

ISSN 2181-7812

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**АХБОРОТНОМАСИ**



**ВЕСТНИК**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК  
ПОСВЯЩЁННЫЙ  
ДНЮ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ**



**2019  
Ташкент**

ISSN 2181-7812



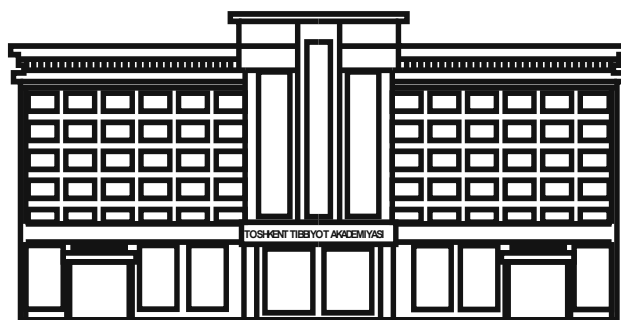
9 772181 781009

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2019

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**АХВОРОТНОМАСИ**



**ВЕСТНИК**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



# ВЕСТНИК ТМА СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК 2019

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Главный редактор**

проф. Л.Н.Туйчиев

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Даминов Т.А.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

## Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Аюпова Ф.М. (Ташкент)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

проф. Шомирзаев Н.Х. (Ташкент)

Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: Х.А.Расулова

Редактор-дизайнер: Ш.П. Аширова

С. Э. Тураева

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати

и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми

правилами, просим направлять по адресу:

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2, Главный учебный корпус ТМА, 4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

# HERALD TMA SPECIAL EDITION 2019

## EDITORIAL BOARD

### Editor in chief

prof. L.N.Tuychiev

### Deputy Chief Editor

prof. O.R.Teshaev

### Responsible secretary

prof. F.Kh.Inoyatova

## EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Daminov T.A.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

## EDITORIAL COUNCIL

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Ayupova F.M. (Tashkent)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z.  
(Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagazatova B.X. (Tashkent)

prof. Shomirzaev N.Kh. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent Medical  
Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: X.Rasulova

Designer - editor: Sh.P. Ashirova

S.E.Turayeva

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information department of  
Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30  
of December 2013 in Medical Sciences department of Supreme  
Attestation Commission

Completed manuscripts please send following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.

Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,

4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. I. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

## Секция медицинской профилактики

### ИЗУЧЕНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Бахтиярова М., Болтаева Д.М., Ахмадалиева Н.О.

Ташкентская медицинская академия

Общественное здравоохранение и медицинская информатика

Сохранение здоровья работающего населения это не только предпосылки для высокой производительности труда и, соответственно, повышения благосостояния, но и залог социально-экономического развития государства. Уже последние годы многие ученые обращали внимание на необходимость изучения условий труда преподавательского состава.

В основном почти все работы педагогов с учетом характеристики зрительной работы отнесены к III разряду высокой точности (размер объекта различения от 0,3 до 0,5 мм, контраст большой, фон-светлый) согласно КМК 2.01.05-98. Нормированное значение освещенности КЕО при естественном боковом освещении должно составлять 1,2 (КЕО), при искусственном – при системе общего освещения – 200 лк. Измеренные уровни освещенности при естественном и совмещенном освещении в теплый период года были в пределах нормируемых величин, а в холодный зависели от ориентации помещений и времени суток. При нахождении с восточной стороны и в период – после 10 часов утра – освещенность была в норме, при западной ориентации – освещенность была значительно ниже нормируемой. Метеорологические условия определялись в учебных аудиториях и кабинетах педагогов в теплый и холодный период года и оценивались по СанПиНу № 0330-16.

Полученные данные, сравнив с оптимальными величинами ( $t$  22-24 $^{\circ}$ C, относительная влажность 40-60%, скорость движения воздуха – не более 0.5 м/с), т.к. труд педагогов связан с нервно-эмоциональным напряжением. В пределах нормируемых величин во все периоды измерений микроклимат соответствовал нормируемым величинам по таким показателям как относительная влажность и скорость движения воздуха. В холодный период года в большинстве помещений почти всех кафедр, расположенных в корпусах 1 и 2 температура воздуха ниже нормируемых величин на 5-7 $^{\circ}$ C. В теплый период года несоответствие температуры воздуха нормам имеет место в основном в июне (+6 С $^{\circ}$ ). Источников производственного шума при проведении учебного процесса практически нет. Однако, в аудиториях, расположенных в корпусе № 2, где имеется интенсивное движение автотранспорта (особенно в теплый период года, при открытых окнах) интенсивность шума превышает допустимые уровни. Шум характеризуется как непостоянный, прерывистый, широкополосный. В соответствии с СанПиНом № 0120-01, с учетом трудовой деятельности (творческая, научная, преподавание и обучение, врачебная и др.) допустимые уровни шума составляют 50 дБ(А). Измеренные уровни звука и эквивалентные уровни звука в дБА фактически во всех аудиториях, кроме, расположенных в корпусе №2 и выходящих на улицу) превышают допустимые на 3-5 дБА. В аудиториях же, выходящих на улицу, шум превышает допустимые величины на 8-12 дБА.

Заключение. Таким образом, проведенные санитарно-гигиенические исследования позволили установить, что труд работников высших медицинских учебных заведений согласно гигиенической классификации труда (СанПиН №141-03) по показателям вредности и опасности производственной среды относится к третьему классу второй степени вредности (3.2).

### ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОБ АНТИБИОТИКАХ И ИХ ДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ

Бережная А.В. очный аспирант кафедры эпидемиологии ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра эпидемиологии

Введение. Антибактериальные препараты широко применяют в стоматологической практике для лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Поэтому врач-стоматолог, как и врач любой лечебной специальности, должен четко знать показания к применению антибиотиков и понимать с какими отрицательными эффектами может быть сопряжена нерациональная антибактериальная терапия.

Цель. Определить уровень осведомленности студентов стоматологического факультета об антибиотиках и возможных побочных эффектах при их применении.

Методы. Для достижения цели разработана анкета, включающая вопросы применения антибиотиков и связанных с ними эффектов. Исследование проведено среди 106 студентов IV курса стоматологического факультета в апреле – мае 2018 года.

Результаты. В опросе приняло участие 37 лиц мужского пола и 69 лиц женского пола (34,9 % и 65,1 % соответственно). Средний возраст участников (из 103 валидных по этому вопросу анкет) составил 21,2 года.

Отмечено, что об антибактериальном действии антибиотиков знало 89,5 % опрошенных (94 из 105 студентов, ответивших на этот вопрос). В то же время почти треть респондентов (31,4 % из 105 ответивших) ошибочно считала, что антибиотики оказывают противовирусное действие. Значительная часть студентов (38,7 %) указала, что антибиотики имеют противопаразитарные свойства. При этом только 13,2 % участников (14 человек) считали, что не обладают достаточной информацией об антибиотиках. Другие 16 % респондентов (17 человек) указали ответ «Затрудняюсь ответить» на утверждение «Я достаточно осведомлен об антибиотиках и принципах их использования».

О возможных отрицательных последствиях для организма при частом приеме антибиотиков знали 98,1 % студентов, давших ответ на этот вопрос (105 из 106 человек). 97,2 % опрошенных (103 участника) указали на потенциальные

аллергические реакции при приеме антибиотиков. Большинство студентов информировано о возможном отрицательном воздействии антибиотиков на желудочно-кишечный тракт: 86,8 % опрошенных (92 студента) знали, что антибиотики могут вызывать тошноту и рвоту; 87,7 % опрошенных (93 человека) знали, что антибиотики могут вызывать диарею. У одинакового количества респондентов (по 10,4 %) эти вопросы вызвали затруднения. О возможном тератогенном действии антибиотиков были осведомлены 83 % студентов (88 человек).

Две трети респондентов (68,3 % из 104 лиц, ответивших на этот вопрос) понимали, что постоянное применение одного и того же антибактериального препарата в качестве лекарственного средства у одного человека ведет к отрицательным последствиям.

Удельный вес респондентов, знающих, что в большинстве случаев минимальный курс лечения антибиотиками составляет 5 – 7 дней составил 83,5 % (86 человек из 103 ответивших). Несколько больше респондентов (88,5 % из 104 ответивших) знали, что действенность антибактериальной терапии снижается, если курс лечения препаратом не завершен.

Доля респондентов, которым знаком термин «антибиотикорезистентность», составила 97,1 % (101 из 104 лиц, ответивших на этот вопрос). При этом, только 64,8 % опрошенных (68 лиц из 105 участников, ответивших на этот вопрос) считали, что медицинские работники должны проводить санитарно-просветительную работу по вопросам применения антибиотиков для учащихся и студентов в учебных заведениях вне зависимости от их профиля.

Выводы. Выявлено, что значительная часть опрошенных студентов-стоматологов имеет пробелы относительно показаний к применению антибиотиков, считая допустимым использовать их при вирусных и паразитарных инфекциях. Недостаток знаний об этиотропном лечении заболеваний, вызванных различными инфекционными агентами, и нерациональное назначение антибиотиков ведут к формированию антибиотикорезистентности у штаммов возбудителей инфекций, что влечет за собой дополнительный социально-экономический и медицинский ущерб.

## МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ПОКД ПОСЛЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Гасанова Д.И.

*Дагестанский Государственный медицинский университет,  
студентка лечебного факультета 6 курса*

Введение. По данным многочисленных публикаций анестезия сопровождается снижением когнитивного функционирования. В исследование включались пациенты в возрасте до 65 лет, которым выполнялись малотравматичные вмешательства под общей анестезией пропофолом, длительностью не более 3-х часов. Для оценки когнитивных функций применялись краткая шкала оценки психического статуса MMSE и Тест Бурдона.

Цель исследования: изучить эффективность препарата «Тиоцетам» для профилактики развития раннего синдрома ПОКД.

Материалы и методы исследования. В исследование вошло 30 пациентов. Всем исследуемым проводили нейропсихологическое тестирование за сутки до операции, через 8, 24, 72 часа после операции. Больные были поделены на 2 группы – контрольную и основную (группа со стандартным лечением с включением нейропротектора «Тиоцетам») по 15 человек в каждой группе (табл.1). Обе группы были сопоставимы.

Таблица 1.

*Характеристика больных в группах.*

	Контрольная группа (n=15)		Основная группа (n=15)	
	<60	>60	<60	>60
Возраст (годы)	14	1	15	-
Физический статус по ASA	II	III	II	III
	12	3	11	4
Длительность анестезии (мин)	76,2±12,4		78,4±10,8	
Длительность операции (мин)	54,6±8,8		60,0±6,4	
Расход препаратов для анестезии мг\кг\ч	фентанил	3,7±0,4	фентанил	3,5±0,2
	пропофол	8,8±0,1	пропофол	9,1±0,2

### Результаты и обсуждение.

По результатам проведенного нейропсихологического тестирования в обеих исследуемых группах в предоперационном периоде не было выявлено предшествующего когнитивного дефицита (табл.2 и 3).

Таблица 2.

*Динамика когнитивного статуса у пациентов контрольной группы*

(n=15)	исходно	Через 8 часов	Через 24 часа	Через 72 часа
MMSE (в баллах)	27,6±1,8	24,1±1,1	25,3±1,4	26,2±0,5
Тест Бурдона в %	82,1±2,1	70,8±1,5	72,1±1,8	73,6±1,4

Таблица 3.

Динамика когнитивного статуса у пациентов основной группы

(n=15)	исходно	Через 8 часов	Через 24 часа	Через 72 часа
MMSE (в баллах)	27,2±1,1	26,9±0,9	28,3±1,2	29,1±0,6
Тест Бурдона в %	80,9±2,3	78,8±1,8	79,9±2,0	90,8±1,5

Через 8 часов в контрольной группа было более значимое снижение на 13 %, в основной менее чем на 1 %. Через 72 часа в контрольной группе относительно исходных данных отмечалось снижение показателей на 5 %; тогда как в группе, где проводилась нейропротекция отмечалось увеличение показателей на 7 %. Проведение коррективной пробы зафиксировало, что применение тиоцетама позволило практически полностью восстановить на третьи сутки исходные показатели высших психических функций.

Выводы. Применение периоперационной нейропротекции тиоцетамом можно считать методом профилактики синдрома ПОКД.

### РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННЫХ ЮГО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Есмакова Л.Е., Назарбек Нуржигит

(научный руководитель зав.кафедры патологии человека Жуманазаров Н.А.)  
Международный казахско-турецкий университет им.Х.А. Ясави

Цель исследования: Дать морфологическую и иммуногистохимическую характеристику поджелудочной железы у детей раннего возраста при ОРВИ.

Материалы и методы: В работе проведен ретроспективный и морфологический анализ 525- летальный случай за период с 2015 по 2017 годы, из них 69 наблюдений, в которых на основе морфологического исследования был выставлен диагноз ВУИ.

Результаты и обсуждение: Как показали результаты ретроспективного и морфологического исследования, по данным протоколов вскрытия плодов и новорожденных свидетельствует об увеличении количества случаев смертности от внутриутробной инфекции плода и новорожденных (ВУИ) - в соответственно в 6,4 и 6,8 раз. Это может быть связано как с абсолютным увеличением количества случаев, так и с улучшением диагностики инфекционных заболеваний в связи с внедрением различных лабораторных методов исследования. Из них мальчиков – 52%; девочек – 48%. В отдельных случаях отмечено полнокровие органа, дряблость или склеротическое уплотнение железы, а также лимфогистиоцитарная инфильтрация, атрофия и дисплазия клеток эндокринной паренхимы. В просвете большинства протоков наблюдается скопление розоватого, аморфного вида секрета. Внутри островкового аппарата видны, многочисленные клеточные элементы расположены некомпактно, между элементами определяется пустоты.

Диаметр клеточного элемента разновеликие, отчетливыми, округлой формы ядрами. В отдельных клетках выявляется мелкоочаговая зернистость. Интерстиция между дольками умеренно неравномерно расширена за счет отека и мелкоочаговой воспалительной инфильтрации лейкоцитами. Сосуды расширены, выглядят запустевшими или полнокровными с сладжем эритроцитов, умеренным внутрисосудистым лейкоцитозом, эндотелий их частично слущен.

При генерализованных внутриутробных инфекциях в сочетании с аномалиями развития наблюдались сформированные дольки внешне секреторной части железы, состоящие из плотно расположенных ацинусов.

