. В исследованиях ALLHAT, ELSA и STONE было показано, что антагонисты кальция пролонгированного действия не уступают ингибиторам АПФ, диуретикам и бета-блокаторам в плане снижения сердечно-сосудистых осложнений. Целью исследования является достижение целевого уровня АД у больных с метаболическим синдромом с применением двух антигипертензивных препаратов, а также изучение их системных метаболических эффектов. Исходно 100 больных АГ и/или ожирением в возрасте 35-59 лет прошли скрининг с целью выявления метаболического синдрома. В ходе исследования у 36 больных было выявлено сочетание трех и более компонентов МС. В нашем исследовании для достижения целевого уровня АД в качестве второго препарата была использована ретардная форма нифедипина. По итогам 3-месячного исследования у 18 (90%) пациентов с МС были достигнуты целевые уровни АД. Анализ полученных результатов свидетельствует, что у 11 больных этот эффект был получен на фоне монотерапии спираприлом 6 мг/сут, тогда как на промежуточном этапе 9 больным с МС был назначен нифедипин-ретард 40 мг/сут. На момент включения в исследование у всех пациентов была выявлена ИР (>2,27, HOMA IR), тогда как у 60% пациентов были обнаружены нарушения углеводного обмена: сочетание нарушения толерантности к глюкозе и высокой гликемии натощак (30%); высокая гликемия натощак (20%) и нарушение толерантности к глюкозе (10%). На фоне антигипертензивной терапии уровни глюкозы натощак (до лечения - 6,0±0,3 ммоль/л, после - 5,8±0,3 ммоль/л) и через 2 часа на фоне ТТГ (до лечения - 7,0±0,6 ммоль/л, после - 6,7±0,5 ммоль/л) практически не изменились. При этом отмечалось достоверное снижение концентрации иммунореактивного инсулина в крови натощак на 34% и маркера инсулинорезистентности (HOMA IR) - на 35%. Исследование завершили все 20 больных с МС. В целом, приверженность пациентов лечению была высокой. Пациенты с МС оценили переносимость антигипертензивной терапии как хорошую (85%) и удовлетворительную (15%). В целом у 5 (20%) больных были зарегистрированы различные побочные действия: сердцебиение - у 2 (10%), сухой кашель- у 2(10%), периферические отеки - у 2(10%), ощущение жара - у 2(10%) и головокружение - у 1(5%). Однако все эти жалобы носили транзиторный характер и не служили причиной отмены назначенного лечения. Добавление ретардной формы нифедипина к спираприлу увеличивает этот показатель до 90%. Комбинация спираприла и ретардной формы нифедипина наряду с хорошим антигипертензивным эффектом обладает некоторым позитивным метаболическим действием, а именно, снижением инсулинорезистентности, триглицеридов и увеличением ХС ЛВП. Переносимость комбинированной антигипертензивной терапии оказалась хорошей. Таким образом, комбинация ингибитора АПФ - спираприла и антагониста кальция дигидропиридинового ряда - ретардной формы нифедипина может рассматриваться в качестве одной из эффективных и безопасных комбинаций антигипертензивной терапии у больных с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: метаболический синдром, антигипертензивной терапии ингибитор АПФ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ

Якубова Р.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Поражения покровного эпителия и слизистых оболочек, вызываемые вирусом папилломы человека (ВПЧ), а так же заболевания, ассоциированные с ним в настоящее время находятся в центре внимания, как практических врачей, так и специалистов теоретических направлений медицинской науки и здравоохранения. Это вполне закономерно объясняется многочисленностью ВПЧ, насчитывающих более 100 серотипов, их видо- и тканеспецифичностью, особенностями жизненного цикла вириона и характером его взаимодействия с клетками-мишенями, обусловливающими значительное многообразие клинических проявлений папилломавирусной инфекции (ПВИ) вариабельность ее исхода и прогноза. Целью настоящего исследования явилось определение эффективности препарата Панавир в суппозиториях, в комплексной терапии пациентов с ПВИ. Под наблюдением находилось 60 больных с рецидивирующей папилломавирусной инфекцией, в возрасте от 20 до 40 лет и давностью заболевания от 10 до 24 месяцев. У всех больных были исключены другие ИППП. ДНК ВПЧ диагностировали при помощи ПЦР с определением типов (с 6 по 70). Вирусную нагрузку определяли методом PCR real time. В результате исследовании соскобов из урогенитального тракта при помощи ПЦР и ПЦР real time у 60 пациентов ДНК ВПЧ в клинически значимом титре была идентифицирована у всех больных. Использовалась качественная методика, которая позволила выделить типы условно высокого, и низкого онкогенного риска. У 51 больного обнаруживались высокоонкогенные типы ВПЧ, у 9 пациентов низкоонкогенные типы, у 42 пациентов имелись сочетания разных типов ВПЧ. При этом у 3 пациентов обнаружено 5 типов вирусов, у 24 больных 4 типа, у 15 пациентов 2 типа и у 18 исследуемых по 1 типу. Наиболее часто выделялись 16 тип в 49 случаях, 52 тип в 40, 33 тип в 28. При оценке показателей гамма-интерферона до лечения выявлены нарушения у всех 60 больных с рецидивирующей папилломавирусной инфекцией. Результаты исследований, показавшие высокую частоту обнаружения онкогенных ВПЧ в материале из цервикального канала, сочетания ПВИ с другими СТЗ, а также достоверно более высокую зараженность лиц, ведущих беспорядочную половую жизнь, свидетельствуют о существенной роли полового пути заражения. Работа с такими пациентами требует соблюдения конфиденциальности. В учреждениях, работающих с больными ПВИ и носителями ВПЧ, а также в очагах по месту жительства источников инфекции необходимо соблюдать строгий дезинфекционный режим и личную гигиену.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, эффективность препарата.

ATHEROSCLEROTIC CHANGES IN SYSTEM ERYTHEMATOSIS AND RHEUMATOID ARTHRITIS

Kholikova D.S.
Andijan State Medical Institute

A continuing decrease in the life expectancy of patients with rheumatic diseases (RH) remains an urgent problem of modern rheumatology, despite the continuous improvement of the methods of diagnosis and treatment of these patients. Cardiovascular accidents (myocardial infarction (MI), stroke, sudden cardiac death) due to early development and rapid progression are one of the main causes of mortality in autoimmune pathology, primarily systemic lupus erythematosus (SLE) and rheumatoid arthritis (RA) atherosclerotic vascular lesions. Cardiovascular complications (MTR) in SLE and RA are associated with the immuno-inflammatory mechanisms underlying the pathogenesis of these diseases. It is believed that inflammation, contributing to the deposition of lipids in the vascular wall, plays a significant role in the "destabilization" of atherosclerotic plaque (ATB) and subsequent athero-thrombotic complications. The relative risk (RR) of developing MTR in patients with RA ranges from 1.4 to 3.69 compared with the general population. An increase in the risk of death was noticed already in the debut of the RA and is associated with seropositiveness by the rheumatoid factor (RF). To identify risk factors and immunological markers of atherosclerotic vascular lesions and related complications in patients with SLE and RA. To solve the tasks we examined 55 patients diagnosed with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus in Andijan. For the first time in a large group of patients with SLE and RA, a high frequency of atherosclerotic lesions of the carotid arteries (42.9% and 58.7%) and clinical (18.5% and 23.5%) AS manifestations was shown, as a whole for the groups , and depending on the gender of patients. In patients with SLE and RA, a complex of RF was determined (traditional and caused by the disease), significant for the development of atherosclerotic vascular lesions. The relationship between RF and MTR caused by AS is shown. In patients with an autoimmune pathology, RF dimorphism of the development of AS and its complications, due to gender, was determined. The established association of the levels of rf-CRP, pC040b, rFNO-a and neopterin with atherosclerotic vascular changes in patients with SLE and RA confirms their role as “predictors” of CCO. Differences in the prevalence of MTR (coronary heart disease and myocardial infarction), atherosclerotic vascular lesions and TFR in patients with RA of different sexes were established. MTR was observed 4 times, and atherosclerotic lesions of the carotid arteries were 2 times more common in men than in women: 16% vs 4% and 52.2% vs 24.8%, respectively, $p < 0.001$. Similar results were obtained when comparing the incidence of TFR CVD: hyperlipidemia, smoking and burdened heredity in CVD prevailed in men. Two or more FRs had 75.4% of patients with RA. Depending on the number of FR, patients with RA were divided into 2 groups: I - patients with 1 FR (n = 138), II - patients with 2 FR and more (n = 425). Patients of group II had a greater value of the median KIM (average and maximum) - 0.75 mm vs 0.66 mm and 0.9 mm vs 0.8 mm, respectively, $p < 0.05$. An increase in the frequency of ATB and a thickening of CMM + ATB in

patients with RA with 2 RFs and more was found, the RR of ATB development was 4.56 (95% CI 1.7-12.2, p <0.001); thickening of KIM + ATB - 2.42 (95% CI 1.57-3.43, p <0.001). There were no differences in MTR (MI, CHD and stroke) depending on the number of TGF. In the study of correlations, an association was observed between the values of CKP, SCORE, and atherosclerotic vascular lesions with an average CMM thickness (r = 0.56 and r = 0.6, respectively, p <0.001, where r and hereafter are the correlation coefficient) and the maximum CMM thickness (r = 0.44 and r = 0.52, respectively, p = 0.001). The RR of ATB development was significantly higher in RA patients with “high” cardiovascular risk and was 4.45 (95% CI 2.94-6.73) on the Framingham scale, 3.73 (95% CI 2 on the SCORE scale) , 43-5.73), respectively, p <0.001. The frequency of clinical manifestations of atherosclerosis in patients with SLE is higher than in the control - 18.5% (RR = 9.16), in patients with RA -23.5% (RR = 4.19); IHD was detected in 13.2% (RR = 6.54) and 20.4% (RR = 3.64), respectively. Atherosclerotic lesions of the carotid arteries were found in 42.9% of patients with SLE and in 58.7% of patients with RA, OR of development of atherosclerotic plaques in the carotid arteries - 5.2 and 2.7, respectively (p <0.001).

Key words: rheumatic diseases, the rheumatoid factor, systemic lupus erythematosus, atherosclerotic plaque.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Абдуллаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт.

Связь хронической патологии подростков и взрослых несомненна, начавшись в детском возрасте, хронические бронхолегочные заболевания продолжаются у пациентов зрелого возраста. В связи с этим важнейшей задачей педиатрии является выявление наиболее ранних отклонений в состоянии здоровья и слежение за физическим развитием детей разных возрастно-половых групп. Самым доступным для практического врача методом для оценки ранних признаков неблагополучия в состоянии здоровья ребенка, влияния на него экзогенных и наследственно-биологических факторов является измерение основных антропометрических показателей - роста и массы тела. Интересно, что время пубертата известно, как период, когда наиболее часто возникает ожирение и увеличивается ИМТ, по нормам ВОЗ составляющий 18,5-24,9 кг/м^2. Некоторые исследователи объясняют эти процессы повышенным содержанием жировой ткани в организме подростка, чему могут способствовать разнообразные гормональные нарушения в этот период. Повышенный ИМТ является существенным фактором риска в отношении многих неинфекционных заболеваний и может обуславливать более высокую вероятность не только ожирения, но и сердечно-сосудистой патологии и смертности во взрослом возрасте. Вероятно поиск взаимосвязи бронхиальной астмы с изменениями антропометрических показателей, которая до сих пор вызывает горячие дискуссии специалистов, мог бы пролить свет на общие механизмы формирования бронхиальной астмы и ожирения в детской популяции. Провести оценку динамики физического развития детей с бронхиальной астмой от 3 до 15 лет включительно, выявить особенности антропометрических показателей у подростков в сравнении с группой детей, не имеющих хронических заболеваний органов дыхания. Нами исследовано 124 детей возрасте от 3 до 15 лет с различными степенями бронхиальной астмы. Группу сравнения составили 50 практически здоровых детей. Был проведен сравнительный анализ показателей физического развития на основании основных и индексовых параметров антропометрии двух сравниваемых групп. Проведенные исследования показали, что нарушения физического развития одинаково часто встречаются у детей как с легкой степенью, так и со среднетяжелой степенью БА, и более выражено у детей с тяжелой степенью БА. Средний уровень показателя длины тела имели 54,1% детей с легкой степенью и 51,1% детей со среднетяжелой степенью БА ($p>0,05$), с тяжелой степенью бронхиальной астмой -14,8%. Рост ниже среднего уровня отмечена у 14,8% детей с легкой степенью и 15,0% со среднетяжелой степенью БА ($p>0,05$). Однако детей с показателями длины тела в области выше среднего уровня наблюдалось больше в группе с легкой степенью БА. Так, рост выше среднего уровня выявлен у 12,6% детей с легкой степенью и только у 8,3% детей со среднетяжелой степенью БА ($p>0,05$). При этом статистически достоверных различий при сравнении детей с низкими и очень низкими, а также с высокими и очень высокими показателями уровня длины тела от средневозрастных величин в зависимости от степени тяжести течения БА не получено. Анализ показателя массы тела

выявил, что детей с массой тела, соответствующей возрасту в сравниваемых группах примерно одинаково. Так, среднюю массу имели 53,4% детей с легкой степенью БА и 48,8% детей со среднетяжелой степенью БА ($p>0,05$), с тяжелой степенью 19,2%. В группе детей с легкой степенью БА показатель массы тела выше средних и ниже средних величин выявлен в равных количествах – по 13,3%. В группе детей со среднетяжелой степенью БА показатели массы тела ниже средних величин отмечены у 19,5% обследованных, и только у 6,8% - выше средних величин. Сравнительный анализ гармоничности физического развития выявил статистически достоверные различия. Так, детям с легкой степенью в большей степени свойственно гармоничное развитие 45,2%, по сравнению с детьми со среднетяжелой степенью БА (29,3%), $p<0,01$, с тяжелой степенью – 16,9%. При этом дисгармоничное развитие наблюдалось у детей с легкой степенью БА в количестве 37,8%, а в группе детей со среднетяжелой степенью БА – 42,9%, однако различия не достоверны. У детей со тяжелой, среднетяжелой степенью чаще, чем у детей с легкой степенью БА, наблюдалось резко дисгармоничное развитие (34,5%, 27,8% и 17,0% соответственно, $p<0,05$). Качественная оценка соответствия средневозрастным показателям биологической зрелости выявила соответствие возрасту у 45,9% обследуемых детей с легкой степенью БА и 45,1% обследуемых детей со среднетяжелой степенью БА ($p>0,05$). У детей с БА имеются особенности физического развития, которые чаще выражаются в задержке роста, выявленные нарушения нарастают с возрастом и стажем заболевания и наиболее выражены у девочек 11-15 лет. У детей с дефицитом массы тела бронхиальная астма выражена клинически тяжелой степенью (69%), чем среднетяжелой и легкой степенью. Отмечается нарушение гармоничности развития, что более выражено у детей с тяжелой степенью тяжести бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, антропометрические показатели

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Абдуллаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди психопатологических образований детского и подросткового возраста до сих пор не вполне определены роль и место различных патологических увлечений. Несмотря на немалое количество публикаций, отражающих интерес психиатров и педиатров к феноменам болезненных хобби, располагающихся на стыке психиатрии, психологии и педагогики, они до сих пор не получили единой оценки специалистов. Кроме того, они представлены в литературе как проявление декомпенсации расстройств личности преимущественно шизоидного круга. Остается недостаточно освещенным вопрос о психопатологической квалификации и нозологической принадлежности болезненных хобби, их клинической дифференциации. Фрагментарно представлен анализ патопластичсских факторов, клиники и динамики патологических увлечений у детей и подростков. Вместе с тем, данная патология оказывает существенное негативное влияние на социальную адаптацию детей и подростков, что является особенно актуальным ввиду значительной распространенности патологических увлечений, а также появлением в последние годы их новых форм, в том числе компьютерной и Интернет-зависимости. Негативное влияние болезненных интересов, наряду с другими формами психической патологии детского и подросткового возраста, рассматривается как один из важнейших факторов формирования школьной дезадаптации. Вместе с тем, не существует единого мнения относительно влияния болезненных хобби на все аспекты социального функционирования больных, не сформирован и единый подход к проблеме коррекции этих состояний. Клинико-психопатологическое изучение феноменологии, структуры и динамики патологических увлечений у детей и подростков для решения вопросов диагностики, прогноза и оценки уровня социальной дезадаптации. Работа выполнена на АОДБ. Методом случайной выборки обследовано 62 больных (46 мальчиков и 16 девочек). В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 16 лет, в клинической картине, а также в анамнезе которых ведущее или существенное место занимали патологические увлечения. Сложность отграничения болезненных увлечений от нормальных хобби детского возраста определялась не только недостаточной четкостью клинических различий, но и тем фактом, что их направленность и содержание были сходными. Сюжеты болезненных хобби, преимущественно, носили вполне заурядный характер: увлечение животными или растениями; компьютерными и видеоиграми; одним из видов транспорта; техническими приборами; увлечения, связанные с «кумиром» - любимой музыкальной группой, исполнителем, спортивной командой; самообразование. Выделены как облигатные, так и факультативные признаки патологических увлечений. К облигатным были отнесены: 1) Напряженность и устойчивость интересов. Своеобразная «охваченность» детей своим увлечением, напряженность интереса к той или иной области, которая характеризовалась особой устойчивостью, отмечалась во всех наблюдениях, представляя собой стержневой симптом болезненных увлечений. Дети занимались излюбленным хобби часами, стараясь использовать все свободное время: проводили целые дни за компьютерными играми, совершали многочасовые ежедневные прогулки, рисовали бесчисленные схемы, с утра до вечера искали детали в мусорных контейнерах и т.д. При этом напряженный интерес к хобби не угасал в течение многих месяцев или лет. 2) Сочетание с другими психическими

расстройствами. Патологические увлечения в 100% наблюдений сосуществовали с различными психопатологическими синдромами: формирующимися расстройствами личности; патологическим (бредоподобным) фантазированием; аффективными расстройствами; рудиментарными галлюцинаторно-бредовыми, кататоническими расстройствами; негативной эндогенной симптоматикой; нарушениями инстинктивной деятельности. 3) Нарушение социальной адаптации ребенка разной степени выраженности. Дезадаптирующее влияние болезненных хобби отмечено в подавляющем большинстве наблюдений (96,7%). Нарушения поведения, возникающие у детей с болезненными хобби, отличались разнообразием проявлений и сочетались иногда с асоциальными, агрессивными или аутоагрессивными действиями. Помимо облигатных симптомов, выделены факультативные признаки патологических увлечений, представленность которых в различных клинических группах составляла от 79,1 до 83,9%: 1) Низкая продуктивность. Малая продуктивность болезненных хобби выявлена в 83,9% наблюдений. Несмотря на узкую направленность интересов и многочасовые занятия, такие больные обнаруживали, в целом, малую осведомленность в излюбленной области. Многочисленные чертежи, модели, рисунки характеризовались поверхностностью, инфантильностью, несоответствием задуманному сюжету, иногда нелепостью. Низкий уровень познаний резко контрастировал со временем, затрачиваемым на «изучение» предмета больными, а также с заявлениями детей о «главном увлечении» или «основном деле жизни». 2) Однобокость содержания, ослабление или утрата остальных интересов. Патологические увлечения характеризовались также отчетливой односторонностью, монотематичностью (79,1% наблюдений). Если в процессе формирования хобби интерес к определенной тематике преобладал над остальными увлечениями ребенка, то постепенно все внимание больного концентрировались вокруг объекта увлечения, зачастую полностью вытесняя прочие занятия. Сформировавшееся патологическое хобби наносило ущерб и повседневным занятиям - общению с родителями и сверстниками, играм, просмотру телепередач и фильмов или прогулкам. Патологические увлечения у детей и подростков, в отличие от нормальных хобби, характеризуются наличием как облигатных, так и факультативных психопатологических признаков. К облигатным относятся: особая напряженность и устойчивость болезненных интересов; тесная связь с другими психопатологическими проявлениями; дезадаптирующее влияние, выраженность которого зависит от клинического варианта патологических хобби. К факультативным признакам болезненных увлечений относятся: односторонность, однобокость содержания при ослаблении или утрате остальных интересов; низкая продуктивность. Рубрификация детских и подростковых патологических увлечений у большинства больных относится, преимущественно, к шизофрении (психопатоподобной, шубообразной, параноидной, ранней детской) и шизотипическим расстройствам. Патологические хобби выявлены также при резидуально-органических заболеваниях головного мозга, расстройствах личности и легкой умственной отсталости.

Ключевые слова: шизофрении, психопатологических образований детского и подросткового возраста.

РАЗГРУЗОЧНАЯ ЦЕКОСТОМИЯ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Усмонов Ш.А., Кадиров К.З., Исроилов Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, АФ РНЦЭМП

Разгрузочная цекостомия имеет существенное значение в выборе лечебной тактики при тотальных абсцедирующих перитонитах и предлагается нами для внедрения в практическое здравоохранение и может быть рекомендовано к широкому применению в практике. Во первых она эффективно обеспечивает разгрузку тонкого кишечника и предупреждаетьБаугиневый спазм. Во вторых техническая простата наложение и самостоятельно закривается за кароткий срок. Изучение гнойных перитонитов является одной из важных проблем хирургии. Поиск новых методов борьбы с интраабдоминальной инфекцией и парезом кишечника не прекращается. Тотальный абсцедирующюий перитонит наиболее тяжелых форма аппендикулярного перитонита, который характеризуется формированием в брюшной полости множественных осумкованных абсцессов, развитием синдромов сепсиса и полиорганной недостаточности и нередко переходом в инфекционно – токсического шока к моменту поступления больных в стационар. Основными задачами хирургического вмешательства, помимо аппендэктомии, при тотальных абсцедирующих перитонитах является санация всех осумкованных пространств, тотальных резекций сальника, декомпрессия кишечника, динамический контроль течения воспалительного процесса в брюшной полости путем создания лапаростомии по показаниям. В условиях тотальных абсцедирующих перитонитов с развитием тотального висцерита использование пристеночнойцекостомии позволяет наиболее быстро и атравматично осуществить интубацию тонкого кишечника через Баугиновую заслонку. С 2009 г внедрили в практику цекостомию при тотальном аппендикулярном перитоните .Применение цекостомии при тотальных абсцедирующих перитонитах аппендикулярного происхождения по нашим наблюдениям показало свои преимущества перед энтеростомией. В детской хирургической отделении АФ РНЦЭМП с 2009 по 2019 гг находились на лечение 293 больных детей с тотальном аппендикулярном перитонитом. Из 92 больных в случаях из за выраженной тонкокишечной недостаточности накладивали терминальную энторостомию. Из общего число больных стотальном аппендикулярном перитоните в 48 случаях накладивали интубационную цекостомию через Баугиневую заслонку. Введенная интубационная трубка до 30-40 см в подвздошную кишку черезслепой кишки способствовала к разгрузке тонкого кишечника в ближаюшем после операционном периоде в течения 5-6 дней. После удаление трубки ни в одном случае не формировался губовыдный свищ. Рана зажила в течение 8-7 дней и не потребовалось повторная операция как при энтеростомии. По стихание острого процесса в брюшной полости минимум черезь 4-6 месяцев больные подверглись к повторной операции т.е. закрытне свища. Таким образом, разгрузочнаяцекостомияимеет существенное значение в выборе лечебной тактики при тотальных абсцедирующих перитонитах и предлагается нами для внедрения в практическое здравоохранение и может быть рекомендовано к широкому применению в практике. Во первых она эффективно обеспечивает разгрузку тонкого кишечника и предупреждаеть Баугиневый спазм. Во вторых техническая простата наложение и самостоятельно закривается за кароткий срок.

Ключевые слова: аппендицит, перитонит, абцедирование, цекостомия.

ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Адилова Г.Р., Эргашбаева Д.А., Хусанова Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Пиелонефрит - это неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), канальцев и интерстиция. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пиелонефрит относится к группе тубулоинтерстициальных нефритов и фактически представляет собой тубулоинтерстициальный нефрит инфекционного генеза. На сегодняшний день актуальным остается вопрос о первичности и вторичности пиелонефрита, особенно хронического, а также о роли обструкции мочевых путей при развитии тех или иных его вариантов. Эти признаки положены в основу классификации пиелонефрита. Изучить показатели иммунологической реактивности в ранние и отдаленные сроки при различных видах врожденных обструктивных уропатий, осложненных вторичным пиелонефритом, обосновать тактику ведения и рационального лечения больных с учетом выявленных иммунных нарушений с помощью проведения магнитоинфракрасной лазерной терапии. Для решения поставленных задач были проведены клинические наблюдения и исследования с применением общеклинических, инструментальных, клинико-лабораторных и биохимических методов, выполненных в отделениях и лабораториях Андижанской областной детской больницы. Исходный иммунный статус у больных, особенно при длительном течении пиелонефрита, характеризуется снижением количества CD3+-клеток с подавлением пролиферативной активности Т-лимфоцитов (РБТЛ с ФГА и спонтанная РБТЛ). Отмечается также снижение содержания высокоаффинных CD3- клеток у 48,7% пациентов и нарушение соотношения регуляторных субпопуляций. Параллельно падению числа $CD8^{+}$-клеток наблюдается угнетение их функциональной активности (тест с Кон-А). Нарушение в активации функций CD3-лимфоцитов в 60% случаев обусловливается уменьшением продукции ИЛ-1 и -2. Нарушения регистрируются при исследовании фагоцитарного звена иммунитета: подавление заключительной фазы лейкоцитарного фагоцитоза за счет снижения продукции супероксидного радикала, подавление подвижности моноцитов у 45,1% больных. Стойкое снижение уровня гуморальных защитных реакций обнаруживается у 18,7% больных детей, особенно при длительном течении патологического процесса, низкие титры специфических сывороточных АТ - у 29,8% больных. Регистрируются дефицитные показатели местных мочевых секреторных иммуноглобулинов (IgA1, IgA2). Определенные изменения у 52,2% детей встречаются при исследовании активности НК-клеток. Чаще это подавление, реже - повышение их функций, что неблагоприятно для течения заболевания, т.к. либо способствует хронизации процесса, либо создает условия для повреждения почечной ткани. В качестве иммуномодуляторов при изменении Т-звена иммунитета показано назначение тимусных препаратов (тактивин, тималин, имунофан), левамизол под контролем белого кровяного ростка, метиндол. При поражении фагоцитарного звена полезно назначение зиксорина, лизоцима. При расстройстве гуморальных иммунных реакций - гемодез, нуклеинат натрия, левамизол, плазма крови и их комбинации. У больных хроническим обструктивным пиелонефритом с сохранной функцией почек при поступлении в стационар, перед выпиской и через три месяца после выписки выявляются сдвиги показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, неспецифической резистентности организма.

Ключевые слова: пиелонефрит, IgA1, IgA2, иммунные нарушения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ

Акбарова Р.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Дети - наиболее ранимые члены нашего общества, чьи права и свободы грубо нарушаются. Невинные, наивные, растущие и учащиеся, они зависят от взрослых, когда речь идет об их обучении, поддержке и защите. Но в действительности многие дети переживают ужас насилия, становятся жертвами физических, сексуальных и эмоциональных злоупотреблений со стороны взрослых своей семьи или социального окружения. В современной зарубежной и отечественной литературе жестокое обращение, как правило, рассматривается как одна из возможных причин аномального развития ребенка, что приводит к таким негативным явлениям как детская и подростковая преступность, алкоголизм, наркомания, беспризорность, бродяжничество. В современном обществе проблема сексуального насилия над детьми является особенно актуальной. Сексуальные контакты детей с взрослыми довольно 21 распространены, и количество сексуальных преступлений против детей в последние годы продолжает расти во всем мире. Статистические данные о распространенности сексуального насилия в отношении детей в разных странах весьма противоречивы, однако поражают своим масштабом. В частности, в США и Великобритании от 20 до 30% взрослых женщин и 10% мужчин в детстве подвергались сексуальным посягательствам. Рост насилия над детьми обнаруживает связь с общим возрастанием насилия в обществе, ростом насильственных преступлений, деликвентности, суицидов и несчастных случаев с летальным исходом. Целью проводимой работы было комплексное исследование детей раннего и дошкольного возраста, обратившихся в специализированный реабилитационный медико- психологический центр по поводу сексуального насилия в течение последних 5 лет. Дети (в количестве 200 человек в возрасте от 0 до 3 лет и от 3 до 6 лет и группа контроля того же возраста – 100 человек) обследованы ретроспективно, проспективно и в пятилетнем катамнезе клинически и параклинически. Первую группу составили 35 детей (51% всей выборки), подвергшихся семейному СН (11 мальчиков и 24 девочки). Среди них было 20 детей раннего возраста (от 2 до 3 лет - 29%) и 15 детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет - 22%). Вторую группу составили 33 ребенка (49% выборки), подвергшихся внесемейному СН (11 мальчиков и 22 девочки). Среди них было 18 детей раннего возраста (от 2 до 3 лет - 27%) и 15 детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет-22%). В рамках настоящего исследования под наблюдением находились дети раннего и дошкольного возраста, которые подвергались сексуальному насилию. В зависимости от типа сексуального насилия (семейного или внесемейного) и возраста все обследуемые были разделены на две группы. Была сформирована катамнестическая группа, в которую вошло 38 детей (56% от общей выборки): 20 (53%) из условий семенного насилия и 18 (47%) из внесемейного, в числе которых преобладали девочки 25 (66%). Мальчиков всего - 13 (34%). Дети раннего возраста (2-3 лет) - 20 (53%), дошкольного возраста (3-6 лет) - 18 (47%). Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что сексуальное насилие как один из видов психической депривации, является психогенным фактором, вызывающим как общие, так и относительно специфические психические нарушения, в зависимости от типа насилия, возраста ребенка, продолжительности воздействия психогении и ряда других повреждающих психическое здоровье факторов. Обратимость возникшего психического дизонтогенеза относительна. Как показывает катамнез обследованных случаев сексуального насилия (и по данным других исследований) отдаленные последствия сексуальной психотравмы, перенесенной в раннем детстве сохраняются в виде специфических и неспецифических личностных отклонений.

Ключевые слова: психическая развития у детей, аномального развития ребенка.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Алиева Л., Ханкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Бронхиальная астма - одно из самых распространенных и тяжелых психосоматических заболеваний. Распространенность этой патологии среди детей, проживающих в промышленных городах нашей страны, колеблется от 0,6 до 1%. За последние три десятилетия распространенность бронхиальной астмы в детской популяции в мире увеличилась на 300%. При этом до 25-30% больных детей страдают тяжелой формой бронхиальной астмы, характеризующейся частыми приступами удушья и практически постоянно сохраняющимися признаками нарушения проходимости бронхов. Анализ психологических особенностей больных бронхиальной астмой. Было проведено тестирование 84 больных бронхиальной астмой, наблюдавшихся в АОДБ с сентября 2019г по январь 2020г, в возрасте от 9 до 15 лет. Анализировались состояние памяти испытуемых, активность и устойчивость внимания, динамика работоспособности, эмоциональные особенности, тревожность, страхи, депрессия, сфера общения и социальных отношений. Среднетяжелое течение БА среди обследованных пациентов для I группы составило 29 (74,35%) больных, для II группы - 41 (91,1%), БА тяжелого течения по группам была диагностирована в 10 (25,64%) и 4 (8,9%) случаев соответственно. Среди обследованных пациентов было больше мальчиков (для I группы - 29 (64%) детей, для II группы - 25 (86%) детей), чем девочек (16 (36%) и 4 (14%) соответственно), что подтверждается известной закономерностью о преобладании Б А среди лиц мужского пола у детей до 18 лет. У большинства детей акцентуированные черты были уравновешены равновыраженными противоположными качествами по всем 4 шкалам, например, высокая тревожность сочеталась с высокой агрессивностью, спонтанность с сензитивностью и т.д. Высокий уровень экстраверсии наблюдался в 28 (62%) случаев, что свидетельствует об излишней общительности, направленности интересов вовне. Проявления интраверсии было выявлено у 22 (49%) детей и часто сочетались с выраженными экстравертированными чертами, что отражает наличие внутри-личностного конфликта у этих больных. Сензитивность была определена у 22(49%) пациентов. Такие дети отличаются излишней впечатлительностью и чувствительностью к давлению окружающей среды. Эмоциональная ригидность и лабильность была выражена у 20 (44%) и 33 (73%) больных соответственно, что во многом обусловлено хронической гипоксией и гипоксемией, свойственной этим пациентам. У 29 (64%) больных были установлены высокие показатели по шкале агрессивности, причем агрессивные тенденции напрямую зависели от стажа заболевания ($r=0,48$; $p<0,05$). Общеизвестно, что «астматики» сильно переживают агрессию, но не проявляют ее внешне. Повышенная личностная тревожность отмечалась у 31 (69%) обследуемого, причем в 9 (20%) случаях это затрудняло адаптацию. У детей, больных БА, структура эмоционально-личностных особенностей представлена устойчивым внутренним конфликтом, за счет акцентуирован-ности противоположных личностных черт у одного и того же ребенка. Для подростка структура личности заключается в акцентуированности истеройд-ных и (или)

эпилептоидных черт, в проявление аутодеструктивных тенденций, подтверждающихся склонностью к алкоголизации. Общим признаком для больных детей и подростков в структуре эмоционально-личностного фона является доминирование показателей по шкалам: агрессивности и тревожности. У подростков, страдающих БА, доминирующими механизмами психологической защиты являются: отрицание неприемлемых событий или собственных качеств, а также гиперкомпенсация своих недостатков в сфере низкой самооценки. У детей с БА определяются значительные отклонения в мнестической сфере в виде снижения объема кратковременной образной (35%) и вербальной памяти (62%) по сравнению со здоровыми детьми. Для большинства больных (75%) характерно полное левополушарное доминирование, что свидетельствует о неэффективности их психофизиологической адаптации в стрессовых ситуациях. Таким образом, в ходе данного исследования были обнаружены специфические психологические особенности детей, страдающих бронхиальной астмой. Выяснилось, что группа детей, страдающих бронхиальной астмой, значительно превосходит группу сравнения по количественным показателям выраженности таких качеств, как ригидность и неуверенность в себе, а уступают по показателям коммуникативности и интеллекта.

Ключевые слова: бронхиальная астма, психосоматические взаимодействия.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ХРОНИЧЕСКИХ ТИКОЗНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Арзибеков А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Тикозные расстройства встречаются у детей и подростков с частотой от 5 до 24%. Тики у детей до 50% случаев сопровождаются синдромом дефицита внимания и гиперактивности, также параллельно с тиками регистрируются такие коморбидные состояния, как энурез, когнитивные нарушения, двигательные стереотипии, диссомнии, тревожные и обсессивные расстройства. Дети с тиками характеризуются повышенным уровнем тревожности. В последнее время достаточно широкое распространение в неврологической практике получил препарат Тенотен детский. Он содержит сверхмалые дозы антител к мозгоспецифическому белоку S100, который участвует в метаболических процессах информационной нейропередачи в мозговой ткани. Препарат обладает мягким анксиолитическим, вегетотропным, ноотропным, нейропротективным, антистрессорным, противогипоксическим действием. Повысить эффективность диагностики и терапии тикозных расстройств у детей и подростков с учетом данных видео-ЭЭГ мониторинга. В исследование были включены пациенты в возрасте от 3 до 15 лет с хроническими тикозными расстройствами (ТР) с длительностью заболевания более 1 года. Критериями исключения из исследования были: транзиторные ТР, текущий церебральный процесс, гиперкинетический синдром на фоне резидуального поражения головного мозга, осложнения лекарственной терапии, эпилептические приступы без хронических ТР. В исследование вошли 116 пациентов с диагнозом «хроническое тикозное расстройство» - 83 (71,6%) мальчика и 33 (28,4%) девочки (соотношение 2,5:1) в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст 9,0±3,0 года). У детей с хроническими ТР и эпилептиформной активностью на ЭЭГ (1-я группа) достоверно чаще (p=0,003) отмечены изолированные моторные тики в области лица - 13 (24,1%) больных в сравнении с 3 (4,8%) пациентами 2-й группы. Во 2-й группе достоверно чаще наблюдали генерализованные тики - 34 (54,8%) случая против 20 (37,0%) в 1-й группе (p=0,05). Коморбидная патология была зарегистрирована у 97 (83,6%) больных с хроническими Т.Р. Эпилепсия зарегистрирована у 19 (16,4%) пациентов с такими расстройствами, из них в 6 (31,6%) случаях эпилептические приступы были впервые диагностированы при проведении видео-ЭЭГ-мониторинга в рамках данного исследования. В подавляющем большинстве (89,5% случаев) отмечались фокальные формы эпилепсии, в том числе в 42,1% случаях формы, ассоциированные с доброкачественными фокальными разрядами детского возраста, и в 47,4% случаев - симптоматические фокальные эпилепсии. Генерализованные формы эпилепсии диагностированы лишь у 2 (10,5%) пациентов, которым был поставлен диагноз юношеской миоклонической эпилепсии. Эпилептические приступы в подавляющем большинстве случаев - 15 (79,0%) присоединялись после начала Т.Р. Средний возраст присоединения эпилептических приступов составил 8,3±2,7 года. Только у 2 (10,5%) пациентов тики появились после манифестации эпилептических приступов. В настоящем исследовании больных с хроническими ТР с использованием метода видео-ЭЭГ-мониторинга

эпилептиформная активность на ЭЭГ зарегистрирована у 46,6% пациентов, а коморбидность с эпилепсией установлена в 16,4% случаев. Установлено, в терапии хронических ТР в сочетании с эпилептическими приступами и/или эпилептиформными изменениями на ЭЭГ наиболее эффективными являются ПЭП (вальпроаты прологированного действия) как в отношении тяжести тиков, так и в отношении сопутствующей патологии - эпилептических приступов и эпилептиформных изменений на ЭЭГ. Терапия ПЭП эффективна в отношении тиков, однако при длительности приема более 6 мес повышается риск присоединения эпилептических приступов у пациентов с эпилептиформной активностью на ЭЭГ. Таким образом, по нашим данным, высокая распространенность эпилептиформной активности у пациентов с хроническими ТР (46,6%) требует включения ЭЭГ/видео-ЭЭГ в стандарты обследования детей и подростков с Т.Р. Дифференцированный подход к противотикозной терапии с учетом данных ЭЭГ позволит повысить эффективность терапии и уменьшить число резистентных форм. Хронические тикозные расстройства и эпилепсия являются коморбидными состояниями с высокой частотой встречаемости. Определенные факторы высокого риска возникновения эпилептических приступов у детей и подростков с ХТР, коррелирующие с эпилептиформными изменениями на ЭЭГ (моторные тики в области лица, эпилептогенные изменения на МРТ, ремитирующее течение, ранний возраст развернутой клинической картины ТР), необходимо учитывать при выборе антитикозной терапии. Установлены наиболее эффективные схемы антитикозной терапии, применение которых может существенно повысить эффективность лечения и предотвратить возникновение эпилептических приступов у пациентов высокого риска.

Ключевые слова: тикозные расстройства, антитикозной терапии, антитикозной терапии.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЁ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ У ДЕТЕЙ

Арзибеков А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

К основным типовым формам патологии печени у детей относят печеночную недостаточность, печеночную кому, желтуху, холемию, ахолию, холелитиаз. В детском возрасте наиболее часто диагностируются желтухи, дискинезии желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь, хронические гепатиты (в основном вирусного генеза), циррозы печени. В норме печень - один из основных органов, обеспечивающих гомеостаз организма. Повреждение печени различного характера может привести к ее недостаточности. Разработка способа определения степени нарушения структуры и функции печени для объективной оценки выраженности поражения органа, контроля их изменений в динамике и определения показаний к трансплантации печени при хронических формах ее патологии у детей. Анализировали результаты обследования и лечения детей, поступивших в гастроэнтерологическое отделение с АОМПДБ в период с 2017 по 2019 гг. При анализе степени нарушения функции печени у детей с болезнью Вильсона, которым трансплантация печени не была показана, было установлено, что при первой госпитализации преобладали умеренные и тяжелые нарушения (66,3 и 30,3%, соответственно). При этом у детей с ЦП в исходе болезни Вильсона степень нарушения функции была более выражена, чем у детей без цирроза ($p<0,001$). В динамике через 6 и 12 мес от начала лечения отмечено значимое улучшение функции печени у детей с ЦП ($p=0,006$ и $p<0,001$, соответственно) в отличие от детей без цирроза ($p=0,428$ и $p=0,006$, соответственно). Такая же динамика изменений степени нарушения функции печени прослеживалась и при аутоиммунном гепатите. Однако незначительные нарушения функции печени у этих пациентов встречались чаще (48%; $p<0,001$). Это объясняется тем, что в 33,3% случаев на момент первой госпитализации дети получали патогенетическую (им-муносупрессивную) терапию, и нарушение функции печени у этих пациентов было менее выраженным ($p=0,035$). У детей с хроническим гепатитом С степень нарушения функции печени на момент первой госпитализации преимущественно соответствовала незначительным и умеренным нарушениям (75 и 25%, соответственно). При этом у детей с ЦП в исходе хронического гепатита С степень нарушения функции печени была более выражена, чем у детей без цирроза ($p=0,004$), и соответствовала умеренным нарушениям. В динамике на фоне терапии через 6 и 12 мес степень нарушения функции печени у детей с хроническим гепатитом С достоверно снизилась ($p=0,015$ и $p=0,012$, соответственно). У детей с ЦП в исходе хронического гепатита С анализ динамики степени нарушения функции не был проведен в связи с малым числом пациентов. Из данных корреляционного анализа следует, что степень нарушения функции печени находится в прямой зависимости от степени нарушения ее структуры и выраженности портальной гипертензии. Стойкое снижение функции печени на >40% и нарушение структуры печени и выраженности портальной гипертензии на >40% обусловливают необходимость решения вопроса о проведении плановой трансплантации печени при ее хронических болезнях у детей. Разработанные балльная система определения степени нарушения функции печени и балльная система определения степени нарушения структуры печени и выраженности портальной гипертензии у детей мог\т служить объективным критерием оценю! тяжести поражения органа, использоваться для контроля их изменений в динамике с оценкой эффективности проводимой терапии, быть критерием определения показаний и срочности проведения трансплантации, применяться для создания «модели пациента» при хронических болезнях печени с последующей разработкой стандартов и протоколов оказания медицинской помощи, использоваться при проведении медико-социальной экспертизы при определении категории «ребёнок-инвалид».

Ключевые слова: печеночную кому, желтуху, холемию, ахолию, холелитиаз.

ВЛИЯНИЕ СООТНОШЕНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ НА НАРУШЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ахарова Н.А., Умарова М.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Обследованы 50 новорожденных, а также их матери. Проанализированы состояние их при рождении и послеродовом периоде, выраженность клинических признаков, содержание микроэлементов с целью выявления нарушений микроэлементного гомеостаза у новорожденных для обоснования влияния микроэлементов на внутриутробное развитие плода. Выявлено, что внутриутробное развитие и зрелость новорожденных коррелируют не только с тяжестью воздействия заболеваемости и наличия анемии у матерей, но и с содержанием токсических и эссенциальных микроэлементов в плазме крови новорожденных. Несбалансированное питание, анемия, микроэлементозы до и во время беременности оказывают отрицательное влияние на прибавку массы тела плода, повышают риск преждевременных родов, различных видов внутриутробной патологии, пороков развития, увеличивают детскую смертность. В период беременности значительно возрастает потребность в минералах и питание женщины во время беременности определяет как ее собственное здоровье, так и полноценное здоровье, и развитие будущего ребенка. Причиной дефицита микроэлементов в организме также может быть взаимодействие микроэлементов, как антагонизм или синергизм. Элементы похожие между собой по своим физико-химическим свойствам или размеру атомов могут активно взаимодействовать или конкурировать в системах, которые осуществляют всасывание, транспорт или метаболизм. В свою очередь, нарушения в гомеостазе эссенциальных микроэлементов у плода и новорожденного, в силу их незрелости, могут проявляться развитием заболеваний, признаками дезадаптации, гипотрофии, анемии и других алиментарно-зависимых заболеваний, нарушением физического и психомоторного развития детей. Выявление нарушений микроэлементного гомеостаза у новорожденных для обоснования влияния соотношений эссенциальных и токсических микроэлементов на внутриутробное развитие плода. Были обследованы 50 новорожденных в период ранней адаптации и их матери. Проанализированы состояние их при рождении и послеродовом периоде, выраженность клинических признаков. Исследование микроэлементов (МЭ) в плазме пуповинной крови проводилось в Республиканском Центре судебной экспертизы методом масс спектрометрии индукционно-связанной плазмы на приборе ICP-MS. Распределение групп: новорожденные с нормальным весом (НВ) от матерей с анемией - 15 детей, новорожденные с малым весом (МВ) от матерей с анемией – 20 детей и их матери, контрольную группу составили 15 здоровых детей, от матерей без анемии и также их матери. Для выявления взаимосвязи МЭ в организме были проанализированы показатели содержания двух МЭ токсической группы – стронция (Sr) и мышьяка (As), а также селена и цинка, представителей антиоксидантных эссенциальных МЭ в биопробах новорожденных и матерей, что достоверно отличаются содержанием в исследуемых группах. Современные исследования показали, что повышенное содержание ионов Sr, оказывая свое токсическое действие, замещает ионы кальция в костях, приводит к усиленному выведению из организма кальция и

эссенциальных МЭ, развитию дефицита Ca, вызывают их ломкость, т.е. «стронциевый рахит» или «уровскую болезнь», заболевания, сопровождающиеся нарушением обмена кальция и увеличением ломкости костей. Содержание Sr и As превышает значения в обеих последующих группах (Sr 0,057±0,009 и 0,148±0,001 мкг/мл, As 0,161±0,007 и 0,211±0,003 мкг/мл соответственно), чем в контрольной группе (Sr 0,032±0,002 и As 0,149±0,001 мкг/мл), что можно связать с дисбалансом МЭ в организме матери при анемии. Избыточное накопление As организме может вызывать рак кожи, печени, легких, почек и мочевого пузыря, приводит к гипоплазии костного мозга, анемии, лейкопении, тромбоцитопении. Селен (Se) обладает высокой антиоксидантной активностью, может выполнять функции витамина Е, играет важную роль в иммунной системе. Содержание Se (0,232±0,004 мкг/мл) и цинка (3,71±0,03 мкг/мл) достоверно выше в контрольной группе, чем уровень в следующих группах (0,166±0,002 и 2,55±0,02 мкг/мл соответственно). Цинк (Zn) входит в состав многих ферментов, и его значение определяется широким кругом обменных процессов, затрагивающих биосинтез белков и нуклеиновых кислот. Физиологическая роль цинка в период быстрого роста и развития приобретает особую важность для внутриутробного роста плода, а также у детей первого года жизни. Средние показатели веса у новорожденных с МВ 2439,5±0,87 грамм, хотя они и были доношенными, отмечалось снижение адаптационных способностей. У таких детей кожные покровы цианотично-розовые у 45% детей, крик при рождении средней или слабой силы, рефлексы снижены у 40% и слабо у 20% детей, при первом прикладывании грудь брали с трудом. Вес при рождении у новорожденных в контрольной группе в среднем составило 3370,6±2,19 грамм, а у новорожденных с НВ от матерей с анемией составило 3282,6±3,12 грамм. Оценка по шкале Апгар свидетельствовала об удовлетворительном состоянии детей с НВ при рождении в противоположность детям с МВ. Во всех случаях дети закричали сразу, крик у детей громкий, кожные покровы розовые, рефлексы сохранены, приложены к груди сразу, грудь взяли активно, транзиторная желтуха наблюдалась в пределах физиологических норм.

1. В результате проведенных нами исследований установлено, что внутриутробное развитие и зрелость новорожденных коррелируют не только с тяжестью воздействия заболеваемости и наличия анемии у матерей, но и с содержанием токсических и эссенциальных микроэлементов в плазме крови новорожденных.
2. Особое значение имеет обнаружение высоких концентраций стронция и мышьяка в противоположность снижению показателей эссенциальных микроэлементов у новорожденных, рожденных с малым весом.
3. Поскольку с наличием анемии и других заболеваний у матерей во время беременности имеется риск возникновения дисбаланса МЭ, целесообразен скрининг всех беременных и новорожденных на содержание эссенциальных и токсических элементов.

Ключевые слова: новорожденные, микроэлементы, внутриутробное развитие.

АНАЛИЗ РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Бабаджанов А.С., Маматкулов И.Б., Агзамходжаев Т.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Как известно, в 2000 году на Саммите тысячелетия 193 страны мира приняли восемь Целей Развития Тысячелетия (ЦРТ), среди которых четвертая означала «достижение снижения к 2015 году уровня детской смертности в 3 раза по сравнению с уровнем 1990 года» (на две трети). Однако и сейчас для Республики Узбекистан задача дальнейшего снижения детской смертности свою актуальность сохраняет. Поскольку детская анестезиология и реаниматология (ОДАРИТ), наряду с педиатрией, детской хирургией и инфектологией имеет наибольший потенциал в решении этой задачи, представляется необходимым выявить наиболее перспективные направления дальнейшего снижения детской смертности. В результате проведенной в соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан №1652 и изданным в его исполнение приказом №185 МЗ РУз оптимизации сети учреждений здравоохранения и регионализацией оказания специализированной медицинской помощи, в Областных детских многопрофильных медицинских центрах (ОДММЦ) включенных в исследование областей общий коечный фонд суммарно увеличился с 3003 коек до 4075, или до 136% к 2002 году. При этом прирост в% к 2002 году оказался неоднородным – от минимальных 116% в Хорезмской области до максимальных 175% в Навоийской. Соответственно, увеличился и коечный фонд ОДАРИТ в каждом ОДММЦ. Причем речь идет о заметном на первый взгляд приращении количества реанимационных коек. Действительно, наименьший прирост числа этих коек отмечен в Кашкадарьинской области – на 16% к уровню 2002 года (с 18 до21 койки), и в Самаркандской области – в полтора раза (с 12 до 18 коек). Во всех остальных областях прирост составил от 166% в Сурхандарьинской, Ферганской и Наманганской областях до 200% в Навоийской, 250% - в Сырдарьинской и 300% - в Джизакской областях. Из литературы известно, что с момента создания службы АРИТ она сразу продемонстрировала свою высокую эффективность, в результате чего доля этой службы в общем коечном фонде большинства стран стала постоянно возрастать, что породило термин «эпидемия интенсивной терапии». Так**,** на рубеже столетий доля коек интенсивной терапии в общей структуре коечного фонда выросла в США – от 7 до 20%. При этом доля пациентов, прошедших через ОРИТ возросла соответственно до 20%. Следовательно, такая динамика коечного фонда в регионах РУз, достигнутая посредством реформирования здравоохранения, соответствует современным мировым трендам. В то же время, более объективно степень соответствия вышеназванным трендам отражают не приведенные выше показатели, а доля коек ОДАРИТ в общей структуре коечного фонда больницы. Здесь ситуация выглядит далеко не такой радужной. В частности, если в 2002 году эта доля в ОДММЦ регионов колебалась в диапазоне от 2,1% в Хорезмской области до 5% в Навоийской, составляя в среднем по стране 3,9%, то в 2015 году этот показатель в среднем по Узбекистану вырос до 4,8% (то есть менее

чем на 1%), колеблясь от 3,3% в Наманганской области до 7,5% в Навоийской области. Но при этом прирост доли ОДАРИТ в общей структуре коечного фонда ОДММЦ отдельных областей составлял от 0,3% в Наманганской области до 4% в Навоийской. При этом в двух ОДММЦ – Кашкадарьинской и Самаркандской – этот показатель даже снизился на 0,2%. В целом по стране этот мизерный прирост доли реанимационных коек в общем коечном фонде ОДММЦ дал снижение больничной детской летальности на 2,2%. Категорическая недостаточность достигнутых цифр становится понятной, если учесть, что утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации №1387 от 5 ноября 1997 года «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» предусматривает довести 2020 году долю коек интенсивного лечения до 20%. Таким образом, возможность приведения соотношения коек ОДАРИТ к общему коечному фонду всех ОДММЦ в процессе оптимизации была упущена. В результате резерв снижения детской смертности оказался не использованным. Дальнейшее выявление подобных резервов и скорейшая их мобилизация являются неотложной задачей как штаба отрасли, так региональных Управлений здравоохранения.

Ключевые слова: концепция, ОДАРИТ, ОДММЦ.

КЛИНИКО-КАТАМНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Бахавадинова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Ключевыми задачами государственной политики в области детства является улучшение положения детей в обществе, их надлежащая социальная и правовая защита, создание благоприятных условий для их жизнедеятельности, обучения и развития. Одним из важнейших направлений этой деятельности является реабилитация детей, страдающих аутистическими расстройствами. Проблема расстройств аутистического спектра является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии, что обусловлено неуклонным ростом числа детей, страдающих ранним детским аутизмом. В связи с неоднозначными подходами к оценке аутистических расстройств в разных странах распространенность аутизма различна и колеблется от 4 до 26 случаев на 10 000 детского населения. В 2000 г. считалось, что распространенность аутизма составляет от 5 до 26 случаев на 10 000 детского населения. В 2005 г. уже на 250-300 новорожденных в среднем приходился один случай аутизма. По данным Всемирной организации аутизма, в 2008 г. 1 случай аутизма приходился на 150 детей. За 10 лет количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. Клинико-катамнестическое исследование процессуального и органического раннего детского аутизма, изучение патогенных факторов, предшествующих формированию указанных вариантов раннего детского аутизма, и определение места психофармакотерапии в комплексе терапевтических и реабилитационных мероприятий с учетом возрастных особенностей. Обследовано 188 детей с РДА в возрасте от 3-х до 10 лет. Из них 84 ребенка с диагнозом «процессуальный РДА» (F 84.1) - I группа: 64 мальчика и 20 девочек и 104 ребенка с диагнозом «органический РДА» (F 84.01) - II группа: 90 мальчиков и 14 девочек. Сравнительный анализ предикторов развития процессуального и органического раннего детского аутизма. В ходе настоящего исследования выделены предикторы различных форм РДА, к которым были отнесены отягощенная наследственность по психическим заболеваниям, возраст родителей к моменту рождения страдающего аутизмом ребенка, их образовательный уровень, профессиональная занятость, состав семьи, особенности течения беременности, родов, неонатального и перинатального периода (неврологическая и соматическая патология, диагностируемая у детей в первый месяц жизни ребенка, и неврологическая патология, обнаруживаемая в течение первого года жизни). Выделены патогенные факторы, воздействующие на детей, страдающих процессуальным и органическим РДА, в первые 36 месяцев жизни. При сравнительном клинико-психопатологическом изучении различных вариантов раннего детского аутизма отмечено, что в клинической картине процессуального РДА наряду с расстройствами речи, мышления и кататоническими стереотипиями наблюдаются поведенческие расстройства, часто в сочетании с нарушением эмоционально-волевой сферы в виде эмоциональной неадекватности с преобладанием тревоги и страха.

Ключевые слова: детский аутизм, расстройства речи.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Дильмурадова К.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

В работе представлен анализ катамнестического наблюдения детей с отягощенным перинатальным анамнезом. С целью профилактики развития хронических заболеваний почек новорождённые, перенесшие нефропатии в неонатальный период, подлежат диспансерному наблюдению, а при необходимости и лечению, в течение 3 лет жизни. Значительная распространённость хронических заболеваний почек у женщин фертильного возраста являются одной из распространенных причин материнской и младенческой смертности в республике Узбекистан. Именно хронические заболевания почек у женщин во время беременности создают предпосылки для развития хронической гипоксии плода, ишемии почек и формирования анатомической и функциональной незрелости и развития неонатальных нефропатий в ранний неонатальный период. Частота неонатальных нефропатий составляет 34,2% среди больных новорождённых. За последние годы возросло число новорождённых с врождёнными обструктивными и обменными уропатиями, при которых, с ростом ребенка, на фоне нарушения уродинамики, нарастают явления нефросклероза. Поэтому ранняя диагностика и своевременное проведение противорецидивного лечения, предотвращает прогрессирование врождённых тканевых изменений и способствует профилактике хронизации патологического процесса и развития впоследствии хронических нефропатий у детей. Оценить эффективность - комплексного противорецидивного лечения неонатальных нефропатий в профилактике развития нефропатий у детей. Под диспансерным наблюдением в течение первых трех лет жизни находилось 78 детей, перенесших в неонатальном периоде нефропатии: 40 больных с целью профилактики получили комплексное лечение с включением димесфосфона и α-токоферола(основная группа) и 38 новорождённых – базисное, общепринятое лечение (группа сравнения). Эффективность комплексного противорецидивного лечения, с включением димефосфона и витамина Е, новорожденных с неонатальными нефропатиями оценивалась в течение трёх лет после выписки из стационара. При этом учитывалась и равноценность социальных условий, в которых находились дети основной и группы сравнения. Критериями необходимости проведения лечения у этих детей были симптомы отечного синдрома различной степени: появление пастозности век по утрам, мочевого (следовой протеинурии, оксалурии, микрогематурии) и синдрома интоксикации. В ходе диспансерного наблюдения при патологических состояниях, приводящих к «окислительному стрессу» (ОРВИ, пневмония, отит, пиелонефрит) проводился курс противорецидивной антиоксидантной, мембраностабилизирующей терапии на фоне лечения основного заболевания. Курс противорецидивного лечения состоял из димефосфона, вводимого перорально из расчета 50 мг/кг массы тела в сутки в течение 5 дней и витамина Е из расчета 10 мг/кг массы тела на курс лечения внутрь в течение 5 дней. Базисное лечение включало этиопатогенетическое и посиндромное лечение а так же, состав её определялся степенью тяжести нарушений функций почек и глубиной метаболических нарушений в организме. У 3 из 15 новорождённых основной группы наблюдения, перенесших легкую

степень отёчного синдрома в неонатальный период на первом году жизни 1-2 раза отмечались эпизоды инфекции мочевых путей, обусловленные дизметаболическими нарушениями на фоне простудных заболеваний (следовая протеинурия, оксалурия, микрогематурия), симптомы интоксикации. К 2,5-3 году жизни все дети с I степенью отечного синдрома, получившие в остром периоде курс антиоксидантной, мембраностабилизирующей терапии, не отличались по физическому развитию от здоровых детей, а проявления нефропатий, отмечавшиеся в неонатальном и грудном возрасте были полностью компенсированы. В то время как у детей контрольной группы, находившихся на «базисном» лечении, чаще отмечались проявления нефропатий до 3-4 раз за год на фоне пневмонии, ОРВИ и после перенесенных простудных заболеваний. К тому же у 50% детей этой группы выявлены нарушения осмоконцентрирующей и аммонио-ацидогенетической функций. Становление функций почек у новорожденных, получивших в неонатальном периоде димефосфон и витамин Е происходило значительно быстрее, чем у детей, находившихся на «базисном» лечении и к трехлетнему возрасту они, как и показатели физического развития, не отличались от таковых у здоровых детей. Существенно отставали в физическом развитии дети с отёчным синдромом II степени в неонатальном периоде, получившие «базис- терапию». Дети этой группы стали позже сидеть (к 10-11 месяцам жизни), самостоятельно вставать, придерживаться за барьер, стоять и опускаться (на 13-15 месяце жизни), на 6-10 месяцев позже стали ходить, чем дети, получившие в неонатальном периоде противорецидивное лечение с целью профилактики развития нефропатии. У последних быстрее исчезала пастозность век по утрам, отеки на ручках и ножках, санировалась моча, восстанавливалась осмоконцентрирующая и аммонио – ацидогенетическая функция. Положительный эффект отмечался и в физическом развитии этой группы детей (показатели соответствовали таковым у здоровых детей). В то время, как у 10 детей группы сравнения, перенесших в неонатальном периоде отечный синдром II степени и находившихся на “базисном” лечении, к годовалому возрасту 3-4 раза отмечались обострения нефропатии, сопровождающейся протеинурией, лейкоцитурией, салурией, симптомами интоксикации на фоне ОРВИ, пневмоний. У 8 детей этой группы к 2 годам жизни и у 5 детей к 3 годам жизни развился хронический пиелонефрит, обусловленный дизметаболическими нарушениями. Это были дети из семей с обменными нарушениями мочевой и щавелевой кислот. Наблюдаемые дети отставали в физическом развитии так как, у пяти из них отмечались признаки рахита, лобные, теменные бугры и килевидная грудная клетка – у трех детей, грудь сапожника и 0- и Х- образные нижние конечности у четырех детей. Более выраженные остаточные явления отмечались у детей, перенесших в неонатальном периоде отечный синдром III степени, обусловленных неонатальными нефропатиями. У всех 12 наблюдавшихся детей этой группы к годовалому возрасту часто (до 5-6 раз) отмечались простудные заболевания, пневмонии, омфалиты, гнойничковые заболевания кожи, на фоне которых выявлялись инфекции мочевых путей, дизметаболические нефропатии, пиелонефриты. Уже в раннем возрасте у детей обнаруживались симптомы задержки физического развития: незакрытие большого родничка, поздно начали сидеть, стоять при поддержке, ходить. У 5-х детей данной группы на 2 году жизни диагностированы рахитоподобные заболевания: фосфат – диабет, витамин Д-

зависимый рахит, у 2-х поликистоз почек, у 4-х мочекаменная болезнь и у 5-х дизметаболический хронический пиелонефрит. Среди детей рассматриваемой группы остаточные явления к концу 1-го года наблюдались у 75%, к концу второго года жизни – у 57,5%, а к концу 3 – го года жизни у 40% детей. В то время как среди больных новорожденных, получивших комплексное противорецидивное лечение, с целью профилактики хронизации, к годовалому возрасту 34% детей страдали нефропатиями, ко 2-му году жизни – 15,9% детей, а к 3-му году – лишь 6,8% дети. Это было более, чем в 5 раз меньше таковых у детей группы сравнения. Все 3 детей страдали наследственно обусловленными врожденными нефропатиями: дизметаболическим хроническим пиелонефритом (1 случай) и поликистозом почек (2 случая). Ранними проявлениями поражений почек у новорожденных от матерей с хроническими заболеваниями почек являются дисадаптационный синдром, проявляющийся отечным синдромом, патологической потерей массы тела, признаками внутриутробной гипотрофии, поражения ЦНС. Синдром дисадаптации при этом сопровождается нарушениями электролитовыделительной, осмоконцентрирующей, аммониоацидогенетической функций и клубочковой фильтрации почек. В основе этих нарушений функционального состояния почек лежат повышение процессов перекисного окисления липидов – фосфолипазной активности, диеновых коньюгат, угнетение антиоксидантной защиты клеток, нарушение структуры цитомембран, а именно фосфолипидного спектра. Эти изменения стабильности цитомембран предшествовали проявлениям клинической картины, что доказывает самостоятельную информативность биохимических показателей стабильности цитомембран. В поддержании стабильности структуры и функции цитомембран, процессов ПОЛ значительна роль димефосфона и витамина Е. Участие димефосфона как мембраностабилизатора и α-токоферола как антиоксиданта в процессах регуляции ПОЛ организма, делает их применение универсальным при нарушениях функций почек, вызванных различными причинами: будь то незрелость организма в целом и почек, в частности: гипоксические, ишемические нефропатии, микробно – воспалительные поражения почек. Однако, наилучший клинический эффект наблюдается у новорожденных с ишемическими дизметаболическими поражениями почек, а также при наслоении микробно-воспалительных поражений почек.

1. Дети от матерей с хроническими заболеваниями почек являются группой риска по развитию впоследствии нефропатий и нуждаются в проведении диспансерного наблюдения в течение 3 лет с целью ранней диагностики хронических поражений почек и своевременного проведения курса противорецидивного лечения.

2. Отдаленные положительные результаты диспансерного наблюдения: обследование и лечение детей, перенесших нефропатии в неонатальный период доказали эффективность своевременного проведения комплексного противорецидивного лечения.

Ключевые слова: дети, профилактика, нефропатии, противорецидивное лечение, неонатальный период.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕСТЕРОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

За последнее десятилетие отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваний желчного пузыря и желчных путей. Актуальной педиатрической проблемой становятся обменно-воспалительные заболевания билиарного тракта - желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и холестероз желчного пузыря. Распространенность ХЖП, по данным разных авторов, колеблется в чрезвычайно широких пределах (от 5,0 до 50,0%). В настоящее время очевиден количественный рост заболевания в детском возрасте. Однозначного ответа на причины увеличения частоты заболевания у детей практически всех возрастов, начиная с раннего, нет. ХЖП выявляется у каждого пятого ребенка с холелитиазом и достаточно часто является диагностической находкой при выполнении ХЭ. Согласно проведенным нами исследованиям, в большинстве случаев (60,5%) заболевание протекает бессимптомно и обнаруживается лишь при выполнении ультразвукового исследования ЖП. Диспепсические явления в виде тошноты, метеоризма, жидкого стула наблюдаются лишь у четверти больных детей (25,6%). Крайне редко определяются тянущие, ноющие боли в эпига-стрии и правом подреберье (11,6%); острые боли (2,4%). Оптимизация лечебной тактики холестероза желчного пузыря у детей с учетом особенностей клинической картины и морфологических изменений в стенке желчного пузыря. Под наблюдением находилось 66 детей с холестерозом желчного пузыря в возрасте от 1 года до 15 лет. Девочек было 30, мальчиков 36. Клиническая картина холестероза желчного пузыря у детей не имеет специфических симптомов, позволяющих заподозрить это заболевание до выполнения комплекса клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Холестероз желчного пузыря достоверно чаще встречается у мальчиков подросткового возраста с высоким уровнем физического развития. Наиболее информативными лабораторными методами исследования при диагностике холестероза желчного пузыря у детей являются нарушения белковых и липидных фракций сыворотки крови. Лабораторными маркерами холестероза желчного пузыря являются: увеличение уровня общего белка и Р-глобулиновой фракции в сыворотке крови в сочетании с повышенным уровнем общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, ЛПОНП и снижением ЛПВП в сыворотке крови. Наиболее частой формой холестероза желчного пузыря у детей является сетчатая форма с очаговым или диффузным распространением патологического процесса. Среди интраскопических методов исследования наиболее чувствительным и специфичным методом исследования при ХЖП является транабдоминальная ультрасонография выполненная в условиях снижения мощности работы ультразвукового аппарата, с доплерографическим исследованием в реальном времени. «Золотым» стандартом при диагностике ХЖП является эндоскопическая ультрасонография. Магнитно-резонансная томография позволяет дифференцировать холестероз желчного пузыря от конкрементов,

билиарного сладжа и истинных полипов желчного пузыря, но является малоинформативным методом определения различных форм холестероза желчного пузыря у детей, включая полипозную. Диагностический алгоритм холестероза желчного пузыря включает выполнение биохимических методов исследования сыворотки крови с определением белковых и холестериновых фракций; определение генетических маркеров по системе HLA; выполнения трансабдоминальной ультрасонографии и магнитнорезонансной томографии. Среди болезней почек врожденного, наследственного и приобретенного характера большую группу составляют ГП. Правда, в отличии от инфекции мочевой системы, которая в настоящее время стала не только нефрологической, но общепедиатрической проблемой, ГП - болезни, которые должен лечить именно педиатр-нефролог. Среди ГП существенное место занимают наследственные и врожденные. Приобретенные ГП чаще имеют характер иммунного воспаления, поэтому обычно называются ГН. Морфологический вариант ГН необходимо определить и у ребенка, у которого выражен НС. При этом в некоторых случаях при нефробиопсии могут быть выявлены изменения не воспалительного характера, что все чаще отмечается в последние годы, когда генетически детерминированная нефрологическая патология стала весьма существенной в педиатрической нефрологии.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холестероз желчного пузыря.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Касимова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Гипертония - трудное для диагностирования заболевание. Ее симптомы, особенно на начальной стадии, схожи с обычным переутомлением и хронической усталостью. При поздней диагностике болезнь уже не поддается лечению и протекает с осложнениями. Еще одна причина проблем в диагностике - синдром белого халата. Он возникает у людей при посещении врача. Синдром может перерасти в отдельную болезнь, если игнорировать симптомы и не предпринимать мер. Наряду с заболеваниями сердца и почек для гипертонической болезни очень характерны церебральные расстройства. Выражаются они в различных типах нарушения мозгового кровообращения, начиная от легких гипертонических кризов и кончая самым тяжелым поражением – инсультом. Среди летальных исходов при гипертонической болезни количество случаев смерти вследствие расстройства мозгового кровообращения стоит на первом месте после случаев смерти от поражения сердца. Помимо многочисленных неврологических нарушений, связанных с тем или иным типом расстройства мозгового кровообращения (более или менее стойкие очаговые поражения в виде парезов, параличей, изменений чувствительности, афазий, апраксий и т.д.), для гипертонической болезни характерны и разнообразные психические нарушения – так называемые гипертонические психозы. Психопатологические явления, возникающие вследствие гипертонической болезни, могут встречаться при любых формах и стадиях заболевания. Изучить клинические особенности течения ЦВБ, в т. ч. психоэмоциональные расстройства, и эффективность анксиолитической терапии у больных с АГ на амбулаторном приеме, получающих гипотензивную терапию. Под наблюдением находилось 150 человек с АГ в возрасте 35–65 лет (мужчин - 59, женщин - 91). Длительность АГ составляла в среднем 12,0±3,6 года. У 33 больных (22,0%) была диагностирована I степень АГ, у 93 (42,0%) - II степень, у 34 (36,0%) - III степень. На фоне приема гипотензивной терапии у 90 (60%) человек давление было не выше 140/90 мм рт. ст. У 60 (40%) исследуемых отмечалась повышенная «внутривизитная» вариабельность АД. По данным литературы, она обычно составляет от 10 до 20% от среднего АД по данным СМАД со значительными индивидуальными отклонениями. Считается повышенной вариабельностью САД 15–20 мм рт. ст., ДАД - 14 мм рт. ст. [9, 10]. Анализ данных СМАД до приема выявил большой диапазон вариабельности САД и ДАД у обследованных пациентов. Так, у 27 (60%) пациентов отмечалась повышенная вариабельность САД, в целом по группе ВСАД была 18,6±4,1 мм рт. ст. Повышенная вариабельность ДАД отмечалась у 18 (20%) пациентов и составила в целом по группе 14,1±3,5 мм рт. ст. При неврологическом осмотре выявленные синдромы соответствовали критериям постановки диагноза хронической цереброваскулярной недостаточности, клиническим ядром которых были когнитивные и психоэмоциональные расстройства, что обусловлено единством патогенетических факторов. КР являются одним из проявлений поражения головного мозга как органа-мишени при АГ. При I стадии ХИМ, которая была диагностирована у 105 (70,0%)

пациентов, выявлялась рассеянная неврологическая симптоматика в виде нарушения конвергенции, легкой асимметрии носогубных складок, девиации языка, анизорефлексии. У пациентов отмечались легкие КР, которые носили субъективный характер в виде нарушения концентрации внимания, трудности переключения с одного вида деятельности на другой, рассеянности. По результатам тестирования с применением шкалы тревожности Спилбергера - Ханина и шкалы тревоги и депрессии Гамильтона выявлялся астенический синдром, для которого было характерно сочетание астенической симптоматики с выраженной психической истощаемостью, явлениями раздражительности, слабости, гиперестезией, поверхностным сном. Для лечения гипертонических психозов показаны препараты фенотиазинового ряда, из которых применяется, в частности, тизерцин, в некоторых случаях (при резком возбуждении, стойких бредовых идеях, выраженном аффективном напряжении) - аминазин (хлорпромазин). Однако при введении этих препаратов надо помнить о возможном очень быстром гипотензивном эффекте вплоть до ортостатического коллапса, поэтому вводить их необходимо с большой осторожностью, под контролем артериального давления. При острых сосудистых психозах, протекающих с состоянием спутанности, показаны ноотропные препараты, которые также применяются и при развитии психоорганического синдрома. Для предупреждения развития нервно-психических расстройств при гипертонической болезни принимают меры по предотвращению возникновения основного заболевания.

Ключевые слова: гипертония, тизерцин.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Курьязова Ш.М., Илхомова Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кашель принято классифицировать по длительности (острый, подострый, или затяжной, и хронический). Острый кашель длится от 1 до 3 нед, затяжной - более 3 нед. Мнения о сроках, когда кашель становится хроническим, расходятся: диапазон колебаний охватывает сроки от 3 до 12 нед. Американские коллеги считают хроническим «ежедневный кашель, продолжающийся более 4 недель у детей и более 8 недель у взрослых». Кашель может быть продуктивным (влажным) или непродуктивным (сухим). Если кашель является неотъемлемым симптомом конкретной болезни, то его называют специфическим. Кашель как изолированный симптом считается неспецифическим. Причины кашля весьма разнообразны. Традиционно он ассоциируется с патологией органов дыхания, но может быть и нелегочного происхождения. В большинстве случаев острый кашель у детей связан с острыми респираторными вирусными инфекциями, которыми дети болеют значительно чаще, чем взрослые. Острый кашель также является симптомом острого бронхита, пневмонии, плеврита, а иногда и аспирации. Аспирация инородного тела в дыхательные пути возможна в любом возрасте, однако чаще происходит у детей раннего возраста, особенно - у мальчиков. Попадание инородного тела в дыхательные пути сопровождается кашлем в 70% случаев. Другие респираторные симптомы наблюдаются значительно реже: ослабленное дыхание - у 53%, свистящее дыхание - у 45%, эпизод удушья - у 32-51% детей. Причинами затяжного кашля у детей являются перенесенные респираторные вирусные инфекции, коклюш, микоплазменная инфекция, патология верхних дыхательных путей. Постинфекционный кашель, как правило, связан с развитием гиперреактивности стенок бронхов, с повышенной секрецией мокроты и нарушением мукоцилиарного клиренса. Именно в этом случае возникают наибольшие диагностические проблемы. Изучения длительного кашля у детей школьного возраста. Нами было обследовано 60 детей в возрасте от 12 до 18 лет которые, обратились в Городской Подростковый Диспансер по поводу длительного кашля (кашель более 2 месяцев). В работе были использованы клинические, инструментальные, лабораторные и статистические методы исследования, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, консультация Лор-врача, аллерголога и по необходимости невропатолога. Поданным нашего исследования преобладание мальчиков (62,2%) среди наблюдаемых больных с длительным кашлем в соотношении 2:1, что соответствует известной закономерности о более высокой распространенности бронхолегочной патологии среди лиц мужского пола. Нозологическая структура сочетанной патологии впервые был выявлен у 56,5% детей, а у 43,5% детей заболеваний (уточненные диагнозы) после углубленного обследования существенно отличалась от диагнозов при поступлении и была представлена следующим образом: Рецидивирующий бронхит(РБ)-34% и респираторный аллергоз - 25,5%, Хронический тонзиллит -40,5%, Рецидивирующий обструктивным бронхит(РОБ) и хронический отит с аллергическим ринитом - 7,7% и аллергическим синуситом - 12,1%, РОБ и пищевая аллергия 15%,РБ и атопический дерматит 12,8%. А также в ходе нашей работы было распределение

детей по возрасту в зависимости от продолжительности кашлевого симптома. Во всех возрастных группах преобладало затяжное течение кашля, нежели хроническое, в соотношении 2:1. Однако судить о факте реже встречаемого хронического течения кашля, достаточно сложно. Данный результат зависит от множества различных причин: от сроков обращения матери в стационар за помощью, от правильно проводимой или наоборот, не проводимой амбулаторной терапии, от сроков установления точного диагноза и соответственно назначенной специфической терапии и т.д. Интересный факт было проанализировано что, среди подростков 16-18 лет 25% курящие длительностью от 6 месяцев до 1 года и преобладало среди лиц мужского пола. Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям выявлена у 52 (88,0%). Таким образом, на длительный кашель влияет наследственная отягощенность по аллергически заболеваниям, сочетанные патологи Верхних и нижний дыхательный путей. Несвоевременное обращение родителей на кашель ребенка и самолечение на дому в одних случаях неправильный образ жизни (раннее, пассивное курение).

Ключевые слова: кашель, атопический дерматит, респираторный аллергоз.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Норалиев И.

Андижанский государственный медицинский институт

Профилактика железодефицитных состояний у детей и подростков представляет собой весьма актуальную проблему педиатрии, особенно на первом году жизни. При этом очень важно повышать осведомленность врачей-педиатров и родителей о возможной скрытой недостаточности железа для того, чтобы гарантировать как можно более раннее начало лечения у всех детей. Целенаправленную и эффективную профилактику ЖДА можно осуществить в том случае, если проводить ее в первую очередь среди детей повышенного риска по развитию сидеропенических состояний. Важным направлением профилактики железодефицитного состояния является правильная организация прикорма, включающая своевременное введение в рацион продуктов, содержащих значительное количество железа, и в первую очередь, специализированных продуктов, обогащенных железом. Препаратом выбора для проведения специфической профилактики ЖДА является представитель железо (III) – гидроксид-полимальтозного комплекса - Мальтофер. Для проведения метаболической коррекции с целью профилактики и лечения ЖДА у детей первого года жизни назначаются липамид, пантотенат кальция, витамины группы В и Е. Изучить пути профилактики железодефицитной анемии среди детей. Как показали наши наблюдения, уже на 5-7 день приема препарата происходило максимальное увеличение содержания железа в сыворотке и интенсивное повышение уровня гемоглобина на фоне хорошей переносимости. Исследование уровней гемоглобина и сывороточного железа у беременных на фоне ферропрофилактики показало положительную динамику интенсивного увеличения концентрации железа в сыворотке крови и значительный рост уровня гемоглобина, что не происходло у беременных сравниваемой группы, которым проводилась превентивная профилактика ДЖ. Следует отметить, что после отмены препарата, спустя месяц, содержание сывороточного гемоглобина оставалось на высоком уровне, что свидетельствует о стабильности и депо железа в организме женщины - матери в постнатальном периоде. Доказательством ликвидации эндогенного дефицита железа явились результаты исследования содержания сывороточного железа и гемоглобина у новорожденных от матерей, которым, проводилась ферропрофилактика, что представлено в таблице 3, в которой показаны данные высокого уровня гемоглабина. 2 группа - новорожденные дети от матерей, не получавших ферропрофилактику, железа и гемоглобина у детей от матерей, получавших препараты железа, в пределах нормальных величин, эти показатели сохранялись и на 30-й день жизни ребенка. Таким образом, профилактика и лечение ЖДА у детей первых 12 мес жизни имеют свои особенности ввиду ряда физиологических отличий у данного контингента пациентов, а именно высокой интенсивности обменных процессов и незрелости анатомических структур, о чем следует помнить практикующему педиатру для своевременного выявления ЖДА и выбора правильной тактики ее лечения.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, железа, железо(III) – гидроксид.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАХИТА У ДЕТЕЙ

Рахманова Л.К., Иминов К.О., Каримджанов И.А.
Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день рахит занимает один из главных проблем детского населения. Клинические проявления рахита многообразны и зависят от периода, степени тяжести и характера течения заболевания, но обязательным является поражение костной системы. Известно, что в процессе роста ребенка в разные возрастные периоды темпы роста различных отделов скелета неодинаковы. В первые месяцы жизни особенно интенсивно растут кости черепа, во втором полугодии − грудная клетка, *в возрасте 12-18 месяцев – длинные трубчатые кости*. Несмотря на многочисленные исследования, современных методов диагностики и подходов лечение, рахит остается актуальным вопросом в педиатрии и является медико-социальной проблемой. В этом плане уделяет серьезное внимание симптомы остеомаляции, а именно (вальгусное искривление ног) при рахите у детей. Сегодня в мире применяют разных методов лечение рахита, в том числе электрофорез, лечебный массаж и др. Повседневной наших клинических наблюдений подтверждает, что один из эффективных методов лечения рахита является ультразвуковое терапия, так как ультразвуковые волны глубже проникает в организм а именно в костную ткань, которое наибольшее поглощает ультразвуковых волн. Исследования явилось изучение эффективность применения ультразвуковой терапии при лечении вальгусных искривлений ног при рахите у детей. По нашему опыту было проведено ультразвуковое терапия в течение 1 месяца на 10 пациентах в возрасте от 1 до 4 год (6 девушек и 4 мальчиков) с диагнозом рахит с выраженными вальгусными (7- Х-образные, 3- О- образные) искривлениями ног. По истории развития ребенка тщательно было изучено заболеваемость и анамнез жизни. При изучении заболеваемости больных детей было выявлено: анемия-7 (70,0%), запор-6 (60,0%), недоношенность-3 (30,0%), целиакия- 1 (10,0%). Все пациенты ранее с 3±1,5 месячной давности получали электрофорез терапию в среднем 15±4,7 сеансов, результат было мало эффективным. Ультразвуковые сеансы проводились на аппарате BTL-4000 SMART, с ультразвуковым излучателем 5см^2. курс лечения составляло 10 дней. Режим работы аппарата: редукционные изменение; доза: первый день 1,0 Вт/см^2 последующем повышения до 1,4 Вт/см^2 в среднем 1,2 Вт/см^2; мощность: 3Мгц (1Мгц, у 3-х- больных > 3 лет, учитывая старший возраст и выраженность подкожно-жировую клетчатку); Коэффициент заполнения: 25%; Время экспозиции: первый день 5 минут последующем с увеличением до 8 минут в среднем 6,5минут. После каждого сеанса пациенты получали ортопедический массаж с парафином. Время массажа составляла в среднем 20±5 минут. Учитывая возраст и выраженность вальгусных искривления ног, курс лечению проводили через 10-15 дней. Эффект от лечения было хорошо заметно у пациентов младшего возраста (до 1,5 года) и не требовало повторных курсов терапии. Шестерым пациентам старшего возраста (от1,5 до 4 лет) с выраженными вальгусными искривлениями ног, было проведено дополнительные курсы ультразвуковой терапии с промежутками 10дней, кроме этого, проводилась медикаментозная лечения которое включала: капли Вигантол и препараты кальция. Для оценки эффективности данного метода, кроме субъективных оценок (жалобы, визуальное изменения, сон, бодрствование, аппетит и т.д), всем пациентам предварительно и после терапии, было проведено биохимическое

исследование крови с определением уровня кальция, щелочной фосфатазы и уровень гемоглобина. Статистическая обработка проводили по методу Парной t-критерий Стьюдента для зависимых совокупностей**.** Перед проведением ультразвуковой терапии в составе комплексной лечении у больных детей среднее время длительности суточного сна составляло 639.±21.6242.3±32.8 МЕ/л, Уровень кальция крови было 1.8±0.064 ммоль/л и уровень гемоглобина 103.1±4.6 г/л. После ультразвуковой терапии среднее время длительности суточного сна увеличилась до 717±18.5 минут, так же повысились среднее показатели уровня кальция крови 1.9±0.07 ммоль/л и гемоглобина 107.6±5.128 г/л, кроме этого снизалась средний уровень щелочной фосфатазы 278.8±31.7 МЕ/л. Увеличился средний показатели веса пациентов 11512±462.4 грамм. Известно, что при электрофорезе вводимые вещества проникают на небольшую глубину. Принято считать, что за счет собственно электрогенного движения во время процедуры лекарства могут достигать лишь подкожного *жирового слоя***.** Глубокому проникновению вводимых постоянным током веществ препятствуют сложная мембранная структура кожи и ее электрохимическая активность, наличие свободных высокоподвижных ионов в поверхностных тканях, выраженная поляризация в коже, а также связывание вводимых лекарств полиэлектролитными структурами кожи. Исследования, проведенные в лаборатории ортопедической био-инженерии научно-исследовательского института показали, что воздействие сфокусированного ультразвука средней интенсивности (1,0 Вт/см^2) на остеобласты, известные как клетки, формирующие костную ткань, стимулирует подвижность клеток и вызывает высвобождение кальция - процесс, который способствует их росту. Преимуществами ультразвуковой терапии является такие как:

- нарушения микроокружения клеточных мембран в виде изменения градиентов концентрации различных веществ около мембран, изменение вязкости среды внутри и вне клетки.

- изменения проницаемости клеточных мембран в виде ускорения обычной облегченной диффузии.

- активация перекисно- окисленных липидов (ПОЛ), выброс в кровь биологических аминов, адренокортикотропного гормона (АКТГ), кортизола, простагландинов А2.

- возрастает экскреция липидов и хлоридов, увеличивается потоотделения, диурез, снижается pH кожи, преобладают катаболические процессы, активизируется моторные функции ЖКТ.

1. У детей лечения вальгусных искривление ног при рахите с помощью ультразвука высоко эффективно, которое проявляется снижением средний уровень щелочной фосфатазы в крови, увеличением среднего времени длительности суточного сна, повышением средних показателей уровня кальция, гемоглобина в крови, и увеличением средний показатели веса пациентов, по сравнению электрофорезной терапии.

2. У детей костная ткань имеет высокую коэффициент поглощение по отношению ультразвуковых волн, которое дает возможность широкое применение ультразвуковой терапии в комплексной лечении рахита у детей.

3. Ультразвук положительно действует на остеобласты, стимулирует подвижность остеобластов и вызывает высвобождение кальция - процесс, который способствует их росту и предотвращает развитию остеопороза.

Ключевые слова: рахит, ультразвуковой терапии.

БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМА ВА АЛЛЕРГИК РИНИТ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УЧРАШИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Саидхонова А.М.
Тошкент тиббиёт академияси

Аллергик касалликлар ўтган ўн йил ичида барча мамлакатларда асосан болалар орасида сезиларли даражада ортди, бу касалликларнинг тарқалишига табиий-иқлим, экологик шароит, урбанизация ва муайян минтақа ёки мамлакатнинг ижтимоий-иқтисодий ривожланиш омиллари ва бошқалар сезиларли даражада таъсир кўрсатди. Сўнгги 10-15 йил давомида Ўзбекистонда ўтказилган эпидемиологик маълумотларга кўра, аҳоли орасида аллергик касалликларнинг учраш даражаси 3 баробардан ортиқ кўтарилган. Тошкент вилояти ҳудудларида яшовчи болалар орасида бронхиал астма ва аллергик ринит касалликларнинг учраш частотаси анкета ёрдамида аниқланди. Экологик омилларнинг салбий таъсири кучайган ҳудудларда яшовчи болаларда бронхиал астма ва аллергик ринит учраш частотасини ва хавф омилларини аниқлаш. Тошкент вилоятининг ноқулай ҳудудларида яшовчи болалар орасида бронхиал астма ва аллергик ринит белгиларининг тарқалиши анкета ёрдамида аниқланди. 2015-2019-йилларда Тошкент вилояти худудлари бўйича ноқулай ташқи омилларнинг таъсири хаво, сув ва тупроқ таркибини ўрганиш орқали баҳоланди. Болаларда атопик патология белгиларини аниқлаш мақсадида (бизни худудимизга мослаштирилган ва ўзгартирилган халқаро) ISAAC анкетаси ёрдамида сўровнома ўтказилди. Биз Тошкент вилоятининг саноат худудларида (Ангрен, Олмалиқ, Чирчиқ) яшовчи 5500 нафар, 2-5 ёш, 7-8 ва 13-14 ёшдаги болалар орасида 2016-2018 йиллар даврида сўровнома ўтказдик. Тошкент вилояти мактаб ўқувчилари орасида бронхиал астма ва аллергик ринитнинг тарқалганлигини ўрганиш бу болаларни (n=5500) ёппасига анкета ёрдамида савол жавоб қилиш орқали амалга оширилди. Биринчи босқичда-Тошкент вилоятининг саноат худудларида (Ангрен, Олмалиқ, Чирчиқ) яшовчи болаларда атопик патологиянинг учраш частотаси ва хавф омилларини ўрганиш мақсад қилиб қўйилди. Бу босқичда, атопик патологияга гумон қилинган яъни анкета саволларига кўп ижобий жавоблар берган 1878 нафар (34,1%) болалар кейинги текширув учун танлаб олинди. Улар орасида бронхиал астма ташхисига гумон қилинган болалар сони 1210 нафар (64,4%) ва аллергик ринитга гумон қилинган болалар сони 668 нафарни (35,6%) ташкил қилди. Тадқиқотнинг иккинчи босқичида бронхиал астма ва аллергик ринит белгилари бўлган (ташхисига гумон қилинган) 1878 та боладан аллергиянинг “эҳтимолий мавжудлиги” га аниқлик киритиш мақсадида чуқур (клиник-лаборатор-инструментал) текширувлар ўтказилди. Ҳар томонлама текширувлар тугаганидан сўнг бронхиал астма ва аллергик ринит ташхис n=550 (29,28%) нафар болада тасдиқланди. Иккинчи босқич текширув ишлари Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасининг болалар аллергология бўлимида олиб борилди. 550 нафар ташхис тасдиқланган болаларнинг - 326 нафари (59,2%) бронхиал астма ташхиси билан (булардан 140 нафар бемор бола интермиттирловчи БА, 94 нафар бемор бола– енгил персистирловчи БА, 94 нафар бемор болада– ўрта оғир персистирловчи БА) ва 224 (40,8%) нафарида аллергик ринит (булардан 146 нафар бемор бола интермиттирловчи аллергик ринит, 78 нафар бемор бола– енгил персистирловчи аллергик

ринит). Гуруҳлар жинси, ёши ва касаллигининг оғирлик даражаси бўйича тақсимланди. Унга кўра БА касаллигини кўрсатгичлари ўртача ёши, йилларда 6,21±1,9; 2-5 ёш 34,5%; 5-12 ёш 46,3%; 12-18 ёш 19,1%; оғирлик даражаси – интермиттирловчи 42,4%; енгил персистирловчи 28,8%; ўрта оғир персистирловчи 28,8% ташкил этди. БА билан касалланган болаларнинг яшаш жойи ва ёши бўйича тақсимланиши- Ангрен шаҳрида 5 ёшгача 2,7%; 7-8 ёш 5,6%; 13-14 ёш 4,3%. Олмалиқ шаҳрида 5 ёшгача 2,1%; 7-8 ёш 4,5%; 13-14 ёш 3,3%. Чирчиқ шаҳрида 5 ёшгача 1,7%; 7-8 ёш 3,8%; 13-14 ёш 3,1% ни ташкил этди. Болаларда АР касаллигини кўрсатгичлари ўртача ёши, йилларда 3,1±0,1; 2-5 ёш 67,7%; 5-12 ёш 21,1%; 12-18 ёш 11,0%; оғирлик даражаси – интермиттирловчи 65,2%; енгил персистирловчи 34,8%; ташкил этди. АР билан касалланган болаларнинг яшаш жойи ва ёши бўйича тақсимланиши- Ангрен шаҳрида 5 ёшгача 4,7%; 7-8 ёш 1,6%; 13-14 ёш 0,7%. Олмалиқ шаҳрида 5 ёшгача 4,1%; 7-8 ёш 1,2%; 13-14 ёш 0,6%. Чирчиқ шаҳрида 5 ёшгача 5,9%; 7-8 ёш 1,8%; 13-14 ёш 0,9% ни ташкил этди.Олиб борилган тадқиқотлардан кўриниб турибдики БА барча худудларда 7-8 ёшдаги болалар орасида энг кўп тарқалган. Яшаш худуди бўйича тақсимланишида эса Ангрен шаҳрида яшовчи болалар орасида хар бир ёшда БА нинг бошқа худудларга нисбатан энг кўп тарқалганлиги аниқланди. Ангренда металлургия саноатининг бир тармоғи мавжуд бўлиб, у ерда кўп миқдорда алюминий тупроққа чиқарилади. Аллергик ринит барча худудларда 5 ёшгача бўлган болалар орасида энг кўп учради. Яшаш худудлари бўйича тақсимланганда эса Чирчиқ худудида яшовчи болалар орасида ҳар қайси ёш гуруҳида аллергик ринитнинг бошқа худудларга нисбатан энг кўп учраши аниқланди. Чирчиқ шаҳрида кимё саноати учун технологик ускуналар ишлаб чиқарадиган "Ўзнефтегазмаш" МЧЖ йирик саноат холдинг компанияси бўлиб, бу ерда атмосферага хлор буғининг даврий чиқарилиши кузатилмоқда. БА 5-12 ёшда, жинси бўйича қиз болаларда ва аллергик ринит асосан 2-5 ёшда, 65% қиз болаларда энг кўп учради. Шундай қилиб, Тошкент вилоятида (Ангрен, Олмалиқ, Чирчиқ) атопик касалликларнинг бронхиал астма ва аллергик ринит учраш частотаси йилдан йилга болалар орасида барқарор ортиб бормоқда. Расмий статистика ва эксперт маълумотлари ўртасидаги фарқнинг кузатилиши бу ҳудудларда атопик касалликларнинг тарқалишини аниқлаш учун чуқур тадқиқотлар ўтказиш зарурлигини кўрсатади.

Таянч сўзлар: болалар, аллергик касалликлар, бронхиал астма, аллергик ринит, тарқалиши, экология таъсири.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Сахибова М.Дж.