В наших исследованиях вирус влиял на поджелудочную железу таким образом, что серотонин наблюдался малом количестве в островках Лангерганса при одновременном снижении числа В-клеток.

В единичных случаях вирусной интоксикации наблюдались положительные иммуногистохимические реакции на серотонин в экзокринной части поджелудочной железы, но основная масса наблюдений имела отрицательную реакцию.

В 2015 году в половине случаев в структуре смерти составляла младенческая и другую половину антенатальная, ранняя неонатальная гибель плодов и новорожденных. В 2016, 2017 произошло снижение относительного количества младенческой смерти в 2,7 раз в сравнении с 2015 годом, но наметилась отрицательная тенденция - увеличение в 2017 году интранатальной смерти (во время родов) в 4,6 раза в сравнении с 2016 годом. Во все анализируемые годы основная доля приходится на раннюю и позднюю неонатальную смерть - около 70%.

Вызывает большую тревогу тот факт, что большинство новорожденных были доношенными 75% (2015г), 66,5% (2016г), 65,5 (2017г) с средней массой - 2939,4 г (2015г.), 3008,7 г (2016 г.), 3156,0 г (2017 г.).

Таким образом, основываясь на полученных результатах ретроспективного анализа, историй болезни и протоколов вскрытия плодов и новорожденных, мы можем сделать вывод, что при ОРВИ в поджелудочной железе можно отметить такие изменения:

1. Степень выраженности морфологических изменений структур поджелудочной железы зависит от длительности воздействия вирусных инфекции;
2. Во все анализируемые годы основная доля приходится на раннюю и позднюю неонатальную смертность. Большинство новорожденных были доношенными со средней массой - 3034,7 г.

## ПОДВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ИНОСТРАННОГО ФАКУЛЬТЕТА ОРГМУ ПАССИВНОМУ КУРЕНИЮ

Иштокина А. А. 3 курс, Зиязетдинова Г.И., Тагирова К.В., 2 курс  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ширшов О.В., к.м.н. доц. Исенгулова А.А.,  
ст. препод. Тихонов В. В.

*Кафедра нормальной физиологии  
Оренбургский государственный медицинский университет*

Введение. Курение – привычка, которая имеет глубокие корни в истории человечества. Замечен куст табака был еще индейцами примерно 1 тыс. лет до н.э. и был использован ими совершенно разными способами. С тех времен эти «обряды» эволюционировали, и сейчас табакокурение представляет собой междисциплинарную проблему массового характера, которая актуальна среди различных возрастных и социальных групп. Сегодня курение стало частью молодежной культуры, модой, что значительно увеличило ряды курильщиков, однако характерна ли эта тенденция для всех национальных групп? Как влияют взгляды, традиции исторически сложившейся группы людей, ее уровень образованности и доверия к средствам массовой информации на отношение к такой пагубной привычке как курение? Попыткой оценки данного фактора является рейтинг ВОЗ самых курящих и не курящих стран, которыми являются Кирибати, Греция, Россия и Гана, Эфиопия, Нигерия соответственно, однако приведенная статистика не дает нам объяснений данной модели поведения. Данные обстоятельства говорят о том, что проблема пассивного курения в одинаковой мере зависит от этого условного ряда групповых особенностей, что делает затронутый нами вопрос еще более актуальным и интересным.

Цель работы. Дать оценку подверженности пассивному курению студентов 2 курса иностранного факультета Оренбургского государственного медицинского университета и провести сравнительную характеристику полученных результатов.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленных задач был проведен опрос с помощью специально разработанной анкеты. Опрос осуществлялся с использованием сети интернет.

Результаты. Было проведено анкетирование 127 студентов 2 курса иностранного факультетов ОргМУ, в результате которого было выяснено, что доля некурящих студентов иностранного факультета составляет 94,5%. Данный в подкрепляется личным мнением респондентов относительно данного вопроса: 76,4% опрошенных студентов утверждают, что ни один член их семьи не имеет подобную привычку; 50% аргументируют не приверженность к курению с позиций современной биомедицинской науки; 88% участников характеризуют субъективные ощущения от табачного дыма как негативные.

Относительно вопроса о подверженности студентов пассивному курению: 71,4% респондентов приравнивают вред пассивного курения к эффекту «активного» курения. По результатам анкетирования некурящие студенты иностранного факультета считают, что максимальна подверженность пассивному курению в местах проведения досуга - 78% учащихся стараются избегать помещения, наполненные табачным дымом, аргументируя это его раздражающим действием, душающими ощущениями. Минимален же риск подверженности пассивному курению в местах проживания студентов и на территории вокруг университета, хотя стрессы, получаемые во время учебы, являются распространенным мотивом для данной пагубной привычки.

Выводы. Нами было установлено, что студенты 2 курса иностранного факультета менее подвержены тенденции к курению. Они осознают всю пагубность данной привычки даже в «роли» пассивного курильщика, интерполируя пример членов семьи, знания о вреде компонентов табачного дыма, субъективные ощущения, полученные в результате личного опыта.

## СТЕПЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ЗНАЧЕНИИ И ВЛИЯНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ АКТИВНЫХ ДОБАВОК НА ОРГАНИЗМ

Кашаева Р.Р, Жулаушинова А.М  
студенты 2 курса

Научный руководитель: кандидат биологических наук, доцент  
кафедры нормальной физиологии ОргМУ  
Коткова Т.В

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»  
Минздрава России  
Направление «Физиология и Иммунология»*

Введение. Большинство ведущих врачей и ученых во всем мире уверены, что найден идеальный безопасный и надежный путь укрепления здоровья, сохранения долголетия и облегчения лечения заболеваний. Биологически активные добавки к пище – это композиции биологически активных веществ, предназначенных для непосредственного приёма с пищей или введения в состав пищевых продуктов, своего рода дополнение к пищевым продуктам.

Цель. Оценить уровень информированности студентов второго курса Оренбургского медицинского университета о значении и влиянии биологических активных добавок на организм человека, а также насколько распространено употребление БАД среди обучающихся.

Методы: В исследовании приняли участие 160 студентов 2 курса, из которых 31,3 % составили лица мужского пола, 68,7 % женского пола лечебного факультета, средний возраст которых 18,4±1,08 лет. Исследование проведено методом анкетирования. Студентам предлагалось ответить на 15 вопросов.



Результаты. Проведенные исследования выявили некоторые закономерности. В результате анкетирования выяснилось, что большая часть студентов (60%) не принимает БАДы, при этом из 40% употребляющих БАДы - лица женского пола 76,6%, только 23,4% - мужчины.

По мнению основной части студентов БАДы, - это пищевая добавка. Так считают 59,4% опрошенных. То, что БАД - это комплекс витаминов и минералов, считают 15% респондентов. 6,2% студентов медицинского университета второго курса не имеют представления о том, что такое БАД. Только 3,1% полагают, что БАД - это лекарственный препарат.

40% студентов с той или иной частотой принимают БАД. 17,5% респондентов эпизодически употребляет добавки, только при ухудшении здоровья. 8,9% опрошенных принимают БАД сезонно, 6,8% один раз в год. Лишь 6,8% делают это на регулярной основе каждый месяц.

В рамках проводимого исследования одной из задач было выявление того, какие факторы, по мнению второкурсников оказывают влияние на решение о покупке БАД. На первом месте оказались рекомендации врача (40,6%), на втором - советы друзей и родных (20%), тройку лидеров замыкает консультация фармацевта (18,8%). Информация в СМИ является решающей при покупке БАД для 14,4% студентов.

Мотив потребления БАД - отдельная тема дискуссии. В большинстве случаев студенты, принимающие БАД, делают это с целью общего укрепления здоровья (33,7%), т.к. считают, что болеть слишком дорого. Для 21,3% обучающихся приём сопряжен с активными занятиями спортом с целью коррекции фигуры. При анализе полученных данных было выяснено, что 17,5% студентов используют БАД в качестве средства профилактики заболеваний. Для 12,5% принимающих в исследовании респондентов мотивом для употребления БАД стало стремление к долголетию и красоте, из которых все оказались лицами женского пола.

Кроме того, в рамках проводимого анкетирования студентам был задан вопрос: «Является ли БАД необходимым условием для нормальной жизнедеятельности организма?». 46,9% обучающихся ответили «нет», 40% - «да», «затрудняюсь ответить» - 13,1%.

Выводы. Теоретический анализ литературы и обобщение материалов по проблеме исследования степени информированности студентов второго курса медицинского университета о значении и влиянии биологических активных добавок на организм, позволяет сделать следующие выводы. Большая часть студентов не принимают БАД, и относят их к пищевым добавкам. Немногочисленная часть второкурсников, принимающих БАДы, делают это эпизодически (только при ухудшении здоровья). Наиболее весомым фактором, который может оказать влияние на решение о покупке БАД, студенты отмечают рекомендации врача.

### ОЦЕНКА ЭМОЦИЙ И УРОВНЯ АГРЕССИИ У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ

Кимбилетова Т.А., Асанбекова А.А., студенты 6 курса  
Кафедра нормальной физиологии КРСУ. Кыргызстан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Горбылёва К.В.

Область исследования: физиология

Введение: Эмоции относятся к фундаментальным свойствам психики и являются одним из основных компонентов в структуре личности. Студенческий этап развития определяет повышенные требования к эмоциональной сфере человека, характеристика которой обуславливает характер взаимоотношений с окружающей средой.

Цель настоящего исследования: изучение эмоциональных проявлений и уровня агрессии у студентов различных факультетов КРСУ.

Материалы и методы: Обследовано 195 студентов младших курсов КРСУ, которые были разделены на группы по факультетам, на которых они обучаются: 1) медицинский - 50; 2) юридический - 51; 3) факультет архитектуры, дизайна и строительства (ФАДиС) - 50; 4) факультет международных отношений (ФМО) - 44. У всех испытуемых определяли общую эмоциональную направленность по Б.И. Додонову, эмоциональность с помощью теста В.В. Суворовой и уровень агрессии, используя опросник Л.Г. Почебут.

Результаты: В ходе исследования эмоциональной направленности представителей медицинского профиля наибольшие баллы выявлены: у юношей по шкалам практического (6,3±0,58), гностического (5,67±0,49) и альтруистического (5,05±0,57) видов эмоций; а у девушек - практического (6,97±0,45), романтического (6,07±0,62), альтруистического (5,7±0,5). Студенты юридического факультета демонстрируют максимальные значения у лиц мужского пола по шкалам практического (6,3±0,7), романтического (6,0±0,7), гностического типов (4,8±0,9), в то время как у женского - практического (5,1±0,5), романтического (4,5±0,7), альтруистического (4,3±0,5). Анализ результатов обследуемых ФАДиСа показал, что среди юношей доминируют романтическая (6,1±0,8), практическая (4,95±0,63), гедонистическая (4,0±0,86) направленность; а у девушек - романтического (6,58±0,58), гедонистического (6,52±0,44), эстетического характера (5,68±0,6). Для обучающихся на ФМО ведущими эмоциями оказались: у мужского пола - практического (5,9±0,7), пугнического (5,8±0,8), романтического типов (5,5±0,7), а у женского - романтического (6,5±0,6), практического (6±0,6) и коммуникативного (5,8±0,5). Говоря об общей эмоциональности, можно выделить следующие особенности: высокоэмоциональные лица чаще всего встречаются среди будущих архитекторов (24%), за ними следуют юристы (14%), ниже расположились представители медицинского профиля (12%) и замыкают этот список студенты ФМО (9%). Оценивая вербальную агрессию, стоит отметить, что чаще всего её высокие значения встречаются у обследуемых ФМО (57%) и архитекторов (50%), в остальных группах таковых лиц значительно меньше. По случаям максимальных параметров физической и предметной агрессии лидирующую позицию занимают также студенты ФМО (51% и 34% соответственно). При рассмотрении показателей эмоциональной агрессии обнаружено, что первую ступень по частоте встречаемости её высоких значений занимают архитекторы, далее расположились юристы, представители ФМО и медики. Высокий уровень самоагрессии чаще всего регистрируется среди архитекторов (58%).

Таким образом, анализ эмоциональной направленности говорит о том, что независимо от специализации, ведущими у большинства студентов оказались практические и романтические виды эмоций, демонстрирующие потребность в

достижении поставленной цели и желаемых результатов, активной деятельности и стремлении к необычному и таинственному. Кроме того, для лиц медицинского профиля и юристов (девушек) одну из лидирующих позиций занимает и альтруистическая направленность, то есть содействие и помощь другим людям. Высокий уровень общей агрессии, отражающий низкие адаптивные возможности, чаще наблюдаются среди обследуемых ФАДиСа и ФМО.

## ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Маливская Л.П.

*Ташкентская медицинская академия, магистр  
кафедры гигиены детей, подростков и гигиены питания  
Лечебно-профилактическое дело*

**Введение.** Эпидемия ожирения и избыточного веса представляет собой серьезную проблему для предотвращения хронических неинфекционных заболеваний во всем мире. В некоторых развивающихся странах это создает двойное бремя наряду с постоянными проблемами недоедания. Текущие оценки IOTF (International Obesity Task Force) показывают, что по крайней мере 1,1 миллиарда взрослых имеют избыточный вес, включая 312 миллионов, страдающих ожирением. Сравнительное бремя болезней из-за повышенного индекса массы тела входит в пятерку ведущих факторов риска как в развитых, так и в развивающихся странах с низкой смертностью.

О роли возрастных факторов в развитии ожирения существуют разноречивые мнения. У женщин в два раза чаще, по сравнению с мужчинами, ожирение формируется в более молодом возрасте. Однако уже среди девушек в возрасте 16-19 лет больных ожирением достаточно много (21,5%), а длительность ожирения, несмотря на молодой возраст, у 50% превышает 10 лет.

**Цель.** Изучение особенности питания женщин с избыточной массой тела и ожирением.

Объектом исследований явились 40 женщин в возрасте от 23 до 57 лет, (средний возраст  $37,9 \pm 1,47$  лет) с избыточной массой тела и ожирением.

**Методы исследования.** Для решения поставленных задач и достижения цели проведено интервьюирование женщин с использованием анкеты-опросника. При этом проведена антропометрия (рост, вес, ИМТ). Основные точки отсчета по ИМТ: ИМТ – 18,50-24,99 кг/м<sup>2</sup> норма, ИМТ – 25,00-29,99 кг/м<sup>2</sup> избыточная масса тела (предожирение), ИМТ – 30,00-34,90 кг/м<sup>2</sup> ожирение I степени, ИМТ – 35,00-39,99 кг/м<sup>2</sup> ожирение II степени, ИМТ  $\geq 40,00$  кг/м<sup>2</sup> ожирение III степени. Факторы риска и пищевое поведение всех исследуемых женщин изучены с помощью анкеты-опросника, разработанной сотрудниками кафедры гигиены детей, подростков и гигиены питания Ташкентской медицинской академии.

Оценка фактического питания женщин проведена нами на основе опроса-анкетирования. Сбор материала проводили в летне-осенний период с регистрацией в индивидуальных листах фактически съедаемых женщинами продуктов в течение 10 дней.

Полученные результаты сравнивали со среднесуточными рациональными нормами потребления пищевых продуктов для населения РУз (СанПиН-0105-01).

Результаты. Избыточная масса тела (предожирение) обнаружена у 25 обследованных женщин, что составляет 62,5%. Ожирения I степени, определён у 15 обследованных женщин, что составляет 37,5% соответственно. Ожирение II и III степени в данном исследовании выявлено не было.

У женщин содержание мяса и мясных продуктов (колбаса, сосиски и др.) в рационах значительно выше нормы. В неделю без ограничения женщины с ожирением употребляли фастфуды (гамбургер, хот-дог, картофель фри и др.). Расчёты рационов показали, что избыток потребления мяса и мясных продуктов у женщин составляет 12%.

Среди молочных продуктов в явном дефиците оказались молоко, сыр, брынза и творог; ассортимент этих этих продуктов включал в основном кефир, курт (продукт из солёного творога), каймак, иногда простоквашу. Дефицит этих продуктов составлял – 32%.

Рыба и рыбные продукты употреблялись очень редко. Дефицит растительного жира (в основном хлопкового) оказался сравнительно небольшим. В некоторых случаях отмечалось даже превышение нормы жиров, в основном животного происхождения. Самое большое превышение употребления животных жиров составило 2-4 раза. В качестве животного жира использовали сливочное масло, баранину и говядину.

Явный недостаток (почти в 2 раза меньше нормы) потребления овощей, бахчевых, фруктов и ягод выявлен у женщин с ожирением. Картошка оказалась любимым блюдом у каждого третьего обследованного, превышая норму на 30%. Количество сахара и кондитерских изделий превышало норму на 23%.

Данное научное исследование продолжается.

## ОТКАЗ ОТ ВАКЦИНАЦИИ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА

Марусина Мария Гаспаровна (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, студент)

Волкова Полина (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, студент)

Дубенская Валентина Андреевна (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, студент)

*Общественное здравоохранение и медицинская информатика*

**Введение:** В 2019 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отнесла отказ от вакцинации к 10 главным угрозам человечеству. Антивакцинизаторство уже привело к эпидемии кори во многих странах, заболеваемость которой за 2018 год выросла на 30%. Окончательное решение о проведении вакцинации ребенка принимают его родители, в большинстве случаев решающий выбор делает именно мать ребенка. В настоящее время наблюдается значительное снижение доверия населения к медицинским работникам и повышение авторитета антипрививочного движения среди матерей. Данная ситуация приводит к увеличению заболеваемости и смертности от вакциноуправляемых инфекций.

Цель: проанализировать отношение матерей к вакцинации детей, выявить основные причины отказов от вакцинопрофилактики, разработать методы повышения приверженности к вакцинации населения.

Методы: Посредством анонимного онлайн-анкетирования (Google Forms) опрошены 184 женщины, являющихся противниками вакцинации или ранее отказывавшихся от прививания детей. Проведен анализ крупных сообществ антипрививочного движения в социальных сетях.

Результаты: Анкета включала в себя общую часть и вопросы, касающиеся отношения к вакцинации и причин отказа от нее. Возрастной диапазон опрошенных женщин составил от 19 до 49 лет, в среднем - 32 года. Большинство матерей находились в декретном отпуске, в среднем имели двоих детей.

115 матерей (62,5%) полностью отказались от прививания детей. При выборочном отношении к вакцинопрофилактике, большинство отказалось от вакцинации АКДС (31 человек), вакцины против гепатита В (16 человек) и вакцины против кори/краснухи/эпидемического паротита (16 человек). Только 9 респондентов вакцинировали своих детей от вируса гриппа, смертность от которого достигает 650000 человек в год.

Наиболее распространёнными причинами отказа от вакцинации стали:

- возможные осложнения после прививки (18,7 на 100 опрошенных);
- токсическое действие компонентов вакцин (15,1 на 100 опрошенных);
- низкая иммуногенность вакцин (14,4 на 100 опрошенных);
- взаимосвязь вакцинации с появлением заболеваний, таких как аутизм, умственная отсталость, новообразования, ДЦП, внезапная младенческая смерть и другие (14 на 100 опрошенных);
- необратимое снижение иммунитета после вакцинации (11,9 на 100 опрошенных).

Важно отметить, что многие матери в качестве аргумента отказа от прививок указывали на недоверие к врачам (59 респондентов), некоторые отказывались от вакцинации по рекомендации врача-педиатра (14 респондентов).

Большинство опрошенных (89,7%) твердо уверены в своей позиции о вреде вакцинации, и лишь 9,5% допускают возможность влияния врача на их решение.

Выводы: Иммунопрофилактика окружена большим количеством ложных стереотипов. По данным исследования, большинство опрошенных не осведомлены о необходимости вакцинации и безопасности этой процедуры. Противники вакцинации убеждены, что прививка наносит непоправимый ущерб здоровью ребенка, они не доверяют медицинским работникам и черпают информацию исключительно в социальных сетях и интернет-форумах. Многие респонденты относят вакцинопрофилактику к одному из «мировых заговоров», называют ее «методом геноцида» и «уловкой для процветания фармакологических компаний».

С целью увеличения приверженности к вакцинации и снижения уровня заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями разработан проект, включающий следующие разделы:

- организация санитарно-просветительной работы о необходимости, правилах и последствиях вакцинации в учреждениях здравоохранения, детских садах, школах;
- информационная поддержка в СМИ, направленная на улучшение имиджа вакцинации;
- усложнение процедуры отказа от вакцинации по личным соображениям, при отсутствии медицинских показаний для отказа;
- борьба с антипрививочным движением в интернете; блокировка сайтов сообществ, в которых распространяется ложная информация о вреде вакцинации и агитация матерей не прививать своих детей.

## НЕРИБОСОМАЛЬНЫЕ ПЕПТИДЫ ЦИАНОБАКТЕРИЙ, ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Немцева Е.К., 5 курс, Мамедова Э.И., 5 курс  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Немцева Н.В.  
Кафедра биологии

*Оренбургский государственный университет, г. Оренбург, Россия*

### ВВЕДЕНИЕ

Цианобактерии или синезелёные водоросли - тип крупных граммотрицательных бактерий, способных к фотосинтезу, сопровождающегося выделением кислорода. Цианобактерии наиболее близки к древнейшим микроорганизмам, остатки которых (строматолиты, возраст более 3,5 млрд лет) обнаружены на Земле. Это единственные бактерии, способные к оксигенному фотосинтезу. Они относятся к числу наиболее сложно организованных и морфологически дифференцированных прокариотных микроорганизмов.

**ЦЕЛЬ:** установление актуальности применения нерибосомных пептидов в современной медицине.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** литературная база данных научных публикаций.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Цианобактерии являются продуцентами различных биоактивных молекул, продукция которых обеспечила этим организм эволюционные преимущества. Метаболиты этих микроорганизмов имеют многообещающее будущее в научных исследованиях и медицинской практике. Производимые цианосоединения рассматриваются современной наукой в качестве источников новых лекарственных соединений.

Одной из биотехнологически значимых субстанций являются нерибосомальные пептиды, т.е. биологически активные пептиды, образуемые микроорганизмами без участия рибосом. Их антимикробная и противоопухолевая активность вызвала заинтересованность ряда специалистов.

Нерибосомальные пептиды синтезируются за счет работы мультиэнзимных комплексов – нерибосомальных изопептидсинтетаз и поликитидсинтетаз. Пептидсинтетазы, обеспечивающие нерибосомальный синтез пептидов, отличаются консервативной модульной структурой. Каждый модуль состоит из каталитических доменов, ответственных за аденилирование, образование тиоэфира и конденсацию специфических аминокислот. Конформация белкового ком-

плекса определяет в каждой бактерии состав получающихся пептидов. Дополнительные домены, необходимые для модификаций аминокислотных остатков, таких как эимеризация, гетероциклизация, окисление, формилирование, восстановление или N-метилование, могут быть также включены в модуль. Совокупно эти биосинтетические особенности приводят к высокому многообразию цианобактериальных пептидов: линейные  $\beta$ -спиральные пептиды, богатые определенной аминокислотой (гистидином, пролином и т.п.); пептиды, имеющие сложную пространственную организацию, содержащие дисульфидные мостики, тиоэфирные циклы и др.

Основной мишенью действия антимикробных пептидов является клеточная мембрана. Специфичность действия определяется липидным составом мембраны. Антимикробные пептиды в присутствии липидной мембраны образуют амфифильную структуру, в которой заряженные (полярные) и гидрофобные группы пространственно разделены. Некоторые пептиды атакуют специфические мембранные или внутриклеточные мишени, что приводит к образованию пор и вздутий в мембране клеток. В результате внутрь атакуемой клетки проникает большее количество пептидов, приводя к разрушению ее целостности (механизм self-promoting uptake). Отсутствие привыкания у микроорганизмов к данным соединениям создает преимущество в их использовании в антимикробной терапии.

В настоящее время такие цианопептиды как борофицин, кавагупипептин А и В, лингбияозрин А, мускорид А, сципролин А, сцитонемин А и тенеуцикламид А-D были зарегистрированы как активные соединения против определенных патогенных бактерий. Рядом фармацевтических компаний предложены антимикробные препараты Noscomin (производный *Nostoc commune*), а также Napalindole T из *Fischerella* sp. В качестве противовирусных соединений - Циановирин Н из *Nostoc ellipsosporum* и Агглютинин из *Oscillatoria agardhii*.

Кроме антимикробных метаболитов интерес представляют цианотоксины. Цианобактерии являются источниками токсинов. Они синтезируют (микроцистины и нодулярины), гепато- и цитотоксины (цилиндроспермопсины), нейротоксины (анатоксин<sub>a</sub>, анатоксин<sub>a</sub>(S), и сакситоксины) и др.

Способность цианотоксинов адресно связываться с клетками-мишенями тканей человека могут быть использованы при разработке препаратов для таргентной медицины. В частности, цианотоксины могут иметь применение при лечении онкологических заболеваний.

В качестве коммерческих противоопухолевых препаратов предлагаются Социстинамид А, полученный из *Lyngbya majuscula*; Бизебромомид – из *Lyngbya* sp., а также Доластатин 10 – из *Symploca* sp.

**ВЫВОД**

### **ЦИАНОБАКТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОДУЦЕНТАМИ СТРУКТУРНО НОВЫХ ТИПОВ МЕТАБОЛИТОВ, ЧАСТЬ ИЗ КОТОРЫХ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ДЛЯ АНТИМИКРОБНОЙ, ПРОТИВОВИРУСНОЙ И ПРОТИОПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ**

Пўлатов Маъруфжон даволаш факультети 2 курс талабаси

Илмий раҳбар: Джүраев Д.Д

*Андижон давлат тиббиёт институти*

ИНСТИТУТ ТВ ЛОЙИХАСИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ

Муамонинг долзарблиги: Хозирги замонда талабалар орасида дарс қолдириш, таълим сифатини пасайиши, дарсларни тўлиқ мазмун мохиятини тушуниб етмаслик, талабаларнинг интилишлари салоҳиятларини саълбий тарафларга ўзгариши, вилоятлардан келган талабаларнинг оила аъзолари фарзандлари қандай шароитда яшаши ва қандай тахсил олиши каби саволлар ҳамон ўз ечимини топа олгани йўқ.

Тадқиқот мақсади: Тадқиқот мақсадимиз шундан иборатки талабалар орасида таълим сифатини ошириш, қолдирилган дарсларни толиқ ўзлаштириш, Республика ва бутун Жаҳон тиббиёти ва таълим доирасида бўлаётган йангиликларни ислох қилиш, таълабаларни дунёқарашини фикрлашини янада такомиллаштиришдир.

Материал ва теширув усуллари: Аввалам бор талабалар таълим олаётган Олий таълим муассасаларида керакли хоналар ташкил қиламиз, махсус жихозлар билан таъминлаймиз, ёзиб олинган маърузаларни телевидения кўрсатувлар дастурига қўшамиз ва жадвал асосида эфирга узатамиз, қолаверса институтда кечаётган барча учрашувлар амалий машғулотлар очик дарслар, симуляцион хоналардаги амалиётлар, тиббиётга оид янгиликлар, бутун Дунё ва Республика миқёсида бўлаётган тиббиётда ва институтда олиб борилаётган илмий ишлар ва уларнинг натижалари, амалиёт тадбиқиқа доир маълумотлар билан томошабинлар илмий оммобоб туркумдаги кўрсатувлар орқали кузатиб борилади.

Натижа ва тахлиллар: Олинган маълумотлар тахлил қилинганда Олий таълим муассасаларида олиб борилаётган амалий машғулотлар, маърузалар, илмий ишлар ва уларнинг натижалари билан қўплаб талабалар ва ота оналар танишиб гувоҳи боладилар. Тиббий Олий таълимда рақобатдош кадрлар тайёрлаш, республика тиббиёт тизимидаги муоммоларга ечим топишга мўжаланган тахлилий кўрсатувлар тайёрланади. Мутахассислар иштирокидаги тахлилий кўрсатув ва шоулар, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини тарғиб этувчи туркум дастурлар болажон гийенаси, соғлом оила, касаликлар профилактикаси каби қўплаб кўрсатувлар аҳоли ва жамият томонидан ижобий фикрлар билан изоҳланади. Жаҳон ва Республика миқёсида тиббиёт, таълим, спорт, санъат йўналишларида ютуқларга эришиб келаётган иқтидорли талабалар хаёти фаолиятига доир кўрсатувлар талабалар томонидан янада қўллаб қувватланади. Олий таълим муассасаларининг профессор ҳамда доцентлари томонидан ўқилган интегратив маърузалар, лекциялар дарс қолдирган талабаларга дарсларни мазмун мохиятига тушиниб етишга катта ёрдам беради. Қисқа паузали танафусларда яни рекламаларда талабалар қўплаб янги дори воситалари, тиббиётдаги инновацион технологиялар бутун ер юзида ва республикада бўлаётган ўзгаришлар билан танишиб билимларини янада такомиллаштириш каби имкониятларга эга боладилар.