Андижанский государственный медицинский институт

Важность изучения психических расстройств у подростков достаточно актуальна на сегодняшний день. Особенно при обнаружении отчетливой тенденции к росту проявлений и формированию новых форм отклоняющегося поведения в подростковом возрасте. Возникает нарастание распространенности коморбидных форм отклоняющегося поведения и их влияние на процессы социальной дезадаптации подростков. Происходящая трансформация доминирующих «идеологических» течений в молодежной субкультуре влияет на общие тенденции поведения несовершеннолетних. Различные формы проблемного поведения подростков имеют одно общее свойство - группироваться, поэтому подросток, совершающий одно из деяний, с большей вероятностью может быть вовлечен и в другие проступки. Снижение уровня социальных гарантий для детей в жизненно важных сферах духовного и физического развития; отход школы от детей с трудными судьбами; резкий поворот в ценностных ориентациях общества - все это усиливает влияние асоциальных и криминальных групп в подростковой микросреде. Подростки с девиантным поведением являются своего рода отражением макросоциальной ситуации. Преобразования в социуме трансформировали, а в ряде случаев и практически разрушили ранее существовавшие представления о норме в поведении. Заключалась в установлении клинико-трансформационных закономерностей отклоняющегося поведения у подростков разных поколений. Для исследования патоморфоза отклоняющегося поведения у подростков амбулаторного контингента было сформировано две группы. Первая представляла собой данные полученные от 152 подростков (79 юношей и 73 девушки) в возрасте 15-17 лет, которые прошли клиническое обследование на базе поликлиники АОПНД. Для исследования патоморфоза отклоняющегося поведения у подростков, получавших амбулаторную помощь у психиатра, нами было клинически обследовано и проведено сравнение двух групп подростков с поведенческими нарушениями. Первая группа представляла собой данные полученные от 152 подростков 15-17 лет, которые были обследованы в амбулаторном отделении Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей. Вторая группа набиралась из архивных данных. Были проанализированы 147 историй болезни пациентов родившихся в период с 1970 по 1979 годы и наблюдавшихся в подростковом возрасте амбулаторно у психиатра по поводу расстройства поведения. Данный временной период был выбран постольку, поскольку средний интервал между поколениями составляет 25 лет. Что касается уходов из дома и бродяжничества, то современные подростки уходили из дома раньше, чаще и на более продолжительное время по сравнения с предыдущим поколением.И регистрировалась данная форма отклоняющегося поведения больше у современных подростков - 78,9% человек, чем у подростков прошлых лет - 48,3%. Полученные в результате исследования данные могут быть использованы и уже нашли частичное применение в мероприятиях по повышению эффективности лечебно-реабилитационной помощи детско-подростковому населению. Изучение трансформации клиники отклоняющегося поведения у подростков повышает возможности дифференциальной диагностики данных расстройств. Возникает возможность спрогнозировать социальные последствия и диагностические проблемы, которые имеются на современном этапе развития подростковой психиатрии, а так же сориентироваться в тактике лечения и экспертизе поведенческих нарушений у подростков.

Ключевые слова: психическая расстройства, физического развития.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ НА НОРМАЛИЗАЦИЮ ПРО-И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Султанов З.Ф., Шамсиев Ф.М., Мусаходжаева Д.А., Файзуллаева Н.Я.

Андижанский государственный медицинский институт,
РНПМЦП, Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

Повышенная частота воспалительных заболеваний и наличие хронических воспалительных процессов респираторного тракта сопровождают нарушения иммунологической реактивности. Важнейшими медиаторами межклеточных взаимоотношений в иммунной системе являются цитокины. Дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов приводит к нарушению противоинфекционной защиты и к хронизации патологического процесса. Полиэтиологичность и многофакторность иммунных нарушений, формирующихся при развитии ХБ требует особого подхода и разработки комплексной программы реабилитации. Целью явилось изучение динамики содержания сывороточных цитокинов (TNFα, IFNγ и IL-4) у детей с обострением хронического бронхита в результате комплексной терапии с включением Полиоксидония. Обследованы 48 детей с хроническим бронхитом в возрасте от 7 до 14 лет, находившихся в отделении пульмонологии Андижанского областного многопрофильного медицинского детского центра, которые составили 2 группы: 1-я гр.- 20 больных с традиционным лечением; 2-я гр.- 28 детей, комплексному лечению которых был подключен Полиоксидоний. Иммунологическое обследование проводилось до лечения, через месяц и через 3 месяца после лечения. Контрольная группа -18 практически здоровых детей того же возраста. Уровень IFNγ, IL-4, TNFα в сыворотке крови определяли методом ИФА (ООО «Цитокин»,С.Пб.). Анализ преморбидного фона больных показал у больных детей наличие анемии (52,7%), атопический дерматит (29%). Бактериально-вирусная инфекция (89,6%) предшествовала обострению хронического бронхита. Задержка физического развития наблюдалась у 15,4% больных детей. Было выявлено, что уровень TNFα был почти в 3 раза выше значений контрольной группы. В то время как уровень IFNγ в 1,9 раза был ниже контрольных значений. Уровень IL-4 у больных детей был выше контрольных значений в 3 раза ($P<0,001$). Лечение с включением иммунокорригирующего препарата Полиоксидоний через 1 месяц привело к значительной коррекции уровней изученных цитокинов. причем более выраженная динамика наблюдалась относительно интерферона-γ ($P<0,01$). Анализ полученных результатов через 3 месяца в группе детей, которым в комплексную терапию был подключен Полиоксидоний, показал положительную динамику не только клинических параметров, но и изученных показателей иммунной системы. Таким образом, применение в комплексной терапии иммуномодулирующего препарата индуцирует структурные изменения в состоянии иммунной системы и тем самым приводят к уменьшению частоты заболеваемости; снижению числа детей, относящихся к группе часто и длительно болеющих; снижению длительности и облегчению тяжести заболевания, практически отсутствие побочных эффектов. Возможность оказывать активирующее воздействие на различные типы иммунитета (врожденный и адаптивный иммунный ответ) позволяют считать данный комплекс эффективным на сегодняшний день с мультинаправленным механизмом действия.

Ключевые слова: Бактериально-вирусная инфекция, цитокины, атопический дерматит.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТАМИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ГРУППЫ

Тураева Н.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

Использование глюкокортикоидной и цитотоксической терапии в сочетании с гепарино-терапией не гарантируют успеха и приводят к осложнениям, особенно в детском возрасте. Следовательно, поиск препаратов, снимающих токсическое воздействие иммунодепресантной терапии продолжает оставаться актуальной медико-социальной проблемой. Что явилось причиной изучить особенности антиоксидантной терапии с целью оптимизации патогенетического лечения хронического гломерулонефрита у детей. Наряду с этим патогенетическая терапия при гломерулонефрите чревата осложнениями, связанными в конечном итоге с нарушением клеточной стабильности и требует коррегирующей антиоксидантной терапии. Определить эффективность и показания к назначению антиоксидантной терапии у детей больных хроническим гломерулонефритом. По данным популяционных обследований среди детей острый гломерулонефрит встречается в 1,1%, хронический - в 0,4% [Шабалов Н.П., 2007]. Гломерулонефрит у детей имеет тенденцию к росту с развитием хронической почечной недостаточности. Высокая температура до 41 градусов и выше до 110 дней в году, при низкой относительной влажности воздуха до 20% в Узбекистане приводит к адаптивным сдвигам в почках. Повышается активность перекисного окисления липидов (ПОЛ), увеличивается концентрация свободных радикалов в результате длительного воздействия происходит истощение антиоксидантов. Согласно современной концепции патологические процессы реализуются на клеточных мембранах, вызывая нарушение структурно-функциональной организации, вплоть до полной деструкции. Использование глюкокортикоидной и цитотоксической терапии в сочетании с гепаринотерапией не гарантируют успеха и приводят к осложнениям, особенно в детском возрасте. Следовательно, поиск препаратов, снимающих токсическое воздействие иммунодепресантной терапии продолжает оставаться актуальной медикосоциальной проблемой. Исследованию были подвергнуты 48 больных хроническим гломерулонефритом нефротической формой (ХГН). Группой контроля служили 31 практически здоровых детей того же возраста, с неотягощенной в отношении нефропатий наследственностью. Определялось содержание общих липидов, холестерина, концентрация фосфолипидов денцитометром «Биан» по М.Х. Туракулову, фракции фосфолипидов тонкослойной хроматографии методом Э. Шталь в модификации В.И. Крылова и неэстерифицированных жирных кислот, активность перекисного окисления липидов, определялась показателем малонового диальдегида, активность фосфолипазы A^2 методом И.Ю. Стальной.,1977 г.). Для установления влияния климата на состояние мембран проведено исследование у здоровых детей. В результате в мембране летом установлено более высокое содержание лизофосфатидилхолина, наиболее токсичной фракции фосфолипидов. В активной стадии ХГН летом обнаружено наибольшее содержание малонового диальдегида как показатель высокой активности перекисного окисления липидов и сопровождался увеличением содержания лизофосфатидилхолина в клеточной мембранах. Повышение активности ПОЛ в летний период сопровождалось также высокой фосфолипазной активностью крови у больных нефротической формой ХГН в сравнении с зимним периодом. В связи с этим нами в комплексную терапию включен препарат Актовегин. Препарат выбран как антиоксидант, т.к. благодаря содержанию

супероксид-дисмутазе (72,8±7,1 ед\мл) отличается высокой антиоксидантной активностью по сравнению с другими антиоксидантами. Актовегин влияет на метаболизм клетки: повышается обмен высокоэнергетических фосфатов (АТФ); активируются ферменты окислительного фосфорилирования (пируват- и сукцинат-дегидрогеназы, цитохром С- оксидаза); повышается активность кислой фосфатазы и лизосомальная активность, повышается активность щелочной фосфатазы, ускоряется синтез углеводов и белков; увеличивается приток ионов калия в клетку, происходит активация калийзависимых ферментов: каталаз, сахараз, глюкозидаз; ускоряется распад продуктов анаэробного гликолиза – лактата и β-гидроксибутирата, нормализуя внутриклеточную стабильность и регенерацию. Преимущество терапии с включением антиоксиданта актовегина заключалось в том, что параллельно нормализации показателей малонового диальдегида и лизофосфатидилхолина произошло увеличение других фракций клеточных мембран, очевидно связанное со способностью актовегина уменьшать активность фосфолипаз. В отличии от больных, получавших только гепарин или в сочетании с преднизолоном, группа больных с введением в комплексную терапию актовегина в более короткие сроки (на 10±3 дня) нормализовалась клиника, биохимические параметры, включая коагулограмму. В связи с этим можно предположить, что переход мембранных липидов в нейтральные жиры плазмы является результатом катаболического действия ПОЛ на мембранный бислой, что подтверждается появлением в крови в период обострения до 8,42±0,26 нмоль/мг, по сравнению с ремиссией гломерулонефрита (4,36±0,47 нмоль/мг/ липидов, $p<0,01$) и с контрольной группой (5,8±0,26, $p<0,05$). Параллельно увеличению МДА в период обострения уменьшаются фосфолипиды в плазме до 7,3±1,21% по сравнению с контрольной группой (8,57±1,21%) С увеличением фосфатидилхолина в обострении (0,36±0,05 ммоль/л) увеличиваются показатели эфиров холестерина (49,7±3,4%) ($p<0,05$). Таким образом, на фоне выраженных клинических проявлений и мочевого синдрома у больных ХГН нефротической формой отмечается повышение интенсивности ПОЛ. В пользу такого предположения говорит и выявленная положительная связь МДА и ЛФ в период обострения ($r=0,476, p <0,05$). А в ремиссии происходит снижение его активности. Динамика спектра фосфолипидов с преимущественным накоплением в липидном бислое ненасыщенных фосфолипидов свидетельствует об отсутствии положительной динамики в состоянии цитомембран у больных ХГН с нефротической формой. Установлена положительная корреляция лизофосфатидилхолина и малонового диальдегида ($r=0,465$; $p<0,01$), отрицательная корреляция суммарных фосфолипидов и сфингомиелина ($r=0,661$; $p<0,01$), что свидетельствует о том, что при увеличении активности перекисного окисления липидов, повышается лизофосфатидилхолина и сфингомиелина на фоне уменьшения суммарных фосфолипидов. Обнаруженные нами соотношения в спектре фосфолипидов объясняются изменением скорости их окисления, благодаря которой в мембране происходит перестройка клеточного метаболизма в ответ на различные воздействия, теряется подвижность фосфолипидов, развивается мембранолиз, имеющее существенное значение в хронизации гломерулонефрита и развития почечной недостаточности. Проведенные исследования позволили пересмотреть тактику лечения нефропатий в соответствии с полученными результатами исследований, включить в комплексную терапию этапную коррекцию дестабилизации мембран актовегином. Наряду с этим патогенетическая терапия при гломерулонефрите чревата осложнениями, связанными в конечном итоге с нарушением клеточной стабильности и требует коррегирующей антиоксидантной терапии.

Ключевые слова: гломерулонефрит, нефротическая форма, антиоксидантная терапия.

ГИПОКСИЯ ЎТКАЗГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҲУЖАЙРА ИММУНИТЕТ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ

Турдиева Д.Э.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Перинатал патология ўтказган гўдаклар парваришни мукаммаллаштириш ва улардаги гормонал ривожланишни таъминлаш, сўнгги йиллардаги илмий изланишларнинг долзарб йўналишларидан бири бўлиб қолмоқда. Кўп марта ўтказилаётган текширишлар шуни кўрсатадики, ҳомиладорликнинг асоратли кечиши, ҳомиладор аёллардаги инфекцион, сурункали касалликлар, йўлдошдаги ўзгаришлар, ҳомиланинг патологик холатлари, ҳомилада фетоплацентлар қон айланишининг тўсатдан бузилиши, ҳомилада кислород алмашинувининг ўзгаришига ва ўткир асфиксия ёки мураккаб гипоксияни келиб чиқишига сабаб бўлиши кўпгина мутахассислар ишида ўз тасдиғини топган. Гўдаклар касаллиги ва ўлими орасида бу ҳолат асосий омиллардан бири бўлиб, кўп ҳолларда оғир соматик ва неврологик асоратлар ҳисобланган. Перинатал гипоксиянинг нафақат асаб тизимига, балки иммун тизимдаги ўзгаришларга ҳам салбий таъсири аниқланган. Инфекцион жараённинг қандай кечиши, касалликнинг енгил ёки оғир ўтиши, оқибати, Т- ва В - лимфоцитларнинг миқдор кўрсаткичларига, функционал фаоллигига боғлиқ эканлиги кўпгина илмий ишларда ўрганилган бўлиб, лекин гипоксия ўтказган чақалоқларда CD фенотипли лимфоцитлар иштирокида хужайра иммун кўрсаткичларидаги ўзига хос хусусиятлар, ўзгаришларни ўрганиш долзарблигича қолмоқда. Шундан келиб чиққан холда гипоксия ўтказган чақалоқларнинг иммунитет кўрсаткичларидаги холат, неонатал даврдаги динамикаси ўрганиш бизни излантирган муаммолардан бири бўлди. Гипоксия ўтказган чақалоқларда хужайра иммунитет кўрсаткичларининг динамикасини ўрганиш. Қўйилган вазифалар ечимини топиш учун гипоксияни бошидан кечирган 104 нафар чақалоқ текширувдан ўтказилди. Кузатув 1 сонли Тошкент Шаҳар Клиник Болалар Шифохонасининг (ШБКШ) реанимация ва жадал даволаш ҳамда чақалоқлар патологияси бўлимларида ўтказилди. Болалар ўз ҳаётининг 6-7 кунларида Тошкент шаҳри туғруқхоналаридан реабилитациянинг II босқичига қуйидаги ташхислар билан ўтказилди. Гипоксик ишемик энцефалопатия (ГИЭ) нейрорефлектор қўзғалувчанлик, гипертензион, талваса синдромлари, ҳомила ичи инфекцияси (ҲИИ) хавфи, анемия, ичаклар фалажи. Оналарнинг соматик, экстрагенитал касалликлари, акушерлик ва гинекологик анамнези ҳамда ҳомиладорликни, туғруқнинг кечиши, патологияси ўрганиб таҳлил этилди. Ўтказилган тадқиқотларни умумлаштириб, шуни таъкидлаш жоизки, ҳомиладорликнинг асоратли кечиши, учраётган гестозлар (66,6%), анемия (112%), ЎРВИ (74%), ФПЕ (46,3%) экстра-генитал касалликлар (23%), жинсий - пешоб йўллар инфекцияси (55,7%), туғруқдаги патологик ҳолатлар (66,6%), қоғоноқ сувларининг ифлосланиши (37%) асфиксия ва перинатал гипоксиянинг ривожланишига, ҳомила ички инфекцияларининг кучайишига, ҳамда иммунологик тизимда иммун танқисликга, натижада барча органлар дисфункциясининг келиб чиқишига сабаб бўлар экан. Юқорида изоҳланган барча кўрсаткичлар яна бир бор онадаги сурункали яллиғланиш касалликлари билан ўзаро боғлиқликни, яъни узоқ муддатли антиген таъсир ҳужайра фагоцитлар тизимининг фаоллашувига ёрдам бериши мумкинлигини исботлади. Ўткир асфиксия ўтказган чақалоқларнинг оналарида кўпрок анемия (42,3%), туғруқдаги патологик ҳолатлар (26,9%). Мураккаб гипоксия ўтказган чақалоқларнинг оналарида гестозлар (46,1%) анемия (75%),

ЎРВИ (65,7%), ФПЕ (34,6%), патологик туғруқлар (42,3%), сурункали пиелонефритлар (44,2%), CD фенотипли лимфоцитларнинг миқдорининг ўзгаришига сабаб бўлди. Ўткир асфиксия ва мураккаб гипоксия кечирган чақалоқларда баъзи ҳужайравий иммунитет кўрсаткичларини ўрганиш шуни кўрсатдики, иммунитетнинг асосий ҳужайравий омилларининг қайта тақсимланиши, фақатгина гипоксиянинг оғирлик даражасигагина боғлиқ бўлмай давомийлигига ҳам боғлиқ экан. Мураккаб гипоксия ўтказган гуруҳ чақалоқларда CD_3 маркерли лимфоцитлар миқдорлари, ўткир асфиксия ўтказган гуруҳ чақалоқлар лимфоцитлари миқдорларига нисбатан анча паст эканлиги аниқланди (CD_3 30,2±0,2, 32,4±0,4 га қарши). Т-лимфоцитларнинг T_X ва T_C субпопуляцияси текширилганда, мураккаб гипоксия ўтказган гуруҳ кўрсаткичлари, ўткир асфиксия ўтказган чақалоқлар кўрсаткичларига қараганда жуда пастлиги аниқланди (CD_4 11,3±0,4, 15,5±0,6 га қарши, CD_8 12±0,1, 13,1±0,3 га қарши). CD_4 ва CD_8 маркерли лимфоцитларнинг жуда пастлиги, гуморал иммунитет В-лимфоцитларнинг аутоагрессивлигига яъни CD_{19} маркернинг миқдорини ошишига, иммунопатологик реакциялар фаоллигига, ҳамда қаршитаналар ҳосил бўлиш тезлигининг ошишига олиб келади. Перинатал гипоксия ўтказган чақалоқларда иммунопатологик реакцияларнинг фаоллигини оширадиган қаршитаналарни ҳосил бўлиши йирингли-инфекцион касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлди. Ўткир асфиксия гуруҳида $А_1$ (80%) $А_2$ (72%) $А_3$ (39%) чақалоқларда бронхопневмония, мураккаб гипоксия ўтказган $Б_1$ гуруҳда (90%), $Б_2$ (80%), $Б_3$ (53%) чақалоқларда бронхопневмония ҳамда сепсис клиникаси кузатиш фикримиз далилидир. Юқоридаги тахлилларга кўра, мураккаб гипоксия ўтказган чақалоқлар инфекцион касаллик ривожланишидаги «юқори ҳавфли» гуруҳни ташкил қиладилар деб, хулоса қилиш мумкин. Неврологик текширувлар ультратовуш (УТ) сканерлаш усули ва баҳолаш жадвали билан бирга олиб борганда, қуйидаги натижалар аниқланди. Ўткир асфиксияни бошидан кечирган чақалоқлар перивентрикуляр соҳаларида садо зичлигининг ошганлиги, ён қоринчалар вентрикуло-дилатацияси тавсифли бўлди. Бу ўзгаришлар бош мия нейронларининг шикастланганлигидан далолат беради. Мураккаб гипоксияни кечирган чақалоқлар текширилганда умумий эхогенликнинг ошганлиги, қоринчаларнинг торайганлиги, бош мия шиши қайд этилди. Ўткир асфиксия кечирган гуруҳда УТ текширувида - 1 та бошланғич гидроцефалия ҳолати, мураккаб гипоксия гуруҳида - 2 та гидроцефалия ва 1 та микроцефалия ҳолатлари аниқланди. Баъзи чақалоқларда ультратовуш белгиларининг йўқлиги нейронларнинг антенатал шикастланишидан деб тахмин қилинди. Ўтказилган илмий тадқиқот шуни кўрсатдики, ўткир асфиксия ва мураккаб гипоксия ўтқазган чақалоқларда иммунологик кўрсаткичлар билан бир қаторда, неврологик ва оғир холатларни ультра товуш (УТ) усули орқали текшириш, инфекцион жараённинг ривожланиши ва марказий асаб-тизимидаги шикастланишларни синдромал аниқлашда муҳим аҳамията эга эканлигини кўрсатиб берди. Ўткир асфиксия ва мураккаб гипоксия ўтказган чақалоқларнинг айрим ҳужайра кўрсаткичларидаги хусусиятлари - ҳомиладорликнинг асоратли кечиши, ҳомиланинг барча патологик ҳолатлари, йўлдошдаги ўзгаришлар ва ФПЕ оқибатида юзага келиши далилланди. 2.Мақолада изоҳланган барча кўрсаткичлар онадаги сурункали яллиғланиш касалликлари билан ўзаро боғлиқликни, яъни узоқ муддатли антиген таъсир ҳужайра фагоцитлар тизимининг фаоллашувига ёрдам бериши мумкинлигини исботлади.

Калит сўзлар: гипоксия, чақалоқ, хужайра, иммунитет, кўрсаткич, динамика

ХАРАКТЕР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Хасанова Г.М., Латипова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

На сегодняшний день проблема лишнего веса и ожирения, как фактора, повышающего риск формирования болезней сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета, представляется весьма актуальной. Неутешительным является и тот факт, что всем мире регистрируется значительный прирост числа лиц, страдающих ожирением, не только среди взрослых, но и среди детского населения. Согласно информации, предоставленной Всемирной Организацией Здравоохранения количество детей, обладающих чрезмерной массой тела, неуклонно растет повсеместно. Так, численность детей раннего возраста, страдающих этим недугом, повысилась с тридцати двух миллионов в 1990 году до сорока одного миллиона в 2016 году. Эти неутешительные факты свидетельствуют о том, что если такая динамика продолжится, то к 2025 году численность детей раннего возраста с избыточной массой тела увеличится до семидесяти миллионов. Оценка качества жизни и психологического состояния пациентов с той или иной патологией часто привлекают внимание врачей различных специальностей. На сегодняшний день мнение большинства современных исследователей сходятся на том, что дети с избыточным весом и ожирением имеют низкую самооценку, поведенческие и психологические нарушения, более раздражительные, имеют проблемы с социальной адаптацией. Исследования последних двух десятилетий продемонстрировали взаимосвязь между массой тела детей и образом жизни семей. Исследователи указывают, что избыточная масса тела у детей связана с нерациональными питанием, малоподвижным образом жизни в семье, а также с недооценкой родителями проблемы детского ожирения, что затрудняет необходимую для лечения ожирения эмоциональную и поведенческую поддержку. Испанские ученые, исследуя взаимосвязи между пищевым поведением и психологическим статусом детей с ожирением, выявили, что на пищевое поведение детей значительное влияние оказывает их эмоциональное состояние, а восприимчивость к пище имеет положительную корреляцию с массой тела и психологическими проблемами. Все это доказывает, что в формировании пищевого поведения у детей с избыточным весом одну из ведущих ролей играет эмоциональное состояние, своевременная коррекция которого должна быть неотъемлемой частью немедикаментозного лечения ожирения. Исследования – изучить психологический статус подростков с избыточным весом и ожирением. Исследование проведено на базе подросткого диспансера г. Ташкента. В ходе исследования изучены основные показатели психологического статуса 20 подростков с избыточным весом и 30 – с ожирением в возрасте от 13 до 17 лет, среди них 25 (50%) – мальчиков и 25 (50%) – девочек. Средний ИМТ = 29,8±4,1 кг/м2. Использовали опрос и анкетирование. Оценка психологического статуса проводилась с помощью психодиагностических методик. Для этого использовались шкала депрессии Зунга, опросники ситуативной и личностной тревожности Спилберга, опросник отношения к болезни – внутренняя картина болезни. Анализ данных проведен с помощью пакета статистических программ STATISTICA, версия 7.0 (StatSoft Inc.,США). Связь количественных показателей оценивали путем корреляционного анализа с расчетом коэффициента корреляции Спирмена (r). За критический уровень значимости принимали значение p = 0,05. Полученные данные свидетельствуют о наличии признаков

депрессии у 77%, ситуативной и личностной тревожности различной степени выраженности у 97% и нарушении пищевого поведения у 73% подростков с избыточным весом и ожирением. Установлено, что признаки депрессии отсутствовали лишь у 11 подростков, что составляло 22% общего количества обследованных. Следует обратить внимание на высокий уровень выявления умеренной или так называемой скрытой, маскированной депрессии (27% случаев), а также легкой депрессии (36%). У 6 (12%) подростков зарегистрированы признаки, характерные для выраженной депрессии. Анализ данных ситуативной реакции индивида или личностного состояния психологического статуса показал, что среди подростков с ожирением и избыточным весом удельный вес пациентов со средним уровнем тревожности составил 80%, а с высоким – 12%. Низкий уровень показателей по указанным шкалам тревожности имели лишь 4 подростка (8%). Все обследуемые прошли тестирование с использованием Торонтской шкалы алекситимии. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди подростков с избыточным весом и ожирением состояние неспособности определить, описать и выразить собственные эмоции наблюдалось у 4 (8%) пациентов, у 5 (10%) больных характеризовались тенденцией к данному состоянию, корреллирующей с длительностью существующего заболевания (p<0,05). Обращает на себя внимание низкий уровень гармоничного объективного восприятия болезни у 16 (32%) подростков. Таким образом, комплексная оценка показателей психологического статуса подростков с избыточным весом и ожирением выявила значительное превышение уровней тревожности и депрессивные нарушения. У ряда подростков отмечается неспособность адекватной оценки собственного психологического состояния, что влечет за собой расстройства пищевого поведения и способствует снижению эффективности коррекции ожирения. Ведение таких больных требует первичной оценки и дальнейшего динамического наблюдения показателей психологического статуса с последующей коррекцией выявленных нарушений. Целесообразно включать психотерапевтические методики в комплекс немедикаментозного лечения детей с ожирением. Систематическое наблюдение за психологическим состоянием у детей с избыточной массой тела и ожирением даст возможность оценить эффективность проводимого комплексного лечения.

Ключевые слова: подростки, ожирение, психологический статус.

БРОНХИАЛ АСТМАГА ЧАЛИНГАН БОЛАЛАРДА ТАШХИСЛАШГА ЗАМОВАВИЙ ЁНДАШУВ

Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Болаларда аллергия - ҳозирги замон тиббиётининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Бронхиал астма - бу аллергик касаллик бўлиб, бронхоспазм, бронхлар шиллиқ қаватининг шиши ва бронхларда шиллиқ тўпланиши билан кечиб, бронхлар ўтказувчанлигини бузилиши асосида вақти-вақти билан такрорланиб турувчи бўғилиш хуружлари билан кечади. Бронхоскопия бронхиал ўтказувчанликни бузилиши билан кечадиган бир қатор касалликларни бронхиал астма билан, айниқса нотипик клиник кўринишларини фарқлаш мақсадида ўтказиладиган ташхис қўйиш усули ҳисобланади. Айни пайтда, Республикамизда замонавий андозалар даражасида барпо этилган маслаҳат-ташхис поликлиникаси ва даволаш бўлимлари замонавий диагностика ва даволаш технологиялари билан жиҳозланган бўлиб, бу ерда неонатология ва педиатриянинг устувор йўналишлари бўйича юқори технологик, замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари қўлланилиб, болаларга тиббий ёрдам кўрсатилмоқда, шунингдек аллергик касалликларни, айниқса бронхиал астмани ташхислаш, даволаш ва олдини олишга катта эътибор бериб келинмоқда. Ушбу йўналишда қўлланиладиган илғор технологиялардан мамлакатимиз тиббиётида ҳам самарали фойдаланилмоқда. Изланишдан асосий мақсадимиз, бронхиал астмага чалинган болаларда тўғри ташхислашни ўзлаштириш натижасида касалликни даволаш ва асоратларини олдини олишдан иборат. Изланиш 2017-йилдан 2020-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 та бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган. БА ташхисида бир қатор усуллар қўлланилади: анамнез ва клиник симптомларни баҳолаш; нафас олиш функциясининг бузилиш даражасини баҳолаш учун спирография ва бодиблетизмография каби функционал тадқиқот усуллари; шунингдек, хавф омиллари ва қўзғатувчиларни аниқлашнинг аллергологик усуллари. Астма ташхисида радиацион тадқиқот усулларидан фойдаланиш кенг тарқалган эмас ва улар асосан астма ва дифференциал асоратларни истисно қилиш учун хизмат қилади. Бронхиал астмада болада қон тахлили эозинофилияни кўрсатади. Моноцитлар сони атопик турида меъёр даражасида бўлади. Базофил гранулоцитлар сони клиник белгиларнинг ўсишига қараб кўпаяди, айниқса хуруж олди даврида. Астманинг атопик турида Ig E даражаси ўртача кўрсаткичларда ортади. Кўпгина усулларнинг натижалари БА учун патогномоник емас ва фақат касаллик ҳақида гапириш мумкин. Астма намоён бўлиши ва клиник белгиларининг ўзгарувчанлигини ҳисобга олган ҳолда, фақат тавсифланган усулларнинг комбинацияси астма ташхисини ишончли тарзда ўрнатиши ва шу сабабли беморга ўз вақтида ва етарли даражада ёрдам кўрсатиши мумкин.

Калит сўзлар: бронхиал астма, аллергия.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО И ТИРЕОДНОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Проведен анализ возможного прогноза развития вегетативной дисфункции (ВД) с применением многомерных методов математического анализа на основе данных, характеризующих вегетативный и психоэмоциональный статусы организма. Выявленные корреляционные связи вегетативной формы с показателями функционального состояния организма показали, что в механизме формирования принимает участие как вегетативный, так и психологический компонент. Поэтому при диагностике формы вегетативной дисфункции в дополнение к методу оценки вариабельности ритма сердца и психологическим тестам необходимо учитывать психоэмоциональный статус организма. Целью исследования явилось изучение исходного вегетативного статуса и вегетативной регуляции у детей с различной степенью тяжести БА. Обследовано 86 детей с БА в возрасте от 12 до 18 лет (49 мальчиков и 37 девочек) в фазе обострения заболевания. Длительность заболевания варьировалась от 5 до 14 лет. Обследуемые были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 67 пациентов, имеющих среднетяжелое течение БА; во 2-ю группу включены 19 пациентов с тяжелым течением заболевания. В большинстве случаев (98,6%) была документирована атопическая форма БА. Аллергологический анамнез был отягощен в 68,4% случаев, причем у 42,8% детей один из родственников страдал БА. Всем обследуемым проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование (ЭКГ в 12 отведениях, ФВД, пикфлоуметрия). Для оценки вегетативного гомеостаза изучали исходный вегетативный тонус (ИВТ), вегетативную реактивность, вегетативное обеспечение деятельности. Анализ исходных данных показал значительный диапазон колебаний параметров КИГ. Так, фоновые значения ИН варьировались у детей 1-й группы от 24 до 1848 усл. ед., а во 2-й группе от 12 до 3023 усл. ед. При этом, даже в контрольной группе пациентов с симпатикотонией этот параметр не превышал 408 усл. ед. При оценке ИВТ, по данным оценочных таблиц, установлено, что среди симпатических признаков доминируют повышенная возбудимость, различные варианты инсомнии, гипертензивные сосудистые кризы, цефалгии, кратковременные кардиалгии колющего характера. Парасимпатические признаки в основном были представлены мраморностью кожных покровов с гипергидрозом, склонностью к синкопальным состояниям, головокружениями, мигренеподобными цефалгиями, кардиалгиями ишемического характера, нарушением моторики кишечника. Анализ параметров КИГ показал (таблица), что у больных 1-й группы симпатовагусный баланс характеризуется преобладанием в покое симпатического отдела ВНС в виде симпатикотонии (38,8%) или гиперсимпатикотонии (25,3%) по сравнению с контрольной группой (24 и 2%).Таким образом, изменения со стороны гормональной системы у больных БА находятся в состоянии защитной адаптации с быстрым истощением этих процессов при тяжёлом течении БА, что сопровождается гормональным дисбалансом. Клинические проявления гипофункции ЩЖ разнообразны, многие из них неспецифичны, с чем и связаны определённые трудности в её своевременном распознавании. В связи с этим, нами сделана попытка выявить специфические жалобы больных БА относительно гипофункции шитовидной железы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, аллергия.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ

Хусанова Х.А., Адилова Г.Р., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Целиакия – иммуноопосредованное системное заболевание, которое возникает в ответ на употребление глютена или соответствующих проламинов генетически предрасположенными индивидуумами и характеризуется наличием широкой комбинации глютен-зависимых клинических проявлений, специфических антител (антител к тканевой трансглутаминазе TG2, антител к эндомизию (EMA), антител к деамидированым пептидам глиадина (DGP), наличием HLA-DQ2 или HLA-DQ8 гаплотипов и энтеропатии. Эти определения не противоречат друг другу, однако в последнем подчеркивается системный (полиорганный) характер аутоиммунного процесса при целиакии и необходимость комплексного подхода к ее диагностике. Изучить генетические и иммунологические механизмы формирования клинических проявлений целиакии у детей и подростков Андижанской области области и определить оптимальные подходы к реабилитации больных и профилактике заболевания. Обследовано 88 детей больных целиакией, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении МПДБ г. Андижана. Выявляемость заболевания у детей Андижанской области в 2008 г. составила 40,83 на 100 000 детского населения. К особенностям клинических проявлений целиакии относятся: одинаковая частота встречаемости типичной и атипичной формы, отсутствие различий в заболеваемости между мальчиками и девочками, высокая частота развития дефицитных состояний (задержка физического развития (63%), анемия (67%), задержка полового развития (28%), снижение минеральной плотности костной ткани (25%)) и ассоциированных заболеваний (тиреопатии (17%)), более ранняя манифестация энтерального синдрома и сочетанное поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Для типичной целиакии свойственна максимальная концентрация тканеспецифических антител класса G и выраженные морфологические нарушения цитоархитектоники слизистой оболочки тонкого кишечника в виде гиперрегенераторной атрофии. Дети, рожденные с симптомокомплексом задержки внутриутробного развития, при наличии у них патологических HLA-маркеров (DQA1*0501B1*0201) предрасположены к реализации типичной целиакии с яркой манифестацией и развитием многочисленных дефицитных состояний, а также демонстрируют провоспалительную направленность цитокинового каскада (повышение уровня ФНО-а, НЛ-ip), снижение активности гуморального звена иммунитета (IgA), максимальную выраженность тканеспецифического антителоносительства и рефрактерность к лечению. Пробанды с целиакией и родственники первой степени родства характеризуются однонаправленными изменениями со стороны гуморального звена иммунитета (гипергаммаглобулинемиия, тканеспецифическое антителоносительство), цитокинового статуса - в виде повышение уровня про-(ФНО-а, ИЛ-lp) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-1Ра, ИНФ-у) цитокинов, которые определяют тип Ц, развитие осложнений и характер ответа на патогенетическую терапию. Установлены высокие

коэффициенты наследуемости для ИЛ-4 (88%), ИНФ-у, (82%), ИЛ-1Р (52%). Маркеры целиакии по HLA-системе выявлены у всех больных целиакией Андижанской области и 92% сибсов. Патологический гаплотип DQA1*501*501 ассоциировался с типичной формой заболевания (100%), развитием осложнений (анемия (71%), снижение минеральной плотности костной ткани (64%), задержка физического развития (86%), селективный дефицит IgA (79%)) и рефрактерным течением целиакии (71%). Полиморфный вариант (+3953)A1/A2 гена IL1 ассоциирован с целиакией (TDT=5,823; p=0,016). Установлена ассоциация гена IL4 с типичной формой заболевания (TDT=12,00; p=0,001), задержкой физического развития (TDT=8,491; p=0,004), снижением минеральной плотности костной ткани (TDT=12,023; p=0,001). Обнаружена ассоциация гена IL1RN со снижением минеральной плотности костной ткани (TDT=4,225; p=0,040), IL1B с задержкой физического развития (TDT=3,841; p=0,050). К особенностям клинических проявлений целиакии относятся: одинаковая частота встречаемости типичной и атипичной формы, отсутствие различий в заболеваемости между мальчиками и девочками, высокая частота развития дефицитных состояний (задержка физического развития (63%), анемия (67%), задержка полового развития (28%), снижение минеральной плотности костной ткани (25%)) и ассоциированных заболеваний (тиреопатии (17%)), более ранняя манифестация энтерального синдрома и сочетанное поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: целиакия, реабилитации, ИЛ-4, ИЛ-1β, ИНФ-у.

ИНДЕКС МАССА ТЕЛА И ПОЛ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

В результаты изучения литературных данных выявлено достоверно высокая частота заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ), частота встречаемости которой в индустриально развитых странах составляет 5–15% от всех болезней.Традиционно мочекаменная болезнь считалась взрослым заболеванием, тем не менее, существует все больше свидетельств увеличения образования камней в педиатрической популяции. Ежегодная заболеваемость мочекаменной болезнью у детей увеличилась примерно на 6-10% за последние 25 лет.У взрослого населения мочекаменная болезнь поражает мужчин больше, чем женщин. Обзор литературы о распространенности пола при нефролитиазе у детей показывают, что девочки чаще поступают в больницу с мочекаменной болезнью. При анализе данных исследования среди детей исландского населения 58% с нефролитиазом составляли девочки. Авторы подсчитали, что для женского пола относительный риск госпитализации по поводу нефролитиаза составляет 1,5. В аналогичном исследовании Routh *etal.* также обнаружили, что преобладание девочек в подростковом возрасте увеличивается. Показатели роста и веса также отличаются у пациентов с микролитиазом (МЛ). Нейроэндокринная система контролирует линейный рост, накопление мышечной массы и минерализацию кости. Другие исследования также связывали показатели половых гормонов с выделением цитратов и кальция с мочой. Имеются данные о потере минеральной плотности кости у взрослых и детей с камнями, а также об увеличении частоты случаев переломов костей. Почему девочки с МЛ имеют меньшие *z*- значения по росту, неясно, но вызывает интерес переход преобладания *z*-значения мальчиков, чем у девочек с микролитиазом. Исследованиясостояли в том, чтобы на основании оценки антропометрических данных определить влияние веса и пола на развитие нефролитиаза. Исследование проводилось на базе детской поликлиники № 42 города Ташкент. для реализации поставленных задач сплошным методом были проанализированы истории развития детей (ф.112) детей. Возраст их был в диапазоне от 1 года до 5 лет. В период исследования у детей не было клинических проявлений заболевания.У пациентов брали утреннюю мочу на общий анализ мочи, а также детям проводилось измерение длина тела/рост к возрасту, масса тела к возрасту, масса тела к длине тела/росту, ИМТ к возрасту. Расчеты оценивались из данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). При анализе результатов у 74 детей определилась кристаллурия, из них девочек – 35 (47,2%), мальчиков – 39 (52,7%). При исследовании общего анализа мочи выявилось, что у 49 (66,2%) детей отмечалось оксаллурия, 12 (16,2%)- уратурия, 8 (10,8%) – фосфатурия, а также у 5 (6,7%) детей оксаллурия вместе с уратурией. При оценке измерения длина тела/рост к возрасту выявлено, чтоу девочек *z-значения* роста были ниже (медиана 0,2), чем у мальчиков (медиана 0,8). При оценке ИМТ в момент обследования определили, что 12 (16,2%) детей имеют дефицит массы тела, 16 (21,6%) детей с избыточной массой тела, 46 (62,1%) масса тела находилась в пределах нормы. Неправильные привычки питания приводят к избыточному весу, предполагаемый

механизм увеличения риска образования камней при ожирении представляет собой сочетание повышенной концентрации литогенного растворенного вещества и пониженного pH мочи при повышении индекса массы тела (ИМТ), что предрасполагает кристаллизацию мочевой кислоты. Хотя более низкий pH мочи увеличивает кристаллизацию мочевой кислоты, он не оказывает прямого влияния на кристаллизацию оксалата кальция (CaOx). Однако увеличение кристаллизации мочевой кислоты может способствовать гетерогенному образованию CaOx, что может привести к увеличению риска образования камней CaOx у людей с ожирением. Таким образом, у взрослых камни чаще встречаются у мужчин, у детей соотношение мальчиков и девочек меняется в зависимости от возраста.Установление связи между ожирением и повышенным риском развития камней у детей требуют более тщательного исследования.Неправильные привычки питания приводят к большему ожирению и избыточному весу у детей и взрослых, которые могут быть важны при формировании камней.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, микролитиаз, факторы риска, дети.

ДИАГНОСТИЧЕСКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Махпиева Г.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ Республики Узбекистан,

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время бронхиальная астма (БА) является заболеванием, которое распространено во всем мире. По данным эпидемиологических исследований, БА страдает 7-15% населения земного шара и она относится к той патологии, при которой уровень смертности может не зависеть от степени тяжести заболевания. В свою очередь, это требует пристального внимания к своевременному и адекватному лечению основного синдрома бронхиальной астмы – бронхиальной обструкции. Изучение особенностей диагностики и лечения бронхо-обструктивного синдрома при бронхиальной астме. Обследовано 27 детей в возрасте от 6 до 14 лет, страдающих бронхиальной астмой. Все дети были распределены по степени тяжести заболевания: 20% пациентов имели легкую БА, меньше чем у половины обследованных (44%) диагностирована среднетяжелая БА. Тяжелая степень диагностирована у 36% больных. Диагноз бронхиальной астмы устанавливали на основе характерных симптомов, которым присуща суточная и сезонная вариабельность. Во время эпизода бронхиальной обструкции при перкуссии легких отмечали перкуторный звук с коробочным оттенком, при аускультации – на фоне осложненного дыхания выслушивали разнокалиберные сухие свистящие хрипы, при завершении приступа удушья присоединялись низкотональные хрипы. В клиническом анализе крови и мокроты часто наблюдалась эозинофилия. В мокроте выявлялись белки разрушенных эозинофилов и спирали Куршмана. Многочисленными исследованиями доказано, что на особенности клинического течения бронхообструктивного синдрома (БОС) при БА может влиять на возраст пациентов. Наибольшими отличиями характеризовалась БА у детей первого года жизни, когда первые эпизоды заболевания имели характер обструктивного бронхита, сухого навязчивого кашля, свистящего дыхания, одышки. У детей старше 3-4 лет клиническая картина БА характеризовалась стабилизацией течения. В возрасте 10-14 лет у 49,1% девочек течение БА ухудшалось, в то же время у большинства мальчиков (84,2%) наблюдалось клиническое улучшение течения заболевания, что связано с изменениями гормонального фона в пубертатном возрасте и особенностями влияния половых гормонов на иммунный ответ организма. К клиническим особенностям БОС при тяжелой БА относятся постоянные симптомы заболевания (дыхательный дискомфорт, экспираторная и смешанная одышка, ограничение физической активности, частые ночные приступы и многочисленные обострения заболевания). У детей с БА тяжелой степени часто наблюдалась необратимая бронхиальная обструкция, связанная с длительным воспалением и ассоцированная с ремоделированием дыхательных путей. Лечение БА должно включать воздействие на различные компоненты патогенеза заболевания: противовоспалительные препараты для симптоматической терапии, бронходилататоры и ингаляционные средства. Основной синдром БА – синдром обратимой бронхиальной обструкции. Рассмотрение БА как хронического воспалительного заболевания определяет подходы к диагностике, лечению и профилактике БОС. В комплексной терапии необходимо учитывать наличие сопутствующих заболеваний и состояний, применять средства симптоматической терапии.

Ключевые слова: бронхиальная астма, обструкция, эозинофилия.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Дж.О., Саидов М.С.

2 – клиника СамМИ

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

Одним из наиболее важных показателей уровня развития здравоохранения является перинатальная смертность, которая в значительной мере обусловлена врожденной патологией, требующей хирургических вмешательств в периоде новорожденности. Диагностика большинства врожденных пороков развития возможна в антенатальном периоде, успех хирургического лечения новорожденных во многом зависит от своевременной диагностики патологии. Улучшить антенатальную диагностику аноректальных мальформации (АРМ) с помощью ультразвуковой сонографии у беременных женщин. Для пренатальной диагностики АРМ у плода и своевременного оказания специализированной хирургической помощи новорожденным с этим пороком развития,начиная с 2010 года начала функционировать рабочая группа специалистов, сформированная из врачей Скрининг центра (СЦ) и Перинатального центра «Мать и дитя» Самаркандской области, а также 2-й клиники СамМИ. Скрининговое ультразвуковое обследование беременных женщин выполняли в сроки гестации 20-22 недели, когда уже удается визуализировать у плода сонографические признаки пороков развития пищеварительного тракта. Нами совместно прослежены результаты скринингового обследования 416672 беременных в СЦ Самаркандской области за период 2010-2015 гг. В среднем за год обследование проходили 69445,3 беременных. За указанные 6 лет было выявлено 1053 (2,5‰) пороков развития плода. В структуре антенатально выявленных пороков развития преобладали аномалии головного мозга и черепа - 428 случаев (40,6%), множественные пороки -154 (14,6%), дефекты живота и органов брюшной полости - 163 (15,5%),позвоночника и спинного мозга - 103 (9,8%), мочеполовая система-70 (6,6%) и другие пороки развития составили меньше - 5%. (Рис.2). Частота АРМ в общей структуре антенатально выявленных пороков развития составила 27 (2,6%) случаев, а в структуре пороков развития живота и органов брюшной полости – 16,6%. При выявлении у плода порока развития приглашался хирург-неонатолог либо детский хирург и детский реаниматолог, которые коллегиально определяли план углубленного дообследования плода и беременной, оценивали возможность вынашивания беременности. Далее консилиум врачей сообщал родственникам о характере порока и возможности его хирургической коррекции после рождения ребенка. После принятия решения о дальнейшем вынашивании беременности, беременная прикреплялась к отделению патологии беременности. В перинатального центре, составлялся план ведения беременной и сроки планового родоразрешения. Так, по нашим наблюдениям, из 27 случаев антенатальной диагностики АРМ у плода, при рождении этот порок развития подтвердился только у 20 (74,1%) детей, а у остальных 7 (25,9%) новорожденных была констатирована нормальная анатомия желудочно-кишечного тракта. Разработанные диагностические, тактико-технические приемы позволили, повысить частоту хороших анатомо-функциональных результатов, после хирургической коррекции АРМ, и сокращению частоты осложнений.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, аноректальных мальформации, хирургического лечения.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНТИИНФЕКЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Зайниев С.С., Махмудов З.М.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.
2 – клиника СамМИ,

Больные с хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом (ХРГО) составляют значительную часть среди контингента детей с гнойной хирургической инфекцией, что подчеркивает актуальность данной проблемы. Большое значение в развитии хронического остеомиелита и в его рецидивирующем течении имеет состояние антиинфекционной резистентности (АИР) организма и степень эндогенной интоксикации. Изучены некоторые показатели иммунитета (количество лимфоцитов, Т- и В-клеток, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фагоцитоз) и показатель токсичности крови (ПТК) по парамецийному тесту у 36 больных с ХРГО, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии 2-клиники СамМИ. Особенностями системы АИР больных с ХРГО явились: снижение общего количества лимфоцитов (32,0±0,4%, норма – 36,1±2,48%), Т-лимфоцитов (45,0±0,7%, норма – 58,0±2,54%), Т-хелперов (31,2±0,83%, норма – 46,1±1,45%), В-лимфоцитов (9,8±0,41%, норма – 12,3±0,61%), фагоцитов (41,2±1,5%, норма – 58,4±1,08%), повышение уровня ЦИК (2,3±0,1 у.е, норма – 1,3±0,12 у.е). Показатель токсичности крови по парамецийному тесту составил 38,9±0,45 ед, норма – 28,2±0,5 ед.). Всем больным проведено хирургическое лечение с радикальной санацией патологического очага. При контрольном иммунологическом обследовании больных перед выпиской из стационара выявлено достоверное повышение количества Т-лимфоцитов (52,8±0,89%), В-лимфоцитов (13,1±0,26%), Т-хелперов (38,3±0,78%), а также числа фагоцитов (48,8±0,99%). Уровень ЦИК и ПТК приближались к норме (31,5±0,43 и 1,6±0,04 ед. соответственно). Таким образом, ХРГО характеризуется нарушениями в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета, дисфагоцитозом и эндогенной интоксикацией. Полноценная санация гнойного очага снижает интоксикацию, уменьшает антигенную нагрузку и способствует стимуляции показателей системы АИР. Исследуемые показатели имеют важную диагностическую значимость в исходе заболевания и являются объективным критерием эффективности лечения.