Хулоса: Олинган натижаларга қараб шуни айтсак бўладики талабаларнинг жисмоний, ақлий, маъданий, маърифий, ватанпарварлик каби тушунчалари янада такомиллашади. Дарс қолдирган дарсни тўлиқ мазмун мохиятига тушиниб етмаган талабалар дарсларни тушиниб билимларини янада такомиллаштирдилар. Қисқа вақтли рекламалар натижа-сида талабалар билмаган янги дори воситалар инновацион технологиялар билан танишадилар. Иқтидорли талабалар билан сухбат олиб борилгандан сўнг колган талабаларнинг интилиш, ўз ўстида ишлаш, фикрлаш каби хислатлари янада юксалади. Талабаларнинг дунё қарашлари кескин ўзгариб, уларга хавас қилган холда қўпроқ билим олишга юксак ютуқларга эришишга интилишни бошладилар.

## НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: АНАЛИЗ ПРИЧИН, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Салохова Д.К., доц. к.м.н. Атаходжаева Ф.А.

*Кафедры акушерства и гинекологии №2 Ташкенткой Медицинской Академии, Узбекистан*

Введение. Неразвивающаяся беременность – нарастающая по частоте и тяжести последствий причина репродуктивных потерь, одна из главных проблем мировой медицины. По данным статистики, ежегодно до 20% всех беременностей завершаются самопроизвольным абортом; при этом в структуре невынашивания неуклонно растёт доля неразвивающейся беременности раннего и позднего срока. Актуальность этой проблемы связана не только с масштабами репродуктивных потерь, но и с неблагоприятным прогнозом, поскольку значительная часть перенесённых ранее эпизодов замершей беременности впоследствии «переформатируется» в привычное невынашивание. Примерно у половины пациенток со спонтанным прекращением гестации наблюдают неразвивающую беременность — у 9 из 20%. Большая часть случаев невынашивания и неразвивающейся беременности (до 80%) приходится на I триместр гестации. Причины неразвивающейся беременности разнообразны, но в первом триместре наибольшее значение имеют генетический, инфекционный, эндокринный и аутоиммунный факторы. Генетические и, частично, инфекционные причины ведут к закладке аномального эмбриона.

Цель исследования: Состоит в изучении клинико-морфологических особенностей неразвивавшейся беременности при наличии инфекции гениталий и генетических факторов риска.

Материал и метод исследования: Учреждение, где выполнялась работа: II клиника ТМА и «НИИ Иммунологии АН РУз». Нами было обследовано 45 беременных пациенток с неразвивающейся беременностью. Из них 15 женщин с неразвивающейся беременностью в сроке от 12 до 20 недель, 15 женщин с неразвивающейся беременностью в сроке больше 20 недель, 15 практически здоровые женщины. Для этой цели мы использовали следующие методы: сбор анамнеза, клинико-лабораторные исследования (бак. посев, ТОРЧ инфекция), УЗИ органов малого таза, статистический анализ, генетическое исследование плода,

Результаты исследования. Результаты нашего исследования показали, что наиболее часто неразвивающаяся беременность I триместра отмечалась у пациенток в возрасте 27-30 лет – 51% (n=23), реже у пациенток 31-35 лет – 31,1% (n=14), в возрасте более 35 лет – 17,7% (n=8). Выявлено среди женщин неразвивающейся беременностью в сроке от 12 до 20 недель генетического генеза и 80% инфекционного генеза. Среди женщин с неразвивающейся беременностью в сроке больше 20 недель 40% генетический этиологии и 60% инфекционно-воспалительного характера. Воспалительные заболевания малого таза, такие как сальпингоофорит, наблюдались в 2 (4,4%) случаях, гнойный сальпингит, пельвиоперитонит встречались в 1 (2,2%) случаях. По срокам беременности 78% случаев приходится на сроки гестации до 10 недель. У 35 женщин в мазках преобладала Cytomegalovirus у 14 (40%), Trichomonas у 9 (27%), Herpes у 7 (20%) и у 5 (13%) женщин обнаружен дрожжевой грибок. У остальных 10 женщин с неразвивающейся беременностью было обнаружено генетические патологии плода.

Вывод. Основываясь на полученных данных, следует предположить, что причинами неразвивающейся беременности в большинстве случаев становятся наличие в анамнезе специфических воспалительных заболеваний органов малого таза (ЦМВ, трихомонада и хламидийные инфекции) хромосомные аномалии плода (анэнцефалия, спина бифида), но больше преобладают факторы инфекционно-воспалительного характера.

## СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ШКОЛЬНИКОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ПИЩЕВЫМ СТАТУСОМ

Сетко И.А., 3 курс, лечебный факультет

Булычева Е.В. – к.м.н., доцент

*Кафедра гигиены и эпидемиологии*

*ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург*

В настоящее время предполагается, что количество висцерального жира в организме определяет особенности нейросимпатической активности (Alvarez G. et al, 2002). Учитывая этот факт и проблему роста ожирения среди школьников, становится очевидным актуальность исследования особенностей функционирования основных систем организма у школьников с избыточным пищевым статусом, уровень работы которых связан с вегетативной регуляцией.

Цель — определить особенности функционального состояния организма школьников с избыточным пищевым статусом.

Материалы и методы. Для этого были сформированы две группы школьников в возрасте 7-16 лет. 1 группу составили школьники, имеющие оптимальный пищевой статус; 2 группу – школьники с избыточным пищевым статусом. Пищевой статус школьников определен путем расчёта индекса массы тела и его оценки согласно номограммам ВОЗ (2007). У школьников двух групп проведена сравнительная оценка функционального состояния организма по интегральным показателям уровня функционирования центральной нервной системы (ЦНС) – уровню работоспособности с помощью вариационной хронорефлексометрии (Мороз М.П., 2001); и функциональному состоянию вегетативной нервной системы (ВНС) – по вегетативному показателю ритма (ВНР), индексу вегетативного равновесия (ИВР) и показателю адекватности процессов регуляции (ПАПР), рассчитанных на основании статистических показателей ритма (M, Mo, DX, AMo, SDNN, LF, HF, LF/HF), зарегистрированных с помощью вариационной кардиоритмографии на аппаратно-программном комплексе Orto-expert (Игишева Л.Н., Галеев А.Р., 2003).

Результаты и обсуждение. Показано, что уровень функционирования ЦНС у школьников исследуемых групп практически не имел отличий. Это подтверждено тем, что нормальный уровень работоспособности определен у 11,6% школьников 1 группы и 17,4% школьников 2 группы; снижение уровня работоспособности выявлено у 75,4% школьников 1 группы и у 64,3% школьников 2 группы; существенное снижение работоспособности, соответственно, у 13% и у 18% школьников исследуемых групп. В то же время, установлены особенности в вегетативном статусе у школьников, что подтверждалось данными достоверного увеличения ПАПР с  $4,7 \pm 0,06$  ед. у школьников 1 группы до  $64,1 \pm 0,02$  ед. у

школьников 2 группы ( $p \leq 0,05$ ), свидетельствовавшие об ухудшении процессов регуляции за счёт увеличения у школьников с избыточным пищевым статусом в сравнении с данными школьников с оптимальным пищевым статусом ИВР на 25,6% (с  $124,8 \pm 1,55$  ед. до  $156,7 \pm 1,83$  ед.,  $p \leq 0,05$ ) и ВПР на 19,1% (с  $4,7 \pm 0,02$  ед. до  $5,6 \pm 0,01$  ед.,  $p \leq 0,05$ ). Изменение вегетативного статуса у школьников 2 группы относительно данных школьников 1 группы обусловлено усилением симпатического тонуса ВНС, что подтверждалось данными увеличения таких статистических показателей вариабельности сердечного ритма, как АМО на 9,3%; и снижением LF на 34,7%; SDNN на 14,3%; и соотношения LF/HF на 25%.

Заключение. Таким образом, показано, что у школьников с избыточным пищевым статусом отмечались изменения в функциональном состоянии организма за счёт усиления симпатического тонуса вегетативной нервной системы, что требует разработки и внедрения профилактических мероприятий, направленных на стабилизацию вегетативной регуляции у школьников, имеющих избыточную массу тела.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОЯВЛЕНИЕ АГРЕССИИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ступина М.Ю. аспирант кафедры гигиены и эпидемиологии  
ФГБОУ ВО «ОрГМУ», Оренбург, Россия.

Сетко Н.П., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой гигиены и эпидемиологии  
ФГБОУ ВО «ОрГМУ», Оренбург, Россия.

Введение.

Период обучения в учреждениях среднего профессионального образования сопровождается значительным психоэмоциональным напряжением для подростков. Это связано с тем, что выбор специальности, смена образовательного учреждения, интенсификация интеллектуальной деятельности, адаптация к новым условиям обучения, коллективу совпадают с пубертатным периодом и становлением личности обучающегося. Все это неизбежно сопровождается стрессовым состоянием организма подростков, одним из видов проявлений которого может явиться агрессивное поведение.

Целью исследования явилась оценка уровня психологического стресса и его влияние на проявление агрессии у студентов, обучающихся в нефтегазотехническом техникуме с 1 по 3 курс.

Методы:

Исследование уровня стресса и агрессивности проведено у 270 обучающихся среднего профессионального образовательного учреждения в динамике трехлетнего обучения. Уровень стресса оценивался по методике «Шкала психологического стресса PSM-25» Лемура-Тесье-Филлиона (1991); уровень агрессивности по шкале проявления агрессивности А. Басса - А. Дарки (1957).

Результаты:

Выявлено, что в динамике обучения от 1-го к 3-му курсу снизилось число обучающихся с высоким уровнем стресса с 3,72% до 1,67% и со средним уровнем стресса с 29,09% до 25,81% за счет увеличения доли студентов с низким уровнем стресса с 66,36% на первом курсе до 72,58% на третьем курсе, что, вероятно свидетельствует о развитии адаптационных процессов обучающихся к условиям обучения и воспитания. Вместе с тем установлено, что процент обучающихся со средним уровнем стресса на 3-м курсе по-прежнему остается высоким и составляет 25,81%, что может быть обусловлено высоким уровнем учебной нагрузки, включающей итоговую аттестацию и непосредственно с прохождением практической подготовки в условиях производственного предприятия, где имеет место воздействие на организм обучающихся неблагоприятных производственных факторов (шум, вибрация, неблагоприятный микроклимат). Высокий уровень стресса у подростков нашел свое отражение в проявлении агрессии. Так число студентов с адекватными проявлениями агрессии на протяжении 3-х лет обучения находилось в пределах 70,01% - 74,73%; число студентов, способных справляться с проявлениями агрессивности самостоятельно в процессе обучения составляло лишь 0,74% - 2,51%; число подростков с агрессивным поведением, которое является для них естественным оставалось на протяжении 3-х лет на достаточно высоком уровне и составляло 23,75% - 29,25%, что, вероятнее всего, может быть связано со снятием стрессового напряжения через агрессивное поведение.

Обсуждение:

Выявленные изменения в характере проявления агрессии и уровня психологического стресса указывают на то, что в процессе обучения у студентов происходит адаптация к изменяющимся условиям обучения, в результате чего уровень стресса снижается, однако к 3-му курсу увеличивается число подростков с агрессивным поведением до 26,46%, что указывает на недостаточность внутренних резервов организма подростков для самостоятельного разрешения стрессовой ситуации и указывает на необходимость проведения профилактических мероприятий по повышению стрессоустойчивости, укреплению психологического здоровья обучающихся.

## ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГЛАМЕНТАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Тошматова В.И.

*УМЭД, Ташкент (биоэтика, медицинское право)*

По последним опубликованным данным «Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии» (ESHRE), в Европе насчитывается 44 клиники ЭКО, имеющих в своем составе преимплантационную генетическую диагностику (ПГД) - лаборатории и 9 независимых ПГД-лабораторий. Наибольшее число центров находятся в Бельгии, Чехии и Испании. К числу наиболее обсуждаемых тем современной биоэтики относится применение новых репродуктивных технологий: искусственная инсеминация спермой донора или мужа; экстракорпоральное оплодотворение с последующей инплантацией эмбриона в матку женщины; «суррогатное материнство».

Цель исследования: изучить существование законодательных актов, регламентирующих право на репродуктивные технологии в зарубежных странах.

Материал исследования: законодательные акты, правовые документы зарубежных стран.

Результаты и обсуждение. Наиболее весомым законодательным актом, касающимся данной сферы, является «Директива о человеческих тканях и клетках». Она прямо касается человеческих гамет, эмбрионов и линий эмбриональных стволовых клеток и выдвигает ряд требований относительно качества и безопасности процедуры, вопросов контроля, применения, хранения, консервирования, распространения и перемещения биологического материала. Однако, каждая страна вправе устанавливать свои собственные, более жесткие законодательные нормы.

Вопросом лицензирования и регулирования ПГД и пренатальной диагностики (ПНД) в Великобритании занимается «Управление по фертильности человека и эмбриологии» (Human Fertilisation and Embryology Authority, HFEA). В Германии и Франции данные технологии являются рутинной медицинской процедурой, разрешенной законом «О защите эмбрионов» для всех беременных женщин, «О донации и использовании элементов человеческого тела, вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ) и ПНД», принятым законом «О биоэтике». В Греции, Ирландии, Испании, Италии, Нидерландах данные технологии разрешены и законодательно урегулированы. В России технология ПГД и ПНД разрешена, но законодательно не урегулирована. Получение биоматериала для ПГД в Швейцарии путем проведения биопсии blastomeres категорически запрещено законом о ВРТ. Поэтому, на данный момент в Швейцарии ПГД по полярным телцам предлагает лишь один университетский медицинский центр, в тесном сотрудничестве с клиникой ВРТ, где перед проведением любого генетического тестирования требуется консультация врача-генетика с соответствующим сертификатом и подписание пациентом информированного согласия. В Японии ПГД и ПНД не регулируются законодательством, однако существует ряд профессиональных инструкций, регламентирующих проведение данных исследований. Согласно Директиве министерства здравоохранения Сингапура, ВРТ запрещены для немедицинских целей и могут применяться только для лечения супружеских пар. На данный момент в США существуют лишь рекомендации, сделанные советником президента США по биоэтике и центром Genetics and Public Policy Center, в которых осуждается использование ПГД исключительно для селекции пола эмбриона. В арабских странах сильное влияние на ПГД и ВРТ в целом оказывает религия там проведение ПГД возможно, но только в том случае, если для получения эмбриона использовались яйцеклетки и сперматозоиды, полученные от законных мужа и жены.