Ключевые слова: эндогенной интоксикации, хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом (ХРГО), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ

Шамсиев Ж.А., Тогаев И.У., Давронов Б.Л., Рузиев Ж.А.

2 – клиника СамМИ

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

Быстрое развитие эндовидеохирургических технологий позволяет значительно расширить перечень хирургических вмешательства, выполняемых малоинвазивным способом. Интерес к применению лапароскопической техники при эхинококкозе печени вызван тем, что традиционные вмешательства сопровождается тяжелой операционной травмой и длительной реабилитацией пациентов. Оценить эффективность лапароскопическойэхинококкэктомии печени. Во 2-клиники СамМИ начиная 2017 года внедрена лапароскопическое лечение эхинококкоза печени, которая проведена 17 больным. С целью профилактики рецидива заболевания проводилась химиотерапия альбендазолом в дозировки 10-13 мг/кг в пред и послеоперационным периоде. Диагноз заболевания был основан на данных ультразвукового исследования, компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Из 17 случаев, когда сама лапароскопическая эхинококкэктомия завершилась удачно, у 3 пациентов выполнена конверсия с завершением операции минилапаротомным доступом. Причинами перехода на лапаротомию были множественные мелкие дочерние кисти. Лапароскопическойэхинококкэктомии из печени были сравнены с результатами лапаротомного вмешательства у пациентов, у которых характер поражения существенно не отличался. Результаты лапароскопической эхинококкэктомии не уступают результатам лапаротомных вмешательств, такие показатели как длительность стационарного лечения, при лапароскопической эхинококкэктомии значительно ниже, чем при лапаротомном вмешательстве, а также после операции отмечается хороший косметический эффект. Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия из печени при соблюдении условий, не уступает по качеству ближайших результатов традиционному лапаротомному вмешательству. Более короткий период стационарного лечения, а также традиционные для лапароскопической хирургии преимущества ранней реабилитации и хороший косметический эффект делают лапароскопический вариант эхинококкэктомии печени операций выбора.

Ключевые слова: эхинококкэктомия печени**,** лапароскопия, эндовидеохирургических**.**

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКОМЕТОКСИНА И АЦЕТИЛСТЕИНА ДЛЯ САНАЦИИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫЕ ГНОЙНЫМ ЭНДОБРОНХИТОМ

Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А, Юсупов Ш.А., Атакулов Дж.О.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.
2 – клиника СамМИ

Аспирация инородных тел (ИТ) дыхательных путей является универсальной проблемой, все еще являясь важной причиной детской заболеваемости и смертности. Аспирация инородного тела является распространенной проблемой у детей и наиболее частой причиной несчастного случая на дому у детей в возрасте до 6 лет. В развитых странах почти 300–600 детей в возрасте до 15 лет ежегодно умирают от аспирации инородных тел. Ежегодная смертность от аспирации инородных тел колеблется от 350 до 2000 в США. Аспирация является наиболее важной причиной случайной смерти детей в возрасте до 6 лет в американских домах. Жесткая бронхоскопия является процедурой выбора для диагностики и удаления аспирированных инородных тел. К счастью, большинство аспирированных инородных тел визуализируется с помощью видео эндоскопии и удаляется. Эта процедура должна выполняться опытными бронхоскопистами и анестезиологами из-за риска возникновения осложнений со стороны дыхательной и сердечной системы. Изучить эффективность декометоксина и ацетилстеина при инородных телах дыхательных путей у детей, осложненных гнойнымэндобронхитом. В исследовании оценивали результаты лечении 107 детей с инородными телами дыхательных путей, которые получали лечение в отделении торакальной хирургии 2 – клиники Самаркандского Государственного медицинского Института с 2017 по 2019 гг. Возраст больных от 8 месяцев до 18 лет. Мальчиков было 66 (61,9%), девочек – 41 (38,1%). Органическая природа аспирированныхИТ составляло 76 (71,0%) случаев и соответственно неорганических ИТ было у 31 (29,0%) пациентов. Всем больным произведено трахеобронхоскопическая удаление ИТ. В нашем исследовании обнаружены следующие осложнения ИТ: ателектаз легкого 3 (2,80%), катаральный трахеит у 1(0,93%), катаральный эндобронхит у 24 (22,4%), гнойный эндобронхит – у 17(15,9%) пациентов и в одном случае при диагностической бронхоскопии отмечена эмфизема средостения. При бронхоскопии после удалений ИТаспирировалось гнойная мокрота и проводился бронхоловаж с препаратами декометоксина и ацетилстеина с последующим назначением их в виде ингаляционной терапии и внутрь. В наших случаях при удалении инородного тела целиком,в дальнейшем повторная санационная бронхоскопия не требовалась больше одного раза. Врезультате применение декометоксина в сочетании с ацетилстеином - сократились срокипребывания больных в стационаре, сократилось количество повторных «санационныхбронхоскопий» и количество рентген исследований. Декометоксин и ацетилстеин являются эффективными препаратами при лечении больных с инородными телами дыхательных путей, осложненных гнойным эндобронхитом. Полученный опыт использования декометоксина и ацетилстеина показал свою высокую ценность и позволил сформулировать показания к применению данного метода у этой категории больных. Также применение декометоксина и ацетилстеина при бронхоловаже с последующим назначением их ингаляционно и внутрь является надежным методом лечения гнойного эндобронхита при длительно находящихся инородных телах дыхательных путей.

Ключевые слова: аспирация инородных тел, санации трахеобронхиального дерева, бронхоловаж.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л., Муталибов И.А., Исаков А.М., Махматкулов Х.Г.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

2 – клиника СамМИ

Язвенно-некротический энтероколит является одним из самых опасных заболеваний периода новорожденности. Другое его название – некротизирующий энтероколит (НЭК). Общая распространенность составляет 2,4 случая на 1000 новорожденных. Развивается у детей на первой неделе жизни, с одинаковой частотой поражает девочек и мальчиков.Язвенно-некротический энтероколит вносит весомый вклад в структуру общей неонатальной смертности. Несмотря на современные методы диагностики и лечения, летальность составляет 10-40%, при этом она коррелирует со сроком гестации, достигая максимальных значений в группе глубоко недоношенных детей. Кроме того, существует риск послеоперационных осложнений даже в случае успешной терапии. Анализ результатов лечения язвенно-некротического энтероколита у новорожденных. За период с 2013 по 2019 года во 2 клинику СамМИ поступило 62 больных с ЯНЕК с различными стадиями и степенью тяжести заболевания. Мальчиков было 38 (61,3%), девочек 24 (39,7%). В возрасте до 7 дней госпитализированы 38 (61,3%) больных, от 7 до 28 дней 15 (24,2%), старше 28 дней 9 (14,5%). Все больные при поступлении в клинику были госпитализированы в отделении реанимации и интенсивной терапии. После предоперационной подготовки из 62 больных оперированы 41 (66,1%) с перфоративной стадией заболевания, из них 20(48,8%) больным наложена энтеростома, у 4(9,7%) произведена резекция пораженного участка кишечника с наложением кишечного анастомоза, в 17 (41,5%) случаях, из-за тяжести состояния, проведен лапароцентез. Всем больным с первого дня были назначены антибиотики широкого спектра действия и полное парентеральное питание сроком до 2-х недель. Особенностью ведения данных больных в послеоперационном периоде являлась респираторная поддержка, декомпрессия желудка, медикаментозная стимуляция кишечника, четкий мониторинг толерантности к вводимой энтеральной нагрузке и назначение эубиотиков. Летальный исход отмечался у 29 (46,7%) больных, из них послеоперационная летальность была в 21 (51,2%) случаях, у остальных 5 умерших, учитывая прямые противопоказания (сопутствующая врожденная патология, полиорганная недостаточность), оперативное вмешательство провести не удалось.Таким образом, адекватная предоперационная подготовка, тактика хирургического лечения и послеоперационное выхаживание больных с ЯНЕК является эффективным и позволяет уменьшить количество неблагоприятных исходов проводимого лечения. Хирургическая тактика зависит от стадии и степени тяжести данной патологии.

Ключевые слова: энтероколита у новорожденных, некротизирующий энтероколит, лапароцентез.

МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЕЛО-УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Данияров Э.С., Пулатов П.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.
2 – клиника СамМИ

В настоящее время “золотым стандартом” для коррекции проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента у детей с врожденным гидронефрозом остается расчленяняющая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), предложенная J.Anderson и W.Hynes. Выборметодапослеоперационногодренированиячашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки после пластики прилоханочного отдела мочеточника окончательно не решен. Неадекватное дренирование мочевыводящих путей создает условия для несостоятельности анастамоза, попадания инфекции через стому, образования мочевого затека с последующим рубцеванием тканей и развитием стеноза. За периодс2010 по 2019гг. в отделениидетской урологии 2 - клиники Самаркандского Медицинского Института находился143 пациент с врожденным гидронефрозом в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Мальчиков было -108, девочек -35, гидронефроз справа- 52, слева -84, двусторонний -7. Из общекго количества нами было произведено оперативное лечение 95 пациентам в виде операции – пластика ЛМС по J.Anderson и W. Hynes с использованием монофиламентного абсорбируемого шовного материала (PDS) 5/0-6/0 без захвата слизистой оболочки. 50 пациентам для дренирования ЧЛС через пиелоуретеростому мы использовали интраоперационный универсальный стент производства фирмы «МИТ, Россия» (с завитком), один конец которого выводится через отдельный разрез наружу, конец закрыт, во избежание попадания инфекции. 45 пациентам мы применяли аналог стента готовящийся из обычного одноразового силиконового мочевого катетера с учетом индивидуального возрастного расчета. Больные после выписки из стационара находились на диспансерном учете с контрольным осмотром каждые 2 месяца. Полученные данные позволили определить снижение инфицирования мочевыводящих путей, рубцовое сужение до минимума, а так же уменьшение ретенции чашечно-лоханочной системы. У всех больных диагностировано улучшение функции почки. Таким образом, выбор рационального метода отведения мочи на ряду со щадящей оперативной техникой с использованием современных шовных материалов мы считаем определяющими факторами успешного лечения детей с гидронефрозом. Использование пиелоуретеростомы целесообразно, так как последняя не травмирует паренхиму почки, снижает риск кровотечения и формирования кровяных сгустков.

Ключевые слова: гидронефрозе у детей, функции почки, травмирует паренхиму почки.

ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ДЕКОМПРЕССИИ КИШЕЧНИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Пулатов П.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

В данной работе представлены подходы к декомпрессии кишечника при распространённом аппендикулярном перитоните у детей, посредством разработанных нами способов, проведение которой обеспечивает ее адекватность, высокую эффективность и отличается малой травматичностью, что не требуют выполнения дополнительного хирургического вмешательства. Одним из частых и наиболее тяжелых осложнений острого аппендицита у детей является распространенный аппендикулярный перитонит (РАП), который возникает в 8-10% всех случаев заболевания, причем у детей первых 3 лет жизни в 4-5 раз чаще, чем в более старшем возрасте. Благодаря научным достижениям в последние годы удалось снизить летальность среди детей, госпитализированных в начальных фазах заболевания, однако при запущенных формах летальность остается очень высокой. Одно из ведущих мест в патогенезе РАП у детей занимает паралитическая кишечная непроходимость (ПКН). До настоящего времени нет единого мнения о наиболее приемлемом методе и оптимальных сроках декомпрессии кишечника при ПКН у детей с РАП, отсутствуют четкие показания и противопоказания к конкретным модификациям энтеро - и колостомии, крайне скупо освещены технические аспекты их выполнения, отсутствуют ясные и приемлемые рекомендации по ведению больных в послеоперационном периоде, не описаны способы профилактики и лечения возможных осложнений. Разработка эффективных способов декомпрессии кишечника при распространенном аппендикулярном перитоните у детей. Под нашим наблюдением во 2-ой клинике Самаркандского государственного медицинского института за период с 1990- 2014 г.г. находилось 402 ребенка с РАП. Основную группу составили 264 (65,7%) больных, оперированные в период с 1998 по 2014 г. В группу сравнения были включены 138 (34,3%) детей, оперированных в период с 1990 по 1997 г., которые были оперированы и получали лечение согласно традиционным общепринятым подходам. Мальчиков было 248 (61,7%), девочек – 154 (38,3%), почти 2/3 обследованных детей с РАП были школьного возраста. Следует отметить, что примерно ¼ часть наших больных – 70 (26,5%) детей основной группы и 32 (23,2%) группы сравнения - были оперированы в терминальной стадии, для которой характерны высокие показатели летальности, что еще раз демонстрирует актуальность данной проблемы. После проведения комплекса обследования и предоперационной подготовки всем больным проведено хирургическое лечение. Обязательным компонентом хирургического лечения РАП у детей являлась декомпрессия желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), направленная на устранение повышенного внутрикишечного и внутрибрюшного давления, обеспечение постоянной аспирации и санации токсического кишечного содержимого, улучшение микроциркуляции стенки, тем самым на быстрое восстановление моторики кишечника. В качестве одного из основных методов декомпрессии ЖКТ у всех 402 больных, мы использовали установку назогастрального зонда, который, как правило, удаляли после операции сразу же после появления перистальтики

кишечника. Вместе с тем, наряду с обязательной установкой назогастрального зонда у больных с выраженным парезом кишечника по ограниченным показаниям, мы прибегали к длительной ретроградной интубации толстой или тонкой кишки. Декомпрессию тонкой кишки осуществляли через аппендикостомию или цекостомию, техника выполнения которых существенно отличались в основной группе и группе сравнения. Так, в группе сравнения аппендикостомию производили в тех случаях, когда основание аппендикса на расстоянии хотя бы 1,5-2 см не было подвергнуто деструкции. После аппендэктомии на длинной культе (1,5-2см) в просвет отростка вводили интубационную трубку с последующим проведением зонда через баугиниевую заслонку в тонкую кишку. Нередко возникали трудности проведения зонда через баугиниевую заслонку, в этих случаях манипуляцию значительно облегчает введение через боковое отверстие зонда металлического проводника. После того, как кончик интубационной трубки захватывался пальцами ассистента через стенку подвздошной кишки, металлический проводник снимали с зонда. Дальнейшее проведение зонда выполнялось путем гофрирования кишки на зонде в антиперистальтическом направлении на расстоянии 70-80 см от илеоцекального угла. Затем червеобразный отросток фиксировался к зонду путем перевязывания кетгутовыми швами снаружи, после чего производили прокол в правой подвздошной области длиной 1-1,5 см, через который проводили конец трубки с червеобразным отростком и дренаж фиксировали к коже. Свободный конец трубки опускали в банку с антисептическим раствором. Дополнительно осуществляли фиксацию купола слепой кишки к париетальной брюшине вокруг аппендикостомы. В случаях, когда основание червеобразного отростка было подвергнуто деструктивному процессу, интубацию тонкой кишки осуществляли посредством цекостомы. В группе сравнения больным цекостомию выполняли следующим образом: после аппендэктомии на стенку слепой кишки накладывали два серозно-мышечных кисетных шва диаметром 2-3 см; в центре кисетных швов вскрывали просвет кишки, куда вводили зонд и далее проводили его через баугиниевую заслонку в ретроградном направлении до 70-80 см в тонкую кишку, после чего кисетные швы погружали и завязывали на трубке. Далее, прилегающий участок слепой кишки вместе с зондом выводится наружу через созданный канал в правой подвздошной области и подшивается по его окружности к передней брюшной стенке через все слои. Зонд дополнительно фиксируется к коже одним или двумя швами. В послеоперационном периоде выполняли фракционное промывание назогастрального зонда, трансанальной трубки и тонкокишечного зонда физиологическим раствором, трубки удаляли в среднем на 5-6 сутки после операции по восстановлению стабильной перистальтики кишечника. В основной группе пациентов, мы отказались от интубации толстой кишки, а показания к декомпрессии тонкой кишки через аппендикостомию и цекостомию были конкретизированы и стандартизированы. Предложенный нами способ декомпрессии тонкой кишки через аппендикостомию отличается тем, что зонд, введенный в просвет тонкой кишки, через культю червеобразного отростка вместе с культей выводятся на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области через миниразрез (длиной 1-1,5 см). При этом купол слепой кишки временно фиксируется к коже в области аппендикостомии. Предлагаемый нами способ декомпрессии тонкой кишки был использован у 55 (20,8%) больных основной группы, у которых произведена частичная

аппендэктомия с сохранением основания червеобразного отростка (1-2 см) для наложения аппендикоэнтеростомии. При отсутствии вышеуказанных условий для наложения аппендикостомии после лигатурнойаппендэктомии декомпрессия кишечника осуществлялась посредством цекоэнтеростомии. Предложенный нами способ самопроизвольно закрывающейся временной цекостомии отличается от традиционной, во-первых, выведением стомы через микроразрез передней брюшной стенки, во-вторых – способом интубации. Для предотвращения отхода цекостомы или аппендикостомы от передней брюшной стенки на фоне гнойно-некротического процесса, в результате которого могут развиться тяжелые внутрибрюшные осложнения, нами разработан способ временной фиксации слепой кишки при наложении кишечныхстом. Предлагаемый способ временной фиксации слепой кишки к передней брюшной стенке исключает повторную госпитализацию больного в стационар, повторное оперативное вмешательство под наркозом и неблагоприятное течение послеоперационного периода. Аппендико-или цекоэнтеростомы ликвидировались консервативным методом по разработанной в клинике методике. В группе сравнения больных показания к аппендико- и цекостомии возникали соответственно в 17,4% и 7,2% случаях. Кроме того, у 16 (11,6%) больных этой группы операция завершена трансанальной интубацией.

Разработанные нами способы декомпрессии тонкой кишки через аппендикостомию и цекостомию, а также способ временной фиксации слепой кишки отличаются малой травматичностью и не требуют выполнения дополнительного хирургического вмешательства для закрытия аппендико- или цекостомы после устранения признаков пареза кишечника. Кроме того, указанные способы в комплексе хирургического лечения способствуют более раннему восстановлению моторно-эвакуаторной функции кишечника и скорейшему купированию синдрома энтеральной недостаточности.

1. У одной трети детей с распространенным аппендикулярным перитонитом в результате выраженной интоксикации отмечается паралитическая кишечная непроходимость.

2. Одним из основных методов лечения пареза кишечника при РАП у детей является декомпрессия тонкой кишки, проведение которой посредством разработанных нами способов обеспечивает ее адекватность и высокую эффективность.

Ключевые слова: дети, профилактика, нефропатии, противорецидивное лечение, неонатальный период.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИКЛОСПОРИНА А В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Хамзаев К.А., Ахматалиева М, Шоикромов Ш.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Несмотря на высокую частоту рецидивов НС при краткосрочном использовании, нефротоксичности при долгосрочном использовании циклоспорин А все еще широко применяется в детской нефрологии во всем мире. Первичный НС наиболее часто встречаемое заболевание почек у детей. Стероидная терапия является эффективном у большинства детей с НС, у от 10 до 30% детей отмечается резистентность к стероиду. Резистентность к стероидам продолжает оставаться нерешенной проблемой, при резистентности к стероидам руководство KDIGO и Китайская ассоциация детских нефрологов рекомендуют комбинированное лечение стероидом и иммуносупрессивным препаратом. Циклоспорин А и циклофосфамид часто используются при стероид-резистентном нефротическом синдроме (СРНС) у детей. Если у пациента при лечении СРНС не развивается полная или частичная ремиссия НС, тогда риск развития терминальной стадии хронической болезни почек через 5 лет с момента диагностики составляет 50%. В нескольких контролируемых исследованиях сообщено эффективность применения преднизолона и циклоспорина А в достижении и поддержке ремиссии НС. Однако, долгосрочная эффективность и прогноз СРНС при проведении такого лечения остается спорным вопросом. Оценка эффективности применения циклоспорина А в лечении стероид-резистентного и стероид зависимого нефротического синдрома у детей. Исследовали 48 детей с первичным НС, которые в схеме лечения получили циклоспорин А. Средняя возраст детей было 5,17 ± 1,59 лет, мальчики 31 и девочки 17. Средняя продолжительность заболевания составила 6,22 ± 3,16 лет. У 33 детей отмечался стероид зависимый НС (СЗНС), у 17 СРНС. У обеих группах детей лечения циклоспорином А начали после достижения ремиссии и поддержали целевую уровень в крови 100 нг/мл. Циклоспорин А в средней дозе 2,07 ± 0,91 мг/кг принимали в среднем 25,75 ± 1,95 месяцев. У 33 детей (79,2%) отмечался хороший ответ на циклоспорин А. У 43 (89,6%) детей удалось остановить стероидную терапию, но у детей после прекращения приема стероида начались рецидивы. 10 (20.8%) больные были резистентные к циклоспорину. Все 48 больные дети получили циклоспорин. Лечение циклоспорином может быть хорошим выбором как у чувствительных к стероидам, так и у резистентных к стероидам детей с БМИ, что может предотвратить токсическое действие применения больших доз стероидов длительно, улучшить контроль случаев заболевания и, возможно, улучшить естественное прогрессирующее течение заболевания. Опасение нефротоксическим эффектом циклоспорина может быть перевешена его эффективностью при условии, что отбор пациентов и их последующее наблюдение осуществляются разумно. Однако для подтверждения этих результатов необходимы дальнейшие двойные слепые рандомизированные исследования на большом количестве пациентов.

Ключевые сова: нефротический синдром, заболевания почек, циклофосфамид.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО КУРСА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ НА ЕГО ПРОГНОЗ

Хамзаев К.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Дети с стероидчувствительным нефротическим синдромом нередко имеют благоприятный долгосрочный прогноз. Тем не менее, у больше половины детей испытывают частые рецидивы нефротического синдрома и неоднократно получают лечение кортикостероидами, что может привести к серьезной стероидотоксичности, такой как задержка роста, ожирение и катаракта. Некоторые авторы рекомендуют, что 16-недельное лечение преднизолоном при начальном эпизоде нефротического синдрома может отсрочить возникновение первого рецидива. По мнение западных авторов продление начальной терапии может быть полезно в развивающихся странах, где частые инфекции часто вызывают ранние рецидивы. Сравнили 2 режима лечения преднизолоном дебюта нефротического синдрома у детей. Изучали частоту рецидивов и морфологическую картину при часто рецидивирующем нефротическом синдроме. В 1 группе применяли преднизолон в дозе 2 мг/кг ежедневно 4 недель и последующем по 1,5 мг/кг через день 4 недель (короткая схема). А во 2 группе преднизолон назначали 2мг/кг ежедневно 6 недель и 1,5 мг/кг через день 6 недель (длительная схема). Исследовали 130 больных детей с первичным нефротическим синдромом. 1 группа состояло из 65 детей, которые принимали преднизолон по короткой схеме, а 65 детей 2 группы принимали преднизолон по длительной схеме. Детей наблюдали в течении 1 года. В обеих группах частота побочных эффектов преднизолона были одинаковые. После 8 недельного лечения с преднизолоном в 1 группе у 45 детей отмечалось чувствительность к преднизолону, 20 детей были резистентные к преднизолону. Во 2 группе 47 дети были чувствительны и 18 детей были резистентные к преднизолону. Среди стероидчувствительных детей 1 группы у 9 детей развилась полная ремиссия, у 15 частичная ремиссия, у 21частые рецидивы. Во 2 группе у 18 чувствительных к стероидам детей развилась полная ремиссия, у 21 неполная и у 8 частые рецидивы. Часто рецидивирующим детям, 21 из 1 группы и 8 из 2 группы выполнены чрескожная нефробиопсии. Результаты нефробиопсии в 1 группе детей показали 9 фокально-сегментарный гломерулосклероз, 7 мезангиопролиферативный гломерулонефрит и 3 минимальные изменения, а во 2 группе 3 фокально-сегментарный гломерулосклероз и 5 минимальные изменения. Назначение преднизолона в дебюте первичного нефротического синдрома в длительном режиме позволяет снижать количество часторецидивирующих детей, а также предупреждает развитие фокально-сегментарный гломерулосклероз – прогностически неблагоприятного морфологического варианта нефротического синдрома.

Ключевые слова: нефротический синдром, преднизолон, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, фокально-сегментарный гломерулосклероз.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Эргашбаева Д.А., Хусанова Х.А., Адилова Г.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Железо является эссенциальным микроэлементом, основным компонентом синтеза гемоглобина и миоглобина, поддерживает прооксидантно-антиоксидантный баланс, катализирует процессы транспорта электронов, входит в состав более 100 ферментов, обеспечивая жизнедеятельность всех клеток организма. Ферропротеины и Fe-содержащие ферменты обеспечивают нормальный цитогенез и полноценное функционирование иммунной системы (фагоцитоз, пролиферация Т-лимфоцитов, активность естественных киллеров, бактерицидная способность сыворотки; синтез секреторного 1дА, комплемента, лизоцима, ряда цитокинов и др.). В этой связи вполне очевидно, что недостаток Fe может играть не последнюю роль в высокой подверженности детей инфекционным и воспалительным заболеваниям. Поэтому не случайно пик заболеваемости инфекционными болезнями приходится на ранний детский возраст; при этом достоверно чаще болеют дети с признаками дефицита Fe. Целью настоящей работы явилось установление возрастных особенностей метаболизма железа и состояния факторов гемопоэза в норме и при патологии, включая антенатальный период, и совершенствование лабораторно-клинической диагностики его нарушений для обоснования методов эффективного лечения и разработки оптимальных схем профилактики ЖДС на современном этапе. На большом клиническом материале проведено исследование параметров метаболизма железа более чем у 105 детей и подростков из различного социума и подтверждено, что у грудных детей ДЖ, прежде всего, связан с алиментарным фактором и социальным статусом семьи. В соответствии с поставленной целью, на протяжении раннего онтогенеза человека определены значения и изучено взаимодействие железосодержащих и железорегулирующих протеинов и ряда других соединений, отражающих метаболизм железа (щелочная и кислая изоформы ферритина, железо, Тф, ЭПО, рТфР, вит. В12, фолаты, гепсидин); измерены уровни цитокинов (ФНО-а, ИЛ-6), участвующих в регуляции обмена железа. Обследованные плоды и новорожденные дети в зависимости от гестационного возраста (ГВ) были разделены на группы, в каждой из которых определены значения изучаемых показателей: у плодов 5-10 нед (1 и 2 группы) - суммарно во всех тканях, у плодов 11-15 нед (3 группа) -раздельно в тканях печени и селезенки, у развивающих плодов 26-35 нед (4 и 5 группы), а также у новорожденных детей 35-41 нед (6 и 7 группы) - в пуповинной крови. Установлены закономерности становления метаболизма железа в раннем онтогенезе человека, ассоциированные с гестационным возрастом плода, о чем свидетельствует достоверная корреляция ГВ с уровнем железа ($r=0,9398$, $p<0,001$), ЩФ ($r=0,9597$, $p<0,0001$), рТфР ($r=-0,9293$, $p<0,0001$), гепсидина ($r=0,8183$, $p<0,001$), ЭПО ($r=0,8889$, $p<0,0001$), ФЭ ($r=0,9297$, $p<0,0001$). Участие железосодержащих и железорегуляторных белков в поддержании высокой активности пролиферативных и

пластических процессов подтверждается тесными взаимосвязями между содержанием железа и ЩФ (r= -0,894, p<0,0001), ЩФ и рТфР (1=0,8399, p<0,0001), ЩФ и ЭПО (r=0,9193, p<0,0001), железа и гепсидина (r=0,8897, p<0,001), ФЭ и ЭПО (r=0,9067, p<0,0001), что позволяет использовать показатели ЩФ, рТфР и гепсидина в качестве важных прогностических маркеров нарушений внутриутробного развития плода, а ЭПО и ЭФ - для оценки степени гипоксии. Установлено, что высочайший провоспалительный паттерн цитокинов (ИЛ-6 и ФНО-а) характерен только для раннего эмбриогенеза (до формирования плаценты), дальнейшая динамика их содержания на протяжении внутриутробного развития отражает четкий баланс процессов альтерации и апоптоза, на что указывает достоверная корреляция между ФНО-а и ЩФ (r=0,9197, p=0,00001), ФНО-а и рТфР (r=0,8789, p<0,0001).Установлено, что даже простые диетические мероприятия (исключение из рациона цельного молока, включение продуктов, богатых железом, их раздельное использование с продуктами, тормозящими абсорбцию железа) позволяют сократить заболеваемость ЖДС у детей раннего возраста на 1638%, сроки реабилитации детей и подростков с ЖДА - в 80,7% случаев. Снижение частоты ЖДС у детей и подростков возможно только при совместной работе и усилиях врачей-педиатров, родителей, работников социальных служб, что позволит своевременно проводить профилактику ДЖ в группах высокого риска.

Ключевые слова: железа, ЖДА, гемопоэз.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ У ВЫДЕЛЕННЫХ ШТАММОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ УХА, ГОРЛА И НОСА

Эсамурадов А.И., Шамсиев Ж.Ф., Мирзаева М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Филиал ТМА (Ургенч)

Данной проблемы велика и заключается в постоянно и неуклонно растущей резистентности микрофлоры к широко применяемым антибактериальным средствам, смене пейзажа возбудителей заболеваний ЛОР-органов на низкой патогенности этих микробов, растущей роли анаэробных и атипичных микроорганизмов в патогенезе хронического воспаления ЛОР. Изучить чувствительность к различным антибиотикам культур, выделенных у детей с ГВЗ (гнойно-воспалительные заболевания) лор органов. Для решения поставленной цели и задач настоящего исследования было изучена ретроспективные анализ идентификация по антибиотико чувствителности у 200 штаммов выделенных при ГВЗ лор органов. Определение чувствительности к разными антибиотикам у выделенных штаммов показало следующие: Штаммы S.aureus от больных детей с ГВЗ в большинстве своём были высокорезистентными к незащищённым пенициллинам (бензилпенициллин, оксациллин, доксициклин). Таких штаммов было около 80% (R – 85,1%; 78,7%; 82,9% соответственно). К амиксациллину клавуланату чувствительными были 42,5% штаммов S.aureus. К цефалоспоринам были чувствительны 51-55% штаммов. К фторхинолонам было чувствительно также, приблизительно, половина штаммов – от 42,5 до 57,6%. К тетрациклину и доксициклину чувствительность показали 42,5% и 57,4% штаммов соответственно. Также, около половины штаммов были чувствительны к линкомицину, канамицину, гентамицину, 5-Нок и фузидину. 1/5 часть штаммов S.aureus при ГВЗ была чувствительная к эритромицину, клоритромицину, рокситромицину, азитромицину. 10% и мене 10% штаммов были чувствительны к хлорамфениколу, рифампицину, полимиксину. Также как и для S.aureus штаммы S.epidermidis были высоко резистентными (81,8% - 90,9%) и к защищённым пенициллинам – 63,6% и наоборот, S.epidermidis при ГВЗ у детей были достаточно чувствительны к цефалоспоринам и фторхинолонам, их процент составил от 66,7% для цефотаксима до 87,9% для цефозолина и офлаксацина. Из этой группы «выпадает» ципринол – 36,3% чувствительных штаммов. Штаммы, S.pneumoniae при ГВЗ были высокочувствительны к защищенным пенициллинам, цефалоспоринам I и III поколения, а также к фторхинолонам. H.influenzae, характеризовалась слабой чувствительностью к пенициллинам, и высокой чувствительностью к цефалоспоринам I и III поколения и фторхинолонам. Чувствительность M.catarralis была, в целом, похожа на аналогичные показатели для H.influenzae. Установлено, что анаэробы и атипичные штаммы проявляют наиболее высокий процент резистентности, ко всем группам антибиотиков по сравнению с другими группами микроорганизмов.

Ключевые слова: антибиотик, резистентность, бензилпенициллин, оксациллин, доксициклин.

FEATURES OF THE MICROBIAL PAYSAGE OF THE INTESTINE IN HIV INFECTED PATIENS

Abdullaeva U.U., Haitov Z.K., Hayrullina A.H.
Tashkent pediatric medical institute

According to the World Health Organization, currently more than 34 million people infected with HIV in the world. Each year, nearly 3.7 million people fall ill with AIDS, about 2 million people die from it. The solution to this global problem remains one of the urgent tasks of all mankind. The purpose of research - to evaluate the changes microbiocenosis colon in patients with HIV infection. The study was conducted on the basis of Specialized Clinic of Infectious Diseases at the Republican AIDS Center. To accomplish this goal were conducted complex clinical and laboratory observations of 60 patients with stage III - IV of HIV infection, who were hospitalized in the clinic of the Research Institute of Virology. Among surveyed included 60 patients who were identified comparison intestinal microbial paysage, stage of HIV infection, the state of cellular immunity. Furthermore, has been specially selected 20 patients treated with highly active antiretroviral therapy: Combivir (lamivudine / zidovudine) and Kaletra (lopinavir / ritonavir), in which the reception of the last accompanied by severe side effects from the digestive tract: recurrent abdominal pain (2-3 times per day), loose stool (2 to 5 times a day), constipation (lasting 3-4 days), flatulence, nausea. Patients in both groups also took into account the severity of violation of gut microbiota. In the control groups of 60 persons were examined, of which 26 (52%) women and 24 (48%) men. Between 18 and 25 years were 22 patients (44%), from 26 to 35 years-23 (46%) and human aged 36 to 45 years-5 (10%) patients. Sexually infected 24 HIV - infected patients, which accounted for 48% of all patients, parenteral route, 26 patients (52%). All the 54 (74.6%) patients in the phase III subclinical only clinical manifestation of the disease was a "persistent generalized lymphadenopathy" (PGL), characterized by an increase in posterior cervical, neck and axillary lymph nodes. Typically they had bilateral symmetric increase from 1.0 to 2.0-3.0 cm in diameter, they are flexible, painless, not soldered to the surrounding tissue and the skin over them is not changed. Thus, in patients with HIV infection were identified violations of the intestine with reduced microbiocenosis obligate microflora changes in its qualitative composition, reproduction of pathogenic microflora.

Key words: microflora, microbiocenosis.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF FECAL CALPROTECTIN ACTIVITY AND THE STATE OF INTESTINAL PERMEABILITY IN CHILDREN WITH VARIOUS TYPES OF MALABSORPTION SYNDROME.

Geller S.I., Kamilova A.T.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics

The paper presents data on the level of fecal calprotectin, as well as on the state of permeability of the intestinal barrier in children, depending on the variant of malabsorption syndrome, and correlated relationships of these indicators are traced. Malabsorption syndrome is a complex of clinical manifestations caused by disorders of cavitary digestion, parietal, membrane digestion and absorption in the small intestine. Particularly noteworthy is the group of diseases represented by a violation of pancreatic secretion. For example, a hereditary genetic disease such as cystic fibrosis. Cystic fibrosis (CF) is an autosomal recessive genetic disease, this pathology is caused by mutations within the gene encoding the CFTR chloride channel. In humans, the most common mutation (F508del) is a deletion of phenylalanine 508 (F508del), in which the altered protein rapidly degrades. CF affects the secretory epithelium of various organs, which leads to pathology of the gastrointestinal tract with a decrease in the production of digestive enzymes of the pancreas and chronic intestinal malabsorption. Malabsorption syndrome caused by damage to the intestinal wall includes several diseases characterized by a decrease in surface area or damage to the intestinal wall. This group includes celiac disease - a disease caused by a pathological immune response to gluten administration, which leads to typical histological damage: villous atrophy, crypt hyperplasia and an increase in the number of intraepithelial lymphocytes. Damage to the mucous membrane of the small intestine with celiac disease leads to a significant change in the metabolic processes in the intestine. A food allergy is a pathological reaction to food components that is based on immune mechanisms, including the production of specific IgE immunoglobulins (IgE-mediated allergic reactions), a cellular immune response (non-IgE-mediated allergic reactions), and a combination of these two mechanisms (mixed type - IgE-mediated and non-IgE-mediated). Food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES which manifests itself acutely or chronically depending on the dose and frequency of food allergen intake and individual characteristics of patients. Calprotectin is known as a diagnostic marker of inflammatory bowel disease, which is named because of the chemical bond with calcium, which gives it stability, belongs to the group of calcium-dependent proteins and consists of one light and two heavy polypeptide chains with a total molecular weight of 36.5 kDa. This protein is released from neutrophils and macrophages upon their activation or death. Its level in the blood, synovial fluid, urine and feces reflects the activity of inflammation and the prevalence of the lesion. Fecal calprotectin as a marker of inflammation in the intestine has certain advantages: it is not affected by proteolytic enzymes, stored in stool samples for 7 days at room temperature, to determine its stool level - only 50 mg. In the literature there are few studies to determine fecal calprotectin in patients with celiac disease. An increase in fecal calprotectin was also observed in children with cystic fibrosis, and an increase in its values correlated with the severity of exocrine pancreatic insufficiency. Scientists from Turkey suggest using calprotectin as a marker for the diagnosis and monitoring of inflammation in allergies to cow's milk protein. So far in the literature there are only a few indications of the participation of fecal calprotectin in increasing intestinal permeability.Aim. to evaluate the activity of fecal calprotectin and the state of intestinal permeability in children with different genesis of the malabsorption syndrome. We examined 81 children aged from 2 months to 16 years with malabsorption syndrome, among them: celiac disease -41 patients, mean age 81.6$\pm$8.4 months; allergic enterocolitis - 20 patients, mean age 13.2$\pm$4.2 months; cystic fibrosis is 20 children, the average age is 30.9$\pm$6.9 months. Evaluation of the intestinal permeability was carried out according to the method of Petrov V.I. et al. Fecal calprotectin levels were measured in coprofiltrates using the Human Fecal Calprotectin kit (Hycult Biotech - The Netherlands). The control group consisted of 20 healthy children. The leading clinical manifestations of celiac disease were symptoms of intestinal

dyspepsia. Osmotic diarrhea was registered in 23 (56.1%) children and mixed type in 18 (43.9%) patients. Stool more than 3 times a day was present in half of children with celiac disease. The atypical course of celiac disease was observed in 3 children and was characterized by the presence of constipation, severe secondary metabolic disorders. Abdominal pain was recorded in 63.4%. Bloating was observed in 87.8% of children with celiac disease. Severe protein and energy deficiency was detected in half of the children, low growth - in 63.4%. One of the characteristic symptoms of CF in our patients was a cough with separation of viscous sputum, which was observed in 18 (90.0%). Vomiting 2-3 times a day, 1-2 hours after eating was observed in 40.0%. Severe sweating, putty greasy stools and steatorrhea were characteristic of each child with CF. In 17 (85.0%) children, diarrhea was osmotic in nature. An increase in liver of more than 3 cm was detected in every fifth child. Severe weight deficit (-3CO) was recorded in half of the children, but every fifth child had a mass deficit of -4CO. Severe PEI was detected in 100% of children, but BMI-4CO was registered in 15 (75.0%). The study revealed that malabsorption syndrome, manifested by steatorrhea, decreased appetite, and malnutrition, is also a consequence of allergies, most often to cow's milk and cereal proteins. The most common clinical manifestation of FPIES was vomiting, in children under 6 months of age it manifested itself in the form of regurgitation after feeding more than five times in 7 (35.0%). In 45.0% of patients, vomiting occurred within 1.5 to 2 hours after eating, in the remaining part within 5 to 10 minutes. In 10.0% of cases in children older than 1 year, vomiting took on a persistent character that mimicked acetonemic. The amount of vomiting varied from a small amount to 1/3 of the food eaten. Diarrhea occurred on average 6 hours after consuming the suspected allergen and was accompanied by anxiety, followed by weakness. The frequency of stool ranged from 6 to 12 times a day, an average of 5.4 ± 1.1 times. By nature, the mixed type of diarrhea prevailed - 40.0%, exudative diarrhea was 1.4 times more common than osmotic (35.0% and 25.0%, respectively). Liquid stool with discharge of vitreous mucus was observed in all children. One of the main clinical symptoms of FPIES is hemocolitis, which was observed in almost every second patient. In 13.0%, diarrhea was accompanied by the development of severe dehydration, lethargy, and a decrease in temperature. Pallor and lethargy were present in every second child. The level of fecal calprotectin in cystic fibrosis had a fourfold excess (93.7$\pm$27.2 ng / g) compared with controls from healthy children (20.09$\pm$10.3 ng/g, $p < 0.01$). High values of calprotectin were present in 13 (65.0%) patients in this group. In case of allergic enterocolitis, calprotectin was significantly increased in 6 (30%) patients, the average value in the group was 51.0$\pm$7.8 ng/g ($p < 0.02$), and in celiac disease there was a tendency to increase of fecal calprotectin - 42.4$\pm$15.4 ng/g, a significant difference with the values of the control group was not established. The ratio of mannitol and lactulose (M/L) in the groups of patients with allergic enterocolitis and celiac disease had negative values: -0.74$\pm$0.008 and -0.1$\pm$0.004, respectively, which confirms the violation of the integrity of the intestinal barrier. In cystic fibrosis, the M/L value shifted to the positive side (0.06$\pm$0.001), but still did not reach the values of the control group of healthy children (0.3$\pm$0.02, $p<0.05$). In celiac disease, the increased permeability correlated with the frequency of stool and vomiting (0.4-direct mean correlation). In cystic fibrosis, was traced the inverse mean correlation between the level of fecal calprotectin and weight (-0.5), height (-0.5), direct mean correlation with stool frequency (0.5). In allergic enterocolitis, there was a direct correlation of fecal calprotectin with the level of leukocytes in the feces (0.52), a inverse mean correlation with the level of total protein (-0.65) and the state of permeability of the intestinal barrier (0.4-direct weak correlation). Thus, the values of fecal calprotectin were more than 4 times increased in cystic fibrosis, and 2 times in allergic enterocolitis. In all three forms of malabsorption syndrome (celiac disease, cystic fibrosis, allergic enterocolitis), an increase in permeability of the small intestine is observed, most pronounced in allergic bowel disease.

Keywords: Malabsorption syndrome, celiac disease, cystic fibrosis, allergic enterocolitis, fecal calprotectin, intestinal permeability.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF THE HIV INFECTION AT CHILDREN

Haitov Z.K., Abdullaeva U.U.
Tashkent Pediatric Medical Institute

The HIV infection at children gets urgency in many countries of the world. A source of the HIV for children, as a rule, is women who are in the risk group (intravenous consumers of narcotics and the women having chaotic sexual communications). Therefore, in 75%-80% of cases, and according to the USA data in 90% of cases, children are infected by perinatal way and only in 20 - 25% of cases through a blood and its preparations, as well as infected needles. In 2000, total number of infected children in the world achieved about 5 million. In all of the countries, the number of children suffering from the HIV infection is increasing rapidly and this tendency, probably, will remain in the world and further, as even advised of imminent danger for the child, the HIV-infected women do not always agree on an abortion. The purpose for studying was the features of a clinical run of the HIV infection at children. The research was conducted on the basis of Virology Scientific Research Institute; the retrospective analysis of 30 case histories of children with the diagnosis of the HIV infection was made.The diagnosis of "the HIV-infection" was established according to the order of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan №480 dated 10/30/2007. The HIV-seropozitiveness has been established on detection of specific antibodies in standard serological tests (EIA, Western blotting). Seroconversion occurs at children earlier than at adults. The analysis carried out by us has shown that at 2/3 children the antibodies to the HIV are being detected within 6 months from the infection moment, at children of more advanced age (7-14 years) the seroconversion has occurred later. The analysis carried out by us has shown that the most frequent signs of the HIV infections at children are a persistent generalized lymphadenopathy (40%), a gepato - splenomegaly (30%), depression of mass of a body by more than 10% (23,3%), agnogenic fever, diarrhea, lagging of psychomotor development, thrombocytopenia with hemorrhagic manifestations, anemia. The immunodeficiency raises a susceptibility of a children's organism to various infections and is reflected on their course: children more often suffer from ARVI, they rather often have serious bacteriemic infections with the tendency to chronic and relapsing course and generalization. At these children mycobacteriosis, cryptosporidiosis and cryptococcosis occur less frequently, but there develop candidosis lesions of a skin and mucosas, especially in the stage of AIDS, more than half of sick children suffer from the serious, often relapsing infections caused by Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Salmonella. As our analysis has shown, the diseases of herpes virus groups play the most defining role in the structure of observable pathologies. In the structure of all superinfections of children the diseases caused by the HSV amount to 22,9%, the diseases allied ethyologically to a virus herpes Zoster - 8,15%, the CMV-infection amounts to 23,7%. The clinical picture of the HIV infection at children depends on an ontogenesis stage on which the penetration of the HIV into an organism (by prenatal or postnatal way) occurs, and on the age of a child in case of postnatal infection. In case of fetus infection in the late perinatal period or infection of an already born child the course differs from adults to a lesser degree, though it has own features both in semiology and in dynamics: the latent period is shorter and amounts to three-five years.

Keywords: HIV infection, haemophilus influenzae, streptococcus pneumonia.

USE OF VIDEOLAPAROSCOPY IN PRIMARY SURGERY OF CHILDREN

Shamsiev J.A., Shamsiev A.M., Makhmudov Z.M, Zayniev S.S.
Samarkand State Medical Institute,
2nd Clinic of Samarkand State Medical Institute,

The current trend in the development of medicine is the use of videolaparoscopy in emergency surgery. However, for organizational and technical reasons, they are still not very common in emergency surgery in children. Improve the diagnosis and results of surgical treatment using video laparoscopy for the most common emergency surgical diseases of the abdominal cavity in children. Since the beginning of 2018-2019, 173 children with acute surgical diseases of the abdominal cavity have been treated in the department of emergency and purulent surgery of the SamMI 2 clinic. Of these, there were 127 children with acute appendicitis, and 51 children with acute intestinal obstruction. Of the total number of patients, video laparoscopic operations were used in 44 children operated on an emergency basis. Of these, 21 patients underwent laparoscopic appendectomy, 3 for appendicular peritonitis. Diagnostic laparoscopy was performed on 17 children with acute commissural obstruction with separation of adhesions and restoration of intestinal passage. An operation was started laparoscopically for one patient with adhesive intestinal obstruction, but due to the massive adhesion process they switched to laparotomy. In two patients with gastrointestinal bleeding, radioisatope scanning revealed Meckel's diverticulum, which was subsequently removed laparoscopically. No complications after these operations were noted. Thus, the use of laparoscopy in emergency surgery in children is not only justified, but also advisable due to the maximum diagnostic capabilities, completeness of the therapeutic effect and good treatment results.