В Узбекистане на сегодняшний день планируется разрешить для бесплодных семей широко используемых в зарубежных странах инновационных подходов к деторождению, как искусственное оплодотворение (ЭКО) и отбор здоровых яйцеклеток с удалением «больных» для формирования здорового генофонда.

На основании изучения сути вышеизложенных документов, мы приходим к следующему выводу: использование вспомогательных репродуктивных технологий на практике опережает развитие правовой базы в этой области. Правовые нормы законодательств многих стран, регулирующие правоотношения фрагментарны, спорны, затрагивают лишь отдельные аспекты возникающих проблем. С ростом числа детей, родившихся в результате применения методов искусственной репродукции, потребуются более четкие механизмы правового регулирования прав и законных интересов детей и лиц, участвующих в этом процессе. В процессе создания специального закона о репродуктивных технологиях следует особо оговорить права и обязанности этих лиц, акцентировать внимание на договорной основе, содержащей общие обязательные положения: размер денежного или иного вознаграждения; определение медицинского учреждения, где будет происходить ЭКО; обязанности врача по ведению беременности и порядок информирования родителей-заказчиков о ее течении; последствия рождения неполноценного ребенка и т.д.

### **РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА И ПАРЕНХИМЫ ПРИ БЕЛКОВОЙ ДИЕТЕ**

Тайникова Н, Бектурова Е, МурадовИ, СакибоваМ.

*Студенты 3 курса медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского университета*

Введение: лаборатория экспериментального моделирования патологических процессов (зав.академик МАТ и МЗ. КР. Ю.Х. Н Шидаков ) планомерно изучает закономерности реституции ремоделирования и оперативных вмешательств. В нашу задачу входило моделирование диспротеинозов и патологических состояний печени с последующим установлением возможности и механизмов обратного развития структурных изменений печени, возникших при экспериментальном диспротеинозе.

Цель: установление ремоделирования кровеносного русла и паренхимы печени крыс при экспериментальном диспротеинозе.

Методы: Работа выполнена на белых беспородных лабораторных крысах – самцах весах 200-250 г, которых в течение 30 дней кормили исключительно яичным белком. На 15 и 30 дни животных выводили и 3 эксперимента с соблюдением принципов гуманности, изложенных директивах Европейского сообщества (86/609/ЕС). Кусочки печени фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина и обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации, заливали в парафин. Гистологические срезы ,окрашенные гематоксилин эозином и по Ван Гизон изучали под микроскопом Olympus Bx40(Япония).

Результаты: При обзоре гистологических препаратов не удается четко разграничить печеночные, портальные дольки и печеночные ацинусы .Гепатоциты с ядрами различных форм и величины располагаются беспорядочно и выделить на этом фоне печеночные балки и синусоиды не удается. Границы между гепатоцитами стираются . В первой 15 дней эксперимента обнаруживается большое количество гепатоцитов с просветленной цитоплазмой, а в последующие сроки с просветленными ядрами. Появляются отложения патологического белка-амилоида и зернистые дистрофии, гипотрофии и атрофии печеночных клеток. Отложения патологического белка амилоида наблюдаются в строме печёночных долек по ходу синусоидных капилляров, в строме портальных трактов, по ходу сосудистых стенок На этом фоне просматриваются мелкие очажки некроза на разной стадии склерозирования. Под большим увеличением в зонах мутного

набухания границы между печеночными балками теряются, исчезают отдельные гепатоциты, вместо них отмечается белковая дистрофия. Здесь же наблюдается закупорка центральной вены белковым преципитатом, а печеночная доля включает множество вакуолизованных гепатоцитов. Мутное набухание в портальной зоне выглядит как нарушение контрастности или тинкториальности не только гепатоцитов, но и элементов триады. В центральной вене также наблюдается сландж феномен и расширение отдельных синусоидных капилляров. Наряду с облитерацией кровеносных сосудов отмечается и облитерация желчных капилляров с застоем желчи на отдельных участках. Нередко наблюдаются крупные венозные соединения с центральными венами, которые, видимо, способствуют оттоку крови в печеночные вены. Отмечаются отдельные участки с паренхиматозными кровоизлияниями. На 30 день эксперимента наблюдается фиброзное замещение всех погибших участков печени.

**Вывод:** Ремоделирование со стороны кровеносного русла выражается спазмом ветвей печеночных артерий, гипертрофия их стенки часто обнаруживается полная облитерация различных звеньев микроциркуляторного русла. Это вызывает гипоксию гепатоцитов и клеток, синтезирующих белок. В результате происходит синтез аномального белка, которая в комплексе с плазменными белками образуют амилоид закупоривающий просвет кровеносного сосуда.

## **ВЛИЯНИЕ ГЛИБЕНКЛАМИДА НА СЕРДЦЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**

Даниярова Линда студентка 4-курса  
Медицинский факультет

*Кыргызско-Российский Славянский университет*

**Введение.** Черепно-мозговая травма (ЧМТ) по данным ВОЗ составляет до 30-40% от всех видов травм. Актуальность проблемы ЧМТ обусловлена тем, что развитие травматической болезни головного мозга сопровождается не только структурно-функциональными изменениями в ЦНС, но и комплексом нарушений во всех органах организма, в том числе и в сердечно-сосудистой системе. Глибенкламид с 1969 года широко применяется для лечения СД-2 типа, а с 2001 года - для профилактики отека мозга при ЧМТ и цереброваскулярных нарушениях. Однако вопрос о внеозгловых эффектах препарата не решен. Особенно это касается кардиогенного действия глибенкламида: по одним данным препарат отрицательно действует на сердце, по другим - благотворно и даже предотвращает аритмию, по третьим - не оказывает какого-либо влияния. В итоге проблема влияния глибенкламида на ремоделирование венозного русла и кардиомиоцитов на фоне ЧМТ остается открытой.

**Цель:** выяснение влияния глибенкламида на сердце при тяжелой ЧМТ.

**Методы:** Работа выполнена на белых беспородных крысах-самцах весом 230-250 г. ЧМТ моделировали путем нанесения удара металлического груза (68 г) падающего с высоты 90 см, в теменную область черепа. Животные составили две серии опытов: 1- крысы с ЧМТ без применения глибенкламида и 2- с применением препарата в дозе 10 мкг/кг в течение 3 суток.

**Результаты:** Изменения затрагивают кровеносные сосуды и кардиомиоциты. Со стороны кровеносных сосудов отмечается внутрисосудистые, собственнососудистые и вокругсосудистые изменения. Внутрисосудистые изменения заключаются в нарушении гемореологии, когда осевое движение форменных элементов заменяется хаотичным током, адгезией форменных элементов крови между собой и сосудистой стенкой. Многие звенья микроциркуляторного русла подвергаются облитерации до полного перекрытия просвета, в результате кровотока становится прерывистым.

Изменение сосудистой стенки характеризуется набуханием и дезорганизацией эндотелиальных клеток, разрыхлением мышечной оболочки, нарушением адвентициального покрова. В участках облитерации микрососудов расположение ядер эндотелиальных и мышечных клеток приобретает хаотичный характер. В других сосудах эндотелиальные клетки сосудистой стенки располагаются перпендикулярно и часто колом выдаются в просвет сосуда. Среди паравазальных изменений наблюдается микроочаги кровоизлияния в миокард. В этих участках появляются фибробласты, которые видимо начинают продуцировать фибриллярный белок, который в последующем может превратиться в соединительную ткань и привести склеротическим изменениям миокарда.

Глибенкламид влияет на ремоделирование сердца на фоне ЧМТ. Прежде всего отмечается дилатация венозного звена микроциркуляторного русла в просвете которой наблюдается расслоение кровотока на прозрачную жидкость, форменные элементы и плазму крови. По всей вероятности белковые фракции плазмы подвергаются коагуляции и прикрепляются к сосудистой стенке.

Артериальное звено страдает в меньшей мере. Наблюдаются признаки спазма, о чем свидетельствует поперечное расположение эндотелиальных клеток по отношению к сосудистой стенке, изменение ядер мышечной оболочки. В венозных сосудах кровь равномерно располагается, в их просвете признаков нарушения гемореологии не наблюдается. Вместе с тем реституция облитераций кровеносных сосудов под действием глибенкламида не происходит. Характерно расширение сосудов Вьессена-Тезезия с наличием в них крови. В отдельных венозных сосудах наблюдаются образования пристеночных тромбов.

Со стороны сосудистой стенки отмечается нарушение эндотелиального покрова с приставанием к этому участку коагулированной плазмы или тромба. Отмечается паравазальная отечность, наличие фибробластов и появление нежной ретикулярной ткани. В миокарде уже не обнаруживаются очагов кровоизлияний, а капиллярное русло хорошо инъецируется тушью, что свидетельствует о достаточном кровоснабжении кардиомиоцитов.

**Вывод:** Глибенкламид оказывает благотворное действие на ремоделирование венозного русла и миокарда при ишемии головного мозга.



## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА ПОЧЕК У КРЫС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОТКРЫТОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ-35кВТ

Иванина В.А., Мадумаров Д.Н., студенты 3 и 5 курсов

*Медицинский факультет.*

*Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызстан.*

**Введение.** Большую часть территории Кыргызстана занимают горы покрытые снегом и ледниками, которые являются источником мощных водных потоков - горных рек. Именно на горных реках построены и планируется построить современные ГЭС. Ремонт и обслуживание ГЭС, высоковольтной линии электропередач под напряжением может оказать определенные нарушения в организме. Естественно возникает проблема защиты работников энергетической отрасли от этих факторов. Прежде чем разработать меры защиты, необходимо установить механизмы изменений в организме. Именно поэтому наше исследование имеет лечебно-профилактическое направление.

**Цель работы:** выяснить структурные изменения кровеносного русла почек у крыс, подвергшихся действию открытой распределительной установки-ОРУ 35кВТ в течение 8 часов.

**Материал и методы исследования.** Работа выполнена на 10 белых лабораторных крысах-самцах весом 170-210г с соблюдением «Директивы 2010/63/EU Европейского парламента и Совета Европейского Союза». Животные в металлических клетках транспортировались на перевал Туя-Ашу (высота 3200м над ур. моря). В качестве контроля служили пять крыс, которые находились в помещении вивария, остальные пять крыс помещались на расстоянии 20 см от ОРУ-35кВТ в течение 8 часов.

**Результаты и обсуждение.** Междольевые артерии почек отличаются полнокровием и более широким просветом. Дуговые артерии характеризуются усилением расщепления внутренней эластической мембраны с образованием дополнительных тонких мембран.

Одновременно с расщеплением внутренней эластической мембраны отмечается дилатация дуговых артерий, что обеспечивает «основной избыточный сброс крови в юкстамедуллярной зоне».

Дать однозначную характеристику состоянию междольковых артерий не удастся: одни из них дилатированы, другие – спазмированы, третьи – без особых изменений. Видимо все зависит от напряженности функции, отходящих от них приносящих артериол нейрона, и уровня фильтрационной активности в капиллярных сплетениях почечного тельца. Там, где междольковые артерии дилатированы, а отходящие от них приносящие артериолы увеличены в диаметре, наблюдается полнокровие сосудистых клубочков.

Общим отличием венозного русла почки от данных контрольных животных выступает выраженное полнокровие, начиная от звездчатых, и кончая магистральным стволом почечной вены. Так как вены коркового вещества построены по типу синусоидов, их чрезвычайное полнокровие напоминает кровоизлияние в паренхиму органа. Хотя дуговые вены также лишены мышечных элементов, благодаря наличию пластинки из коллагеновых волокон вокруг эндотелия, их полнокровие четко отличается от одиночных очагов кровоизлияний.

Особое внимание привлекают прямые артерии, спускающиеся от дуговых артерий в мозговое вещество и прямые вены, поднимающиеся из мозгового вещества к дуговым венам. Прежде всего тем, что объем прямых вен значительно превосходит объем прямых артерий, что несомненно способствует удалению из интерстиция почек воды и солей, попавших туда из ремоделированных мочевых канальцев. Другими словами, прямые сосуды, представляя собой противоточно-обменную систему, сохраняют осмотическую концентрацию в мозговом веществе почки.

**Вывод.** Таким образом, однодневное восьмичасовое действие комбинации высокогорной гипоксической гипоксии, газо-воздушной среды коронного разряда и электромагнитных волн тока высокого напряжения вызывает определенное ремоделирование кровеносного русла почек. кВт

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕГКИХ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОТКРЫТОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ-35кВТ

Мадумаров Д., Иванина В., студенты 5 и 3 курсов.

*Медицинский факультет.*

*Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызстан.*

**Введение.** Большую часть территории Кыргызстана занимают горы покрытые снегом и ледниками, которые являются источником мощных водных потоков - горных рек. Именно на горных реках построены и планируется построить современные ГЭС. Ремонт и обслуживание ГЭС, высоковольтной линии электропередач под напряжением может оказать определенные нарушения в организме. Естественно возникает проблема защиты работников энергетической отрасли от этих факторов. Прежде чем разработать меры защиты, необходимо установить механизмы изменений в организме.

**Цель работы:** выяснить структурные изменения кровеносного русла, воздухоносных путей и паренхимы легких у крыс, подвергшихся действию открытой распределительной установки - ОРУ 35кВТ в течение 8 часов в условиях высокогорья.

**Материалы и методы исследования.** Работа выполнена на 10 белых лабораторных крысах-самцах весом 170-210г с соблюдением «Директивы 2010/63/EU Европейского парламента и Совета Европейского Союза». Животные в металлических клетках транспортировались на перевал Туя-Ашу (высота 3200м над ур. моря). В качестве контроля служили пять крыс, которые находились в помещении вивария, остальные пять крыс помещались на расстоянии 20 см от ОРУ-35кВТ в течение 8 часов.

**Результаты и обсуждение.** Наиболее грозным среди обнаруженных патологических состояний при сочетанном воздействии электромагнитного поля, газо-воздушной среды в зоне коронного разряда высокогорных линий электропередач (ВЛЭП) на фоне высокогорной гипоксической гипоксии является лобулярный отек легких в сочетании с массивными очагами кровоизлияний у 20% животных; массивные кровоизлияния под плеврой без видимого отека у 30% крыс; подплевральные петехии у остальных животных. При вскрытии животных поверхность легких выглядит пестрой из-за че-

редования очагов кровоизлияний, петехий и относительно индифферентных участков. Наполненные отечной жидкостью с примесью крови альвеолы выпирают плевру в виде пузырьков, создавая буллезный покров легких. Характерной особенностью данной серии опытов выступает то, что более всего ремоделированием охвачены мелкие бронхи, терминальные и респираторные бронхиолы, альвеолярные ходы и альвеолы, мелкие ветви легочной артерии, микроциркуляторное русло и ретикулярная строма легких. На наш взгляд развитие в сжатые сроки выраженного отека целых долей легкого вызывает вдыхание токсических соединений, содержащихся в зоне коронного разряда на фоне перекрестного действия высокогорной гипоксической гипоксии и электромагнитных излучений. В частности существенное значение имеют нитросоединения, которые быстро переходят из альвеол в кровеносное русло и усиливают метгемоглобинообразование. В результате этого к высотной гипоксической присоединяется гемическая гипоксия, что дополнительно подавляет резистентность эпителиального покрова бронхов, эндотелия микроциркуляторного русла и аэрогематического барьера. Элементы слущивания эпителия мелких бронхов терминальных и респираторных бронхиол, перемешанные с белково-слизистым секретом закупоривают их просвет. Нарушение целостности эндотелия отражается на реологии с последующим образованием микротромбов, сладж-феномена. По всей вероятности, нарушается синтез оксида азота, что ведет к спазму мелких артерий и артериол и повышению давления в малом кругу кровообращения. Одновременно отмечается спазм конечных звеньев бронхиального дерева. Следовательно, одной из характерной особенностью обсуждаемой темы можно считать синхронное сужение мелких генерации бронхиального дерева и идущих с ними ветвей легочной артерии.

**Вывод.** Таким образом, однодневное восьмичасовое действие комбинации высокогорной гипоксической гипоксии, газо-воздушной среды коронного разряда и электромагнитных волн тока высокого напряжения вызывает определенное ремоделирование кровеносного русла, воздухоносных путей и стромы легких у крыс.

### **РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕГКИХ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОТКРЫТОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ-35кВТ**

Мадумаров Д., Иванина В., студенты 5 и 3 курсов.

*Медицинский факультет.*

*Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызстан.*

**Введение.** Большую часть территории Кыргызстана занимают горы покрытые снегом и ледниками, которые являются источником мощных водных потоков - горных рек. Именно на горных реках построены и планируется строить современные ГЭС. Ремонт и обслуживание ГЭС, высоковольтной линии электропередач под напряжением может оказать определенные нарушения в организме. Естественно возникает проблема защиты работников энергетической отрасли от этих факторов. Прежде чем разработать меры защиты, необходимо установить механизмы изменений в организме.

**Цель работы:** выяснить структурные изменения кровеносного русла, воздухоносных путей и паренхимы легких у крыс, подвергшихся действию открытой распределительной установки - ОРУ 35кВт в течение 8 часов в условиях высокогорья.

**Материалы и методы исследования.** Работа выполнена на 10 белых лабораторных крысах-самцах весом 170-210г с соблюдением «Директивы 2010/63/EU Европейского парламента и Совета Европейского Союза». Животные в металлических клетках транспортировались на перевал Туя-Ашу (высота 3200м над ур. моря). В качестве контроля служили пять крыс, которые находились в помещении вивария, остальные пять крыс помещались на расстоянии 20 см от ОРУ-35кВт в течение 8 часов.

**Результаты и обсуждение.** Наиболее грозным среди обнаруженных патологических состояний при сочетанном воздействии электромагнитного поля, газо-воздушной среды в зоне коронного разряда высокогорных линий электропередач (ВЛЭП) на фоне высокогорной гипоксической гипоксии является лобулярный отек легких в сочетании с массивными очагами кровоизлияний у 20% животных; массивные кровоизлияния под плеврой без видимого отека у 30% крыс; подплевральные петехии у остальных животных. При вскрытии животных поверхность легких выглядит пестрой из-за редования очагов кровоизлияний, петехий и относительно индифферентных участков. Наполненные отечной жидкостью с примесью крови альвеолы выпирают плевру в виде пузырьков, создавая буллезный покров легких. Характерной особенностью данной серии опытов выступает то, что более всего ремоделированием охвачены мелкие бронхи, терминальные и респираторные бронхиолы, альвеолярные ходы и альвеолы, мелкие ветви легочной артерии, микроциркуляторное русло и ретикулярная строма легких. На наш взгляд развитие в сжатые сроки выраженного отека целых долей легкого вызывает вдыхание токсических соединений, содержащихся в зоне коронного разряда на фоне перекрестного действия высокогорной гипоксической гипоксии и электромагнитных излучений. В частности существенное значение имеют нитросоединения, которые быстро переходят из альвеол в кровеносное русло и усиливают метгемоглобинообразование. В результате этого к высотной гипоксической присоединяется гемическая гипоксия, что дополнительно подавляет резистентность эпителиального покрова бронхов, эндотелия микроциркуляторного русла и аэрогематического барьера. Элементы слущивания эпителия мелких бронхов терминальных и респираторных бронхиол, перемешанные с белково-слизистым секретом закупоривают их просвет. Нарушение целостности эндотелия отражается на реологии с последующим образованием микротромбов, сладж-феномена. По всей вероятности, нарушается синтез оксида азота, что ведет к спазму мелких артерий и артериол и повышению давления в малом кругу кровообращения. Одновременно отмечается спазм конечных звеньев бронхиального дерева. Следовательно, одной из характерной особенностью обсуждаемой темы можно считать синхронное сужение мелких генерации бронхиального дерева и идущих с ними ветвей легочной артерии.

**Вывод.** Таким образом, однодневное восьмичасовое действие комбинации высокогорной гипоксической гипоксии, газо-воздушной среды коронного разряда и электромагнитных волн тока высокого напряжения вызывает определенное ремоделирование кровеносного русла, воздухоносных путей и стромы легких у крыс.

## ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ДИЕТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЛЮКОЗЫ И ХОЛЕСТЕРИНА У БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС

Машанло Т., Абдулбакиев А. студенты 2 курса медицинского факультета КРСУ  
Руководитель: к.б.н., доцент Шарова Е. В.

Актуальность: Сбалансированное рациональное питание, обеспечивает нормальный рост и развитие организма, является регулятором метаболизма веществ. Характер питания влияет на изменения обмена веществ, способствует развитию заболевания, либо обеспечивает нормальное протекание биохимических и физиологических процессов.

Цель исследования: Изучение влияния белковой, липидной и углеводной диет на концентрации глюкозы и холестерина сыворотки крови.

Материалы и методы: Отобрали 20 белых лабораторных крыс весом 200г, распределили их на 4 группы: 1 группа кормили исключительно липидами, вторую – углеводами, третью – белками, четвертая (контрольная) – находилась на общевиварном рационе. Через 15 дней провели декапитацию и отобрали сыворотки. Определили уровень холестерина и глюкозы энзиматическим колориметрическим методом. Статистические данные были обработаны в программе SPSS 16.0.

Результаты и их обсуждение: Наиболее высокий уровень холестерина отмечен в группе крыс, принимавших липидный корм ( $4,78 \pm 0,028$  ммоль/л, табл.1), наиболее низкое содержание холестерина выявлено в 3 группе с белковым питанием ( $2,06 \pm 0,12$  ммоль/л), промежуточные показатели зарегистрированы во 2 группе крыс, получавших углеводный корм ( $3,45 \pm 0,20$  ммоль/л). Прием липидной диеты вызвал достоверное увеличение концентрации холестерина по сравнению с обеими группами крыс, принимавших углеводную и белковую пищу на 38,5% и 132% соответственно. На синтез холестерина используются молекулы промежуточного обмена как углеводов (глюкозы), так и липидов, при этом в данный процесс активнее вовлекаются молекулы липидного обмена.

*Таблица1.*

*Показатели холестерина и глюкозы крови экспериментальных и опытных крыс*

Название	(n)	минимум	максимум	M±m	P <sub>1-2</sub>	P <sub>2-3</sub>	P <sub>3-1</sub>
Холестерин_1	10	4,64	4,94	4,78±0,028	0,000*	0,000*	0,000*
Холестерин_2	10	2,65	4,41	3,45±0,20			
Холестерин_3	10	1,61	2,82	2,06±0,12			
Холестерин_4	10	1,07	1,29	1,16±0,04			
Глюкоза_1	10	1,86	2,26	2,02±0,04	>0,5**	<0,05*	0,413*
Глюкоза_2	10	1,79	2,60	2,10±0,09			
Глюкоза_3	10	1,33	2,51	1,90±0,13			
Глюкоза_4	10	1,55	1,79	1,67±0,04			

\* $P < 0,05$  – существуют достоверные статистические различия.

\*\* $P > 0,05$  – достоверных статистических различий нет

Наиболее высокие показатели глюкозы отмечены в группе с углеводным питанием ( $2,10 \pm 0,09$  ммоль/л), наиболее низкие – в группе крыс, принимавших белковый корм ( $1,90 \pm 0,13$  ммоль/л), между данными группами существуют достоверные статистические различия ( $P < 0,05$ ). Между группами крыс с липидной (1) и белковой (3) диетами достоверных статистических различий нет. Следует отметить незначительную разность концентрации глюкозы в группах с разными диетами, что, возможно, указывает на более жесткую константу уровня глюкозы для организма.

Вывод: Концентрация холестерина изменяется более быстро и значительно, чем концентрация глюкозы в ответ на изменение характера диеты. Липидная диета вызывает наиболее существенное повышение концентрации холестерина у белых лабораторных крыс. Углеводная диета способствовала становлению наиболее высокого уровня глюкозы в крови и существенному росту холестерина. Белковая диета повлияла на увеличение количества холестерина в крови и не существенно – на концентрацию глюкозы.

## ИЗМЕНЕНИЕ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ И СТРУКТУРЫ МОЗЖЕЧКА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Жанузаков Дастан Замирович

*Клинический ординатор 2 года Кыргызско-Российский Славянского университета*

Введение. Мозжечок занимает значительную часть головного мозга и контролирует координацию движения. При черепно-мозговой травме (ЧМТ) согласно литературным данным нарушается структура и функция мозжечка. Однако остаются неисследованными закономерности ремоделирования различных слоев коры и белого вещества мозжечка, а также его кровеносных сосудов.

Целью настоящей работы является анализ описательной и морфометрической характеристики, изменений мозжечка при ЧМТ.

Методы. Работа выполнена на белых беспородных лабораторных крысах весом 200-250 грамм с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинской декларации, и в соответствии с требованиями правил проведения работ с использованием экспериментальных животных.

Черепно-мозговая травма моделировалась ударом металлического груза весом 68 грамм падающего с высоты 90 см на теменно-затылочную область животного под наркозом. Через 3 дня производился забор материала, кусочки мозжечка фиксировались в 10% нейтральном растворе формалина с последующим обезвоживанием в спиртах возрастающей концентрации. Затем кусочки заливались парафином, готовились гистологические срезы толщиной 5-7 мкм и окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон. Препараты изучались под микроскопом OlympusB×40. Одновременно готовились фотоснимки, и проводилась морфометрия.

Результаты. В норме мозжечок крысы имеет стереотипное строение и состоит из коры и белого вещества. Кора в свою очередь слагается из 3-х слоев: молекулярного, ганглионарного и зернистого. При ЧМТ отмечается изменение всех этих слоев. ЧМТ сопровождается спазмом артериальных ветвей, что видимо, направлено на предотвращение возможных отеков органа. На уровне веноулярного звена сосудистого русла наблюдаются участки плазморагии стенки и паровозального окружения. В отдельных венах отмечается образование фибриноидного сгустка, который отростками прикрепляется к сосудистой стенке. Наряду с этим имеются участки мозжечка, где микроциркуляторное русло мало отличается от нормы.

На этом фоне наблюдается уменьшение толщины молекулярного слоя на 21%, зернистого на 62% и слоя грушевидных клеток на 15%. Надо полагать, что такой разброс количественных изменений различных слоев коры мозжечка связано с особенностями их функционирования в условиях ЧМТ. Не трудно заметить, что наименьшее изменение затрагивает грушевиднейроциты, которые являются основными элементами коры мозжечка. Не исключено, что более существенные изменения других слоев направлены на защиту слоя грушевидных клеток. Однако это не предотвращает тикториальные и топографические изменения. В частности, отмечается расположение этих клеток в два, а иногда в три ряда. Цитоплазма становится более светлой. В результате площадь, занимаемая клетками Пуркинье уменьшается на 25%, а площадь корзинчатых и звездчатых клеток на - 21-23% соответственно. На этом фоне характерно эктопия зернистого слоя в сторону молекулярного слоя, поэтому клетки Пуркинье оказываются среди клеток зернистого слоя. Клетки зерна подвергаются наименьшему изменению по сравнению с другими клетками.

ЧМТ сопровождается ремоделированием не только нейроцитов, но и астроцитов. Это, несомненно, нарушает их защитную нутритивную и дренажную функции по отношению к нейроцитам коры и белого вещества мозжечка.

Выводы:

- 1) ЧМТ вызывает ремоделирование пространственной организации, тикториальных свойств и количественные соотношения между различными слоями коры мозжечка;
- 2) Отмечается изменение ядер, перикориона и их соотношение, что сопрягается с особенностями структурной организации и функциональной специализации клеточного состава различных слоев коры мозжечка.

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА И ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УГЛЕВОДНОЙ ДИЕТЕ

Тохтиева Ф.Т., Биймурзаева Ч.С., Мирбеков Э.М., Турдиева Д.Т.