Keywords: videolaparoscopy, surgery of children, laparoscopically, diagnostic laparoscopy.

ТИББИЙ ОЛИЙ ТАЪЛИМДА ЗАМОНАВИЙ АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ

Абдуганиева Ш.Х., Нурматова Ф.Б.
Тошкент давлат стоматология институти

Тиббий олий таълимда замонавий ахборот коммуникация технологияларидан фойдаланиш, улардан клиник ва фундаментал фанларни ўрганишда қўллаш асослари, фанлараро интеграция масалалари бугунги кунда долзарб ҳисобланади. Бошланғич курсда тиббиётда ахборот технологияларидан олинган билимлар горизонтал ҳамда вертикал кесимда ўрганилганда, юқори даражадаги интеграцияга эга эканлигини кўриш қийин эмас. Бугунги кун олий тиббий таълимни компьютер технологиялари асосида ишлаб чиқилган ҳамда қўлланилаётган электрон таълим воситалари ҳамда рақамли таълим ресурслари каби таълим воситаларисиз тасаввур этиб бўлмайди. Улар таълим жараёни ҳамда асосий таълим дастурларининг самарадорлигини оширишни таъминлайди, фанлараро интеграция масалаларини ёритади. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 6 майдаги ПҚ-4310 “Тиббиёт ва фармацевтика таълими ва илм-фани тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарорининг 17-бандига мувофиқ тиббиёт ва фармацевтика таълими ва илм-фанини янада ривожлантиришнинг энг муҳим йўналишлари деб: бирламчи тиббиёт-санитария ёрдами муассасалари учун умумий амалиёт врачлари ичидан эҳтиёж юқори бўлган тор мутахассисликлар бўйича шифокорларни тайёрлашни ташкил этиш; тиббиёт ва фармацевтика кадрларини тайёрлаш ва узлуксиз касбий таълими жараёнларига ўқитишнинг кредит-модул тизимини жорий этиш; тиббиёт ва фармацевтика кадрларининг малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш тизимининг марказлаштирилишига барҳам бериш, уларнинг узлуксиз касбий таълим билан тўлиқ қамраб олинишини таъминлаш; тиббиёт ва фармацевтика кадрларини қайта тайёрлаш ва малака ошириш курсларида ўқитиш жараёнларини мониторинг қилиш ва шахсий ҳисобга олишни таъминлаш; тиббиёт ва фармацевтика илм-фанини, шунингдек, соғлиқни сақлаш соҳасидаги инновацияларни жаҳон даражасигача ривожлантириш, уларни глобал илмий майдонига интеграция қилинишини таъминлаш ҳисобланади. Шундай экан, бугунги кун шифокорларини талаб даражасида етиштиришда уларга замонавий ахборот коммуникация технологияларидан кенг фойдаланадиган, ўз билим ва кўникмаларини бойитиш ва ўртоқлашишни масофадан амалга ошириш бўйича кўникмаларини шакллантириш, замонавий компьютер иловаларидан мақсадли фойдаланиш алоҳида аҳамият касб этади. Фанлараро боғланишдан фойдаланиш фан асосларидан олинадиган билимларнинг тўлиқ, чуқур ва пухта бўлишини таъминлашга ёрдам берса, фан ичидаги алоқалардан фойдаланишнинг аҳамияти ҳам бундан кам эмас. Фанлараро алоқани ўрнатиш талабаларнинг билим даражасини оширади, онгини кенгайтиради, билимларни бир соҳадан бошқасига кўчиришни таъминлайди, билишга қизиқишларини ўстиради ва талабаларни амалий фаолиятга тайёрлашга имконият беради. Масалан физика, кимё, биология, анатомия, физиология каби тиббий-биологик фанларини хозирги кунда ахборот коммуникация технологияларисиз тасаввур қилиб бўлмайди. Бугунги кунда дарс жараёнида ахборот коммуникация технологиялари воситаларидан фойдаланмасдан талаба фаоллигини ошириш, дарснинг ўз мақсадига эришишини таъминлаш мумкин эмас. Талабаларни фаолиятга етакловчи асосий омиллардан бири - қизиқишдир. Фанга бўлган қизиқиш замонавий анимацион ва кўргазмали дастурлардан фойдаланган ҳолда ўрганишда янада ривожланади, билимлар мустаҳкамланади. Мисол сифатида анатомия, биология ҳамда қатор клиник

фанларнинг “Пирогов интерфаол столи”ни қўллаш ёрдамида ўрганишни келтиришимиз мумкин. Мазкур курилмада ишлаш учун талабага ахборот технологияларидан фойдаланиш бўйича амалий кўникмаларга эга бўлиш талаб этилади. Яъни бунда фанлараро интеграция масаласи аниқ намоён бўлади. Бундан, компьютерли таълим талабалар учун қизиқарли бўлиши лозим, деган хулосага келамиз. Маълумки, фанга, ўқув предметига, муайян ўқув материалини ўрганишга бўлган қизиқиш ўрганиладиган ўқув материалини самарали ўзлаштириш ва эслаб қолишнинг зарурий шартларидан бири ҳисобланади. Қизиқарлилик таълимнинг барча йўналишлари, функциялари билан узвий боғлиқ. Шундай йўл билан талабанинг руҳиятига, ўқув материали устида қунт билан ишлашига, ўқув фаолиятини жадаллаштиришга эришилади. Бунда компьютер экранида ўқув материалини баён қилиш шакли, тартиби ва кетма-кетлиги, савол ҳамда машқларнинг мазмуни, намойиш қилинадиган жараёнлар, ўйинлар, бошқотирмалар мазмунан талабалар учун қизиқарли бўлиши керак. Қизиқишлар талабаларнинг ўқишга нисбатан муносабатини, ўқув предмети мазмунига кўра мойиллик кучини акс эттиради. Мойиллик кучи уларда билишга чанқоқлик ҳиссини қондириш воситаларини излаб топишга йўл очади. Компьютер экранида баён қилинаётган маълумот мазмунининг талабаларга тушунарли бўлиши ва компьютер талаб қиладиган топшириқларни бажаришда маълум тиришқоқлик талаб қилиниши билан боғлиқ бўлган мослик принципига ҳам алоҳида эътибор қаратиш лозим. Шу боис компьютерли таълим мазмунида изланишга ўргатиш принципи доимий амал қилиши лозим. Бунинг учун компьютер кенг имкониятларга эга. Масалан, экрандаги матнда янги тушунчалар, олдинги мавзуларда ўрганилган асосий тушунчаларни алоҳида ажратиб бериш, матнли файл, тасвир файли ва ҳатто дастурларни гиперматн тарзида ифодалаш мумкин. Бунда талаба мазкур матнни сичқонча ёки курсор ёрдамида кўрсатганда тегишли маълумот қўшимча ойнада ҳосил бўлади ва танланган объект ҳақида кенгроқ маълумот беради. Маълумотларни бундай мазмунда чуқурроқ, кенгроқ тушунтириш тартибини чексиз давом эттириш ва бу билан талабаларни изланишга ўргатиш мумкин. Бундан ташқари, талабаларни муаммо-изланишли фаолиятни эгаллашга ўргатувчи махсус машқлардан ҳам фойдаланиш керак. Шу тарзда компьютерни таълим жараёнида қўллаш талаба дунёқарашини кенгайтириш, шахси ва фикрлашини ривожлантиришга хизмат қилади. Электрон таълимнинг таълим жараёнига кириб келиши талабаларда ўқув ресурсларига қўл остиларидаги курилмадан мурожаат қилишлари билан бир қаторда масофадан туриб билим олиш, уни текшириш, мустаҳкамлаш имконини беради. Фанларидан бериладиган укув ресурсларига мурожаатни масофадан амалга ошириб, керакли топшириқ ва кўрсатмаларни бажариш, кўникмаларни топшириш, билим ва кўникмаларни синаш талабалар томонидан компьютер экрани ёки мобиль алоқа воситаларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилаётганининг коронавирус пандемияси муносабати билан жорий этилган карантин давридаги on line таълим тизимида ишлашнинг гувоҳи бўлиб турибмиз. Ишлаш давомида ушбу таълим турининг афзаллик ва камчиликларини кўрмоқдамиз. Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, электрон таълим асосий таълимни ўрнини тўлиқ босмаслигини, бальки уни тўлдиришини айтишимиз мумкин. Сабаби, таълим жараёнини бир бутунлигини таъминлаш учун албатта, ўқитувчи ва талаба ўртасида бевосита мулоқот талаб этилади. Электрон таълим воситалари эса таълим сифатини ва самарадорлигини, талабанинг ўз устида ишлаш каби кўникмаларини ошириш имконини яратади.

Калит сўзлар: таълим, ахборот технологиялари, электрон таълим, амалий кўникмалар, билим ва малака, интеграция.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КАЧЕСТВА ЗНАНИЙ РЕЗИДЕНТОВ МАГИСТРАТУРЫ ПО ПРЕДМЕТУ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Агабабян Л.Р., Насирова З.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

С 2013 года на кафедре акушерства и гинекологии ФПДО СамМИ в образовательный процесс была внедрена система модульного и дистанционного обучения. Главная функция технологии проблемно-модульного обучения - развитие практико-ориентированных потенций и выработка навыков творческого усвоения знаний, развитие умения самостоятельно решать профессиональные, организаторские, научные и другие проблемы, а также формирование мотивов для обучения, научно-познавательных потребностей и интереса к предстоящей профессиональной деятельности. Технология проблемно-модульного обучения включает обеспечение учебного процесса методическим материалом и системой оценки и контроля усвоения знаний, что позволяет корректировать процесс обучения, создавая условия для индивидуального темпа усвоения разделов курса. Для обеспечения непрерывного контроля качества усвоения материала резидентами магистратуры нами разделен учебный материал на структурно-логические модули (блоки), определены нормативные баллы (правила их начисления) на все задания по дисциплине. Составлен рейтинговый регламент с учетом рейтинга, на основе которого оцениваются знания. Общая оценка представляет собой сумму рейтинговых оценок за отдельные модули. В качестве модулей предмета/дисциплины выделено самостоятельный цикл работы, индивидуальные домашние работы, с целью закрепления теоретических знаний. По завершении модуля проводится контроль знаний (в виде тестирования, контрольной работы, контрольных задач, устного опроса, написания отчета и собеседования и т.д.), а для коррекции процесса обучения, в процессе текущего контроля целесообразно вести учет и анализ ошибок, указывающих на пробелы в знаниях. Балльно-рейтинговая оценка знаний у нас на кафедре включает многообразный контроль (посещаемость, аудиторную и внеаудиторную работу, выполнение дополнительных заданий и контрольных тестов), а также критерии оценки выполненной работы, сроки выполнения, выраженные в баллах. Для преподавателя эта система позволяет рационально планировать учебный процесс по дисциплине, контролировать усвоение изучаемого материала, своевременно вносить коррективы в организацию учебного процесса по результатам текущего рейтингового контроля, оценивать выполнение каждого учебного поручения, объективно определять оценку по предмету, позволяя рассматривать контроль как неотъемлемую часть образовательного процесса. Таким образом, модульная система обучения является совместной деятельностью преподавателя и обучающегося, сохраняет действующие сроки подготовки специалистов и существующей учебной нагрузки, исключает психическую перегрузку и неблагоприятные последствия для здоровья обучающихся. Ключевые слова: проблемно-модульное обучение, качество усвоения материала, оценка знаний.

Ключевые слова: подготовка резидентов магистратуры, модульная система обучения, рейтинговый контроль.

QON GURUHLARINING BIOKIMYOVIY ASOSLARI HAMDA ULARNING KASALLIKLARGA MOYILLIK BILAN O'ZARO BOG'LIQLIGI

Azizova N.M

Tibbiy biologik kimyo va umumiy genetika kafedrasi, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Mazkur tezisda qon guruhlari va ayrim kasalliklarni rivojlanishi o'rtasidagi bog'liqliklar haqidagi ilmiy ma'lumotlar qisman taxlil qilingan.Qon guruhlari hamda kasalliklar orasidagi bog'liqlikda turli qon guruhlari uchun xos bo'lgan antigen va antitanalarning biokimyoviy asoslari taxlili ham qisman berilgan. COVID19 virusli infeksiyasining tarqalishida ham qon guruhlari roli ko'rsatib o'tilgan. Ilmiy adabiyotlarda keltirilgan taxlil asosida kishilar qon guruhlaribilan ularda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan kasalliklarorasidagi bog'liqliklarni o'rganish muhim va shu asosda turli kasalliklarni profilaktikasini ishlab chiqish imkoniyati yuzaga keladi, degan hulosaga kelingan. Qon plazmasidagi agglyutinogen va eritrositlar tarkibidagi agglyutinin oqsillarini uchrashiga ko'ra odamlarda asosiy 4 qon guruhi mavjud. Hozirgi kunda ilmiy adabiyotlarda qon guruhlarining insonlardagi turli kasalliklarga moyillik orasida o'zaro bog'liqlik mavjudligi to'g'risida bir qator ma'lumotlar keltirilgan. Masalan, B (III) guruhga ega bo'lgan odamlarda boshqa guruhlarga ega bo'lgan odamlarga qaraganda o'lat kasaligi bilan kasallanish holatlari bir necha marotaba kam uchraydi. Qon guruhlarining tuberkulyoz, gripp va boshqa yuqumli kasalliklar bilan o'zaro bog'liqliklari borligi haqida ma'lumotlar ham keltirilgan.O(I) qon guruhining antigenlari bo'yicha gomozigot bo'lgan shaxslarda oshqozon yarasi kasalliklari uch marta ko'p uchrashi mumkin ekanligi ilmiy adabiyotlarda keltirib o'tilgan.B(III) guruh qoniga ega bo'lgan insonlar asabtizimining og'ir kasalligi – Parkinson kasalligi bilan og'rish ehtimoli birinchi darajada turadi. Amerikalik tadqiqotchi terapevt Piter de Adamo 20 yildan oshiq vaqt mobaynida turli onkologik kasalliklarning qon guruhlari bilan o'zaro aloqadorligini o'rganib, qon guruhlari va o'sma kasalliklarimarkerlari o'zaro bog'liq degan xulosaga keldi.Uning onkologiya sohasidagi ilmiy izlanishlari necha yillardan beri yanada chuqurroq o'rganilmoqda. Tadqiqotning maqsadi: ilmiy adabiyotlardagi ma'lumotlar asosida qon guruhlari hamda turlikasalliklarga moyillik orasidagi bog'liqlikni biokimyoviy asoslariningtahlili hamda shu asosda kasalliklarning profilaktika choralarini optimallashtirish. Tadqiqotning mohiyati. Qon guruhlarini bilish insonlar uchun muhim ahamiyatga egadir.1899 yilda Shattokk inson qoni bir-biri bilan aralashtirilganida qon zardobi va eritrositlarni bir-biriga yopishib qolishini aniqlagan. 1900 yili esa K. Landshteyner buni fiziologik holat ekanligini aniqlagan. U odamlar qon zardobi va eritrositlarini izoagglyutinatsiya jarayonini yuzaga keltirishiga qarab A, B va Cguruhlarga bo'lishni taklif etgan. To'rtinchi qon guruhi Yanskiy(1906)va Moss(1910) tomonidan aniqlangan. Eritrositlar membranasida taxminan 15 xil oqsil bo'lib,ularning 60%i spektrin, glikoforin va uch qismidagi oqsillarga to'g'r i keladi.Integral glikoprotein – glikoforin faqat eritrositlar membranasida uchraydi. Uning N- uchiga birikkan oligosaxarid zanjiri antigenlik hususiyatiga ega bo'lib, ABO qon guruhi tizmini hosil qiladi. Shuning uchun A va B guruhli antigenlar A va B guruh N birikmasidan glikoziltransferaza ta'sirida Bva Agenlar kodiga muvofiq shakllanadi. Bu genlarga muvofiq antitanalar odatda IgM ga oid bo'lib, ichak mikroflorasida latent immunozin davrida hosil bo'ladi. Agar individ qoni A guruh bo'lsa u antigenga tolerant bo`lib,unda A ga mos holda antitana sintezlanadi, aks holda faqat B antigen bilan ta'sirlanadi va eritrotsitlarga muvofiq agglyutinatsiyani chaqiradi. O-guruhli kishilarda ham B antigen, ham A antigen shakllanadi. Bunday kishilarga boshqa guruhdagi qon quyilsa izogemagglyutinasiya kuzatiladi va eritrotsitlar yopishib qoladi. Bu esa og'ir oqibatga olib keladi. ABO antigenlar tizimida allel genlar A va B transferazani kodlaydi, u N-

atsetilgalaktozaminli galaktozani N moddasiga biriktiradi. Oligosaxaridlar sfingomielin yoki seramid bilan bog‘lanishini ta’minlaydi. 85 % aholi qon guruhida oligosaxarid polipeptidlar bilan erigan konyugatlar ko`rinishida bo`lib sekretor gen fukoza ishtirokida shakllanadi. Bir qator holatlarda qon guruhlari va ayrim kasalliklarning rivojlanishi xavfi o`rtasida bog`liqlik aniqlangan: B(III) guruhli odamlarda o`lat bilan kasallanish boshqa guruhlarga nisbatan bir necha marotaba kam bo`lishi to`g‘risida ma’lumotlar keltirilgan. Qon guruhlari va boshqa yuqumli kasalliklar (tuberkulyoz, gripp va boshqalar) ning uchrashi o`rtasida bog‘liqliklar mavjud ekanligi ta’kidlangan. O(I) qon guruhining antigenlari bo`yicha gomozigot bo’lgan kishilarda oshqozon yarasi kasalliklari uch marta ko`p uchrashi mumkin ekanligi haqida ilmiy ma’lumotlar mavjud. B(III) guruhli qonga ega bo`lgan insonlardaasabtizimining og‘ir kasalligi – Parkinson kasalligi bilan og‘rish ehtimoli xavf omillarining birinchi yoki ikkinchi o’rnida turadi. A (II) qon guruhiga ega bo’lgan odamlar aholi zich joylashgan mintaqalarda yashab qolishga moslashgan. Vaqt o’tishi bilan A geni tipik shahar aholisining belgisi bo`lib qoldi (Yevropalik immunologlarning hozirgi zamon izlanishlariga muvofiq o’rta asrlardagi pandemiyalardan so’ng asosan A tipidagi odamlar yashab qolganlar). O’ziga o’xshaganlar bilan yashay olish va uning muhimligi, kamroq agressivlik, yuqori kontaktlik, ya’ni shaxsning ijtimoiy – psixologik stabilligi A (II) qon guruhiga ega bo’lgan odamlarda baribir gen darajasida mavjud bo’ladi. Ularda yuqori nafas respirator infeksiyalar bilan kasalanish yuqori ekanligi aniqlangan. Amerikalik olim Hante COVID19 infeksiyasi bilan Amerikada kasallanganlarning qon guruhlarini tekshirganda ularningdeyarli 90%i A(II) qon guruhiga ega bo’lgan shahslar ekanligini aniqladi. Kasal bo`lmagan holatlarda qon guruhining bir necha omillarini bitta marker bilan aniqlash mumkin. Hozirgi vaqtda ma’lum bir kasalliklar bilan qon guruhlari orasidagi bog’liqlikning nisbiy korreliyatsiyasiga oid ma’lumotlar bazasi yaratilgan. Amerikalik tadqiqotchi terapevt Peter d’Adamo turli onkologik kasalliklar va qon guruhlarini o’zaro bog’liqliklarini tahlil qilgan. U yigirma yildan ortiq vaqt ichida o’sma kasalliklarining markerlari bilanqon guruhlarining o`zaro bog‘liqligi haqidagi nazariyani taklif etgan. D’Adamoning onkologik ilmiy nazariyasi yildan-yilga mashhur bo’lib bormoqda. U qisman odam uchun zarur parhezni qon guruhlari bilan bog‘laydi. Ovqatlanish nazariyasini "Qon guruhlari bilan mosligi" kabimuhim muammoni yechish,davolash davrida odamning genetik xususiyatlarini hisobga olishdek, tibbiyot xodimlarini e’tiborini jalb etib kelmoqda. Turli qon guruhlariga mansub insonlardayuzaga kelayotgan kasalliklarni bevosita ularning qon guruhlari bilan bog’liq holda o’rganish kelajakda bemorlarning qon guruhlarini hisobga olgan holda ushbu kasalliklarningprofilaktikasini ishlab chiqish imkonini beradi.

Kalit so’zlar: qon guruhlari, ABO tizim, antigen, agglutinogen, vabo, qon plazmasi, antitana.

ОНЛАЙН ДАРСЛАРНИ ТАШКИЛ ЭТИШДА CAMTASIO ЭЛЕКТРОН ДАСТУРИНИНГ ЎРНИ

Ашурова Г.З., Зокирова Н.З.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Замонавий ахборот ва коммуникация технологиялари воситаларини таълим жараёнига кириб келиши анъанавий ўқитиш усулларига қўшимча равишда янги ўқитиш шакли - масофавий онлайн дарсларни яратилишига омил булди. Ушбу мақола онлайн дарсларни ташкил этишда Camtasio электрон дастуридан фойдаланиш, талабаларга одатий дарс ўтиш технологиясидан фарқли равишда мавзу мазмунини тўлиқ ёритиш, мавзуни етказишда овозли видеодан фойдаланиш орқали маълумотларни ўзлаштиришга ёрдам беришга бағишланган. Camtasio электрон дастурининг бир қанча афзалликлари ва қулайлиги, уни онлайн дарсларни олиб боришда самарадорлигини кўрсатади. Жаҳон миқёсида карантин туфайли таълим масканлари талабасиз, ўқитувчисиз. Аммо XXI асрда пандемия таълим олишга тўсиқ бўла олмайди. Режадан ташқари таътил - онлайн таълим билан шуғулланиш учун қулай фурсат. Ўзбекистонда онлайн таълим ривожланиб бораётгани ва уни ташкил этиш муаммоларини хал этишни талаб этаётгани, талабалар билан ишлашнинг янги усуллари ва шаклларидан фойдаланиш зарурати пайдо бўлишига олиб келади. Таълим тизими тажрибалари кўрсатмокдаки, ўқув жараёнида интернет тизими ва АКТни янги билимларни эгаллаш, сақлаш, узатиш ҳамда амалий қарорлар қабул қилиш воситасига айлантириш ҳисобига кадрларнинг сифат даражасини тубдан яхшилашнинг имкониятлари тобора кенгайиб бормокда. Интернет тизими ва АКТ имкониятларидан МТда фойдаланиш аввало таълим сифати, ижтимоийлиги, оммабоплиги ҳамда иқтисодий жиҳатдан ҳаммага мақбул бўлишлигини таъминлайди. Масофавий ўқитиш барча таълим олиш истагида бўлганларга ўз малакасини узлуксиз ошириш имконини яратади. Бундай ўқитиш жараёнида талаба интерактив режимда мустақил ўқув-услубий материалларни ўзлаштиради, назоратдан ўтади, ўқитувчининг бевосита рахбарлигида назорат ишларини бажаради ва гурухдаги бошқа «виртуал ўқув гурухи» талабалари билан мулоқотда бўлади. Ҳозирда барча таълим муассасалари замонавий компьютер ва телекоммуникация технологиялари билан жихозланмоқда. Бу эса педагогларнинг ўз мехнат фаолиятига янгича ёндашувни талаб этади. Ўқув жараёнида янги технологияларнинг жорий этилиши, ўқитувчини техникавий воситалар томонидан сиқиб чикаришга эмас, балки ўқитувчилик фаолиятининг мураккаблашувига олиб келади, ўқитувчининг вазифалари ва ролини ўзгартиради. Шундай янги дастурлардан бири бу - CAMTASIO. Camtasio Studio - видео презентациялар ва компютер дастурлари билан ишлаш бўйича интерфаол ўқув курсларини тайёрлаш учун энг яхши ечимлардан биридир. TechSmith-яратган дастур сизга профессионал дастурларни ишлаб чиқарувчи ва мултимедия мутахассислари ёрдамисиз сифатли видеофильмлар яратиш ва уларни энг кенг тарқалган форматларда ва исталган оммавий ахборот воситаларида нашр этиш имконини беради.Camtasio Studio нинг асосий хусусиятлари ва имкониятлари Компютер экранида содир бўладиган барча нарсаларни, шу жумладан иловаларнинг овоз эффектларини, шунингдек микрофондан овозни юқори сифатли ёзиб олиш. Видеони янада ранг баранг ва қизиқарли қилиш учун уни кўплаб визуал эффектлар билан тўлдириш қобилияти. Фойдаланувчи томонидан ёзилган видеони олдиндан кўриб чиқиш, устки қатлам билан ишлаш ва овозни тахрирлаш. Видеони кесиш, шунингдек турли хил видеолардан парчаларни бирлаштириш.

Материалларни фойдаланувчиларга қулай форматда сақлаш. MOV, AVI, GIF, WMV, CAMV, SWF, RM, FLV.Интернетдан дархол интернетга жойлаштириш. Camtasio ёрдамида ишлаб чиқилган аудио-визуал қўлланмалар педагогик жараённинг хиссий фонини қайта тиклайдиган восита бўлиб, таълим сифатини оширишнинг самарали манбаи. Дастурдан асосан ТошПТИ 3-курс талабалари “Клиник лабаратор диагностикаси” фанидан онлайн дарс жараёнида фойдаланилди. Мавзуларни тўлиқ ёритиб бериш мақсадида дастур ёрдамида аудио-визуал қўлланмалар ишлаб чиқилди. Интернетдан юклаб олинган видео роликлар асосан русс тилида бўлганлиги боис, ўзбек тилидаги гурухларга Camtasio нинг овозни тахрирлаш функциясини қўллаб ўзбек тилида ишлов берилди ва маълумотлар тўлдирилди. Бу дастур талабаларга фанни ўзлаштиришда ўзгача янгилик бўлиб, дарс олиб бориш жарёнини фаоллаштирди, талабаларни тўлиқ қамраб олиш имконини берди. Интернет тармоғига юкланган кўпгина катта хажмли электрон дарсликлар, видео филмлар дастурнинг материал хажмини кичрайтириш функцияси ёрдамида кичик хажмли дарсликларга айлантирилди ва бу ўз навбатида талабаларга интернет мб сарфини камроқ сарф қилишига, дарсликлардан бемалол фойдаланишга ёрдам берди. Ўқитувчи учун хам дастурнинг бир қанча қулайликлари бўлиб, булар қаторидан тайёрланган видео роликлар, қўлланмалар ва дарсликлардан қайта – қайта фойдаланиш имкони, хар қандай маълумотга хеч қандай қийинчиликсиз ишлов беришдир. Бу дастурдан талабаларни бахолаш учун хам бир қанча усуллар ёрдамида қўллаш имкони бор.м-н талаба бажарадиган мустақил ишларини, талабаларга берилган саволларга жавобни,тест ва диаграмммалар сифатида дастур ёрдамида бажариб бахоланиши мумкин. Бунда талабанинг креативлиги, тасаввур доирасини хам шаклланади. Юқоридагиларни хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, масофавий таълим комплексини таълим муассасаларига жорий этилиши ҳар томонлама фойда келтиради. Республика миқёсидаги барча Олий таълим масканлари (ОТМ) компьютер, ахборот ва коммуникация технологиялари билан яхши таъминланган. Талабалар хам уй шароитида ноутбук, нетбук ва асосан мобил алоқа телефони орқали масофавий таълим тизимига уланишлари мумкин. Уларнинг барчаси Интернет тармоғига уланганлар. Ушбу технологияларни таълим тизимига кенг жорий этиш ОТМлари олдига қўйилган кўп муаммоларни ўз вақтида ҳал этишга ёрдам беради. Компьютер технологияларининг имкониятларидан ўқувчиларни ижодий қобилиятларини ривожлантиришда самарали фойдаланиш мумкин. Педагоглар компьютердан дарсга методик материалларни тайёрлашдагина эмас, балки фанни ўқитишда зарур компьютер дастурларидан фойдаланишда, ўқувчилар билан индивидуал ишлаш жараёнида ҳам фойдаланадилар. Яна шуни айтиб ўтиш керакки, Camtasio Studio дастури асосидаги масофавий ўқитиш усули юқори сифатлиги, махсус қурилмаларни талаб қилмаслиги сабабли масофавий ўқитишнинг бошқа усулларига нисбатан молиявий жиҳатдан бирмунча камроқ маблағ талаб этадиган усуллардан ҳисобланади.

Таянч иборалар: масофавий таълим(МТ), ахборот технологияси, ўқув жараёни, Camtasio электрон дастури, онлайн дарс.

КАРАНТИН ВАҚТИДА КОМПЮТЕР ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН ФОЙДАЛАНГАН ХОЛДА МАСОФАДАН ЎҚИТИШ НАТИЖАЛАРИ ВА КАМЧИЛИКЛАРИ

Зокирова Н.З., Ашурова Г.З.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

COVID-19 тожсимон вирусининг пандемияси даврида юртимизда ўрнатилган карантин вақтида барча турдаги ижтимоий ва таълим объектларини ёпилиши сабабли ТошПТИ талабаларининг ўқув муддатларини узайиб кетишига йул қўймаслик мақсадида, талабалар ўқув дарсликларини масофавий давом эттириш ва педагогларни масофадан хар хил инновацион коммуникацион технологияларни қўллаган холда педагогик фаолиятини давом эттиришга тўғри келмокда. Вазиятдан келиб чиққан холда масофавий таълимни, анъанавий таълим усулига нисбатанталабалардан дарсликларни қандай ўзлаштираётганлиги, ижобий ва салбий томонларини сўровнома орқали тахлил қилиб, масофавий таълимнинг тиббиёт талабаларига қўллаш натижаси ўрганилди. Юртимиз таълим тизимида охирги 3 йилликда жиддий ўзгаришлар рўй бермокда. Масофадан ўқитиш(МЎ)дан тиббиёт сохасида хам кенг фойдаланилмокда. Асосан чет эллик тор мутахасисларини Ўзбекистон мутахасислари билан мураккаб операция жараёнларини бирга кузатиб бориши, чет эл тажрибасини масофадан ўрганиш ва қолаверса якуний ташхис қўйишда умумий фикрлар асосида даволаш самарадорлигини ошиши ҳам, албатта, қувончли ҳолдир. Аммо тиббиёт сохасида масофавий таълим технологияларидан, таълим сохасининг қуйи бўғини яъни тиббиёт талабаларини ўқитишда тўла қонли фойдаланилмасдан, асосан тарқатма материалларни тарқатиш ва ахборот ресурс марказларидан масофадан туриб фойдаланиш билан чекланиб келинмокда эди. Тиббиёт сохаси жуда мураккаб ва амалий кўникмаларни талаб қиладиган соха бўлганлиги туфайли юртимизда тиббиёт талабалари анъанавий усулда кундузги таълим шаклида ўқитилади. 2019 йил охирида Хитойнинг Ухан шахрида пайдо булган тожсимон вируснинг янги тури COVID-19 одамлар орасида тез таркалиши ва қиска муддатда пандемияга айланиши натижасида Ўзбекистон Республикасида 2020 йил 16 мартидан карантин эълон килинишига сабаб бўлди. Барча таълим масканлари қаторида ТошПТИ талабалари хам ўқишни вақтинча тўхтатишга мажбур бўлишди. Тез орада Вазирлар Махкамаси кўрсатмаларига кўра 2020 йил 1 апрелдан талабалар ўз педагоглари томонидан масофадан ўқитила бошлади. ТошПТИ Анестезиология ва реаниматалогия кафедраси педагоглари хам ўз уйларидан туриб 3 ва 5 курс талабаларига информацион технологияларни қўллаган холда Анестезиология ва реанимация, болалар анестезиологияси ва реаниматологияси, Клиник лабаратор диагностика фанларини ўқитишни бошлади.Ўқитиш жараёнида талабалар билан энг аввало Телеграм мессенджери оркали боғланилди, кичик гурухлар хосил қилинди ва ZOOM дастури орқали жонли видео конференциялар ўтказилди. Талабаларга мавзу матнлари тўлиқ ёритиб беришда Camtasio дастури оркали дарсларни видео шаклида тайёрлаб, талабаларга мавзуларни мустахкамлаш учун юборилди. Таъкидлаб ўтиш жоизки масофадан ўқитиш, педагогдан ва талабадан информацион технологиялар ва турли дастурлардан фойдаланишни юқори кўникмасини талаб килади. Тиббиёт талабалари орасида масофавий таълим жараёнини камчиликларини аниқлаш ва бартараф этиш учун, талабаларни ўзлаштириш самарадорлиги кузатиб борилди ва хар бир талаба ўзига ўқитиш усулидан кандай фикрдалигини билиш учун 4 та 3 курс ва 2 та 5 курс талабалари, умумий 56 та талабадан 50 тасида сўровномалар ўтқазилди. Тадқиқотда қуйидаги усуллардан фойдаланилди: онлайн анкеталаш ва натижаларни статистик қайта ишлаш ва солиштирма тахлил. Тадқиқотни ўтқазиш учун Google Forms ва Telegram Bot сервислари оркали 5 турдаги бир ва кўп жавобли (вариантли) танлаш имконини берувчи саволлардан хамда таклифлар ташкил килинди. Респондентларни тақсимоти қуйидагича, сўровномада жами 82,1% талаба иштирок этди улардан: 73,3% 3-курс, 26,7% 5-курс ва улардан 34,8%(46/16) 1 педиатрия, 13,0%(46/6) 2 педиатрия, 52,2%(46/24) даволаш иши талабалари. Умумий сўровнома натижалари фоиз улушлари қуйидагича: Ягона информацион таълимни хосил

қилишда кайси электрон тизимларни ривожлантириш керак деб уйлайсиз? (танлаш вариантлари кўп жавобли). Жавоблар: Таълим тизимини информацион марказлари (кутубхона, медиатека, электрон нашриёт)- 78,3%; ТошПТИ сайтини ривожлантириш-47,8%; Масофадан ўқитишни қўллаш-23,9%; ТошПТИ сайтидан ташкарида маълумотлар базасини яратиш (ютуб, телеграм, фейсбук гурух ва каналларида видеоархивлар яни видеодарсликлар, фото, презентациялар, тарқатма материаллари)-91,3%; ТошПТИ худудида алока ва интернет (текин Wi-Fi) воситаларини самарадорлигини ошириш-97,8%; Хеч нимани ўзгартиришни хожати йўқ-13,0%; Бошқа-4,3%. ИКТ ни дарс жараёнида қўллаш, талабаларнинг билим олиш самарадорлигини ошишига олиб келадими? (бир неча жавобни танлаш имкони мавжуд) Жавоблар: Ўқитиш жараёнини самарадорлигига-65,2%; Талабалар мотивациясига-43,5%; Ўқитиш сифатига-34,8%; Ўқитишни индивидуаллаштириш -67,4%; Ўқитиш жараёнига таъсир килмайди-39,1%; Бошка-8,7%. Анъанавий ўқитиш тизимига нисбатан, масофадан электрон ўқитиш тизими сизга қулайми? (бир жавоблик). Жавоблар: ха – 13,0%; йук – 76,1%; баъзан – 10,9%. Сиз учун кайси ИТ технология(дастур)лардан фойдаланиш қулай? (кўп жавоблик). Жаваблар: Skype, Zoom-34,8%; Электрон курслар (smed-school.ru, medcertificate.online, healthcarestudies.ru)-23,9%; Таълим веб-сайтлари (Twirpix.ru, YouTube.com, Weikipediya.com, Studmed.ru. ва х.к.)-87,0%; Ижтимоий тармоклар (Telegram, Facebook, Ok.ru, Vk.com, Whatsup ва х.к.) (курсдошлар билан малумотлар алмашиш, маълумот олиш)-91,3%; ТошПТИ электрон кутубхонаси 21,7%; телеконференция, вебинарлар (medznanie.ru, webinardoctor.ru, medvebinar.ru)-4,3%; бошка-8,7%. Масофавий ўқитишда, ананавий ўқитишга нисбатан қандай устунликлари ва камчиликлари мавжуд (агар мавжуд бўлса)? (ўз жавобларингизни ёзинг). Жавоблар: Онсон ўзлаштириш, институтга ташриф буюриш имкони йўқ талабаларга ўқиш имконини беради; талабаларни кўп маълумотлар билан ишлаш имконияти; талаба маълум сабабларга кўра ўзи қатнаша олмаганда ўтилган мавзуни ўрганиб чиқиш имконияти; керакли маълумонти тез ва осон топиш; электрон ўқиш ва талаба ўзига қулай вақтда вазифаларни бажариш; кам вақт талаб қилади; ўтилган мавзуни яна қайтадан такрорлаш имкони; мамлакатнинг турли қисмидан ўқишни давом эттириш имконини; дарслик барча маълумотлари бир жойда сақланади ва реал вақтда педагог билан контактда бўлиш имкони; ўқитиш презентациялари, тестлари, видеоларини юқори самарадорлиги; талаба ўз-ўзини назорат қилиши; талаба вакти ва пулларини тежаш имконияти; ўқитиш жараёнини очиқлиги ва интерактивлиги ва қулайлиги. Камчиликлари: Ўқитувчилар билан жонли мулокат йўклиги; талаба ўқитиш жараёнини мутлок назорат кила олмаслиги; технологик алока ресурсларни талаб килиши (ПК, ноутбук); интернет тезлигининг камлиги ёки алоқадаги узилишлар; одамнинг кўзига салбий таъсири, ўқитувчида талаба хатоларини тезда аниклаш имконини йўқлиги; талаба кўп маълумотларни тезда қабул қилиш қийинлиги; талаба жавоб беришда педагогни алдаш имкони; педагог талабани билимини тўғри ва объектив бахолашдаги қийинчиликлар.Сўровнома натижаларига кўра, асосий талабалар масофавий таълимдан тўлиқ фойдаланишга тайёр ва масофавий таълимни қулайликлари ва камчиликларини тўлалигича сезишмокда ва асосан анъанавий ўқишни мақул кўришади, аммо карантин пайтида масофавий ўқишни давом эттиширишга тайёрликларини билдиришмокда. Кузатишларимизга кўра талабалар учун ўзбек тилида электрон дарсликлар турли платформа ва дастурларда тақчинлиги сезилмокда, ИКТ дарсликларга эхтиёж сезилмокда, электрон дарсликларни ўзбек ва рус тилида бойитиб борилса бу ўз навбатида тиббиёт талабаларининг билим савиясини ошишига олиб келади. Масофадан ўқитиш тизими COVID-19 вируси ва шу каби крисиз вазиятларда альтернатив вариант сифатида таълим олишни узлуксиз давом эттириш имкониятини беради.

Таянч иборалар: масофавий таълим, ИКТ, электрон кутубхона, Skype, Zoom.

“ТЕБРАНИШ ВА ТЎЛҚИНЛАР” МАВЗУСИНИ МОДУЛ ТИЗИМИДА ЎҚИТИШ

Жалилов М.Х., Худойқулова Ш.Н., Темиров Ф.Н.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Самарқанд давлат тиббиёт институтида 2013 йилдан Халкаро жахон стандартларига мослашган кредит-модул тизимида ўқитиш жорий этилган. Фанларни кредит –модул тизимида ўқитиш учун 4 терабайт хажмдаги маълумотлардан иборат масофавий ўқитиш платформаси яратилган Ушбу платформага ресурсларидан самарали фойдаланишни таъминлаш мақсадида барча зарурий ўқув материаллари, презентациялар, аудио ва видео материаллар, назорат топшириқлари киритилган. Ўзбекистонда (COVID-19) короновирус инфекцияси аниқланган бир вактда ўқитишнинг янги шакл ва усулларидан фойдаланиш заруратини келтириб чиқарди. Кредит –модул тизимининг таълим жараёнига кириб келиши анъанавий ўқитиш усулларига қўшимча равишда янги ўқитиш шакли - масофавий ўқитиш яратилишига омил бўлди. Масофавий таълимда талаба ва ўқитувчи фазовий бир-биридан ажралган ҳолда ўзаро махсус яратилган ўқув курслари, назорат шакллари, электрон алоқа ва бошка технологиялар ёрдамида доимий мулоқотда бўладилар. Интернет технологиясини қўллашга асосланган масофавий ўқитиш жаҳон ахборот таълим тармоғига кириш имконини беради. Ушбу ишда “Тебраниш ва тўлқинлар” мавзусини модул тизимида ўтишнинг устувор томонларини кўрсатиб ўтамиз. Дарснинг мақсади: Давлат таълим стандартларида кўрсатилганидек талабалар қуйидагиларни билиши керак. Тебраниш ва тўлқинлар деб нимага айтилади ва улар қандай физик катталиклар билан тавсифланади. Тиббиётда кенг қўлланиладиган тебранишлар, тўлқин жараёнларнинг табиатини билиш, даволаш ва ташхис мақсадларида қўлланилаши. Одам организмида кечадиган тебранма жараёнлар. Қон томирларининг тебраниши, юракнинг уриши, қоннинг қон томирлар бўйлаб тарқалиши, пульс тўлқинларининг тарқалиши ва бошқалар. Ташхисда ультратовуш тўлқинларидан фойдаланиш (Эхолокация, допплерография в.б). Даволашда ультратовуш терапияси. Траматологияда Остиосинтез ва ультратовуш тўлқинларидан жаррохликда скалпел сифатида фойдаланилмокда. Тиббиёт ходимлари ва талабалар учун сўнмайдиган, сўнадиган ва мажбурий тебранишларнинг одам организмига таъсири ва бунинг таъсирида юз берадиган жараёнлар ҳақидаги масалалар ниҳоятда қизиқарли. Талабаларни мутахассисликка йўналтириш: Тебраниш ва тўлқинлар қурилмаларида ташхис қилиш, орган ва тўқималарни текширишнинг замонавий ташхис усуллари бўлган. Ультратовушли ташхис усуллари. Мажбурий тебранишларнинг тирик тўқималарга таъсирини билиш. Одамнинг нормал ҳаётий тарзига сўнмайдиган, мажбурий тебранишлар хавфлилик даражаси, бу тебранишларнинг биологик эффекти тебраниш ва тўлқинларнинг турига, таъсир вақтига, таъсир қилаётган юзага, тебраниш частотасига ва ҳар хил органларнинг сезгирлигига боғлиқлиги. Материал ва методлар. Амалий мақсадлар учун мураккаб тебранишлар оддий гармоник тебранишларга ажратилади. Фуре кўрсатдики, ҳар қандай мураккаб даврий функцияни частоталари берилган функция частотасига каррали бўлган гармоник фнукциялар йиғиндиси кўринишида ифодалаш мумкин. Физикада даврий функциянинг гармоник функцияга ёйилиши ва турли хилдаги даврий жараёнларнинг оддий гармоник тебранишларга ажратилишига гармоник анализ дейилади. Математик физикада шундай йўналишлар борки улар гармоник тебранишларни ташкил этувчиларга ажратиб беради. Мураккаб тебранишларни таркибий қисмларга ажратиш

билан ҳосил қилинган гармоник тебранишлар тўпламига мураккаб тебранишлар гармоник спектри дейилади. Мураккаб тебранишларнинг гармоник таҳлили ҳар қандай мураккаб тебранишлар жараёнини етарлича таҳлил қилиш, ёзиш имкониятига эга, шу сабабли у тиббиёт (акустика)да, радиотехникада, фан ва техниканинг бошқа соҳаларида қўлланилади. Гармоник тебранишларни ўрганишда реал системаларда мавжуд бўлган ишқаланиш ва қаршилик кучлари ҳисобга олинмаган. Бу кучларнинг таъсири ҳаракатнинг характерини ўзгартиради, шу сабабли тебраниш *сўнувчи* бўлиб қолади. Агар системада квазиэластик кучдан ташқари қаршилик кучлари ва ишқаланиш кучлари таъсир этса, унча катта бўлмаган амплитуда ва частоталарда ишқаланиш кучи тезликка пропорционал бўлади ва тезлик йўналишига қарама-қарши йўналади. Резонанс. Агар система учун циклик частота ва сўниш коэффициенти берилган бўлса, мажбурловчи куч ўзгаришлари частотасининг маълум бир қийматида мажбурий тебранишлар амплитудаси ўзининг *резонансли қиймати* деб аталувчи максимал қийматига эришади, циклик частота ва сўниш коэффициентининг берилган бирор қийматидаги максимал амплитудага эришиш ҳодисаси резонанс деб айтилади.Агар одам ички органларининг сўндириш коэффициенти катта бўлмаганда эди, ташқи вибрациялар ва товуш тўлқинлари таъсири остида юзага келувчи резонанс ҳодисаси ички органларда ҳалокатли ҳолларни юзага келтирар эди: органларнинг узилиши, боғланишларининг зарарланиши, тўқималарнинг узайиши ва ҳоказо. Лекин ҳаётда етарлича меъёрида бўлган ташқи таъсирлар остида бундай ҳодисалар юз бермади, чунки биологик системаларнинг сўндириш коэффициенти жуда каттадир. Шунга қарамай, ташқи механик тебранишлар таъсири туфайли ички органларда резонанс ҳодисаси юз беради. Инфратовуш тебранишларининг одам организмига кўрсатадиган салбий таъсирларидан бири шу бўлади.

Модуль тизимида ўқитишнинг афзалликлари:

1. Талаба хохлаган вақтда тизимга кириб у ердаги маълумотларни ўзлаштириши мумкин.
2. Керакли адабиётлар биланмодул тизимида ишлаш имкони мавжудлиги.
3. Мавзуга доир ведиороликлар билан танишиш имконияти мавжудлиги.
4. Мавзу юзасидан ўрганувчи тестлар, вазиятдан келиб чиқувчи тестларни ечиб, ўз билимини мустаҳкамлаш имконияти мавжудлиги.
5. Дарснинг охирида ечилган назорат тестлар эса, оғзаки сўровлар билан биргаликда умумлаштирилган ҳолда талаба билимни баҳолашда қулайлик яратади.
6. Профессор–ўқитувчиларга талабаларнинг берилган мавзу юзасидан фаоллигини, билим даражасини назорат қилиш имконияти мавжудлиги. Модул тизимининг афзаллиги хозирги кундаги энг долзарб муаммолардан олий таълимда масофадан ўқитишнинг ечими хисобланади.

Калит сузлар: Тебранишлар, тўлқинлар, ультратовуш, тебраниш частотаси, акустика, резонанс, модуль тизими, частота, амплитуда.

“COVID-19” НИ МАТЕМАТИК ФАРАЗЛАР БИЛАН БИРГАЛИКДА ЕНГАМИЗ

Зулфихаров И.М.