студенты 3 курса медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского университета специальности «Педиатрия» и «Лечебное дело»

Введение в лаборатории экспериментального моделирования патологических процессов медицинского факультета КРСУ планомерно изучается реституция структурных изменений при хронических заболеваниях в клинике и эксперименте. Одним из направлений этих исследований явилось выяснение возможности обратного развития углеводной дистрофии поджелудочной железы. В данном сообщении излагаются методы и результаты изучения дистрофии поджелудочной железы вследствие кормления крыс исключительно сахаром. В последующем планируется рассмотрение реституции нарушений кровеносного русла и паренхимы органа под действием ряда лекарственных средств.

Целью нашего исследования является установления ремоделирования кровеносного русла и паренхимы поджелудочной железы при углеводной диете, то есть кормления крыс только сахаром.

Материал и методы исследования. В эксперименте использовались крысы-самцы весом 200-250 г. которых в течение месяца кормили только сахаром. На 20-30-е сутки, крыс выводили из эксперимента. Исследования проводились с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинской декларации, и в соответствии с требованиями правил проведения работ с использованием экспериментальных животных.

Кусочки поджелудочной железы фиксировали в 10%-ном растворе нейтрального формалина и изготавливали гистологические срезы 5-7 мкм, которые окрашивали гематоксилин-эозином и изучали под микроскопом OlympusB×40. Одновременно производили фотосъемку и характеристику обнаруженных изменений.

Результаты. При обзорном рассмотрении гистологических препаратов наблюдается увеличение размеров ацинусо-эксзокринной части поджелудочной железы. В этих ацинусах отмечается просветление цитоплазмы ациноцитов и перемещение их ядер к периферии. При этом наблюдается уменьшение ядер ациноцитов и их гиперхромия. В отдельных случаях ациноциты теряют свои ядра и превращаются в светлые пространства, заполненные смесью гликогена и липидов. В большинстве ацинусов не удается обнаружить централизованной клетки, что может свидетельствовать об облитерации истоков протоков экзокринного аппарата поджелудочной железы. Это может быть связано с уменьшением функций ациноцитов, о чем свидетельствует уменьшение либо полное исчезновение в их цитоплазме гранул зимогена. В конечном счете, ациноциты превращаются в вакуоли, заполненные гликогеном, и напоминают структуру гликогена. Одновременно в отдельных ацинарных клетках обнаруживаются небольшие пустоты, четко ограниченные своеобразной мембраной, и картина напоминает гиалиноз ткани.

Характерной особенностью можно считать очаги мелких некрозов и мутного набухания со стороны эндокринного аппарата железы. Прежде всего обращают на себя внимания резкое сокращение их количества, а также размеров в поле зрения микроскопа. В островках Лангерганса снижается концентрация клеточного состава, особенно  $\beta$ -клеток. Отдельные островки Лангерганса приобретают причудливую форму, подвергаются парциальному некрозу и начинают

замещаться склеротической тканью. Таким образом, выразительно remodelирование охватывает, как эндокринный, так и экзокринный аппарат поджелудочной железы.

В этих условиях наблюдается существенные нарушения кровеносных сосудов органа, прежде всего, отмечается облитерация внутриорганных сосудов и превращение их в соединительнотканые тяжи. Сохранившийся просвет сосуда наделен рыхлой стенкой, пропитанной глюкозой. Стенка сосудов выглядит набухшей, отечной с захватом паравазального пространства.

Привлекает внимание то, что наряду с гибелью островков обнаруживаются их регенерация путем трансформации ацинарных клеток в инсулиноциты. Это значит, что клетки островков Лангерганса образуются из ацинарных клеток экзокринного аппарата поджелудочной железы.

Вывод

1. Кормление животных в течение месяца исключительно сахаром является надежной экспериментальной моделью получения углеводной дистрофии поджелудочной железы.
2. Углеводная дистрофия поджелудочной железы сочетается с вакуольной дистрофией органа и развитием очагов некроза и склероза.
3. Наряду с дегенерацией отмечается процесс восстановления эндокринного аппарата путем трансформации клеток экзокринного аппарата органа.

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ И КРОВЕНОСНОГО РУСЛА ПРИ УГЛЕВОДНОЙ ДИЕТЕ

Омурзакова А. А.- клинический ординатор, Бекболотова А. Б., Смаилова Ж. Н., Шинкаренко А. В.- студенты 3 курса мед. факультета Кыргызско-Славянского Университета

Введение

Проблемы обратного развития структурных изменений и систем остается одной из ключевых задач современной медицины, от решения которых зависит успешное лечение и профилактика многих заболеваний. В частности остро стоит вопрос о возможности реституции дистрофических, фиброзных, склеротических и цирротических изменений печени.

Прежде чем изучить обратное развитие структурных основ патологических изменений в печени, необходимо воспроизвести их в эксперименте. Одним из способов является алиментарная дистрофия. В нашей работе мы избрали в качестве моделирования алиментарной дистрофии углеводную диету.

На первом этапе работы мы рассматриваем прямое развитие алиментарной дистрофии печени крыс, находящихся на углеводной диете.

Цель

Целью наших исследований явилось установление ремоделирования кровеносного русла и паренхимы печени в результате кормления крыс исключительно сахаром.

Методы

В эксперименте использовались крысы-самцы 200-250 г, которых в течение месяца кормили исключительно сахаром. На 20-30е сутки крыс выводили из эксперимента. Исследования проводились с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинской декларации, и в соответствии с требованиями правил проведения работ с использованием экспериментальных животных.

Кусочки печени фиксировали в 10%-ном растворе формалина и изготавливали гистологические срезы 5-7 мкм, которые окрашивали гематоксилин-эозином и изучали под микроскопом Olympus Bx40. Одновременно производили фотосъемку и характеристику обнаруженных изменений.

Результаты

При обзорном рассмотрении препаратов наблюдается исчезновение границ между печеночными и портальными дольками, а также ацинусов Раппапорта. В печеночных дольках нарушается типичное радиарное расположение печеночных балок, состоящих из гепатоцитов. Из-за набухания гепатоцитов синусоиды печени сдавливаются и не обнаруживаются под микроскопом. В результате создается картина хаотичного распределения гепатоцитов, находящихся на разных стадиях повреждения. Большинство гепатоцитов находятся в состоянии углеводной дистрофии, наряду с которыми обнаруживаются очаги диспротеиноза и липидоза.

В любом случае гепатоциты характеризуются просветлением цитоплазмы и ядром с разной степенью повреждения. Многие печеночные клетки превращаются в вакуоли, заполненные прозрачной жидкостью. Развивается вакуольная дистрофия, перемежающаяся с зернистой дистрофией. На этом фоне отмечается формирование очагов фиброза и склеротических изменений печеночной паренхимы.

Наряду с пертурбацией паренхимы наблюдается склерозирование стенки кровеносных сосудов артериального и венозного звена, а также желчных протоков. В процессе развития склероза дифференциация элементов портальной области становится невозможным.

Процесс повреждения гепатоцитов вплоть до их гибели сочетается с диплоидизацией печеночных клеток, что свидетельствует о своеобразной регенерации печени.

Установив отмеченные изменения кровеносного русла и паренхимы органа, мы намерены в будущем изучить процесс реституции дегенеративных изменений, переведя животных на обычный корм, соответствующей стандартным требованиям.

Вывод:

1. Кормление крыс сахаром в течение месяца вызывает углеводную дистрофию печени.
2. Наряду с углеводной обнаруживаются очаги вакуольной дистрофии и развитие фиброза.
3. Дистрофия сочетается с диплоидизацией гепатоцитов, что свидетельствует о сопряжении деструктивных процессов с регенераторными

## ВЛИЯНИЕ ГЛИБЕНКЛАМИДА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА И ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Муратбекова У.М., Рахатбекова Н.Р.

*студентки медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского университета*

Введение. Острота церебро-васкулярных нарушений во всем мире нарастает. Соответственно растет актуальность задач лечения и профилактики осложнений ишемии головного мозга (ИГМ). В неврологическую клинику внедряются различные лекарственные средства. Среди них особое место занимает глибенкламид, который с 1969 года во всем мире использовался для лечения сахарного диабета 2-типа, а с 2001 года активно применяется для профилактики отека мозга при ЧМТ и ИГМ. При этом если механизмы нейропротекторного эффекта препарата достаточно изучены, то действие его на другие органы слабо исследованы.

Цель: Учитывая изложенное, целью нашей работы явилось выяснение влияния глибенкламида на ремоделирование кровеносного русла и паренхимы печени при ишемии головного мозга.

Методы. Работа выполнена на белых лабораторных крысах-самцах весом 200-250 г состоящих из трех групп: здоровых, с ишемией головного мозга без применения глибенкламида (контрольная) и с применением глибенкламида (основная). На 3-е сутки опыта животные выводились из эксперимента, и производился забор материала. Кусочки печени фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина, заливались в парафин, готовились срезы с последующей окраской гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон. Препараты изучались под микроскопом Olympus BX40 (Япония).

Результаты и обсуждение. При обзорном рассмотрении гистологических препаратов на первый план выступает стертость очертаний печеночных и портальных долек, а также островков Раппопорта. В портальных областях отмечается утолщение стенки желчных протоков, расширение ветвей портальной вены, сужение ветвей печеночной артерии. Расстояние между ними сближается, отмечается уплотнение элементов портальной области. От стенок артерий, вен и желчных протоков отходят фибриллярные структуры, характеризующейся выраженной эозинофилией. В отдельных случаях здесь обнаруживаются очаги клеточной инфильтрации. Синусоидальные капилляры печени слабо выявляются, в результате того, что гепатоциты плотно прилегают один к другому. Вместо синусоидальных капилляров просматривается дубликатура эндотелиального покрова стенки этих сосудов. В результате печень выглядит плотной, состоящей из гепатоцитов, содержащих ядра различных размеров и форм. На отдельных участках отмечаются небольшие зоны зернистой дистрофии печени. В этих участках наблюдаются диплоидные печеночные клетки. Отдельные центральные вены резко дилатируются, эндотелиальный покров стенки нарушается и к этому участку пристает плазма крови с сформированными фибриллярными структурами. Здесь же отмечается имбибция эритроцитов через сосудистую стенку, в результате которой эндотелиальный покров центральных вен отделяется от печеночной паренхимы, а образовавшееся пространство заполняется отеком жидкостью в сочетании с элементами крови. В портальной области наблюдается склерозирование истоков желчных протоков, сепарация крови в просвете сосудов. Встречаются резкие расширения отдельных синусоидов, которые представляют собой своеобразные коллатерали в системе внутривенных ветвей портальной вены.

В опытах с применением глибенкламида наблюдается гетерогенная картина печеночных балок и синусоидальных капилляров. Даже в одной печеночной дольке имеются участки с расширенными и полнокровными синусоидами, а также участки, где трудно дифференцировать элементы печеночной дольки. В этих участках наблюдается скопление лимфоидного и макрофагального ряда. Сопряженно с ремоделированием синусоидального кровотока меняется и структура центральных вен. В одних случаях они теряют свою округлую форму, заполнены гравитационно-расслоенной кровью. Здесь можно отметить проникновение отдельных клеток параваскулярной инфильтрации в просвет сосудов, которые иногда полностью занимают просвет центральной вены. В других случаях выражена гиперемия синусоидов, напоминающая кровоизлияние печени. При этом резко расширяется пространство между отдельными гепатоцитами. В третьих-печеночные дольки имеют типичное строение. В портальной области отмечается утолщение ветвей портальной вены и желчных протоков, а также печеночных артерий.

Вывод. Глибенкламид оказывает существенное влияние на ремоделирование печени при ишемии головного мозга, но полностью не предотвращает изменение кровеносного русла и паренхимы печени.

## ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

М.С. Шувалова

*Лаборатория экспериментального моделирования патологических процессов*

*Кыргызско-Российский Славянский университет, г. Бишкек, Кыргызстан*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор А.С. Шаназаров*

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) в последние годы становится частым и тяжелым увечьем человека. Только в странах Европейского Союза за 2018 год зарегистрировано 2,5 млн случаев ЧМТ. В Кыргызстане ЧМТ часто фиксируется в условиях гор, где расположены земельные, биологические, растительные, животные, водные, энергетические, минерально-сырьевые, курортные, природно-рекреационные ресурсы страны. Поэтому, сообщение между различными регионами республики осуществляется по горным автомобильным дорогам, что ведет к частым ДТП и ЧМТ. Вместе с тем, особенности течения, способы лечения и меры профилактики осложнений ЧМТ в горных условиях остаются не исследованными.

Цель работы. В связи с изложенным, целью настоящей работы явилось выяснение особенностей ремоделирования сосудистых сплетений желудочков головного мозга (ССЖГМ) при ЧМТ в условиях высокогорья.

Материалы и методы. Исследование проведено на белых беспородных крысах- самцах весом 270-310г. ЧМТ воспроизводилось в результате падения металлического груза массой 68 г с высоты 1 м и силой удара 0,9 Дж на теменно-затылочную область. Через трое суток животные выводились из эксперимента путем передозировки хлороформа. Содержание, экспериментальные вмешательства и выведение из эксперимента животных осуществлялось согласно «Правилам лабораторной практики в Российской Федерации» Приказ МЗ РФ от 2003 № 267. Кровеносные сосуды инъецировались черной тушью (в разведении 1:4 в 10% нейтральном растворе формалина, что одновременно обеспечивало фиксацию материала) через брюшную аорту. В последующем изготавливались просветленные препараты и гистологические срезы, окрашенные гематоксилин- эозином и по Ван Гизон. Препараты изучались под микроскопом Olympus Vx40 (Япония), готовились фотоснимки, одновременно производилось протоколирование полученных данных.