Тошкент давлат аграр университети. Андижон филиали

Президент Шавкат Мирзиёев 2020 йилнинг 31 январь кунги олимлар, ёш тадқиқотчилар, илмий-тадқиқот муассасалари раҳбарлари ва ишлаб чиқариш сектори вакиллари билан учрашувда “Математика ҳамма аниқ фанларга асос. Бу фанни яхши билган бола ақилли, кенг тафаккурли бўлиб ўсади, исталган сохада муоффақиятли ишлаб кетади” деди Шавкат Мирзиёев. “Улуғ аждодларимиз таъмал тошини қўйган математика фани илм-фан ва техниканинг замонавий тармоқлари жадал ривожланиши муносабати билан ҳозирги кунда янада катта аҳамият касб этмоқда...” дейилади Президентимиз Ш.М.Мирзиёевнинг 2019 йил июль ойидаги “Математика таълими ва фанларини янада ривожлантиришни давлат томонидан қўллаб-қувватлаш” тўғрисидаги қарорида. Бу қарор фақатгина математика фанлари соҳасида эмас, балки барча соҳаларда билимларни мукаммал ўрганиш учун, аниқ мақсадга йўналтирилган режалар ва реал натижаларга эришиш кераклигини билдиради. Хозирги кунда Коронавирус (COVID-19) пандемиясидан қутилиш бутун дунё бўйича глабал муаммо бўлиб турибди. Бу пандемияга қарши курашиш ва уни енгиб ўтиш йўлларини топиш мақсадида, Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти ва шу билан бирга ватанимиз Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш ташкилоти ходимлари ҳам тинимсиз илмий ва амалий изланишлар олиб боришмоқда. Кўплаб олимлар ва ҳамкасблардан фарқли ўлароқ бу Коронавирус (COVID-19) пандемиясидан қутилиш, унга қарши курашиш ва уни енгиб ўтиш йўлларини топиш учун баъзи математик фикр ва фаразларни баён этиш мақсадга мувофиқдир. Математика бир неча қадам олдинни кўра олишни ва муаммоларни аналитик усулда ечимини топишни ўргатади. Ва математика бизни эҳтиёткорлик ва ўз ҳаракатларимиз учун жавобгар бўлишга ҳам ўргатади. Леонардо Да Винчи шундай деган эди: “Агар кишиларнинг ҳар қандай тадқиқоти математик асосда исбот қилинмаса, у тадқиқотни хеч қачон ҳақиқат деб бўлмайди”. Математик мулоҳазалар асосан $y = f(x)$ функцияга нисбатан ўрганилади. Бу ерда $y = f(x)$ функцияни $\text{Инсон} = f(COVID - 19)$ функция билан таққослаб қуйидаги мулоҳазаларни ўринли деб қараймиз:

1). $COVID - 19 = \underset{\text{Инсон}\to\left\{\begin{smallmatrix}\text{уйга}\\ \text{тозаликга}\end{smallmatrix}\right.}{\boldsymbol{lim}} \boldsymbol{f}(COVID - 19) = \mathbf{0}$

2). $\text{Касалланиш} = \int_{2\ m\ \text{масофа}}^{\text{Уйда қолиш}} \boldsymbol{f}(COVID - 19)\ \boldsymbol{d}(\text{тозалик}) = \mathbf{0}$

3). $\text{Касаллик} = f(COVID - 19) = \begin{cases} 0, \text{агар (уйда қолиш) ва (тозалик)} \\ \infty, \text{агар (кўчага чиқиш) ва (бепарво)} \end{cases}$

Бу мулоҳазаларни функция, функция лимити ва функция интеграли қонуниятларига мос келади деб айтаоламиз. Биз, Абу Али Ибн Синони (980-1037 й.) медицинанинг отаси деб биламиз, лекин у етук математик ҳам бўлган ва у математика илмини ривожланишига, ҳам илмий, ҳам амалий ҳисса қўшган буюк олимдир. Ибн Сино касаллик тарихини ўрганишда, касалликларга даво излаб топишда ва табиий гиёхлардан малҳамлар таёрлашда математиканинг аналитик усулларидан фойдаланган. Ибн Сино математикага қуйидаги фикрларини киритган: 1. Агар сонни 9 га бўлганда: 1) 1 ёки 8 қолдиқ қолса, бу соннинг

квадратини 9 га бўлганда 1 қолдиқ қолади; 2) 2 ёки 7 қолдиқ қолса, бу соннинг квадратини 9 га бўлганда 4 қолдиқ қолади; 3) 4 ёки 5 қолса, бу соннинг квадратини 9 га бўлганда 7 қолдиқ қолади; 4) 3 ёки 6 қолса, бундай соннинг квадрати 9 га қолдиқсиз бўлинади;

2. $\frac{A}{B}=\frac{C}{D}$ бўлса $\frac{B}{A}=\frac{D}{C}$ нисбат ҳақида;3. Кетма-кетликлар йиғиндиси хусусан арифметик ва геометрик прогрессияларнинг ҳадлари йиғиндисини топиш формулалари [3]. Ҳозирги кунда математиканинг бу қоидалари бутун дунё медицинасида ҳам қўлланилмоқда. Биз, Ибн Синонинг 2-математик мулоҳазасига қуйидагича ўхшатиш келтирамиз:

$$\frac{\boldsymbol{A}(\text{коронавирус})}{\boldsymbol{B}(\text{одамлар})}=\frac{\boldsymbol{C}(\text{уйда қолиш ва покизалик})}{\boldsymbol{D}(\text{тартибсизлик})} \leftrightarrows \frac{\boldsymbol{B}(\text{одамлар})}{\boldsymbol{A}(\text{коронавирус})}=\frac{\boldsymbol{D}(\text{тартибсизлик})}{\boldsymbol{C}(\text{уйда қолиш ва покизалик})}$$

Яна бир мисол тариқасида “Математиклар ўзига касаллик юқтурмайди” деб номланган қизиқарли масалани кўриб чиқайлик. Масала. Иккита эркак, иккита аёл ва иккита ўнг қўлқоп бор. Эркак ва аёлларда ҳар хил касалликлар (4 хил юқумли) бор. Икки эркак ҳар бир аёл билан қўл бериб саломлашмоқчи. Касалликларини бир-бирларига юқтурмасликлари учун иккита ўнг қўлқопни фақат эркаклар кийиб саломлашишлари мумкинми? Жавоб: Ҳа буни қуйидагича амалга ошириш мумкин. 1-эркак: иккита ўнг қўлқопни устма-уст кўяди ва олдин 1-аёл билан саломлашади, ташқи қўлқопни аёл қўлида қолдиради (бу қўлқопнинг ичи тоза). Кейин 2-аёл билан саломлашади ва қўлқопни шу аёлда қолдиради (бу қўлқопнинг ташида ҳам ичида ҳам вирус бор). 2-эркак: 1-аёл қўлида турган (ичи тоза) қўлқопни кийиб у билан саломлашади. Қўлидаги қўлқоп билан 2-аёл қўлида турган қўлқоп ичига солиб бу аёл билан ҳам саломлашади. Бу масаланинг ечимида $2+2=2\cdot 2$ тенглик асос бўлади, яни $n+n=n^2$ тенглама ягона натурал $n=2$ да ечимга эга [2]. Муаммоларни математик йўл билан ҳал қилиш: инсонларга оламнинг мавжуд гўзалликлари билан таништириш ва унинг ёрдамида математикада жуда ҳам зарур бўлган интизомга ва мантиқий фикрлашга ўргатишдир. Бу жуда ҳам муҳим, чунки математикада мантиқий фикрлашга ўрганган одам уни ҳаётнинг хоҳлаган бир соҳасида қўллай олади.

Калит сўзлар: коронавирус (COVID-19), математик муносабат, математик мулоҳаза, функция, лимит, аниқ интеграл, Ибн Синонинг математик нисбати, вирус юқтурмаслик.

OLIY TA’LIM MUASSASALARIDA ONLAYN TA’LIM DARSLARINI TASHKIL ETISH MASALALARI

Lutfullayeva Z.F.
Toshkent Pediatriya tibbiyot insituti

Ilmiy –texnikaviy taraqqiyot yutuqlarini birinchi navbatda aks ettiradigan eng muhim sohalardan biri –bu ta’lim sohasi hisoblanadi.Aynan ta’lim alohida mamlakatlar va butun insoniyatning kelajagini ta’minlaydigan omil bo’lib,jamiyat taraqqiyotini tezlashtiruvchi,ilgari boshlovch kuchdir.So’nggi yillarda respublikamizda ta’lim jarayoniga dolzarb tizim sifatida katta ahamiyat berilmoqda. Ma’lumki, hozirgi jadal rivojlanayotgan zamonda Oliy ta’lim muassasalarida onlayn ta’lim tizimini rivojlantirishga bo’lgan e’tibor yuqori darajada. Ta’lim muassasida elektron ta’lim muxitini tashkil etish bosqichlari psixologik axborot muxitini yaratishdan boshlanadi. Texnologik va ilmiy natijalar, yaratilgan dasturiy maxsulotlar asosida zamonaviy vositalar va metodlardan foydalanishga extiyoj shakllantiriladi. Bunda xar bir ta’lim muassasida individual va maslaxat mashg‘ulotlar asosida pedagoglarni mustaqil va kompyuter ta’limi tizimini tashkil etishkerak. Oliy ta’lim muassasalarida elektron ta’lim jarayonini tashkillashtirish va boshqarish jarayonida kompyuter texnikasi va telekommunikatsiya vositalari xamda boshqa yangi axborot texnologiyalarni qo‘llashga asoslangan an’anaviy va innovatsion ta’lim vositalaridan foydalaniladi. Bu zamonaviy ta’lim tili bilan “ta’limning dasturiy-texnik vositalari” deb yuritiladi. Elektron ta’limni tashkillashtirish uchun joriy qilinadigan dasturiy-texnik vositalar quyidagi pedagogik vazifalarni xal etishi zarur:

- Mustaqil o’qish imkoniyati;
- O’quv materialini o’zlashtirishni qulay sharoitlarini ta’minlash;
- Talabalar bilan ishlash va o’zaro munosabatini onlayn tizimi asosida olib borish. Elektron ta’limda talaba va o‘qituvchi fazoviy bir-biridan ajralgan xolda o‘zaro maxsus yaratilgan o‘quv kurslari, nazorat shakllari, elektron aloqa va internetning boshqa texnologiyalari yordamida doimiy muloqotda bo‘ladilar. Internet texnologiyasini qo‘llashga asoslangan elektron o‘qitish jaxon axborot ta’lim tarmog‘iga kirish imkonini beradi, integratsiya va o‘zaro aloqa tamoyiliga ega bo‘lgan muxim bir turkum yangi funktsiyalarni bajaradi. Elektron ta’lim barcha ta’lim olish istagi bo‘lganlarga o‘z malakasini uzluksiz oshirish imkonini yaratadi. Bunday o‘qitish jarayonida talaba interaktiv rejimda mustaqil o‘quv-uslubiy materiallarni o‘zlashtiradi, nazoratdan o‘tadi, o‘qituvchining bevosita raxbarligida nazorat ishlarini bajaradi. Ma’lum sabablargako‘ra, ta’lim muassasalarining kunduzgi bo‘limlarida taxsil olish imkoniyati bo‘lmagan, masalan, sog‘ligi taqozo etmaydigan, mutaxassicligini o‘zgartirish niyati bo‘lgan yoki yoshi katta, malakasini oshirish niyati bo‘lgan kishilar uchun elektron ta’lim qulay o‘qitish shakli xisoblanadi. Elektron ta’limda turli xil axborot va kommunikatsiya texnologiya- laridan foydalaniladi, ya’ni xar bir texnologiya maqsad va masala moxiyatiga bog‘liq. Masalan, an’anaviy bosma usuliga asoslangan o‘qitish vositalari (o‘quv qo‘llanma, darsliklar) talabalarni yangi material bilan tanishtirishga asoslansa, interaktiv audio va video konferentsiyalar ma’lum vaqt orasida o‘zaro muloqotda bo‘lishga, elektron pochta to‘g‘ri va teskari aloqa o‘rnatishga, ya’ni xabarlarni jo‘natish va qabul qilishga mo‘ljallangan. Oldindan tasmaga muxrlangan videoma’ruzalar talabalarga ma’ruzalarni tinglash va ko‘rish imkonini bersa, xabarlar, topshiriqlarni tarmoq orqali tezkor almashinish talabalargao‘zaro teskari aloqa orqali o‘qitish imkoniniberadi.Yuqoridagilarga asoslanib, ta’lim jarayonida ayni vaqtda qayta-qayta tilga olinayotgan ayrim terminlar tavsifi va ta’riflarni keltirib o‘tamiz.Elektron ta’lim – eng yaxshi an’anaviy va innovatsion metodlar, o‘qitish vositalari va formalarini o‘z ichigaolgan axborot va telekommunikatsiya texnologiyalariga asoslangan yangi axborot texnologiyalari,

telekommunikatsiya texnologiyalari va texnik vositalariga asoslangan ta’lim tizimidir. U ta’lim oluvchiga ma’lum standartlar va ta’lim qonun-qoidalari asosida o‘quv shartsharoitlari va o‘qituvchi bilan muloqotni ta’minlab berib, o‘quvchidan ko‘proq mustaqil ravishda shug‘ullanishni talab qiluvchi tizimdir. Bunda o‘qish jarayonita’lim oluvchini qaysi vaqtda va qaysi joyda bo‘lishiga bog‘liq emas. Nima uchun Oliy ta’lim muassasalarining elektron ta’lim jarayonini tashkillashtirish kerak bo‘lib qoldi – degan savol tug‘ilishi tabiiy. Bu savolga javob tariqasida quyidagilarni sanab o‘tish mumkin: Ta’lim olishda yangi imkoniyatlar (ta’lim olishning arzonligi, vaqt va joyga bog‘liqmasligi va boshqalar).Ta’lim olishni xoxlovchilar sonining oshishi. Sifatli axborot texnologiyalarining paydo bo‘lishi va rivojlanishi. Xalqaro integratsiyaning kuchayishi. Yuqorida sanab o‘tilgan sharoit va imkoniyatlar elektron ta’limga extiyoj borligini ko‘rsatadi. Umuman olganda elektron ta’limning maqsadiga quyidagilar kiradi:Mamlakat miqyosidagi barcha xududlar va chet eldagi barcha o‘quvchilar,talabalar, ta’lim olishni xoxlovchilarga birdek ta’lim olish imkoniyatini yaratib berish. Yetakchi universitetlar, akademiyalar, institutlar, tayyorlov markazlari, kadrlarni qayta tayyorlash muassasalari, malaka oshirish institutlari va boshqa ta’lim muassasalarining ilmiy va ta’lim berish potentsiallaridan foydalanish evaziga ta’lim berishning sifat darajasini oshirish. Asosiy ta’lim va asosiy ish faoliyati bilan parallel ravishda qo‘shimcha ta’lim olish imkoniyatini yaratib berish. Ta’lim oluvchilarni ta’lim olishga bo‘lgan extiyojini qondirish va ta’lim muxitini kengaytirish. Uzluksiz ta’lim imkoniyatlarini yaratish. Ta’lim sifatini saqlagan xolda yangi printsipal ta’lim darajasini ta’minlash. “Elektron ta’lim” tushunchasi, OTMda elektron ta’limdan foydalanishning muhim afzaliklari “Elektron ta’lim” tushunchasi, OTMda elektron ta’limdan foydalanishning muhim afzaliklari bugungi kunda butun dunyoda elektron axborot texnologiyalari keng ko’lamda rivojlanmoqda. Shubxasiz, ta’lim jarayoniga yangi axborot texnologiyalarini kiritish zarurdir. Zamonaviy jamiyat axborot uzatish xajmi va tezligi jixatidan chegaralanmagan butunjaxon axborot tarmog’idan faol foydalanishi bilan xarakterlanadi. Yoshlarimizning ta’lim jarayonida elektron axborot texnologiyalari yordamida matn bilan ishlashni, tasviriy ob’ektlarni va ma’lumotlar bazasini yaratishni, elektron jadvallardan foydalanishni o’rganadi. Talaba va o’quvchilar axborot yig’ishning yangi usullarini, ulardan foydalanishni o’rganishadi, ularning dunyoqarashi kengayadi. Darslarda axborot texnologiya-larining ishlatilishi o’qishga bo’lgan motivatsiyasini, o’quvchilarning qiziquvchanligini, ta’lim samaradorligini oshiradi. Kompyuter axborot texnologiyalari bilan birgalikda ta’lim soxasida, talaba va o’quvchilarning o’qish va ijodkorligida yangi imkoniyatlarni taqdim etadi. Elektron o'quv adabiyoti – zamonaviy axborot texnologiyalari asosida ma'lumotlarni jamlash, tasvirlash, yangilash, saqlash, bilmlarni muloqat usulida taqdim etish va nazorat qilish imkoniyatlariga ega bo’lgan manbadir. Elektron o’quv adabiyotlari turli kategoriyalar bo’yicha tasniflab, bularga electron ma’ruza matnlaridan tortib, electron darsliklargacha bo’lgano’quv maqsadidagi barcha elektron nashrlar misol bo’ladi.. Bular orasida elektron darslikning o'quv jarayonida o'quv materiallaridan foydalanish uchun keng imkoniyatlar yaratadigan o'quv vositasi sifatida alohida o'rni bor. Tajribadan ma'lumki, inson eshitish a'zolariga nisbatan ko'rish a'zolari yordamida olingan ma'lumotlarni 5 marotaba kuchliroq eslab qolishi mumkin. Eshitish a'zolaridan farqli ravishda, ko'rish a'zolaridan olinayotgan ma'lumotlar qayta kodlashtirilmay, to'g'ridan-to'g'ri xotiraga o'tadi va uzoq saqlanadi. Elektron darslik an'anaviy darsliklarga qaraganda, o'quv materiallarini namoyish qilish uchun keng imkoniyatlar yaratadi. Elektron darslik o'quvchilarning ko'proq mustaqil ishlashlari uchun mo'ljallangan didaktik funktsiyalarni bajarish bilan bir qatorda, o'quv jarayoniga qo'yilgan barcha talablarga javob berishi kerak. Shunday ekan, elektron darsliklarni ta'lim jarayoniga tatbiq etishda ularning pedagogik tomonlaridan tashqari, psixologik va gigienik tomonlarini ham e'tiborga olish talaba va o'quvchilarning intellektual qobiliyatlarini va ularning bu jarayonda faol ishtirok etishini ta'minlaydi.

Tayanch so’zlar: onlayn ta’lim, elektron ta’lim tushunchasi,elektron darsliklar,elekrton ta’lim muhiti.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ДАВОЛАНИШГА БЎЛГАН МУНОСАБАТНИ МОТИВАЦИОН-ҚАДРИЯТЛИ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШНИНГ ТАДҚИҚОТ МЕТОДОЛОГИЯСИ

Маматова Н.А.

Мирзо Улуғбек номидаги Ўзбекистон Миллий университети

Тиббиёт фани ривожланишининг барча босқичларида терапевтик тартибнинг бузилиши мавжуд бўлиб, Гиппократ давридаёқ содиқлик муаммоси ва беморнинг дори препаратини қабул қилиш ҳақидаги ёлғон гапириши долзарб масала бўлган. Тиббиёт амалиётидаги ўзгаришлар ва чуқур ислоҳотларга қарамасдан, ҳозирги даврда ҳам шифокор тавсияларига содиқлик муаммоси долзарблигича қолмоқда, сўнгги ўн йил ичида ушбу йўналиш нафақат тиббиёт амалиётида балки, клиник психологияда мустақил илмий тадқиқотлар предметига айланди. Тадқиқотнинг мақсади сурункали соматик касалликларни даволашда шахснинг мотивацион-қадриятли хусусиятларини методологик асосда ўрганиш. Тадқиқотнинг вазифаси шахснинг даволанишга муносабат, даволанишга содиқлик ва мотивацион-қадриятли хусусиятлари кўрсаткичларининг методологиясидан тизимли фойдаланиш. Тадқиқотнинг объекти қандли диабет билан касалланган беморлар. Пилотаж тадқиқотда 10 та синалувчи иштирок этди. Психодиагностик босқичда 22-80 ёшгача бўлган 100 та синалувчи (50 та аёл ва 50 та эркак, 1-тур қандли диабет 51 та синалувчи, 2-тур қандли диабет 49 та) иштирок этди. Ўртача ёш – 47,42±13,27. Жами тадқиқотда 110 та синалувчи иштирок этди. Республика ихтисослашган эндокринология илмий амалий тиббиёт маркази тадқиқотнинг базаси этиб белгиланди. Тадқиқотнинг предмети шахснинг даволанишга муносабати ва содиқлиги, унинг мотивацион (ўз самарадорлик, локус назорати, ўз-ўзини бошқариш стили) ва қадриятли (хаёт мазмуни) хусусиятлари хисобланади. Шу сабабдан эмпирик тадқиқотнинг методологик асослари сифатида Дж.Энджелнинг тизимли биопсихосоциал ёндашуви, В.Н.Мясищевнинг муносабат назарияси ва содиқликнинг коммуникатив, когнитив ва ўз-ўзини бошқариш моделлари танланган. Ушбу тадқиқот учун юқорида келтирилган замонавий тадқиқотлар, ёндошувлар ва назарияларга асос сифатида қараймиз. Дж. Энджелнинг тизимли биопсихосоциал ёндашувига асосланиб, айтиш мумкинки, одамнинг саломатлиги ва беморлигига биологик, психологик ва социологик омиллар катта таъсир ўтказади. Касалликлар нафақат биологик омиллар таъсирида пайдо бўлади, балки инсон фаолияти тизими натижасида, биологик элементлардан ташқари психосоциал тизим хам бунга дахлдор бўлади (шахсий, диадик, оилавий ва социал муносабат). Дж. Энджел таъкидлайди, саломатлик ва касаллик кўплаб бир-бирига таъсир этувчи омиллар туфайли аниқланади. Бошқа сўз билан айтганда Дж.Энджелнинг қарашларига асосланиб, саломатлик ва касалликнинг тиббий концепцияси кўпинча шахснинг диққат эътибори, қайғуриши ва мотивациясини четда қолдиради. Бизнинг олиб борган тадқиқотларимиз доирасида, даволанишга бўлган муносабат ва юқори даражадаги содиқликни нафақат биологик ва социал (социо-иқтисодий) омиллар билан, балки бутун қатор психологик омиллар билан ҳам белгилаш мумкин. Саломатлик ва касалликнинг биопсихосоциал моделини биз тадқиқотнинг методологик асоси сифатида танлаганмиз, чунки бу қуйидагиларни инобатга олиши билан боғлиқ: биринчидан, саломатлик ва касалликни кўришда психосоциал контекст; иккинчидан, одам саломатлигини баҳолашда унинг эмоционал, мотивацион ва шахсий сифатларининг роли. Бошқача айтганда, ушбу тадқиқотда қандли диабетда даволанишга содиқликни тушуниш учун социодемографик (жинс, ёш, маълумот даражаси), тиббий(қандли диабет тури, касаллик стажи) ва психологик омиллар қамраб олинди. Шахснинг ҳаёт мазмуни қадриятлари, инсон хаёти мазмунини англаши ва хаётда ўз ўрнига эга эканлиги у ёки бу касалликда керакли тавсияларга риоя қилишида ахамиятга эга. В.Н. Мясищевнинг муносабат назариясига асосланиб, муносабатнинг психологик маъноси шундан иборатки, атрофидаги борлиқнинг одам хулқ атворида акс этишининг бир шакли ҳисобланади. В.Н. Мясищев таъкидлайдики, жамиятдаги

муносабатлар тизимига одам туғилгандан то ўлимига қадар аралашади ва борлиққа нисбатан ҳар томонлама унинг субъектив муносабатини шаклланатиради. Ушбу тизим одамнинг ташқи оламга ва ўз-ўзига муносабатини белгиловчи ихтисослашган компонентлардан иборат: характер, темперамент, қобилият. В.Н.Мясищевнинг муносабатлар назарияси саломатликка муносабатнинг кўпкомпонентли таҳлил этишга асосланганлигини инобатга олиб, бизнинг тадқиқотлар доирасида даволанишга бўлган муносабатни учта компонентга бўлиш мумкин: когнитив компонент – одамнинг қандли диабет ва унинг давоси хақидаги билимини характерлайди; эмоционал компонент – одамнинг даволаниш жараёни билан боғлиқ бўлган эмоцияси, сезгиси ва қайғуришини ифодалайди; хулқ компоненти шифокор тавсияларига риоя қилишнинг ҳулқий хусусиятларини характерлайди. Шундай қилиб, даволанишга муносабат деганда биз даволанишга содиқликнинг когнитив, эмоционал ва хулқ компонентларининг ўзаро таъсирини, айнан ҳаракатлар жисмоний фаолликка, рационал овқатланиш ва ушбу жараёнда кечувчи мотивларни тушунамиз. Бошқа сўз билан айтганда В.Н.Мясищевнинг муносабатлар назарияси ушбу тадқиқотда қандли диабетли беморларнинг даволанишга бўлган муносабатини таркибий тузилмасини кўриб чиқиш имкониятини берди. Даволанишга содиқликнинг коммуникатив, когнитив ва ўз-ўзини бошқариш моделлари. Даволанишга содиқликнинг коммуникатив моделини асосий ғоялари бу тиббиёт ходимларининг ўзаро ҳаракатлари стилининг аҳамиятини тушуниш ҳисобланади. Беморлар билан ўзаро ҳамкорлик, тиббиёт ходимларини тушуниш ва самарали мулоқот ҳамда беморлар ва шифокорлар ўртасидаги муносабатларнинг барқарорлиги даволанишга содиқликни кучайтирувчи омил ҳисобланади. Мазкур моделдан келиб чиқиб, даволанишга содиқликнинг психологик омили сифатида ушбу тадқиқотда касаллик назорат локуси ва унинг хусусиятлари - касаллик назорат локусининг интерналлиги, касалликнинг омадга, тиббиёт ходимларига боғлиқлиги ва бошқаларнинг аҳамияти ўрганилди. Даволанишга содиқликнинг когнитив моделида ижтимоий-когнитив омиллар доирасида саломатлик билан боғлиқ бўлган ишонч модели, ижтимоий-когнитив назария ва режалаштирилган хулқ назарияси аҳамиятга эга. Даволанишга содиқликнинг когнитив моделида муҳим ижтимоий-когнитив омил сифатида ажралиб турадигани ўз самардорлик ҳисобланади. А.Бандуранинг ижтимоий-когнитив назариясида ўз самарадорлик алоҳида ажратилган. Бу сифат одамнинг олдига қўйган мақсадларига эришиш учун барча имкониятларидан тўлақонли фойдалана олиши ва ўзига ишончини ифодалайди. Бошқача айтганда, одамлар вазиятни ўзгартира олиш каби ўз қобилиятига ишонади, бу туфайли уларнинг саломатлигига катта хавф туғилади, бошқа соғлиқ учун зарарли бўлган хавфли хулқ-атворга қайтмайди. Ўз-ўзини бошқариш назариясида содиқлик когнитив-концептуализация беморнинг касаллиги ёки саломатлиги учун хавф сифатида намоён бўлади. Беморлар соғлигига бўлган хавфга ва касаллик моделига ва даволанишга нисбатан шахсий тасаврга эга, бу тасаввурлар беморни қарор қабул қилишга ва ўзини тутушга йўналтиради. Шундай қилиб, мажбурият махкумликка боғлиқ, бу билан атрофдагиларни ва ўзини тутишни бошқариш мумкун. Ўз-ўзини бошқариш даволашга бўлган мажбуриятдан келиб чикиб, куйидаги тадқиқотда омил сифатида ўз-ўзини бошқариш хусусиятлари яъни дастурлаштириш, моделлаштириш, эгулувчанлик ва мустақиллиги характеристикаси ўрганилган. Шундай қилиб, касаллик ва саломатлик тушунчасига биопсихосоциоал ёндошувлар, даволанишга содиқликнинг коммуникатив, когнитив ва ўз-ўзини бошқариш моделлари, В.Н.Мясищевнинг муносабатлар назариясида қандли диабет касаллигида даволанишга булган содикликни мотивацион-кадрли хусусиятларини комрлексини текшириб куришга ердам берди. Бу теоретико-методологик ендашувлар асосий факторларни – социодемографик (жинси, ёши, маълумот даражаси), тиббий (кандли диабет тури, касаллик давомийлиги), мотивацион (ўз самарадорлиги, касаллик кузатув локуси, уз узини бошкариш) ва киймат (ҳаёт мазмуни) факторларини ажратиб олишга хизмат килди.

Калит сўзлар: шахс, содиқлик, даволаниш, эмоционал, когнитив, қандли диабет.

ПРИМЕНЕНИЯ МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОВЛАДЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ В ПОДГОТОВКЕ РЕЗИДЕНТОВ МАГИСТРАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Махмудова С.Э., Агабабян Л.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

Модульное обучение в своем первоначальном виде зародилось в конце 60-х годов и затем распространилось в англоязычных странах – США, Великобритании и Канаде. Первоначально модульное обучение было предложено для индивидуального обучения, но затем стало применяться более широко, рассматриваясь в качестве новой формы работы в аудитории. Сущность модульного обучения состоит в том, что содержание обучения структурируется в автономные организационно-методические блоки - модули, содержание и объём которых могут варьировать в зависимости от дидактических целей, профильной и уровневой дифференциации обучающихся, желаний обучающихся по выбору индивидуальной траектории движения по учебному курсу. Основная задача модульного принципа преподавания заключается в том, чтобы на основе интеграции фундаментальных и клинических дисциплин обучить студентов основам клинического обследования органов и систем человека в норме и патологии на основе понимания физиологических процессов, обеспечивающих их работу. Изучение физиологии отдельных систем (опорно-двигательная, нервная, эндокринная, сердечно-сосудистая, кроветворная, пищеварительная, мочеполовая), является необходимой базой для понимания и изучения различных нарушений постоянства внутренней среды организма, которые могут возникать при многих заболеваниях. Модульная технология обучения одной из своих целей ставит обеспечение гибкости, приспособление к индивидуальным потребностям личности и уровню ее базовой подготовки и создает условия для развития мышления, памяти, творческих наклонностей и способностей студентов. В связи с этим, переход на модульную технологию повышает требования к преподавателю, осуществляющему обучение. При модульном обучении педагог выполняет помимо информирующей и контролирующей функций, еще и функции консультанта и координатора при сохранении его ведущей роли в педагогическом процессе. Вместе с тем, и при модульном обучении у студента всегда есть возможность получить помощь, советы и критическую оценку своей деятельности у преподавателя и у других студентов, что позволяет развивать такое личностное качество, как коллективизм, способствует приобретению навыков командной работы. Поскольку центр тяжести при использовании модульной технологии переносится на формирование способностей личности студента к самообразованию, к самостоятельному получению знаний, умений и отработке навыков – категорий входящих в понятие «компетентность», модульная технология в рамках традиционной системы подготовки может явиться средством и методом формирования профессиональных «компетенций» у выпускника. В соответствии с современными представлениями под термином «модульное обучение»понимаюттехнологию обучения студентов, основными

средствами которого являются модуль и модульная программа. Основополагающим понятием обсуждаемой темы является образовательный модуль. С 2013 года на кафедре акушерства и гинекологии ФПДО СамМИ в образовательный процесс была внедрена система модульного и дистанционного обучения. При развитии педагогических навыков у резидентов магистратуры по специальности «Акушерство и гинекология» особое значение имеет образовательный процесс, при котором учебная информация разделяется на модули размещенная в электронном виде на сайте moodle.sammi.uz, доступ к которой имеют все преподаватели, магистры и студенты. Главная функция технологии проблемно-модульного обучения - развитие практико-ориентированных потенций и выработка навыков творческого усвоения знаний, развитие умения самостоятельно решать профессиональные, организаторские, научные и другие проблемы, а также формирование мотивов для обучения, научно-познавательных потребностей и интереса к предстоящей профессиональной деятельности. В СамМИ подготовка к учебным занятиям на кафедре «Акушерства и гинекологии ФПДО» магистры используют следующие признаки: смысловая завершенность, операционная обособленность; наличие отчетливой структурной оболочки, внутри которой имеются все компоненты учебного цикла от дидактической цели до методики контрольно-отделочных процедур; междисциплинарный характер с привлечением материала учебных дисциплин, имеющих прямое отношение к осваиваемому локальному элементу избранной сферы деятельности; присутствие рекомендаций по технологии освоения модуля с учетом интегративного вида различных работ: с преподавателем, в учебной группе, индивидуально; включение методических советов; сопровождение модуля перечнем учебной литературы и специальной литературы с указанием изданий, написанных ярким представителем данной сферы деятельности; изучение каждого модуля имеет следствием овладение способами выполнения отдельного целостного производственного задания или операции в сочетании с локальной порцией знаний; наличие предметного глоссария. Очевидно, что достижение все более высокого качества обучения в медицинских образовательных учреждениях может быть обеспечено только за счет интеграции науки, образования, и инновационной деятельности. Основополагающее значение для совершенствования образовательного процесса в медицинских образовательных учреждениях имеет применение новых обучающих технологий, одной их которых является модульное обучение. Цель модуля как структурной единицы рабочей учебной программы дисциплины заключается в создании условий для усвоения студентами знаний, умений и навыков, а также формирования профессиональных личностных качеств, необходимых для будущей работы обучающихся в качестве врачей. Сущность модульного обучения состоит в том, чтобы обучающийся мог самостоятельно работать с предложенной ему индивидуальной учебной программой, включающей в себя целевой план действий, банк информации и методическое руководство по достижению поставленных дидактических целей. Технология проблемно-модульного обучения включает обеспечение учебного процесса методическим материалом и системой оценки и контроля

усвоения знаний, что позволяет корректировать процесс обучения, создавая условия для индивидуального темпа усвоения разделов курса. Для обеспечения непрерывного контроля качества усвоения материала резидентами магистратуры нами разделен учебный материал на структурно-логические модули (блоки), определены нормативные баллы (правила их начисления) на все задания по дисциплине. Составлен рейтинговый регламент с учетом рейтинга, на основе которого оцениваются знания. Общая оценка представляет собой сумму рейтинговых оценок за отдельные модули. В качестве модулей предмета/дисциплины выделено самостоятельный цикл работы, индивидуальные домашние работы, с целью закрепления теоретических знаний. По завершении модуля проводится контроль знаний (в виде тестирования, контрольной работы, контрольных задач, устного опроса, написания отчета и собеседования и т.д.), а для коррекции процесса обучения, в процессе текущего контроля целесообразно вести учет и анализ ошибок, указывающих на пробелы в знаниях. Балльно-рейтинговая оценка знаний у нас на кафедре включает многообразный контроль (посещаемость, аудиторную и внеаудиторную работу, выполнение дополнительных заданий и контрольных тестов), а также критерии оценки выполненной работы, сроки выполнения, выраженные в баллах. Для преподавателя эта система позволяет рационально планировать учебный процесс по дисциплине, контролировать усвоение изучаемого материала, своевременно вносить коррективы в организацию учебного процесса по результатам текущего рейтингового контроля, оценивать выполнение каждого учебного поручения, объективно определять оценку по предмету, позволяя рассматривать контроль как неотъемлемую часть образовательного процесса. Таким образом, модульная система обучения является совместной деятельностью преподавателя и обучающегося, сохраняет действующие сроки подготовки специалистов и существующей учебной нагрузки, исключает психическую перегрузку и неблагоприятные последствия для здоровья обучающихся.

Ключевые слова: подготовка резидентов магистратуры, модульная система обучения, рейтинговый контроль

РОЛЬ И СОДЕРЖАНИЕ ПРОБЛЕМНОГО И ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ КАК ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНТЕРАКТИВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Мусаев У.Ю., Олимжонов К.Ж.

Ассоциации стоматологов Узбекистана,

Ташкентский государственный стоматологический институт

В новой социальной ситуации в Республике на фоне глобализации и демократизации общества и становления открытой рыночной экономики, и информатизации всех сторон жизни общества сфера высшего профессионального образования претерпевает существенные изменения, направленные на повышения качества и модернизации медицинского образования. Является определение роли и содержания проблемного и интегрированного обучения в стоматологии как инновационные технологии интерактивного последипломного образования**.** Подготовка высококвалифицированных кадров для здравоохранения будет эффективной, если врач-стоматолог постоянно совершенствуется не только в собственно профессиональной (медицинской) сфере, но и наращивает свой психолого-педагогический потенциал. При этом появление инноваций в образовании всегда обусловлено потребностью практики. Новая образовательная стратегия вызвала к жизни и новые тактические подходы к её реализации с широким использованием в образовательном процессе высшей медицинской школы активных и интерактивных форм проведения занятий в сочетании с внеаудиторной работой. Материалом работы считается содержание запланированных лекций и практических занятий, семинаров согласно Учебной программе Цикла общего усовершенствования по специальности терапевтическая стоматология (4.04), Ташкент 2018 г. Метод проблемной лекции характерны созданием дискуссионной ситуации, ее актуализация, представление нового материала в виде проблемной задачи, поиск путей для ее решения. В методе интегрированной лекциипроводится внедрение интеграции большого материала различных дисциплин при рассмотрении наиболее сложных проблем. Результатами исследований следует считать, запланированные в Учебной программе лекции по темам: 1. Клинические и специальные методы обследования терапевтических стоматологических больных. 2. Кариес зубов. Морфологические особенности строения твердых тканей зубов. Эпидемиология. Этиопатогенез. Современные теории происхождения кариеса зубов. Профилактика кариеса зубов. Классификация кариеса. Клиника, дифференциальная диагностика. 3. Семинар по теме: «Изменения СОПР при некоторых системных заболеваниях и нарушениях обмена веществ», следует изложить проблемно и интегрировано, так как учебные материалы этих тем объемные и глобальные. Более интересным можно считать работу по теме: «Актуальные вопросы раннего врожденного сифилиса у новорожденных и детей раннего возраста с позиции акушера-гинеколога, педиатра и стоматолога» (Мусаев У.Ю., 2012), а также другую работу по теме: «Проблемы стигм дисэмбриогенеза зубо-челюстной и лицевой системы у детей в работе врача-педиатра и стоматолога» (Ризаев Ж.А., Мусаев У.Ю., 2019) необходимо обсуждение патологии и отклонений развития проблемно и интегрировано несколькими специалистами. Таким образом, проблемное и интегрированное обучение в стоматологии, на основе научности и информативности, доказательности и аргументированности содержания, наличии ярких, убедительных примеров и фактов, – можно считать инновационными технологии интерактивного обучения и рекомендовать в образовательном процессе последипломного обучения.

Ключевые слова: проблемное и интегрированное обучение в стоматологии, инновационные технологии, интерактивное последипломное образование, образовательный процесс последипломного обучения.

ЗНАЧИМОСТЬ ДИСТАНЦИОННОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ПО СТОМАТОЛОГИИ В ИНТЕРАКТИВНОМ ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Мусаев У.Ю.

Ассоциация стоматологов Узбекистана

Внедрение в государственный образовательный стандарт образования требует применения новых образовательных технологий в процессе обучения. В связи с этим, для реализации компетентностного подхода врачей-стоматологов в рамках изучения различных дисциплин на кафедрах стоматологии, значительный объем времени, отведенного на аудиторные занятия, должен проводиться с применением интерактивных и активных форм. Реформирование системы здравоохранения Республики с внедрением государственного образовательного Стандарта образования требует применения новых образовательных технологий в процессе обучения. При этом в современных условиях большое внимание уделяется использованию инновационных активных и интерактивных методов и этом дистанционные образовательные технологии в виде сетевых информационных образовательных ресурсов (далее – сетевой ресурс) предназначены для обучения с преимущественным использованием среды Интернет независимо от места расположения обучающих и обучающихся. Обучение с помощью сетевых ресурсов может рассматриваться как целенаправленный, организованный процесс взаимодействия врачей-стоматологов и студентов с преподавателями, между собой и со средствами обучения. Сетевой ресурс может использоваться в учебном процессе в различных пропорциях в очной, заочной, вечерней формах получения образования. Целью работы является установление значимости дистанционной инновационной технологии обучения по стоматологии в интерактивном последипломном образовании. Материалом работы является Учебная программа Цикла общего усовершенствования по специальности терапевтическая стоматология (4.04), Ташкент 2018 г., а также электронные ресурсы учебно-методические пособия, подготовленные профессорско-преподавательским составом Ташкентского государственного стоматологического института. Так, учебно-методические пособия по теме: Стоматология. 1. Стоматология факультети талабалари, магистралар, клиник ординаторлар, малака ошириш тингловчилари ва амалиётдаги шифокорлар учун кулланма (Гаффаров С.А., Ташкент, – 2018). 2. Сборник ситуационных задач для курсантов кафедры повышения квалификации и переподготовки врачей-стоматологов./Учебно-методическое пособие (Хасанова Л.Э., Ташкент, 2018г). 3. Малака ошириш факультетининг тингловчилари учун мулжалланган маъруза туплами / Укув-услубий кулланма (Хасанова Л.Э.,Ташкент, 2018). 4. Методы проведения местной анестезии и профилактика возможных осложнений в амбулаторной практике врача стоматолога. / Учебно-методическое пособие (Шокирова Ш.Э. Пулатова Б.Ж., Ташкент, 2017г). 5. Амбулатор стоматологик амалиётда махаллий анестезия куллашнинг хусусиятлари. /Малака ошириш факультетининг тингловчилари учун мулжалланган маъруза туплами. / Укув-услубий кулланма (Шокирова Ш.Э. Пулатова Б.Ж., Ташкент, 2017). Все учебные материалы представлены в электронном виде, и размещены на сайте организации (учебного курса) или на CD-ROM Метод обучения в интернете – (обучение через интернет; интернет-обучение; обучение, основанное на методе Web-дистанционного обучения с использованием интернет-технологий и цифровых (информационно-коммуникативных

технологий (ИКТ); On-line learning, Web-based learning). Результатами исследований выделены следующие возможные технологии системы дистанционного обучения (СДО) в зависимости от степени увеличения наполнения курса интерактивными сетевыми формами: 1). Самостоятельное обучение с помощью CD или по интернету. 2). Синхронный интерактивный курс с инструктированием в реальном времени через интернет; 3). Проведение синхронного курса с преподавателем с последующим асинхронным обсуждением; 4) Традиционный курс в аудитории; 5). Курс в компьютерном классе (видео и т.п.); Таким образом, на сегодняшний день кластер информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), позволяет модернизировать последипломное образование врачей-стоматологов путем внедрения интерактивного обучения. Следовательно, сетевой ресурс - это учебно-методический интерактивный комплекс, использование которого позволяет реализовать полный дидактический цикл обучения по дисциплине учебного плана.

Ключевые слова: интерактивный метод, использование инновационных интерактивных образовательных технологий.

НАНОТЕХНОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА

Нурматова Ф.Б., Мирхазмедова Г.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Нанотехнологии – это технологии, оперующие величинами порядка нанометра. Процессы нанотехнологий основаны на законах квантовой механики и содержат атомную сборку молекул, новые методы записи и считывания информации, локальную стимуляцию физических и химических реакций на молекулярном уровне. Применение нанотехнологий в реальной жизни стало возможным сравнительно недавно и значимые успехи были достигнуты в направлении создания наноматериалов, обладающих качественно новыми свойствами, задаваемыми им функциональными характеристиками. Устройства применяемых в медицине это нанороботы, которые разыскивают очаги поражения тканей и устраняют их, и наноустройства, имитирующие функции различных клеток. Также наноробот может, помещаясь в организм пациента, находить и уничтожать больные клетки. В современной нанобиотехнологии также находит широкое применение использование молекулярных наносит. Первое контролируемое импульсами напряжения молекулярное наносито было сконструировано Ш.Мартином в 1995 г. Мембрана Ш.Мартина включает в себя массив цилиндрических золотых нанотрубок с внутренним диаметром 1,6 нм. Когда трубки положительно заряжены, положительные ионы через мембрану не проходят, что позволяет разделять отрицательные ионы. Напротив, когда трубки заряжены отрицательно, пропускаются только положительно заряженные ионы, что также обеспечивает разделение ионов. Такого типа наноустройства способствуют достижению точного контроля ионного транспорта и, как следствии, реализации значительной избирательности на молекулярном уровне. 1959 году лауреат нобелевского премия, физик Ричард Фейнманом был предложен метод поатомной (помолекулярной) сборки, суть которой состоит в изготовлении материалов и деталей из элементарных составных элементов вещества-атомов или молекул. Новое междисциплинарное направление медицинской науки в настоящие время находится в стадии становления. Ее методы только выходят из лабораторий, а большая их часть пока существует только в виде проектов. Однако большинство экспертов полагает, что именно эти методы станут основополагающими в XX1 веке. Так например, Национальные институты здравоохранения США включили наномедицину в пятерку самых приоритетных областей развития медицины в XX1 веке, а Национальный институт рака США собирается применять достижения наномедицины при лечении рака. Ряд научных центров уже продемонстрировали опытные образцы в областях диагностики, лечения, протезирования и имплантирования. Роль нанотехнологий в стоматологии потенциально огромна, с с возможностью использования крошечных нанороботов для предотвращения кариеса, восстановления зубов и целенаправленной доставки лекарств. Можно с помощью нанотехнологий создать веществ для замены зубной эмали. Уже сейчас нанотехнологии в стоматологии используются для улучшения связывания материалов и смол для использования стоматологами. Одним из потенциальных применений нанотехнологий в стоматологии является создание множества крошечных нанороботов для выполнения профилактических стоматологических задач. Такие миниатюрные машины могут быть запрограммированы для обработки зубов и десен, удаления и уничтожения частиц пищи, вредных бактерий и налета. Кроме того, нанороботы могут находить и восстанавливать пятна кариеса в зубной эмали В России осуществляется

использование биосовместимых наноматериалов для восстановления механических свойств зубной эмали. В случае успеха такие достижения в области стоматологии могут привести к прекращению стоматологических заболеваний. Нанотехнологии в стоматологии также могут оказаться полезными в тех случаях, когда заболевание уже присутствует во рту. Нанороботы могут быть направлены на обезболивание отдельных зубов, блокируя нервные передачи. После обезболивания зубов мини-роботы могут двигаться, выполнять восстановительные работы. Подобные методы могут быть использованы для лечения чувствительных зубов, так как нанороботы могут блокировать крошечные отверстия, которые вызывают чувствительность, обеспечивая потенциальное лечение. Еще одна возможная роль нанотехнологий в стоматологии заключается в обнаружении стоматологических проблем, в том числе раковые заболевания полости рта. Миниатюрный масштаб нано-машин может позволить лекарствам точно и целенаправленно проникать в раковые клетки, оставляя другие клетки неповрежденными. Некоторые виды стоматологии, которые направлены на восстановление и реконструкцию зубов, уже используют нанотехнологию. Наночастицы используются при моделировании, связывании материалов, что делает их более эффективными и более подходящими для детальной работы. Они также используются в качестве костных наполнителей. Вполне возможно, что нанотехнология сможет разработать вещества для замены зубной эмали, используя твердые материалы, такие как алмаз или сапфир. Хотя будущая роль нанотехнологий в стоматологии является захватывающей, безопасность остается важным фактором. Необходимы дополнительные разработки и исследования, чтобы гарантировать, что любые наночастицы, используемые в стоматологии, не нанесут вред, и будут способны дезактивироваться при проглатывании. Заявление о гипотетической возможности использования нанороботов в медицине утверждают, что это полностью изменит мир медицины, когда будет реализовано. Наномедицина воспользуется этими нанороботами (или вычислительными генами) внедренными в тело, чтобы починить или обнаружить повреждения и инфекции. Согласно Роберту Фрайтасу из Института Молекулярной Сборки, типичный работающий в крови медицинский наноробот может быть размером 0,5-3 мкм, поскольку это максимальный размер, допустимый для прохождения через капилляры. Углерод может использоваться как основной элемент для построения этих нанороботов в связи с присущей ему прочностью и другими характеристиками некоторых форм углерода (алмаз, фуллереновые композиты), и нанороботы могут быть собраны на настольных нанофабриках специализированных для этой задачи. Работа наноустройств может наблюдаться внутри тела с помощью ЯМР, особенно если их компоненты будут сделаны в основном из углерода-13, а не натурального изотопа углерода-12, поскольку углерод-13 имеет ненулевой ядерный магнитный момент. Медицинские наноустройства могут быть введены в тело человека, а затем отправиться на работу в нужный орган или ткань. Врач будет наблюдать за прогрессом и проверять, что наноустройства выбрали правильный регион для лечения. Врач также сможет просканировать секцию тела и увидеть наноустройства, сгруппировавшиеся вокруг своей цели (например, опухоли), чтобы убедиться, что процедура прошла успешно. Используя лекарств и хирургию, врачи могут только помогать тканям чинить себя. Эрик Дрекслер утверждает, что с молекулярными машинами станет возможен ремонт напрямую. Клеточный ремонт будет включать те задачи, которые уже доказаны живыми системами как возможные. Доступ в клетки возможен, поскольку биологи могут вставлять иглы в клетки, не убивая их. Таким образом, молекулярные машины могут входить в клетку. Также все

специфические биохимические взаимодействия показывают, что молекулярные системы могут распознавать другие молекулы при соприкосновении, строить или перестраивать каждую молекулу в клетке, и могут разбирать поврежденные молекулы. Наконец, существование размножающихся клеток доказывает, что молекулярные системы могут собирать каждую систему, которая есть в клетке. Следовательно, так как природа демонстрирует простые операции, которые требуется для ремонта клетки на молекулярном уровне, в будущем системы на базе наномашин будут построены так, чтобы умели входить в клетки, находить различия со здоровой клеткой, и вносить модификации в структуру. Медицинские возможности таких машин ремонта клеток впечатляют. По размеру они сравнимы с вирусами или бактериями, а их компактные части могут помочь им быть более сложными. Ранние машины будут специализированными проходя через мембраны, путешествуя через ткани и входя в клетки и вирусы, машины смогут только починить какое-либо молекулярное повреждение вроде повреждения ДНК или нехватку энзимов. Позднее, молекулярные машины будут запрограммированы на большее число возможностей с помощью продвинутых систем искусственного интеллекта. Нанокомпьютеры потребуются, чтобы управлять этими машинами. Эти компьютеры будут давать машинам команды осматривать, разбирать и перестраивать поврежденные структуры. Машины ремонта смогут чинить целые клетки, структуру за структурой. Далее, обрабатывая клетку за клеткой и ткань за тканью, смогут починить целые органы. Наконец, обрабатывая орган за органом, они восстановят здоровье всего тела. Клетки, поврежденные до состояния неактивности, могут быть отремонтированы ввиду возможности наномашины строить клетки с нуля. Исходя из этого, наномашины смогут освободить медицину от зависимости от саморемонта организма. 28 января 2020 года в США был арестован один из крупнейших в мире специалистов по нанотехнологиям Чарльз Либер. Его обвиняют в создание коронавируса и наличие связи с Китаем. Сфера исследований Либера, каким образом с помощью нанороботa – структуры молекулярных размеров – доставить в больную клетку лекарство таким образом, чтобы не получить «иммунный ответ» (когда организм отторгает незваных гостей). Но из радиоприемника легко можно собрать радиопередатчик, а из лекаря – нанороботa – боевой вирус, который, наоборот, поражает здоровые клетки, не вызывая иммунный ответ. По крайней мере, в теории. Участие Ч.Либера в изысканиях уханьских вирусологов – лишь версия. «Никто не может отрицать, что широкое распространение мобильных телефонов и интернета привело к огромным изменениям в обществе, кто возьмет на себя смелость сказать, что нанотехнологии не окажут более сильного воздействия на общество в ближайшие годы?» (Кристен Куликовски).

Ключевые слова: нанотехнологии, наноустройства, нанокомпьютеры

MASOFAVIY TA'LIMDA SAMARALI NATIJAGA ERISHISH YO'LLARI

Nurmatova F.B., Xodjayeva D.Z.
Toshkent davlat stomatologiya institute

Kelajagini o'ylagan davlat, xalq, avvalo o'sib kelayotgan avlodning ma'naviy-ma'rifiy jihatdan yetuk, jismonan sog'lom, tafakkuri yuksak darajada bo'lishi to'g'risida qayg'uradi. Barcha say-harakatlarni shu ezgu niyat va orzuga uyg'unlashtiradi. Zero, har qanday holatda ham bu ulug' tushunchalar o'zgarmas aksioma sifatida qolaveradi. Biz uchun kutilmagan vaziyat-koronavirus tufayli vaqtincha joriy etilgan karantin holatida ham ertamiz egalariga asosiy diqqat-e'tibor qaratilgan. Davlatimiz rahbari pandemiya tufayli ko'riladigan chora-tadbirlarning dastlabkisi sifatida o'g'il-qizlarning ta'lim-tarbiyasida uzluksizlik ta'minlanishiga alohida e'tibor qaratdi. Chunki, bugun dunyo ilm-fanida xalqaro raqobat qizg'in kechayotgan bir paytda talabalarimizning qoldirgan bir kunlik sabog'i ham kelgusi marralarga erishishda pand berishi mumkin. O‘zbekiston Respublikasi oliy va o‘rta maxsus ta'lim vazirining 2020 yil 27 martda qabul qilingan "Oliy ta'lim muassasalarida masofaviy ta'limni joriy etish to‘g‘risida"gi buyrug‘iga ko‘ra respublikamizdagi mavjud OTMlar masofaviy o‘qitish texnologiyalarini yaratish va ishga tushirish yuzasidan ishlarni boshlab yuborishdi. Shu maqsadda masofaviy ta'lim platformasini joriy qilish va foydalanishni tashkil etish, elektron o‘quv resurslarni talab darajasida ishlab chiqish bo‘yicha ishchi guruh tuzildi. Institutning https://moodle.tsdi.uz masofaviy ta'lim platformasi yaratildi. Mazkur elektron o‘quv resurslarini har bir fan doirasida ochilgan ijtimoiy tarmoqlardagi sahifalari (Telegram, Zoom va boshqalar)dan foydalangan holda talabalarga etkazish, elektron tizim yordamida joriy va oraliq ishlarini onlayn tarzda elektron shaklda qabul qilish mexanizmi ishga tushirildi. Prezidentimiz 3 aprel kuni o'tkazgan videoselektor yig'ilishida yoshlarga alohida murojaat qilib: "Aziz farzandlarim, uyda vaqtingizni bekor o'tkazmang! Onlayn darslarni qunt bilan o'zlashtiring. Kitob o'qing, bilimingizni oshiring, badantarbiya va jismoniy mashqlarni bir kun ham qoldirmang",-dedi. Quyida masofaviy ta'limning olib borilishida kuzatilayotgan jarayonlarning yutuq va kamchiklari bilan tanishib o'tamiz. Masofaviy ta'lim tizimi orqali ish boshlaganda, birinchi asosiy vazifa o'qituvchilarga o'z fanlari bo'yicha har bir mavzuga oid o'quv materiali va o'quv topshiriqlarini joylash yuklatiladi. Bunda o'qituvchilarning quyida keltirilgan yo'riqnomalarga ahamiyat berishlari tavsiya etiladi. Tizimga mavzular bo'yicha o'quv materiallarini joylashda mavzu bo'yicha ko'p va ortiqcha ma'lumotlar kerak emas. Bunday holat tizimning ishlashiga ortiqcha yuklanish bilan bir qatorda talabalarda tushunmovchiliklar ko'p bo'lishiga olib keladi. Videomashg'ulot yoki taqdimot ko'rinishidagi ma'lumotlar talabalarga tushunarli bo'lib, samarali natija beradi. Videomashg'ulotlar joylanishining yana bir ijobiy tomoni shundaki, bunda talabalar ko'z bilan ko'rib, quloq bilan eshitib, o'zlarini darsda o'tirgandek his qiladilar. Shu bilan bir qatorda, tizimga yuklanayotgan videomashg'ulot ortiqcha joy egallamasdan, tizimga yuklanish tushushini oldini oladi. Chunki, videomashg'ulotlarning hajmi katta bo'lganligi sababli, faqat murojaat (ssilka) orqali yuklanadi. Bu esa o'z navbatida hafta yoki o'qish faoliyati davomida necha nafar talaba ushbu videomashg'ulotga murojaat etganliklarini ham kuzatib borish imkonini beradi. O'quv materialarining taqdimot yoki Word, PDF shakllarida yuklanishi esa, ayni vaqtda internet tizimida ishlashda muammo bo'layotgan talabalarga qulaylik yaratadi. Chunki, bunday ko'rinishdagi fayllar videomashg'ulotlardan ko'ra kamroq hajmga ega. (Ya'ni, foydalanuvchi imkoniyatidagi internetdan foydalana olish hajmiga qarab, o'zi tanlay oladi). Demak, tizimga o'quv materiallarini joylashdagi asosiy tavsiya: 1 ta mavzu uchun joylangan Word yoki PDF shaklidagi materiallar, taqdimot materiali va videomashg'ulotlar

mazmunan bir xil, ya'ni mavzuga oid asosiy tushunchalarni tashkil etishi kerak. Zero, talaba o'sha mazvuni o'rganishi uchun mavzu asosida joylashgan ixtiyoriy materialdan foydalanganda, mavzuni tushuna olishi kerak. O'quv materiali mazmunining bir qismi word yoki pdf shaklidagi fayllarda, yana bir qismi taqdimot shaklidagi hujjatlarda, boshqa qismi esa, videomashg'ulotda joylanishi, ortiqcha ma'lumotlarning ko'payib ketishiga sababchi bo'lib, talabalarda mavzuni o'rganishlarida tushunmovchiliklarga olib kelishi bilan bir qatorda, ortiqcha vaqt va ortiqcha sarf-harajat (tizimdagi ma'lumotlarni yuklab olish hisobiga) bo'lishiga olib keladi va aniq bir natijaga erishish samaradorligi kamayadi.

Tizimga o'quv topshiriqlarini joylashda quyidagilarga ahamiyat berish kerak:

- O'quv topshirig'ini talabalar tomonidan word, pdf, taqdimot yoki boshqa shakllardagi fayllarda bajarib, tizimga qayta yuborish orqali topshirishi samarali natija emas. Bunda, birinchi navbatda, talabalar tomonidan tizimga yuklanayotgan fayllar hajmi ko'payib ketib, tizim ishlashiga sal'biy ta'sir ko'rsatsa, ikkinchidan, talabalar ham o'quv topshiriqlarini bajarishda aksariyati ko'chirmachilikka bo'ysunib qolishadi. Ya'ni, telegramm yoki boshqa internet imkonitalaridan foydalanib, vazifani bajargan talabalarning o'z kursdoshlariga rad javobini bera olmasliklari sababli, mavzu bo'yicha tayyorlagan o'quv topshiriqlari javoblari guruhlar o'rtasida ommalshib ketadi. Bunday holatda esa, baholashda xaqqoniylik bo'lmaslik ehtimoli yuqori. O'qituvchidan esa, ortiqcha vaqt talab qiladi. Talabalarning javob varinatlarini tekshirishda ortiqcha vaqt sarflashi bilan bir qatorda, bir xillikdagi ishlarni tekshirish, o'qituvchining asab tizimiga sal'biy ta'sir ko'rsatadi. Asosiy javob varianti qaysi talaba tomonidan bajarilganligini farlolmay qoladi. Bir xil bajarilgan ishga har xil baho q'oyilishi esa, talabalarda ziddiyatlar paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Bu esa, o'z navbatida talabalarning o'qishga qiziqishlarini kamayishiga olib keladi.
- O'quv topshiriqlarini onlayn tarzda ishlab, natijasi shu vaqtning o'zida chiqadigan tarzda yuklatilishi maqsadga muvofiq. Bunda o'qituvchining ishlarni tekshirishga ortiqcha vaqti ketmaydi va baholashda aniqlik yuqoriroq bo'ladi;
- Test topshiriqlarini tuzishda aralash testlardan, ya'ni har bir talabaga turlicha testlar tushadigan dasturdan foydalanish samarali natija beradi. Chunki, bir xillikdagi testlarni ishlashda talabalarning o'qishga qiziqishi kamayadi.
- Har bir oq'uv mashg'ulotiga o'quv topshiriqlarini turli xil ko'rinishlarda ishlab chiqish tavsiya etiladi. Masalan, o'quv topshirig'ini yuklashda test shaklidagi o'quv topshiriqlarining bir necha usullari mavjud bo'lib, shulardan foydalanish samarali natijaga ega. Ta'lim tizimida har xillikdan foydalanish esa, talabalarda qiziqish uyg'otadi.

3. Masofaviy ta'lim tizimida ishlash jarayonida parallel ravishda guruh talabalari orasida telegrammdan guruh ochish samarali natija beradi. Bunda quyidagilarga ahamiyat berish kerak:

- Har bir guruhni alohidalashdan ko'ra barcha guruhlar uchun telegramm guruhu bitta bo'lishi ko'proq natija beradi;
- Telegramm orqali muloqot olib borilganda, talabalarning savollarini imkon qadar javobsiz qoldirish kerak emas. Har bir ochiq qolgan savol, talabalar qiziqishini kamaytiradi;
- Tizimda borayotgan jarayonning holati, ya'ni talabalarning aktivligi bo'yicha tez tez hisobot berib turish samarali natija beradi. Guruhlar o'rtasida o'zaro musobaqani, raqobatni shakllantiradi;
- Telegramm guruhida fandan tashqari xar xil onlayn testlar o'tqazilib turilishi samarali natija beradi. Masalan, "Siz qanday muammolarga duch kelyapsiz?", "Masofaviy ta'limning qaysi tomonlari sizda qiziqish uyg'otmoqda?", "Baholaringiz vaqtida qo'yilmoqdami?",….va.b

4. Talabalarning bajargan o’quv topshiriqlari bo’yicha baholari imkon qadar qisqa muddat ichida e’lon qilinishi foydadan holi emas. Toshkent davlat stomatologiya instituti “Biofizika va tibbiyotda axborot texnologiyalari” kafedrasida “Biofizika” fanidan bir haftalik o’quv mashg’ulotini masofaviy ta’lim asosida olib borilganda kuzatilgan yutuq va kamchiklar quyidagilardan iborat bo’ldi.

- O’quv mashg’ulotlarini videomashg’ulot yoki onlayn konferensiya asosida tashkillantirilishi samarali natija berdi. Talabalarda qiziqish uyg’otdi. Guruhlar o’rtasida telegramm orqali so’rovnoma o’tkazilganda, videomashg’ulotlar va konferensiya ko’rinishidagi mashg’ulotlarga qiziqish 92% ni ko’rsatdi. Talabalar tomonidan navbatdagi mashg’ulotlar ham shunday videomashg’ulot va konferensiya asosida tushuntirilishi haqida ko’plab takliflar bo’ldi.
- Test savollarini bir xillik test savollaridan (barcha talabalar uchun bir xil testlar tushadi) iborat qilib tuzilganda talabalar orasida birinchi bo’lib, faol talabalar testni ishlashdi va qisqa muddat ichida test savollarining javoblari tarqalib ketib, test savollari yechimidagi o’sish yuqori bo’lishi kuzatildi. Talabalar orasida mavzu bo’yicha savollardan ko’ra, “Testni ishlasak bo’ldimi?”-degan savol ommalashdi. Ushbu tizimdagi testlarni ikki kunda 312 nafar talabadan 200 dan ziyodi ishlab, aksariyati ijobiy natijaga ega bo’lishdi.
- Testlar aralash testlar asosida tashkillshtirilganda, talabalar orasidagi o’zaro muloqot: “Testlar faqat videomashg’ulotdanmi? Yana nimalarni o’qishimiz kerak?”-degan savollar ommalashdi. Bunday testlarda baholash ham o’rtacha ko’rsatkichni ko’rsatmoqda. Talabalar testni ishlashga shoshilishmadi. Aksincha, “Mavzu bo’yicha tizimda berilgan barcha ma’lumotlar bilan tanishib chiqdim, darslikda ham ko’p ma’lumotlar berilgan ekan, endi testni ishlasam o’ta olarmikinman?”-degan savollar ko’paydi. Mavzuni o’zlashtira olganligiga ishonch hosil qila olgandan keyingina testni ishlashni boshlashdi. Demak, masofaviy ta’lim orqali o’qish jarayoni samaradorligini oshirish va talabalarni jalb qila olish biz o’qituvchilarning zimmasida. Zero, to’g’ri tashkil etilgan ta’lim, talabalarning qiziqishini yanada oshirishga sababchi bo’lishini unutmasligimiz kerak.

Kalit so’zlar: Masofaviy ta’lim, ta’lim platformasi, ta’lim samaradorligini oshirish, modul tizimi, onlayn o’quv topshiriqlarini ishlab chiqish, talabalarni baholashni onlayn tashkil etish.

TALABALARNI MASOFAVIY O'QITISHDA YANGICHA YONDASHUV

Samieva S., Sayfidinov M.
Termiz davlat universiteti.
Samarqand davlat tibbiyot instituti

Mamlakatimiz ta'lim tizimida sezilarli o‘zgarishlar ro‘y berayotganligi kun sayin yaqqol ko‘rinib bormoqda. Turli ta'lim shakllari qatori ayniqsa, masofadan o‘qitish keng qo‘llanilayotgatligi ham quvonchli hol. Ko’pchilik internetdan faqatgina yangiliklar bilan tanishish, ma’lumot qidirish, elektron pochtadan foydalanish yoki gap sotish uchun foydalanishi sir emas. Internetning imkoniyatlari kundan - kunga oshib bormoqda. Internetdan foydalanishning yangi bosqichi boshlandi, ya'ni internet turli sohalarga tadbiq qilindi. Internet texnologiyalar: masofadan o`qitish, elektron kutubxonalar, telemeditsina, telemetrologiya, elektron tadbirkorlik, elektron magazinlar va boshqalar. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 20-apreldagi «Oliy ta’lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to‘g‘risida»gi PQ-2909-son qarori ta’lim tizimini tubdan yaxshilashga, xalqaro standartlar darajasida kadrlarni tayyorlash mazmun-mohiyatini tubdan qayta ko‘rib chiqishga yangi turtki bo‘ldi. Mazkur hujjatga muvofiq, mamlakatimizda ta’limning zamonaviy shakllari va texnologiyalarini joriy etish, sohalarni yo‘nalishlarga ajratish va mutaxassislarni tayyorlash sohalarini kuchaytirish bo‘yicha keng ko‘lamli ishlar amalga oshirilmoqda. Shuningdek, oliy ta’lim tizimining moddiy-texnik bazasini mustahkamlash va modernizatsiya qilish, ularni zamonaviy o‘quv va ilmiy laboratoriyalar hamda axborot-kommunikatsiya texnologiyalari bilan jihozlash bo‘yicha chora-tadbirlarni ko‘zda tutuvchi 2017-2021 yillarda oliy ta’lim tizimini kompleks rivojlantirish Dasturi tasdiqlandi. Davlatimiz rahbarining 2017 yil 9 avgustida «Oliy ta’lim muassasalarida pedagogika yo‘nalishida maxsus sirtqi bo‘limlarni tashkil etish to‘g‘risida»gi PQ-3183 sonli Qarori asosida 15 ta oliy o‘quv yurtida 8 ta yo‘nalish bo‘yicha maxsus sirtqi bo‘limlar tashkil etilgan. O‘zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 21 noyabrdagi «Oliy ta’lim muassasasida sirtqi (maxsus sirtqi) va kechki (smenali) ta’limni tashkil etish tartibi to‘g‘risidagi nizomlarni tasdiqlash haqida»gi 930-son Qarorida sirtqi va kechki ta’lim talabalari uchun masofadan turib ta’lim berish belgilangan. Oliy ta’lim muassasalarida elektron masofaviy ta’limning moddiy bazasiga qo‘yiladigan talablar va online ta’lim darslarini tashkil etish masalalari ko‘p jihatdan ta’lim berishning qo‘llanilayotgan modellari bilan bog‘liq. Ammo qo‘llanilayotgan modellar qanday bo‘lishidan qat’iy nazar aloqa kanallarining yetarli o‘tkazuvchanlik xususiyatini ta’minlash zarur. Elektron masofaviy ta’limni amalga oshiruvchi ta’lim muassasasi aloqa kanallarining videoanjumanlar rejimida o‘zaro ta’sirga kirishishni tashkillashtirish mo‘ljallangan binoda bo‘lgan har bir foydalanuvchi uchun taxminan 512 Kbit/s.dan kam bo‘lmagan o‘tkazuvchanlik xususiyatiga ega bo‘lishi kerak. Elektron masofaviy ta’lim tizimiga bir vaqtning o‘zida ulangan 100 nafar foydalanuvchi uchun esa ushbu ko‘rsatkich 10 Mbit/s.ni tashkil etadi. Ta’lim oluvchi o‘tkazuvchanlik xususiyati 512 Kbit/s.dan kam bo‘lmagan aloqa kanalidan foydalanish imkoniga ega bo‘lishi joiz, yanada qulay aloqa uchun ko‘rsatkich 1 Mbit/s bo‘lishi tavsiya etiladi. O‘zbekistonning ko‘pgina shaharlarida shunday o‘tkazuvchanlik xususiyati mavjud, ammo chekka hududlarda va qishloq joylarda ushbu imkoniyat mavjud emas, bu esa tahsil oluvchilar uchun noqulayliklarni tug‘diradi. Biroq shu bilan barcha muammolar hal bo’ladi degani emas. Online ta’lim darslarini tashkil etishda ba’zi kamchiliklar ko’zga tashlanmoqda. Turli xil jihatlardan kelib chiqqan holda, online kurslarning sifatini tekshirish uchun ko'plab horijlik olimlar tomonidan tadqiqotlar o'tkazilgan. Tadqiqotlar aloqa, texnologiya, vaqtni boshqarish, pedagogika va baholash kabi onlayn ta'lim sifatiga oid muhim masalalarni aniqlashdi va ko'rib chiqishgan. Masofaviy ta’lim

sifatini oshirish uchun zarur bo’lgan mulohazalar va o’zgarishlar to’g’risida, online darslarni o’qitish sifatiga ta’sir ko’rsatadigan asosiy muammolar va strategiyalar to’g’risida o’qituvchilarni xabardor qilish, ma’lumot berib turish online ta’lim sifatini oshirish uchun muhim o’rin tutadi. Shuningdek o’qituvchilarning munosabati o’quvchilarni o’qitishning asosiy muammolaridan biridir. Online ta’limdagi yana bir eng asosiy muammolardan biri talabalarni baholash hisoblanadi. O'quvchilar bilan bog'liq masalalar ham mavjud. Adabiyotlarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, o'quvchilar bilan bog'liq bo'lgan muammolar o'quvchilarni kutishlari, tayyorgarligi, shaxsiy xulq-atvori bo’lishi mumkin. Ba'zi o'quvchilar o'zlarining onlayn izohlari va topshiriqlari haqida tezkor fikr bildirishlari kabi noo'rin taxminlarga ega bo'lishlari mumkin yoki ularning elektron pochta xabarlari o'zlarida qo'pol va nomaqbul bo'lib ko'rinishlari mumkin. Ba'zilar o'zlarining baholarini shubha ostiga qo'yishlari mumkin, boshqalari esa topshiriq muddatiga jiddiy munosabatda bo'lmasliklari mumkin. O'qituvchilarga kursning boshida o'z dars qoidalari va va’zifalarini aniq etkazish orqali ushbu noo'rin taxminlarni minimallashtirish taklif etiladi. O'quvchilarning tayyorligi ham online darslardagi muhim masalalardan biridir. Hamma o'quvchilar ham onlayn kurslarda muvaffaqiyatli qatnasha olmaydi. Onlayn kurslarda ishtirok etish uchun talab qilinadigan o'quv uslublari va ko'nikmalarini aniqlash va qabul qilish o'quvchilar uchun qiyin bo'lishi mumkin. Ko'pincha o'quvchilar o'z-o'zini rag'batlantirishi va o'zini o'zi boshqarishlari kerak. Shuni ham aytib o’tish joizki o'quvchilarning kompyuter va Internetdan foydalanish bilan bog'liq texnik ko'nikmalari, ularning Internetga bo'lgan munosabati va vaqtni boshqarish ko’nikmalari o'quvchilarning onlayn darslarda qatnashish qobiliyatini shakllantirishda muhim hisoblanadi. Shuning uchun o'quvchilarga umumiylik hissi, maqsad va me'yorni shakllantirishga yordam berish juda muhimdir. Online tinglash yoki kuzatish online munozarada ishtirok etishning muhim tarkibiy qismidir. Ko’pchilik o’quvchilar vaqtining to’rtdan uch qismini online munozaralarda tinglash yoki kuzatish bilan sarflaganliklari aniqlangan. Bu kopchilik o’qituvchilar tomonidan past baholanadi. Biroq, online tinglash yoki kuzatish faol ishtirok etishning bir shakli, chunki u tarkib, fikr, va izlanish bilan bog’liqdir. Onlayn o'qituvchilar uchun bu o'quvchilarning onlayn qatnashish xususiyatini bilish va qo'llab-quvvatlash kerak. Bu o'quvchilarning faolligini faqatgina ularning onlayn ravishda topshiriqlarni joylashtirilishlarining soni yoki uzunligi bo'yicha baholash uchun juda sodda yondashuv hisoblanadi. O'qituvchilarning yuzma-yuz ishlaydigan materiallarini onlayn muhitga uzluksiz o'tkaza olmasligidan kelib chiqadigan asosiy pedagogik qiyinchiliklar ham mavjud. Bundan tashqari, o'qituvchilar onlayn ta'limning uch bosqichida muammolarga duch kelmoqdalar: dizayn, etkazib berish va undan keyingi faoliyat. Yuzma-yuz sinfda nima kerak bo'lsa, uni onlayn ravishda faol ravishda uzatish muammosi haliyam muammoligicha qolmoqda. Yana bir muammolardan biri o'qituvchilarning onlayn kurslarga qiziqishi yo'qligi. Yuzma-yuz gapirishni o'rgatadigan ko'plab o'qituvchilar internetda o'qitishni xohlamaydilar. Eng katta muammolardan biri shundaki, ushbu o'qituvchilar yillar davomida yuzma-yuz dars berishadi va onlayn-formatga o'tish qulay emas. Ushbu noqulaylik - bu noma'lum odamdan qo'rqish yoki u o'quvchilar bilan online muhitda bog'lanish mumkin emasligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Xulosa o‘rnida shuni aytish mumkinki, mamlakatimiz oliy ta’lim tizimiga masofaviy ta’limni joriy qilinishi davlat uchun ham talaba uchun ham ta’lim xarajatlarini qisqartirishga yordam beradi. Bu esa o‘z navbatida, qabul kvotalarini oshishiga xizmat qiladi. Shuningdek, talabalarning ish joyidan ajralmagan holda ta’lim olishlari o‘zaro ikki faoliyat – ta’lim va mehnat faoliyatlarining uyg‘unlashuvini ta’minlashda ham ahamiyatli hisoblanadi.

Kalit so’zlar: ta’lim tizimi, online ta’lim, online dars, model, internet, texnologiya, sifat, online kurs, o’qituvchi, elektron.

ИНФРАКРАСНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ

Содиқов Н.О., Содиқов М.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

В лечебной практике в медицине в качестве источников инфракрасного излучения используются специальные облучатели. Лампа Минина, лампа Соллюкс, светотепловая ванна и другие достигающие максимум излучение до 3000^0С. Проникая в ткани, инфракрасные лучи (как и видимые) в месте своего поглощения вызывают выделение теплоты. Инфракрасное излучение проникает в тело на глубину около 20мм, поэтому в большей степени прогреваются поверхностные слои. Терапевтический эффект как раз и обусловлен возникающим температурным градиентом, что активизирует деятельность терморегулирующей системы. Усиление кровоснабжения облучённого места приводит к благоприятным лечебным последствиям. Электромагнитное излучение, занимающее спектральную область между красной границей видимого света (λ=0,76мкм) и коротковолновым радиоизлучением (λ= 1-2 мм), называется инфракрасным излучением. Инфракрасную область спектра условно разделяют на близкую (0,76-2,5мкм), среднюю (2,5-50мкм) и далекую (50-1000мкм). Нагретые твёрдые и жидкие тела испускают непрерывный инфракрасный спектр. Если в законе смещения Вина вместо λ_{max} подставить пределы инфракрасного излучения, то получим соответственно температуры 3800–1,5 К. Это означает, что все жидкие и твёрдые тела в обычных условиях (при обычных температурах) практически не только являются источниками инфракрасного излучения, но и имеют максимум излучение в инфракрасной области спектра. При невысокой температуре энергетическая светимость тел незначительна. Поэтому не все тела могут быть использованы в качестве источников инфракрасного излучения. Наряду с тепловыми источниками инфракрасного излучения используются также ртутные лампы высокого давления и лазеры, которые, в отличие от других источников, не дают сплошного спектра. Мощным источником инфракрасного излучения является Солнце, около 50% его излучения лежит в инфракрасной области спектра. Методы обнаружения и измерения инфракрасного излучения делят в основном на две группы: тепловые и фотоэлектрические. Примером теплового приёмника служит термоэлемент, нагревание которого вызывает электрический ток. К фотоэлектрическим приёмникам относят фотоэлементы и фотосопротив-ления. Обнаружить и зарегистрировать инфракрасное излучение можно также фотопластинками и фотоплёнками со специальным покрытием. Лечебное применение инфракрасного излучения основано на его тепловом воздействии. Наибольший эффект достигается коротковолновым инфракрасным излучением, близким к видимому свету. В терапевтических целях используют специальные лампы. Инфракрасное излучение проникает в тело на глубину около 20мм, поэтому в большей степени прогреваются поверхностные слои. Терапевтический эффект как раз и обусловлен возникающим температурным градиентом, что активизирует деятельность терморегулирующей системы. Усиление кровоснабжения облучённого места приводит к благоприятным лечебным последствиям. Например, в Самаркандском медицинском институте на кафедре детских болезней №1 Бобомуратов Т.А. совместно соавторами изучали у детей с острой пневмонией изменение иммунного статуса после воздействия инфракрасного излучения дальнего диапазона. У них под наблюдением находилось 60 больных детей с острой пневмонией в возрасте от 2-х месяцев до 3-х лет. 30 детей получали «Infra-R» терапию излучателем «KL» в

течение 15-20 мин. Облучению подвергались грудная клетка (тимус-грудина), область селезёнки и печени на расстоянии 35-40см. Процедуру начали на 2-3 день лечения на пике респираторных расстройств, курс составил в среднем 5-8 дней. Ни в одном случае осложнений у больных инфракрасным воздействием не было. Все наблюдаемые больные в день поступления и различные сроки подвергались клинико-лабораторному и рентгенологическому обследованиям. Состояние клеточного и гуморального иммунитета оценивали по содержанию в крови Т-лимфоцитов и их субпопуляций, В-лимфоцитов, 0-клеток, иммуноноглобулинов А, М, G фагоцитарной активности нейтрофилов и ЦИК. *Примечание:* в числителе показатели на 3-4 день лечения, в знаменателе при выписке, х – $P<0.05$ и меньше по сравнению со здоровыми, хх – по сравнению с данными при поступлении. Инфракрасное излучение воздействуя на участки тела создаёт значительный терапевтический эффект и обусловлен возникающим температурным градиентом, тем самым активизирует деятельность терморегулирующей системы. Усиление кровообращения облучённого места приводит к благоприятным лечебным последствиям.

Ключевые слова: инфракрасное излучение, применение в медицине

ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДА МАСОФАВИЙ ЎҚИШНИ ҚЎЛЛАШ ИМКОНИЯТЛАРИ

Сулейманова Г.Г., Алимходжаева Н.Т., Икромова З.О.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Бугунги кунда олий таълим тизими олдидаги энг асосий вазифа малакали мутахассисни тайёрлаш. Бундай мутахассисни тайёрлаш учун, албатта, унга нисбатан сурилаётган талаблар тизимини аниқлаб олиш керак. Педагоглар ушбу саволга жавоб қидириб, қуйидаги тўрт йўналишдаги талаблар тизимига дуч келдилар:

1. Ўз соҳаси бўйича зарурий билим, кўникма ва малакаларга эга бўлиш.
2. Соҳага оид мавжуд билимларини доимий равишда мустақил ошириб бориш, яъни мустақил таълимга тайёр бўлиш.
3. Соҳага инновациялар киритиш учун мустақил изланиш ва ижод қилиш кўникмасига эга бўлиш.
4. Ўз вақтини режалаштириш, бошқариш ва ўз фаолиятини ташкил этиш кўникмасига эга бўлиш.

Қайд қилинган талаблар тизимига жавоб берадиган шахсни табиялашда нималар талаб этилади. Бугунги кунда талаба шахсининг барча имкониятларини юзага чиқариш учун албатта таълим шахсга йўналтирилган бўлиши талаб этилади. Бунинг учун таълимни ташкил этиш жараёнида талабанинг қобилиятлари, эхтиёжлари ва ўзига хос жиҳатларини хисобга олиш лозим. Ҳозирги кунда таълим жараёнида интерфаол методлар, инновацион технологиялар, педагогик ва ахборот технологияларини ўқув жараёнида қўллашга бўлган қизиқиш, эътибор кундан-кунга кучайиб бормоқда. Бундай бўлишининг сабабаларидан бири, шу вақтгача анъанавий таълимда талаба- талабаларни фақат тайёр билимларни эгаллашга ўрганилган бўлса, замонавий технологиялар уларни эгаллаётган билимларини ўзлари қидириб топишларига, мустақил ўрганишларига, таҳлил қилишларига, хатто хулосаларни ҳам ўзлари келтириб чиқаришларига ўргатади. Шунинг учун таълим муассасаларида замонавий ўқитиш услублари, интерфаол методлар, инновацион технологияларнинг ўрни ва роли бениҳоя каттадир. Бугунги кунда аралаш таълим инновация сифатида кириб келмоқда. Деклан Берн "blended learning" (аралаш таълим) ҳақида шундай дейди –“ушбу таълим бой педагогик тажрибадан самарали фойдаланишга қаратилган”. Бундай ёндашув ахборотни тақдим этишда турли услубиётлардан фойдаланишни, таълимни ташкил этишда ва таълим жараёнида ахборот технологиялари, якка тарзда ва гуруҳларда анъанавий фаолиятни ташкил этишга асосланиши мумкин. Бундай турлича ёндашув талабани чарчатмайди ва ўқишга бўлган мотивларини кучайтиради. Асосий масала - танланган услубиётларнинг ўзаро мутаносиблигини таъминлаш ва кам ҳаражат асосида юқори самарадорликка эришиш ҳисобланади. Аралаш таълим кўпроқ тренингларни ташкил этишни талаб этади. Тренингларни ташкил этишда қуйидаги босқичларга эътибор қаратиш лозим:

1. Тайёргарлик босқичи.
2. Мақсадларни аниқлаб олиш босқичи.
3. Тренингни ўтказиш босқичи.

Бугунги кунда blended learning таълими деганда, кундузги анъанвий таълим ва масофавий таълимнинг элементлари комбинацияси тушунилмоқда. Бу тизимда ўқитувчи таълим марказида қолади ва интернет имкониятларидан кенг ва самарали фойдаланди. Хаммага маълумки, ахборот технологияларининг таълим тизимидаги ахамияти беқиёсдир. Йил сайин унинг янги кўринишлари таклиф этилмоқда. Таълим тизимига ушбу технологияларнинг кириб келиши тарихига назар ташласак. XVIII аср охирида Европада мунтазам равишда фаолият кўрсатувчи ва кўпчилик аҳоли учун имкониятли бўлган почта алоқасининг жорий қилиниши натижасида “корреспондентлик ўқуви” пайдо бўлган. Ўқувчилар ўқув материалларини почта орқали олар ва ўқитувчилар билан ёзма алоқа олиб

борганлар. Ўзлаштириш натижаларини, илмий иш шаклида ёки ишонч билдирилган шахсга имтиҳон топшириб, аниқлаганлар. Россияда бундай шакл XIX аср охирида пайдо бўлган. XX аср боши технологияларнинг жадал ривожланиши, радио ва телевидениенинг пайдо бўлиши масофавий ўқитиш усулларига янги ўзгаришлар киритди. Бундай технологияларнинг кириб келиши жамият ҳаётининг кескин ўсиши билан боғлиқ бўлиб, ўқувчилар аудиторияси бир неча баробар ошиб кетишига олиб келган. XX асрнинг 50-йилларидан ўқув-телекўрсатувлар ташкил қилина бошлаган. Лекин радио ва телевидениеда олиб борилган ўқув машғулотларида жиддий камчили мавжуд эди, яъни ўқувчида қайтарув алоқа олиш имкониятлари мавжуд эмас эди. 1969 йил Буюк Британияда жаҳонда биринчи бўлиб масофавий таълим университети очилган. Университет “Буюк Британия очиқ университети” деб ном олганди. Унинг бундай номланишининг сабаби, машғулот аудиторияларига тез-тез бориш зарурияти бўлмаган. Бундай масофавий таълим университети юқори бўлмаган ҳақ ҳисобига масофавий билим олиш имкониятларини яратган. Хорижий мамлакатларда масофавий ўқитиш дастурлари асосида фаолият юритувчи машҳур университетлар вужудга келган. Масалан, Fern Universitat in Hagen (Германия, 1974). Миллий технология университети АҚШ 1984, Хаген очиқ университети (Германия), INTEC коллеж Кейптаун (ЮАР), Британия очиқ университетининг очиқ бизнес мактаби, Испания масофавий ўқитиш миллий университети, Австралия ҳудудий ахборот тармоғи ва бошқалар. Масофадан ўқитиш таълимининг оммавийлашувида Интернет (“on-line”)нинг роли, телекоммуникацияларнинг ўрни катта. Айниқса, инсонларнинг Интернетга баравар очиқ уланиши учун йўлак WWW (Web) технологиясини яратган олим Тим Бернерс Лининг хизмати беқиёсдир. Бугунги кунда масофавий таълим АҚШда мукаммал шаклланган бўлиб, унинг вужудга келиши 1970-йиллар охирига тўғри келади. Дунёда интерактив таълим олишнинг кўплаб асослари вужудга келяпти. XXI аср компьютерлари ва Интернет масофавий ўқитишнинг тезкор ва соддалаштирилган тартибда кенг тарқалишига имкон яратди. Интернет радио ва телевидениега нисбатан жуда катта силжишларга олиб келди. Ҳар қандай ўқувчи билан у қаерда жойлашганлигидан қатъи назар мулоқотга киришиш ва қайтар алоқага киришиш имкониятлари пайдо бўлди. Тезкор интернетнинг тарқалиши ўқиш учун “онлайн” семинар тизимига ўтиш имконини берди ва натижада масофавий ўқитиш тизими вужудга келди. Масофавий ўқиш таълим беришда икки асосий ёндашувни изоҳлайди:

- кенгайтириш
- трансформация моделларидир.

Кенгайтириш моделида ўқитиш технологияси анъанавий усулдан деярли фарқ қилмайди. Трансформация модели ўқитувчи ва ўқувчи ҳамкорлиги учун ахборот-мулоқот технологиялари воситаларини ўзида мужассам қилади. Масофавий ўқитиш жараёнида тингловчиларнинг ҳамма вақт аудиторияда бўлиши талаб қилинмайди. Масофавий ўқитишни амалга оширувчи кўпчилик ўқув муассасаларида умумий машғулотлар ўтказиб келинмоқда, баъзи ҳолатларда улар кечки вақт ёки дам олиш кунлари ўтказилади. Бундай машғулотларда ўқувчиларнинг қатнашиши шарт эмас, лекин тингловчиларнинг амалий кўникмаларини шакллантириш учун уларнинг бундай машғулотларда иштирок этиши фойдали ҳисобланади. Охирги йиллар масафавий таълимнинг яна бир тури «webinar» (1998 йилда бу термин мулоқатга киритилди) технология вужудга келди. Вебинар технология ўқитишни web – технология асосида интерактив ҳолда ташкил этишни назарда тутади. Бу технология нафақат тингловчиларга ахборотни етказади балки, улар билан мулоқотга киришиш (оғзаки, ёзма) имконини яратади, яъни семинар кўринишида фикрларни алмашиш, ўз фикрини баён этиш мумкин. Бошқача қилиб айтганда интернет тармоғи асосида ташкил этилувчи таълим ҳам субъект-субъект парадигмасига ўтмоқда.

Таянч сўзлар: инновацион технологиялар, ахборот технологиялари, мустақил изланиш, масофавий таълим.

ФЛАВОНОИДЫ RUSSOWIA SOGDIANA (BGE) FEDSCH

Таджибаев М.М., Кодиров Р.Ш., Махамаджонов Т.А.
Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время ученые всего мира проявляют колоссальный интерес к флавоноидам лекарственных растений, что обусловлено их высокой биологической активностью, широтой терапевтического эффекта и малой токсичностью. Флавоноиды привлекают внимание исследователей как физиологически активные вещества с разносторонним спектром действия. Они являются важными и даже наиболее активными действующими началами растений и растительных препаратов, используемых в народной и научной медицине в качестве желчегонных, противовоспалительных, спазмолитических, противо- аллергических и сосудорасширяющих средств. В результате проведенных в последнее время исследований получены препараты гипоазотемического, гипоглике- мического и антивирусного действия. Однако препаратов, содержащих флавоноиды, пока имеется немного. Чаще эти соединения находятся в растениях в комплексе с другими БАВ и используются суммарно. Следовательно, поиск новых источников флавоноидов с целью их практического использования относится к актуальным задачам. Из литературных данных известно, что многие представители растений семейства Asteraceae богаты биологически активными флавоноидами. Russowia sogdiana (Bge). Fedsch (руссовия согдийская) относится к данному семейству и представляет собой однолетнее травянистое растение, встречающийся на выходах пестроцветных пород в нижнем поясе гор Средней Азии, долины рек Зеравшан, Сырдарья, Кызылкум, Каракум, Памиро-Алай (хребты Зеравшанский, Гиссарский, Кугитанг, Копет-Даг). Растительное сырье (надземная часть Russowia sogdiana) для исследования заготовили собрано в середине мая 2016 г. в период цветения в окрестностях г. Ферганы Республики Узбекистан. Высушенную и измельченную надземную часть экстрагировали при комнатной температуре 96%-ным этанолом. Объединенный экстракт сгущали в вакууме, разбавляли водой в соотношении 1:1. Водно-спиртовый экстракт последовательно подвергали жидкость-жидкостной экстракции петролейным эфиром, хлороформом, этилацетатом и н-бутанолом. Этилацетатную фракцию хроматографировали на колонке (180×3,5 см) с силикагелем в градиентной системе растворителей хлороформ-пропанол-2. Собирали фракции по 400 мл. При элюировании колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотношении (92:8) из отдельных фракций после рехроматографирования на колонке с сефадексом LH-20 и перекристаллизации из этанола выделили вещества 1, 2 и 3. При дальнейшем элюировании колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотношении (86:14) выделили вещества 4 и 5. Продолжая промывание колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотно- шении (82:18) выделили вещества 6 и 7. Полученные вещества очищены дробной пере- кристаллизацией из различных растворителей и рехроматографированием на полиамиде. На основании изучения спектральных данных соединения 1,6 и 7 отнесены к производным флавона, а вещества 2-5 – к производным флавонола. Флавоноиды идентифицировали на основании результатов кислотного гидролиза, изучением спектральных данных и сравнением физико-химических констант с литературным сведениями. Апигенин (1). Кристаллы светло-желтого цвета состава C15H10O5, 346-348 ºC (с разл.). C15H10O5, т.пл. 346-347 °C (с разл.), λmax 270, 340 нм. Данные ^{1}H- и 13C-ЯМР спектров соответствуют опубликованным параметрам. Кверцетин (2). Кристаллы желтого цвета состава C15H10O7 (M+ 302) с т.пл. 313-314 °C, λmax 257, 268, 372 нм. Данные 1H- и

13С-ЯМР спектров соответствуют опубликован- ным сведениям. Изорамнетин (3). Кристаллы желтого цвета состава C16H12O7, M+ 316 (100%), т. пл. 294-297 ºС (водный спирт), λmax EtOH 257, 270 пл, 371 нм. 1Н-ЯМР спектр (ДМСО-d6, δ, м.д.): 3.85 (с, 3Н, -ОСН3), 6.35 (д, 2,0 Гц, Н-6), 6.68 (д, 2,0 Гц, Н-8), 6.83 (д, 9,0 Гц, Н-5') 7.69 (дд, 2,0 и 9,0 Гц, Н-6'), 7.58 (д, 2,0 Гц, Н-2'), 12.56 (с, 5-ОН). Кверцетин-7-0-β-D-глюкопиранозид (4) - кристаллы желтого цвета состава C21H20O12 с т. пл. 245-247 ºС, λmax 257, 266, 374 нм; +NaOAc 273, 390. ПМР-спектр (Ру-d5 δ, м.д.): 3.87-4.60 (протоны глюкозы), 5.73 (д, 6,5 Гц, Н-1"), 6.69 (д, 2,5 Гц, Н-6), 6.91 (д, 2,5 Гц Н-8), 7.25 (д, 8,5 Гц, Н-5'), 7.96 (дд, 2,5 и 8,5 Гц, Н-6') и 8.50 (д, 2,5 Гц, Н-2). Гидролиз вещества 4 5%-ным раствором хлороводородной кислоты привел к получению кверцетина и D-глюкозы. Изорамнетин-7-0-β-D-глюкопиранозид (5) - кристаллы светло-желтого цвета состава C22H22O12, с т. пл. 250-252 ºС, λmax 255, 271, 327, 376 нм; +NaOAc 273, 390. ПМР-спектр (Ру-d5, δ, м.д.) содержит сигналы при 3.77 (с, -ОСН3), 3.90-4.57 (протоны глюкозы), 5.70 (д, 6,5 Гц, Н-1"), 6.72 (д, 2,5 Гц, Н-6), 7.02 (д, 2,5 Гц, Н-8), 7.24 (д, 8,0 Гц, Н-5'), 8.08 (дд, 2,5 и 8,0 Гц, Н-6'), 8.14 (с, Н-2'), 13.08 (уш. с, 5-ОН). В результате кислотного гидролиза вещества 5,5%-ным раствором хлороводородной кислоты получили кверцетин и D-глюкозу Сапонаретин (апигенин-6-С-β-D-глюкопиранозид) (6) - кристаллы светло-желтого цвета состава C21H20O10 с т.пл. 222-224 ºС, λmax 272, 294, 339 нм. Спектр 13С-ЯМР (DMCO-d6, δ, м.д.): 61.4 (С-6"), 70.2 (С-2"), 70.5 (С-4"), 73.2 (С-1"), 78.9 (С-3"), 81.3 (С-5"), 93.8 (С-8), 102.9 (С-3), 103.5 (С-10), 108.9 (С-6), 116.1 (С-3',5'), 121.3 (С-1'), 128.3 (С-2',6'), 156.4 (С-5), 160.6 (С-4'), 161.2 (С-9), 163.3 (С-2), 163.7 (С-7), 182.0 (С-4). При окислении гликозида 6 раствором FeCl3 получили апигенин и D-глюкозу Витексин (апигенин-8-С-β-D-глюкопиранозид) (7) - кристаллы желтого цвета состава C21H20O10 с т.пл. 247-249 ºС, λmax 285, 337 нм. ПМР-спектр (Ру-d5, δ, м.д.): 4.05-4.55 (протоны углеводной части), 4.75 (т, 8,0 Гц, Н-2"), 5.79 (д, 8,0 Гц, Н-1"), 6.76 (с, Н-3), 7.07 (д, 9,0 Гц, Н-3',5'), 7.35 (с, Н-6), 7.74 (д, 9,0 Гц, Н-2',6').

Ключевые слова: флавоноиды, сапонаретин, витексин

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИОД РАННЕЙ АДАПТАЦИИ

Файзуллаева Х.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан.

Гипоксия плода и асфиксия при родах являются одной из актуальных проблем современной неонатологии. Острая асфиксия новорожденных является причиной смерти примерно 1 миллиона детей в мире ежегодно. У такого же числа детей развиваются серьезные постгипоксические последствия, приводящие к ухудшению качества жизни, появлению хронических заболеваний, а в некоторых случаях к инвалидности. Цель исследования: выделить компоненты формирования постгипоксической патологии у новорожденных с наличием в анамнезе факторов высокого риска развития антенатальной и интранатальной гипоксии. Обследовано 64 доношенных новорожденных на стационарном лечении в отделение патологии новорожденных областного детского многопрофильного клинического медицинского центра. Все больные переведены из родильных комплексов. Проведен клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг. Биохимическое обследование с использованием аппарата KONE (Аналитические системы t/ ^{0} Analyticae Systems) 2000г. Установлены из анамнеза основные причины риска развития постгипоксической патологии у наблюдаемых нами новорожденных:

1.прерывание кровотока через пуповину-20%;

2.нарушение обмена газов через плаценту-42%;

3.неадекватная гемоперфузия материнской части плаценты-22%;

4.ухудшение оксигенации крови матери-62%;

5.недостаточность дыхательных усилий новорожденного-30%

У более половины наблюдений имеется сочетание 2-3 факторов высокого риска развития постгипоксических осложнений. Анализ метаболического статуса указывает на развитие гипербилирубинемии в период адаптации в первые дни стационарного лечения до 225,0$\pm$ 10,5мкмоль/л, причем непрямой билирубин на уровне 192,6 $\pm$ 10,1 мкмоль/л, в тенденцией к нарастанию до 220,8 $\pm$ 7,8 мкмоль/л, это создает риск развития неврологической симптоматики на фоне гипоксии как отягощенного фона для проникновения в ткани токсичного непрямого билирубина. На этом фоне сочетание с умеренным увеличением печеночных ферментов, а именно АЛТ до 0,716 $\pm$ 0,085, выраженное увеличение холестерина почти в 2 раза, щелочной фосфатазы до 79,3 $\pm$ 18,6 мкмоль/л указывает на тенденцию к развитию холестатической желтухи, что на фоне внутриутробной гипоксии может быть связано с незрелостью ферментных систем печени, задержкой постнатального созревания желчных протоков и их дифференцировки, повышение уровня холестерина обычно сочетается с гипотиреозом, что настораживает в связи со сложившейся йододефицитной экологической ситуацией. Сложившаяся гипофосфатемия в сочетании со снижением уровня белка указывает на ограничение участия фосфора в синтезе белка, уменьшение в составе АТФ и АДФ. На фоне

несовершенства белкового обмена и недостаточности синтезирующий функции печени уровень железа у наблюдаемых новорожденных сохраняется на уровне нижних границ показателей у здоровых детей (F=8,13±1,46), но при таких метаболических сдвигах функции печени снижение содержания макроэргических соединений не обеспечит интенсивность пластических процессов для полноценного энергетического обмена. Возможно, что эти сдвиги сопутствуют транзиторному мочекислому инфаркту как сдвигу периода адаптации, но сочетание этих сдвигов с наличием признаков нарушения функции печени не исключает риск развития постгипоксического гепаторенального синдрома. Метаболические предикторы развития постгипоксических осложнений в период ранней адаптации являются тем лабораторным феноменом или индикатором предрасположенности к определенным патологическим состояниям.

Ключевые слова: гипоксия, гипербилирубенимия, гипофосфатемия, креатинин

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНЕ

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Информатизация общества и внедрение инновационных подходов в процесс обучения создали условия для проведения учебных курсов с использованием дистанционных форм обучения. Что же понимается под дистанционным образованием? Дистанционное обучение - взаимодействие учителя и учащихся между собой на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и реализуемое специфичными средствами Интернет - технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность. Вопрос о применении такой формы обучения в медицинских учебных учреждениях остается дискуссионным. С одной стороны, преимуществами дистанционного образования является возможность обучения сразу большого количества студентов, облегчение учебного процесса, в случае обучения инвалидов, технологичность - обучение с использованием современных программных и технических средств делает электронное образование более эффективным, также, обычно, дистанционное обучение дешевле обычного обучения, в первую очередь, за счет снижения расходов на переезды, проживание в другом городе, снижения расходов на организацию самих курсов. Противники применения дистанционного образования в медицине считают, что освоение практических навыков, которые являются главной составляющей при обучении будущих медицинских работников, таким путем невозможно. Однако, на наш взгляд, применение такой формы обучения в медицинских учебных заведения не только возможно, а необходимо. Естественно, обучение врача практическим навыкам требует традиционного очного контакта, но вся теоретическая подготовка и упражнения в принятии решений могут проходить в дистанционной форме. Для того чтобы правильно распределить время обучения на дистанционную и традиционную «фазы», необходима тщательная переработка учебного плана. Также дистанционное обучение является идеальной и наиболее оптимальной формой последипломного обучения и повышения квалификации, так как это помогает решить ряд проблем, возникающих у уже дипломированного специалиста, например, из-за разных рабочих смен и расписания дежурств у обучаемых врачей, различных подходов к работе и учебе. Также существует возможность применения дистанционных образовательных технологий у студентов, обучающихся на очных отделениях, например, при освоении общих теоретических курсов. Конечно, нужно отметить, что медицинское образование имеет свои особенности, связанные с отношениями преподаватель-студент, врач-пациент. Но даже в таких случаях дистанционное обучение демонстрирует свою гибкость. Возможны следующие виды дистанционного обучения: без присутствия преподавателя, в случае освоения теоретического курса, с частичным присутствием преподавателя, при проведении практических и лабораторных занятий. Система дистанционного обучения и повышения квалификации медицинских специалистов должна состоять из следующих составляющих: проведение дистанционных лекций, проведение семинаров с углубленным изучением ранее прочитанного лекционного материала; практические занятия по тем или иным методам диагностики, лечения и хирургических операций, а также индивидуальные телемедицинские консультации. Подводя итоги, можно с уверенностью сказать, что на сегодняшний день созданы все условия для обеспечения эффективного дистанционного медицинского обучения и повышения квалификации по различным направлениям диагностики, лечения или хирургического вмешательства. Скорее всего, уже в ближайшее время мы сможем сказать, что дистанционные образовательные технологии успешно внедрены в учебный процесс многих медицинских учебных заведений.

Ключевые слова: дистанционное образование, медицинские учебные заведения

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Одной из особенностей современного педагогического процесса является широкое использование различных информационных технологий. Персональный компьютер и Интернет стали неотъемлемыми составляющими профессионального образования. Использование телекоммуникаций и сетевых технологий позволяет проводить обучение в тех случаях, когда учитель и ученик разделены значительным географическим расстоянием. В настоящее время дистанционное обучение (обучение на расстоянии) получает в мире все большее распространение. Высокие технологии в образовании не обошли стороной и медицину. Этот тип обучения охватывает в наибольшей степени высшее образование. Современное медицинское образование, его качество требует использования инновационных преобразований в технологии обучения. Использование современных информационных технологий позволяет перевести процесс обучения на качественно более высокий уровень. В результате происходит переориентация традиционного обучения на принципиально новый уровень, где изменяется роль учащегося: он становится активным участником образовательного процесса. Студенты медицинских вузов в процессе дистанционного обучения должны приобрести всесторонние технологические знания, необходимые в будущей практике. Большая часть знаний не может быть найдена в учебнике. Чтобы полностью постичь предметную область изучения, студент полагается на различные дополнительные ресурсы. Сегодняшняя дистанционная технология позволяет проектировать и создавать информационные инструменты, которые смогут облегчить эти трудности при подготовке любой дисциплины. Дистанционное образование является альтернативой и дополнительного образования врачей. Особенно целесообразным удаленный доступ к информации оказывается для сельской медицины. В сельских районах электронная медицинская библиотека может стать одним из наиболее эффективных путей использования информационного прогресса в клинической медицине. Однако возникает вопрос: Возможно ли дистанционное обучение в медицине? Возможно ли обеспечить развитие клинических умений в дистанционном курсе без интегрированного обучения лицом к лицу?

При изучении любой медицинской специальности, в отличие от гуманитарных дисциплин, визуализация играет ключевую роль в приобретении знаний врача. Невозможно представить получение знаний по анатомии без работы в секционной, изучение гистологии без работы с микропрепаратами, изучение хирургии - без наблюдения за операциями и т. д. Можно множество раз прочесть в учебнике описание рентгенологической картины пневмонии, но не запомнить его. Но достаточно один раз увидеть рентгенограмму и запомнить ее на всю жизнь. Естественно, что обучение врача практическим навыкам требует традиционного очного контакта с преподавателями, но вся теоретическая подготовка и упражнения в принятии решений могут проходить в дистанционной форме. Дистанционное обучение не подменяется синонимом «заочного». Оно отличается от заочного обучения более удобной системой доставки информации и использованием новых технологий в процессе обучения, что позволяет расширить географию участников курса и также расширить тематический диапазон преподаваемых курсов, не снижая их качества. Психолого-педагогические исследования показывают, что использование электронных обучающих систем со средствами визуализации способствует более успешному восприятию и запоминанию учебного материала, позволяет проникнуть глубже в существо познавательных явлений. Это обусловлено активизацией работы одновременно обоих полушарий: левое полушарие привычно работает при традиционной форме обучения, а правое полушарие,

отвечающее за образно-эмоциональное восприятие предъявляемой информации, активизируется при визуализации. В результате происходит творческое и профессиональное развитие личности врача. Дистанционное образование позволяет сократить время обучения благодаря быстроте коммуникации преподавателя и обучающегося, а также благодаря возможности использования почти всех форм обучения (в том числе самостоятельной работы в электронной библиотеке) с помощью компьютера. При дистанционном обучении обучающиеся сами регламентируют время, необходимое для усвоения учебного материала, контрольных работ и экзамена в пределах отведенного срока обучения. Удаленный доступ к информации оказывается весьма целесообразным для сельской медицины. В сельских районах электронная медицинская библиотека может стать одним из наиболее эффективных путей использования информационного прогресса в клинической медицине. Особенно активно процесс внедрения дистанционных технологий обучения затронул последипломное образование медиков. Врач учится всю жизнь - такова специфика нашей профессии. Врач должен не реже чем один раз в пять лет повышать свою квалификацию, после чего ему продлевается сертификат на профессиональную деятельность на следующие пять лет. Стремление специалиста к совершенствованию знаний ставит перед образовательными учреждениями задачу оптимизации учебного процесса с учетом как отечественных традиций, так и принципов, разработанных и апробированных международным сообществом. Учитывая, что большая часть обучающихся врачей заканчивала вузы более пяти лет назад, возникла необходимость построения модульной системы, которая позволяет обновить теоретические знания медицинской науки для освоения практической части по изучаемой специальности. В частности, изучение патологии конкретного заболевания включает в себя комплекс текстовых документов (электронные лекции) по анатомо-физиологическим особенностям, состоящий из модулей: анатомия, физиология, морфология. В лекции, посвященной современным методам исследования, включены модули по лабораторным, инструментальным и другим видам диагностики. Преимущества дистанционных технологий последипломного обучения:

- делает гарантированное качество обучения доступным для всех;
- возможность обучения по месту жительства. Это позволит расширить круг обучающихся врачей, особенно из сельской местности, где недостаток кадров не позволяет на длительное время выезжать на учебу с отрывом от работы;
- экономия временных и финансовых затрат. Особенно эффективно для подготовки врачей, которые работают полный рабочий день и имеют ограниченное время для обучения;
- использование современных информационных систем: учебные социальные сети e-mail, электронные библиотеки, компьютерные конференции, виртуальные и симулированные конференции, мастер-классы, оценка знаний оп-line, тестирование;
- непосредственный контакт с известными отечественными и зарубежными специалистами: телемедицина, видеоконференции, телефонные консультации;
- архивирование полученных знаний.

Вместе с тем существуют определенные трудности, которые необходимо учитывать при введении в процесс обучения дистанционной формы. Во-первых, дистанционное обучение требует значительных квалифицированных трудозатрат для разработки и производства программ, гарантирующих высокое качество обучения и, во-вторых, на наш взгляд самое главное, обеспечение контроля клинического опыта. При дистанционном обучении трудно обеспечить развитие клинических умений без интегрированного обучения «лицом к лицу», «из рук в руки». Поэтому требуется тщательное планирование для обеспечения надлежащего смешивания возможностей обучения, соответствующих временным возможностям обучающихся. Эффективность и необходимость данного направления в медицине потребовали дальнейшего совершенствования и расширения диапазона использования.

Ключевые слова: дистанционное обучение, медицинское образование.

КРАУН-ЭФИРЛАР ҲАҚИДА АСОСИЙ МАЪЛУМОТЛАР, КРАУН-ЭФИРЛАРНИНГ ТАСНИФЛАНИШИ ВА НОМЕНКЛАТУРАСИ

Абдиназаров И.
М. Улуғбек номидаги Ўзбекистон Миллий университети

Навбатдаги даврлар давомида синтезланган макроциклик полиэфирларнинг сон миқдори ортиши билан, «*краун–эфирлар*» атамаси умумий формуласи: –(–*CH–CH–O*–)$_n$– кўринишидаги формулага мос келувчи, структураси таркибида ўзаро бир – бири билан этан кўприклари орқали боғланган, кислород атомларининг сони 3 тадан 20 тагачани ташкил қилувчи (*n* = 3–20), йиғилган ҳолатдаги, ўз навбатида ароматик ёки тўйинган ҳалқа билан боғланган кўринишдаги моноциклик полиэфирларни ифодалашда ҳам қўлланила бошланган. 1967 – йилда Чарльз Педерсен томонидан биринчи марта ионофор хоссага эга бўлган, иккита синтетик циклик гексаэфир тавсифланган ва бу моддалар ушбу муаллиф томонидан *18-краун-6* ва дибензо-*18-краун-6* деб номланган.Ушбу моддаларнинг «*краун*» деб номланиши, модданинг фазовий структура тузилишига кўра, қирол тожига (инглиз тилида – *crown*) ўхшаш тузилишга эгалиги билан белгиланади ва Педерсен томонидан бу макроциклик полиэфирларнинг айнан, катионларни тожсимон шаклда ўраб олиши подшоҳнинг тахтга ўтириши тантанали маросимида кийдирилувчи тожни эслатувчи структурага эгалиги қайд қилинади. Навбатдаги даврлар давомида синтезланган макроциклик полиэфирларнинг сон миқдори ортиши билан, «*краун–эфирлар*» атамаси умумий формуласи: –(–*CH–CH–O*–)$_n$– кўринишидаги формулага мос келувчи, структураси таркибида ўзаро бир – бири билан этан кўприклари орқали боғланган, кислород атомларининг сони 3 тадан 20 тагачани ташкил қилувчи (*n* = 3–20), йиғилган ҳолатдаги, ўз навбатида ароматик ёки тўйинган ҳалқа билан боғланган кўринишдаги моноциклик полиэфирларни ифодалашда ҳам қўлланила бошланган. Полиэфир молекуласи таркибида битта ёки бир нечта кислород атомларининг азот ёки олтингугурт атомларига ўрин алмаштирилиши, мос равишда азакраун-эфир ва тиакраун-эфирлар хосил бўлишига олиб келади. Таркибида фосфор, кремний, маргимуш (мишьяк) ва бошқа элементлар мавжуд бўлган циклик полиэфирларни ифодалашда *краун бирикмалар* атамасиданфойдаланиш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.Шунингдек, краун-бирикмалар гуруҳи таркибига карбонил, амид, мураккаб эфир ёки бошқа донор сифатидаги функционал гуруҳларга эга бўлган макроциклик полиэфирлар ҳам киритилади. Моноциклик полиэфирлардан ташқари, бис –, трис–(ва ҳоказо) краун-эфирлар деб номланувчи, краун-эфирлар ҳам тавсифланган. Қабул қилинган ҳалқаро номенклатурага биноан номлаш қоидаларига кўра, синтетик макроциклик комплексонларнинг номланиши узун ва беўхшов кўринишда ифодаланганлиги сабабли, одатда ушбу бирикмаларни номлашда Педерсен томонидан киритилган, яъни асосини «*краун-эфир*» атамаси ташкил қилувчи тарихий (*травиал*) номлашлардан фойдаланиш умумий қоида сифатида қабул қилинган ва бу нисбатан мақсадга мувофиқ ҳолат сифатида қайд қилинади ва бу кўринишдаги номланиш турли хил ўлчамдаги циклик полиэфирлардан тортиб, таркибида кислород атомлари асосан, этан кўприклар орқали боғланган ва кўп қисмли полиэфирларгачабирикмаларнинг қатъий тартибда белгиланмаган тавсифланишида қўлланилади. Шунингдек, қайд қилиб ўтиш керакки, Педерсен томонидан фойдаланилган номенклатура ҳатто, донор сифатидаги атомларнинг бир хилда жойлашиши, бензол ҳалқалари, циклогексан фрагментлар ёки бошқа ҳалқанинг таркибий қисмларини белгилаб бериш имконини бермайди. Вебер ва Фегле томонидан краун-

эфирлар структураси таркибидаги циклик ва ациклик лигандлар, шунингдек комплексларни тавсифлаш имконини берувчи, нисбатан тизимли кўринишдаги номенклатура тавсия қилинган. Бу номенклатура таркибида ҳам Педерсен томонидан киритилган асосий символлардан фойдаланилади, бироқ таркиб нисбатан тўлдирилган тавсифга эга ҳисобланади. Эркин ҳолатдаги краун-эфир лигандлари ва уларнинг метал ионлари ва бошқа моддалар билан хосил қилган комплексларини ўзаро фарқлаш мақсадида, эркин ҳолатдаги бирикмаларни – «*коронанд*» ва комплекс шаклидаги бирикмаларни эса – «*коронат*» деб номлаш тавсия қилинган. Очиқ занжирли краун – эфирлар аналоглари учун эркин ҳолатдаги би-рикмаларни – «*подand*» ва комплекс бирикмаларни эса – «*подат*» деб ном-лаш тавсия қилинади.Органик нейтрал лигандларнинг топологияси (структура таркибида жойлашиши) ва таснифланиши.Бу ерда: *D* – донор атом; *A* – боғловчи гуруҳ; ∩– донор атомисиз ҳолатдаги занжир қисми; *B* – кўприк бош соҳасидаги жойлашган атомни ифодалайди. Циклик краун-эфирлардан (монокоронанд, дико-ронанд, трикоронандлар) ташқари, бир неча ҳалқадан ташкил топган, сферик шаклдаги уч ўлчамли олигоциклик бирикмалар ҳам тавсифланган бўлиб, бу бирикмаларни эркин ҳолатда – «*криптанд*» ва комплекс ҳолатда эса – «*криптат*» деб номлаш тавсия қилинган. Ушбу тадқиқот ишида нисбатан оддий тузилишга эга бўлган краун- эфирлар ўрганилган ва шу сабабли, бу бирикмалар учун биз Педерсен томонидан киритилган номлашдан фойдаланиш билан чекланамиз.

Калит сўзлар: Краун-эфир, лигандлар, азакраун-эфир, тиакраун-эфирлар.

МЕМБРАНА ИОНЛАР ТРАНСПОРТИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН МАКРОЦИКЛЛАР КИМЁСИДА ҚЎЛГА КИРИТИЛГАН ЮТУҚ ВА ИСТИҚБОЛЛАР

Абдиназаров И.
М. Улуғбек номидаги Ўзбекистон Миллий университети

Маълумки, криптанд ва уларнинг аналогларидан ташкил топган кўпгина краун-эфирларнинг паст қийматдаги ионофор фаолликка эга бўлишининг эҳтимоллиги сабабларидан бири –липид матриксда эрувчанлик даражаси қиймати пастлиги ва ушбу бирикмаларнинг катионлар билан хосил қилувчи комплексларининг барқарорлик константаси қиймати юқори бўлиши билан боғлиқ ҳисобланиши тахмин қилинади. Макроцикл бўшлиғи ўлчамлари билан ўзаро фарқланувчи краун-эфирларнинг бензол ҳалқасига алкил ва ацил ўрин алмашувчиларнинг киритилиши орқали уларнинг катионлар транспортини таъминлаш хоссасини сезиларли даражада кучайтириш ва мембрананинг ионлар учун танловчанлик хоссасини ўзгартириш мумкин. Оддий эфир боғларга эга бўлган краун-эфирлар биологик ва модел мембраналарда паст қийматдаги ионофор фаолликни намоён қилиши аниқланган. Маълумки, криптанд ва уларнинг аналогларидан ташкил топган кўпгина краун-эфирларнинг паст қийматдаги ионофор фаолликка эга бўлишининг эҳтимоллиги сабабларидан бири –липид матриксда эрувчанлик даражаси қиймати пастлиги ва ушбу бирикмаларнинг катионлар билан хосил қилувчи комплексларининг барқарорлик константаси қиймати юқори бўлиши билан боғлиқ ҳисобланиши тахмин қилинади. Макроцикл бўшлиғи ўлчамлари билан ўзаро фарқланувчи краун-эфирларнинг бензол ҳалқасига алкил ва ацил ўрин алмашувчиларнинг киритилиши орқали уларнинг катионлар транспортини таъминлаш хоссасини сезиларли даражада кучайтириш ва мембрананинг ионлар учун танловчанлик хоссасини ўзгартириш мумкин. Краун-эфирларнинг комплекс ҳосил қилш ва ионофор хоссаларига турли ўрин алмашувчиларнинг таъсирини ўрганиш бўйича бир қатор тадқиқотлар амалга оширилган. ДБ18К6 алкил–ҳосилаларининг ишқорий металларнинг хлоридлари билан комплекс ҳосил қилишини ўрганиш бўйича амалга оширилган тадқиқотлар натижалари кўрсатишича, ўрин алмашувчилар занжирининг узунлиги ортиши билан комплексларнинг барқарорлик константаси қиймати бир хилда камайиб бориши кузатилади. Бунда ушбу тадқиқотлар муаллифлари томонидан ушбу ҳолат катионнинг краун-эфир билан боғланишининг стерик тавсифда чекланиши орқали изоҳланади. Комплекс барқарорлиги константаси қийматининг камайиши ўз-ўзидан комплексоннинг катион ташувчи хоссасини яхшилайди. Уларнинг структураси таркибида алкил ўрин алмашувчиларнинг киритилиши шароитида краун-эфирлар ионофор хоссаларининг қўшимча тарзда яхшиланиши мембрананинг липид матрикси гидрофоб қисмида уларнинг эрувчанлик даражаси ортиши орқали таъминланади. Краун-эфирлар молекулаларида ўрин алмашувчилар типларини ўзгартириш орқали катион транпортининг танловчанлик даражасини бошқариш мумкинлиги аниқланган. Қўш қаватли мембрана, митохондрия ва бошқа типдаги биологик мембраналарда амалга оширилган тажрибаларда дибутирил– ва дивалерил–ДБ18К6 кальций ионларига нисбатан ўтказувчанликни юзага келтириши аниқланган. ДБ18К6 дивторбутил-ҳосилалари биологик ва модел мембраналарда яққол ифодаланувчи магний ионларига нисбатан танловчанликни юзага келтириши қайд қилинган. Ионофор фаолликни оширишнинг яна бир йўли краун-эфирлар молекуласига бошқа молекулаларни киритиш, жумладан, порфиринларнинг карбоцикл тавсифидаги қисмига Б15К5 киритилиши ҳисобланади. Краун-порфиринларнинг митохондрияларга таъсирини ўрганиш натижалари кўрсатишича, бу моддалар алоҳида олинган Б15К5 ва порфиринларга нисбатан оксидланишли–фосфорланишни кучлироқ даражада бузиши аниқланган. Бу кўринишдаги синергизм уни ташкил қилувчи таркибий қисмларга нисбатан краун-порфиринларнинг липофиллик хоссаси юқорилиги билан изоҳланиши мумкин. Краун–эфирларнинг митохондрияларда ва қўш қаватли липид

мембраналарда ионофор хоссаларини ўрганиш ушбу бирикмаларнинг биологик мембраналар билан ўзаро таъсирлашишида бир қатор ўзига хос фундаментал жиҳатларга ойдинлик киритиш имконини берган. Жумладан, тадқиқотларда ионофор хоссага эга бўлмаган ДБ18К6 митохондрия мембранаси орқали валиномициннинг калий ионлари ташишини тўхтатиб қўйиши аниқланган. Шунга ўхшаш хулоса валиномицин ва дициклогексил–18К6 нинг биргаликда эритроцит ва ретикулоцитлар мембранасига таъсирини ўрганиш бўйича амалга оширилган тадқиқотларда ҳам қайд қилинган. Ушбу моддалар антагонист сифатида таъсир кўрсатишининг сабаби мембрана–ҳужайра ташқарисидаги электролит фазалар чегарасида краун-эфир–катион–валиномицин комплекси ҳосил бўлиши билан изоҳланади. Краун-эфирларнинг мембрана юзасида битта ёки қўш ҳолатдаги комплексларни хосил қилиши унинг юза сирт таранглик хоссасини сезиларли даражада ўзгартириши аниқланган, ўз навбатида бу ҳолат мембранада ферментлар ва транспорт тизимлари фаоллигига ўз таъсирини кўрсатади. Ушбу ҳолат ва шунингдек, краун-эфирларнинг хосил қилувчи комплексларининг ионлар учун танловчанлик хоссаси уларнинг мембраналарга таъсири ва биологик фаоллигини ўрганишда ҳисобга олиниши талаб қилинади. Краун-эфирларнинг юқорида санаб ўтилган хусусиятларга эга эканлиги уларнинг халқ хўжалигининг турли соҳаларида кенг қўлланилишига асос бўлди. Жумладан, ҳозирги кунда краун-эфирларидан халқ хўжалигининг тиббиёт, фармакология, қишлоқ хўжалиги каби соҳаларида фойдаланилиб келинмоқда.Краун-эфирлар кўплаб қўлланилиш соҳаларига эга. Аввалambор уларнинг ишқорий металлар ионларини ажратиб олиш каби соҳалардаги қўлланилиши аналитик тадқиқотларда шунингдек, уларни ажратиш ва тозалашда муҳим аҳамият касб этади. Яхши эрувчанлик хусусиятларига эга эканлиги сувли бўлмаган эритмалар муҳитида ишқорий металларнинг ионларини сув фазадан органик фазага ўтказиб бериш, яъни уларни тозалаш каби хусусиятга эга бўлади. Типик кўринишдаги мисол сифатида калий перманганатни мисол келтириш мумкин. Ўз-ўзича эрувчи бу модда органик эритувчиларда эримайди, лекин 18-краун-6 иштирокида у бензолда осонгина эрийди ва пурпурли бензолни ҳосил қилади. Краун-эфирларнинг шишларнинг терапияси соҳасидаги қўлланилиши радиоиммунотерапия билан чегараланмайди. Маълумки, плазматик мембраналар кальций ионлари учун юқори ўтказувчанликка эга. Краун- эфирларидан тайёрланган саркома-45 препарати кальций ионларига нисбатан эффектив блокатор сифатида мембрананинг ўтказувчанлигига таъсир кўрсатади ва самарали блокатор сифатида қўлланилади.Краун-эфирларнинг ажойиб мембраноактив хусусиятларга эга эканлиги уларни қишлоқ хўжалигидаги қўлланилиш соҳасининг янада кенгайишига олиб келди. Краун-эфирларнинг кўплаб вакиллари жумладан, 15К5, 18К6, ДБ18К6 ўсимликларнинг эффектив стимуляторлари сифатида қўлланилмоқда. Клиник анализ соҳасида краун-эфирлари асосан ион-селектив электродларда (ИСЭ) сенсорлар сифатида қўлланилади ва қоннинг pH и ва унинг таркибидаги катионларни мониторингини ўтказиш учун қўлланилади. Краун-эфирларнинг энг асосий хусусияти маълум ўлчамга эга катионларни ушлаб олишдан иборат. Энг кўп тарқалган краун-эфирлар кислород атомидан ташкил топган. Ушбу эфирлар ишқорий ва ишқорий-ер металларининг тузларини ажратиб олиш, тозалаш каби технологик жараёнларда, анорганик бирикмаларни сувли фазадан органик муҳитга ўтказишда ишлатилади. Радиокимёда эса ядровий ишлаб чиқариш маҳсулотлари қолдиқларини қайта ишлашда фойдадаланилади. Бундан ташқари, краун-эфирлари асосида электрўтказувчан материалларнинг янги типи кашф қилинган ва ион-селектив датчиклар, жумладан сунъий мембраналар ҳосил қилишда ишлатилган.

Калит сўзлар: краун-эфирлар, комплекс, мембрана, катионлар.

THE ROLE OF THE NEW TECHNOLOGIES IN TEACHING ENGLISH

Khazratova K.M.
Tashkent Medical Academy

Modern system of education in Uzbekistan is based democratic and human statements, their understanding of innovation technologies. In practice schools have introduced new approaches put forward in the concept, the state educational standards (SES), the textbooks of new generation and training programs. The internet is beginning to transform language learning, first of all by making available to teachers and students an enormous range of information and resources. Information, on virtually any subject, any resources, including articles, stores, poems, video, audio clips, music and millions of images, are all only a few mouse clicks away- as long as you know how to find them. As a means of communication, the Internet allows students around the world to interact with one another cheaply, quickly and reliably, opening up the classroom to the real world in a way which has never before been possible. Because the Internet is such a powerful tool for information and communication, there can be much more integration of computer work into the language curriculum. Both teachers and students can start to use the Internet as source of material for learning and teaching in the same way as they currently use books, magazines, television and video. Eventually, they will probably use more Internet- based than print resources, simply because these will be more easily available. Access to the Internet will, in fact, lead to a change in the way languages are learnt. Not only does the Internet provide a faster and more convenient after native to conventional communicative writing, but it is beginning to allow audio and video communication in ways that have never before been practical. The Internet will also lead to more cross- curricular work. Skills needed to use the Internet for language learning will be similar to those needed in other subjects in the curriculum, while Internet resources found in the language classroom will often be relevant to other subjects. Students may find that the information they need for other subjects is only available in English, so that they may be able to practice their language skills at the same time as studying other subjects. Although they have been used for teaching since the 1960s, computers only became practical and affordable for language learning in the early 1980s, when relatively inexpensive personal computers first became available. The first Computer- Assisted Language Learning (CALL) programs were mainly used for manipulating words and sentences, playing games with students, testing them, and giving them feedback on their performance. Used in this way the computer has often been described as the “medium of the second chance”. As computers more powerful, and multimedia software became practical, the early 1990s saw the emergence of CD-ROMs, storing complete encyclopedias or language courses with text, graphics, which are professionally produced, reliable, and straightforward to use, have a place in many classrooms. In many ways, however, the challenges presented to both students and teachers by the Internet can provide a more interesting, rewarding experience. Even finding useful information requires skill and judgment. The Internet is a tool which has great potential in the language classroom, but its effectiveness in practice depends to a large extend on the way it is exploited by teacher and students. Your general methodology is also important. *How to arrange computer room?* If sufficient equipment is available, lessons may involve students working individually at computers, but most classes will also involve some pair and group work at the computers, as well as pair, group, or whole class work away from the computers. The optimum situation for most activities is a large classroom with at least one computer for every two or three students. Ideally, the computers will be located around the walls, or in clusters, with plenty of

desk space and room to move around. Many teachers will find, however, that computer rooms have been set up with subjects other than English in mind. Computers will often be found in rooms with little room between them, so it will be difficult for students to move around and for teachers to move from student to student. The great advantage of the Internet over earlier CALL is the fact that it is not necessary to learn how to use a large number of programs. The Internet can be used effectively with only two pieces of the Web, and an email program. Of course, there is plenty of other software available, and you or your students might want to learn how to use additional software for purposes such as conferencing, creating Web pages, or manipulating graphics. The amount of technical training students need will vary from institution to institution. Computers might be set up in such a way that students only need to be able to switch on the computer and click on an icon; or they might need to specify a certain server and log in with a password before they can get started. What is important is to have a clear idea of what skills students will need to get connected and to carry out tasks on the Internet. Teachers often assume that their students have these skills, but it is vital to be sure that this is in fact the case. Intensive development of different sciences especially English language, pedagogy, psychology and using innovative activity improves the process of teachers and students knowledge, raising the quality of learning. The computer and Internet also to develop the creative approach, to enhance the main sources of intellectual capacity, to exchange ideas through international academic conferences, to connect with English language community using video, audio, researchers and to participate actively in various types of lectures

Keywords: computer technologies, creative use of technology, computer lesson management, using the computers for self-study.

POSSIBILITIES AND ISSUES OF IMPLEMENTING PUBLIC ONLINE OPEN COURSES IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Kholmurodova A.Sh.
Samarkand State Medical Institute

The quality of higher education, that is, the training of deserving personnel, has always been and will remain a topical issue in all higher educational institutions around the world. The issue of quality is becoming increasingly pivotal, especially in the late twentieth and early twenty-first centuries. Ranging from the primitive years of the Independence of our country to modernizing era of today, the government of our country has been devoting primary attention to the development of educational system. Novel alterations and proclamations of new laws in terms of alleviating the quality of education can be regarded as vivid examples of the fulfillments accomplished during the past few years. To illustrate, the order of the president of Uzbekistan №3775 concerning "the resolution of the issues of teaching system in the higher educational establishments as well as enhancement of the quality of teaching process" has been the upmost crucial priority in terms of this process. An analysis of scientific and methodological research shows that public online open courses (OOCs) are studied marginally because they are quite unfamiliar field (the term public online open course was first introduced in 2008), and therefore, although with some aspects of the theoretical and practical factors of the problem being studied and researched abroad by D.Comer, S.Downs, K.G.Skripkin, L.Breslow, D.Pritchard, J.DeBoer, A.McAuley, B.Stewart, G.Siemens, D.Cormier, L.Pappano, S.Mack, R.Williams, J.Mackness and D.Siemens in association with the experts of our country on the topic of organizing the educational process using public online open courses in our country as well. The results of the analysis reveal that the problems of organizing the educational process and the process of professional development of professors and teachers using public online open courses in the higher education system have not been sufficiently studied. The development of e-learning requires a closer approach to current trends and current world experience, which further defines the key vectors in the development of the modern educational paradigm, expanding the practice of its effective implementation in the educational process. Among them, one of the most promising directions in the development of online teaching system in the last 2-3 years has been the formation of OOCs, which are based on the idea of education with universal and equal opportunities. OOC is a Massive Open Online Course (MOOC) that is taught by many universities around the world to anyone anywhere in the world using remote technology to teach professors and thousands of people, provides academic courses that allow students (course participants) to organize free communication. What is the secret of OOC? Why is this unconventional form of education becoming increasingly widespread and so rapidly evolving? Historically, the term OOC originated in the U.S. in 2008, but the current OOC direction was founded by Coursera, founded in Stanford in 2011, and it originally combined the open resources of three major U.S. universities, according to the Time magazine in 2012, which is considered to be one of the best training sites according to the data yielded in this field. Coursera founders Andrew N. and Daphne Keller shaped their project on the idea of mass online teaching ("one course from one world"), providing everyone with the opportunity to listen to lectures from the world's leading universities. The proliferation of OOCs is likely to lead to the formation of a new educational paradigm with the maximal usage of distance technologies and the creation of a single transnational information and educational environment. Now, with the launch of the Coursera project, the popularity of e-learning has grown exponentially. At the same time, the

quality of online courses has been improved, technology is constantly developing, and a variety of applications and platforms are being enhanced in order to assist to create a universal virtual environment that is easy to learn and use. The increase in the credibility and importance of OOC projects is due to the participation of the world's leading universities, Massachusetts Institute of Technology, Stanford, Harvard and others. It should be noted that despite the differences in the concepts about the OOC, online courses are becoming considerably popular. The three - to four -year active spread of the OOC has led to sensational results, such as gathering an audience of tens or even thousands of people. Studying on the courses of the world's leading universities, which are public and open due to their free nature, has now become a reality, which has ensured the development of a high level of continuing education for millions of people with low non-financial fees. In return, they were given the opportunity to obtain a certificate by taking exams or completing final assignments. The main features of the OOC are related to the implementation of the principles of continuity and person-centered education, making it easy to understand and widely disseminating modern scientific ideas: 1) popularity, i.e. infinite number of students; 2) openness, that is, the free transfer of knowledge to anyone, in a convenient place and time; 3) the integrity of the courses, that is, the courses include not only pieces of educational material, but also practical exercises, communication, materials that control the acquired knowledge; 4) opportunity to receive a certificate upon successful completion of the course. Taking advantage of afore mentioned cutting – edge facilities and technologies is therefore crucial in our educational system, since nowadays owing to the spread of pandemic disease COVID – 19, all of the personnel throughout the country are currently compelled to stay at their residences and along with other organizations, educational establishments have also been shut down. In order not to let the exacerbation of the educational process, the courses and lectures of educational institutes have been conducted digitally, and all lessons of the primary and secondary school program have also been provided by the experts of each field and this accomplishment has been implemented in accordance with the order of the Ministry of higher education system. Courses in the OOC format include integrated lectures, tests and assignments to control the acquired knowledge, constant communication between teachers and students on a special Internet site, as well as the final exam to determine the best students and designed to conduct an interactive distance learning process. In OOC, a lot of attention is paid to the interaction of the audience, for example, through forums, online and in-person communication, joint presentation of lectures and etc. In the case of open online courses, it is mandatory to complete the assignments on time according to the course schedule. A number of factors hinder the development of mass online education: for example, low motivation of students to study, differences in the education systems of different countries, the fact that many OOCs are founded in English, lack of inclusion mechanisms in educational programs; it can be explained by the lack of proof of education, which is important for employers and other educational institutions. In conclusion, the process of modernization and reform of education is particularly evident in the higher education system. Here, new technologies need to be constantly introduced in the teaching process in order to improve the quality of education. It is obvious that the process of reforming the education system is a necessary factor in the ongoing socio-economic reforms in the country. In this process, it is crucial that the implementation of advanced foreign experience and modules remains one of the priorities in ensuring the quality of higher education.

Keywords: open online courses, higher educational establishments, process of reforming the education system, education.

THE IMPORTANCE OF LIPOPROTEIN LIPASE IN HYPERCHOLESTEROLEMIA

Choriyeva M., Alimuhamedova M.P., Azizova D.M.
Tashkent Medical Academy

The purpose of the study is to study the effect of drugs of natural origin (we used “Biomaysa”) on the lipoprotein lipase in the dynamics of experimental hypercholesterolemia. Lipoprotein lipase is an enzyme located on the walls of blood capillaries, anchored to the endothelium by negatively charged proteoglycan chains of heparan sulfate. It has been found in heart, adipose tissue, spleen, lung, renal medulla, aorta, diaphragm, and lactating mammary gland, although it is not active in adult liver. In studies of statins, the activity of lipoproteinlipase (LPL) was not studied as the main goal of treatment exposure, however, when retrospective analysis of the results of some studies of statins was performed, it was found that LPL is not only a risk marker, but also a target for treatment, even better than cholesterol level LDL. The experiments were carried out on 30 male rabbits of the Shinshel line weighing 2500–3000 g, divided (depending on the purpose of the study and the method of treatment) into 5 groups (6 rabbits each): 1st (control) - intact rabbits; 2nd - animals with simulated experimental hypercholesterolemia; 3rd - correction of experimental hypercholesterolemia with a statin; 4th - correction of experimental hypercholesterolemia of the biomass; 5th - correction of experimental hypercholesterolemia with a statin and biomaysa. The object of the study was serum. To establish a comparative evaluation of a plant origin of Biomaysa and Ultrox statin in the serum on an automated biochemical analyzer (RX Daytona / Randox, UK), we determined the content of triglycerides (TG), total cholesterol (total cholesterol), low-density lipoprotein cholesterol (HDL), low density (LDL), very low density (VLDL) and calculated coefficient of atherogenicity (SV). ApoB-100 was evaluated by immunoturbidimetry at a biochemical automatic Architect C8000 analyzer (Abbott, USA).To more accurately characterize the early stages of lipidemia, in addition to determining the level of blood lipids, the level of apo B was determined. The effect of biomaysa and ultrox on lipid metabolism in experimental hypercholesterolemia (n = 6). In group 1, apo B blood concentration was 79 ± 0.8 mg / l, which corresponded to the normal values given in the literature. Therefore, all the results of studies conducted by 2-5 groups were compared with the data of group 1. In group 2, the development of experimental atherosclerosis is evidenced by the tendency for blood cholesterol to rise in blood (287 ± 1.45, P <0.05), a decrease in the antiatherogenic HDL cholesterol fraction (16.8 ± 0.8, P <0.05), a significant increase atherogenic coefficient (15.6 ± 0.43, P ‹0.05). In group 2, hypercholesterolemia (GHS) was detected in the blood with a significant excess of cholesterol-LDL compared with group 1 6.6 times (P 0.05). The level of apo B in the second group averaged 179 ± 1.59 mg / dl, that is, 2.2 times higher than the norm. An increase in the apo B fraction indicates a violation of apo B-100 receptor endocytosis and uptake of VLDL cells; VLDL, which is not absorbed by the cells, and form hypertriglyceridemia. As is known, statins normalize hyperlipidemia by: a) activating the uptake of VLDL by insulin-dependent cells and b) activating the uptake of all LDL cells, increasing the bioavailability of PUFA, activating apo B-100-endocytosis. Monotherapy at a dose of 0.5 mg/kg and biomaysa - 142 mg/kg statistically significantly reduced the levels of Apo B, total cholesterol and LDL-C and compared with an untreated group of animals. With the combined use of the drugs used, a significant more pronounced decrease in cholesterol-LDL, cholesterol-VLDL, Apo B and total cholesterol levels was found compared to untreated and monotherapy treated animals.

Keyword: hypercholesterolemia, “Biomaysa”

THE EFFECT OF SLEEP ON STUDENT'S PERFORMANCE

Yorova S.K., Rayimjanova K.F.
Samarkand State Medical Institute

Sleep consists of two phases: fast sleep and slow sleep. Slow sleep occurs immediately after falling asleep and lasts about 90 minutes and then is tempered by fast sleep lasting from 10 to 20 minutes. Thus, the phases of slow and fast sleep alternate with each other, forming a sleep cycle. The duration of a person's sleep usually depends on numerous factors: age (we give an example of newborn children who sleep longer than adults), gender, lifestyle, nutrition, and the degree of fatigue (both physical and mental). The duration of sleep, mainly affects the mental ability of the student, the effectiveness of the perception of new information. But, as noted by I.P. Pavlov, sleep is not just rest, but an active state of the body, which is characterized by a special form of brain activity. In particular, during sleep, the analysis and processing of information accumulated by a person during the previous time takes place. If such sorting was successful, then the brain is freed from the excessive information accumulated on the eve, and is again ready for work. Due to this, a person has a normalized neuropsychic state, and working capacity is restored. Based on this, students can be divided into several groups: some of them give great attention to relaxation, that is, they allocate sufficient time for sleep, but at the same time at different times. Thus, here we can say that those who go to bed before 10-11 am feel more alert than those who go to bed at 1-2 am. Other students prefer to study at night, so they do their homework late at night, thereby reducing the time for sleep. And still others lie down in the morning and spend about 3-4 hours sleeping. Here it becomes apparent that lack of sleep will affect student performance. Mostly, lack of sleep often leads to depression, followed by insomnia and impaired sleep patterns, memory impairment, impaired attention, and impaired concentration. However, there is another category that, on the contrary, devoting a lot of time to sleep, feels confused and inattentive. If we talk about the performance of such students, they grasp everything instantly, but it is not known how long this information remains in their head. Thus, untimely observance of the sleep regimen affects not only students' academic performance, but also their state of health, that is, leads to lack of sleep, which can become chronic or cause other sleep diseases. The main reasons for lack of sleep include: doing homework until late due to the large amount of academic work, spending time on the Internet (social networks, online games), gatherings with friends. Most students note passivity in training sessions, poor assimilation of information due to lack of sleep. To combat lack of sleep, students use the following methods: they devote more time to a night's sleep on weekends, sleep 1-3 hours during the day on school days, and try to go to bed early. They consider the best time to start training sessions not 8, but 9 a.m. In order to avoid the detrimental effect of lack of sleep, students are advised to plan a mode of educational activity and rest, thereby protecting themselves from mental overload, to maintain a constant sleep regimen, so the body will get used to and wake up in the morning will be easier, daytime sleep, the duration of which should be at least an hour. Often, nutrition also affects sleep. When, for example, I have a sleep problem, I drink a glass of warm milk at night, which has a calming effect on my body. Of course, food can have a reverse effect, so it is not recommended to eat spicy and fatty foods at night. Also known to everyone, caffeine can disturb sleep, so to achieve the opposite effect, it is better to brew herbal tea (for example chamomile tea). Thus, the main reasons for lack of students are: a large amount of academic work, occupation of late hours, spending time on the Internet (social networks, online games), meeting with friends and gathering until late. From the study, it can be concluded that many students lack sleep, but most try to compensate for this shortage in various ways: increasing the duration of sleep on weekends, daytime sleep, exercise, contrast shower, drinking coffee. Most students do not pay attention to planning their daily routine. This, in turn, affects the negative impact of lack of sleep on learning activities.

Keywords: lack of sleep, study at night, herbal tea, sleep cycle, information.