Результаты: На 3 сутки после ЧМТ обнаруживается резкая гиперемия ССЖГМ. В поле зрения микроскопа видно множество дилатированных, плотно заполненных кровью кровеносных сосудов, представляющих разные звенья микроциркуляторного русла. Кубический эпителий ворсин истончен. Полость желудка заполнена мутной спинно-мозговой жидкостью (СМЖ), насыщенной белковым детритом. Эпендимальный покров утолщен, с явлениями отслойки от вещества мозга. Гиперемия относительно крупных сосудов преимущественно венозного звена МЦР с целью компенсации недостаточного кровенаполнения артериального звена, замедления кровотока в венозном и капиллярном звеньях с тем, чтобы продлить время обмена на уровне ГЭБ. Появление белка в СМЖ увеличивает онкотическое давление по отношению к таковому плазмы крови жидкость из сосудов начинает поступать в спинномозговое пространство. Одновременно отмечается набухание и отечность глиальных клеток как результат действия гипоксии. Это приводит к увеличению проницаемости  $\text{NCSa}+\text{ATF}$  каналов для натрия, а затем и воды с последующим отеком вещества мозга. Клеточный детрит образует в полости желудка фибриновые нити, создающий целую сеть, которая краями прикрепляется к ворсинкам сосудистого сплетения. Образование детрита – есть результат нарушения как выработки СМЖ, так и ее оттока из полости желудка.

Вывод. Высокогорье отягощает морфологические изменения ССГМ при ЧМТ.

### ҚВПЛАРДА “АЁЛЛАР МАСЛАХАТ ХОНАСИ”ДА ДОЯЛАР ФАОЛИЯТИ

Азизова Феруза Лутпуллаевна, Эрматова Азиза Комилжоновна,

Тошкент Тиббиёт академияси

Ўзбекистон Республикасида «Оналик ва болалаликни муҳофаза қилиш» фаолияти Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Соғлиқни сақлаш органлари фаолиятини янада такомиллаштириш чора тадбирлари тўғрисида»ги ПК-3052 сон қарорига, ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамасининг «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги фаолиятини ташкил этиш тўғрисида»ги 2017 йил 12 сентябрдаги 714 сон қарорига мувофиқ амалга оширилмоқда. Шунингдек Вазирлар Маҳкамасининг 10 май 2018 йилдаги «Туғруқ ёшидаги қизлар ва аёлларга тиббий ёрдам ва акушер-гинекологик хизматни самарадорлигини ошириш чора тадбирлари тўғрисида»ги қарорига асосан қатор чора тадбирлар амалга оширилмоқда. Унга асосан барча КТМП, ОП ва ҚВПларда «Аёллар маслаҳатхонаси» ташкил қилинди. Уларнинг асосий мақсади аёлларга юқори сифатли акушер-гинекологик тиббий ёрдам кўрсатиш.

Тадқиқот мақсади: ҚВПлардаги аёллар маслаҳатхонаси дояси фаолиятини сифат самарадорлигини ўрганиш бўлиб, анкета сўровномалари ўтказилди. Иш вақтини хранометраж таҳлили қилинди.

Тадқиқот материал ва усуллари: социологик, таққосий таҳлил услубларидан фойдаланиб, Самарқанд вилояти Тайлоқ туманидаги 18 та ҚВПнинг 18 та дояси фаолияти ўрганилди. Тадқиқот натижасида қуйидагилар аниқланди:

1. Аёллар ва болаларнинг патронаж хизмати билан қамраб олинishi пастлиги (82-87%)

2. Экстрагенитал касалликлар кеч аниқланади ва уларга кўрсатиладиган ихтисослаштирилган тиббий ёрдам даражаси пастлиги (52%)

3. Бирламчи тизимда амалга оширилиши шарт бўлган мақсадли патронажнинг ҳаққоний эмаслиги,

4. Оилаларда тиббий маданият ва соғлом турмуш тарзини шакллантириш бўйича ишларда маҳалла билан ҳамкорликнинг йўқлиги туфайли асоратли ҳомиладорлар эътибордан мунтазам четда қолаётгани,

5. Гўдаклар саломатлигидаги муаммолар кеч аниқланаётгани.

Хулоса. Тадқиқот натижалари таҳлили асосида аёллар маслаҳатхонаси доялари учун йўриқнома ишлаб чиқилди. Доялар фаолиятига тадбиқ қилинди ва қуйидаги кўрсаткичларга эришилди:

1. Скрининг билан қамраб олинган ҳомиладорлар сони 16,2 фоиздан 37,8 фоизга кўпайди,

2. Ҳомиладорлар аёлларни антенатал парвариш қилиш бўйича қамралиши эса 2,7 фоизга ошиб, 89,7 фоизга ошди.

3. Аналар ўлими 30,4%одан 19,0 %ога, Болалар ўлими 11,7%одан 11,3 %ога камайди,

4. Туғма нуқсонли болалар туғилиши 3,4%одан 2,6%о га камайди.

### COMPARISON OF OPEN VERSUS LAPAROSCOPIC DISMEMBERED PYELOPLASTY IN PATIENTS WITH URETERO-PELVIC JUNCTION OBSTRUCTION

Nuriddinov Khusniddin

1st year resident in Urology Masters Degree Program of Tashkent Medical Academy

Background. The hydronephrosis secondary to the uretero-pelvic junction obstruction (UPJO) is the most frequently detected lesion of the urinary tract and requires surgical intervention. Nowadays the Ander-son-Hynes method is most often used by urologists for the correction of the UPJO and remains standard for treating patients. However, over the past ten years, urologists have begun to make extensive use of minimally invasive methods of pyeloplasty, one of which is laparoscopy. Nevertheless, discussions are still underway regarding the efficacy and safety of laparoscopic interventions in UPJO.

Purpose. Aim of this study was to evaluate laparoscopic dismembering pyeloplasty compared with open surgery in patients with UPJO.

**Material and methods.** The results of treatment of 80 patients with UPJO and hydronephrosis studied retrospectively. All patients were divided into two groups depending on the method of surgical intervention. The first group included 38 patients who underwent laparoscopic pyeloplasty. The second group included 42 patients who underwent open intervention with resection of the uretero-pelvic junction and the formation of a pyeloureteral anastomosis using the Anderson-Hynes technique. The average age of patients in the first group was  $32.6 \pm 2.4$  years, in the second group it was  $29.4 \pm 3.7$  years ( $p = 0.01$ ). Preoperative management in both groups included complete blood count, basic metabolic panel, urinalysis, ultrasonography, intravenous urography, and computed tomography.

After elimination of UPJO in the first group, the drainage of the upper urinary tract was performed using an internal ureteral stent, in the second group nephrostomy was installed for this purpose and additionally a catheter was inserted into the lumen of the created anastomosis, the distal segment of which was located in the projection of uretero-vesicular fistula. Surgery was performed under general anesthesia using prolonged regional paravertebral anesthesia.

**Results.** Mean total operative time of laparoscopic pyeloplasty was  $175.1 \pm 24.9$  min, while the duration of an open surgery was  $96.7 \pm 22.3$  min ( $p = 0.001$ ). Intraoperative blood loss in the first group was  $50.3 \pm 2.1$  mL, in the second group this indicator was  $125.5 \pm 5.8$  mL ( $p = 0.001$ ). The average dose of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (diclofenac) used for pain relief after surgery in the first group was  $136.2 \pm 45.7$  mg, while in the second group this data was  $282.1 \pm 69.9$  mg ( $p = 0.001$ ). The average length of hospital stay in patients of the first group was shorter compared with this indicator for the second group ( $5.0 \pm 1.1$  and  $9.3 \pm 1.4$ , respectively,  $p = 0.001$ ). There were no intraoperative complications, while the postoperative complication rate was similar in the two groups (20,8 vs 20,0%).

**Conclusion:** The results of study showed that laparoscopic pyeloplasty has a minimal level of morbidity and short hospital stay compared to open approach. Although laparoscopic intervention requires a longer operative time than open surgery, it is obvious, that this time can be shorter as urologists master the technique.

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА И ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ЖИРОВОЙ ДИЕТЕ

Гусарова М.А., Гусарова Д.А., Супашева Ш.А., студентки 3 курса

*Медицинского факультета, Кыргызско-Российского Славянского университета*

**Введение.** В 21 веке когда многие инфекционные и заразные болезни по существу ликвидированы, на первый план выступили хронические заболевания, которые трудно поддаются лечению. Работа над профилактикой и лечением этих болезней интенсивно развивается во всем мире, но к сожалению без желаемых результатов. В этой глобальной проблеме, одним из основных вопросов который требует безотлагательного решения, является возможность регулирования реституции структурных изменений в органах и системах. Прежде чем отрабатывать новые методы регулирования в клинике, необходимо получить разносторонние экспериментальные результаты. В частности огромный теоретический интерес и практическое значение, имеет выяснение механизмов обратного развития диспротеинозов, липидозов, углеводных дистрофий печени, к которым приводят многие заболевания этого органа. В перспективе задачей наших исследований является выяснение механизмов реституции липидозов печени. На первом этапе мы моделировали и изучили липидоз печени полученный путем кормления крыс исключительно курдючным салом.

**Цель работы:** Установить характер ремоделирования кровеносного русла и паренхимы печени крыс, при развитии липидоза на почве жировой диеты.

**Материал и методы исследования.** Работа выполнена на белых беспородных лабораторных крысах-самцах весом 200-250 грамм с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС). Животные были разделены на две группы опытов. В первой группе в течение 15,30 дней животных кормили курдючным салом. Вторая группа состояла из здоровых животных и служила в качестве контроля. По истечению срока эксперимента животные под наркозом выводились из эксперимента. Кусочки печени фиксировались в 10% нейтральном формалине с последующим обезвоживанием в спиртах возрастающей концентрации, заливались в парафин. Готовились срезы толщиной 5-7 мкм с докраской гематоксилин эозином и по Ван Гизон. Готовые препараты изучались под микроскопом Olympus BX40 (Япония). В процессе изучения препаратов проводились серийные фотографии и протоколирование.

**Результаты.** При рассмотрении препаратов на 15 день эксперимента наблюдается мутное набухание или зернистая дистрофия гепатоцитов. Увеличенные в размерах гепатоциты, сдавливают синусоиды, что прекращает по ним кровоток, следовательно нарушается микрогемодикуляция, что ведет к кислородной недостаточности и нарушению окислительного фосфорилирования. Это может привести к уменьшению синтеза или выработки АТФ с последующим нарушением баланса между ионами электролитов и жидкостью (осмотический и онкотический баланс). В последующем наблюдается отечность интерстиции печени. Цитоплазма гепатоцитов просветляется и гомогенизируется. Таким образом на 15 день эксперимента проявляются картины липидоза и диспротеиноза. На 30 сутки зернистая дистрофия приобретает черты вакуолизации, появляются вакуоли заполненные жидкостью, что свидетельствует о гидрорической дистрофии. В этих случаях отмечается полное просветление цитоплазмы гепатоцитов. Наряду с этими гепатоцитами имеются клетки заполненные мелкими капельками жира. В эти же сроки отмечаются более выраженные склеротические изменения. Появляются очаги амилоидной дистрофии, что свидетельствует об извращении функции клеток вырабатываемых фибриллярные белки (фиброциты). Они начинают синтезировать аномальный фибриллярный белок, который в комплексе с плазменными белками образует амилоид. В дальнейшем появляется коллагеновые волокна, развивается фиброз печени. Наряду с процессом дистрофии отмечаются признаки регенерации, о чем свидетельствует количество диплоидных гепатоцитов.

**Вывод.** 1. Кормление крыс в течение 15 дней курдючным салом приводит к нарушению баланса между скоростью синтеза и распада жиров в гепатоцитах. 2. В дальнейшем к липидозу присоединяются диспротеиноз и углеводная дистрофия печени. 3. На этом фоне отмечается увеличение количества диплоидных гепатоцитов, свидетельствующее о сохранении регенераторной потенции печени.



### ROLE OF RESPIRATORY VIRAL INFECTION IN EXACERBATION OF BRONCHIAL ASTHMA

Shakarova M.Sh., Khabibullaeva B.R.

*TMA, 1st year of master students of department of "Children disease № 2"*

The actuality of the problem: Bronchial asthma in children is a disease, based on chronic allergic inflammation of the bronchi. According to the concept proposed in the International Agreement on BA (GINA, 1995), asthma is considered as a chronic inflammatory process of the lower respiratory tract (NDP). This concept reflects the important pathogenic significance of the infectious link in the formation of AD.

With the development of asthma and its exacerbation, respiratory viral infection (RVI) is one of the main factors.

Aim: role of respiratory viral infection in exacerbation of bronchial asthma

Materials and research methods. We conducted a prospective randomized study of 85 children (age: 5-14 year) with a diagnosis of asthma in the department of pediatric allergology and pulmonology, as well as in an advisory clinic based on the 1-clinic TMA. The clinical diagnosis of bronchial asthma and respiratory viral infection was made on the basis of history, clinical, laboratory and functional research methods.

By simple randomization, two groups were formed: the main group - children with bronchial asthma who got sick with RVI (n = 65) and the comparison group - practically healthy children who got sick with RVI (n = 30).

All sick children received symptomatic treatment in inpatient and outpatient settings.

The discussion of the results. According to the results of the research, 63 episodes of diseases were detected among children with a diagnosis of bronchial asthma, 63% of cases with RVI, among them mild forms were 28%, moderate - 50% and severe - 22%. In children with RVI, the clinic passed with airway obstruction - 65%, 45% without obstruction.

The results show that one of the important components of the pathogenic effect of RVI is the deterioration of the mucociliary clearance and the facilitation of the advancement of bacteria to the lower parts of the PD, as well as the suppression of the phagocytic activity of alveolar macrophages with blockade of intracellular bactericidal processes. As a result, conditions are created for the accession of bacterial infection and the formation of viral-bacterial associations. Mixed infection leads to more severe exacerbations and changes in the clinical picture of the disease. According to the studied data, mixed influenza-adenovirus infection was recorded in 10 - 15% of cases. The combination of a PC-viral infection with any other viral or bacterial infection more often leads to an exacerbation of chronic diseases of the respiratory tract.

Viral infections are provoked by exacerbations of asthma, as well as involvement of RVI in the formation of bronchial hyperactivity (GDF) in healthy people. The mechanisms of this effect have not been fully studied, however, it is known that functional and pathological changes in DF are detected in RVI: changes in the neurogenic regulation of the smooth muscles of the bronchi, damage to the epithelium of the DL, increased vascular permeability, IgE production, the development of late allergic reactions. All these mechanisms are involved in the formation of the GDB, which determines the development and aggravation of asthma.

### ОЦЕНКА ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ

Алламбергенова Р.Б. Адиллов. Ш.К. Высогорцева.О.Н

*Узбекистан-Корея Центр восточной медицины при РКБ №2.*

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. Реабилитация больных хронической поясничной дорсопатией (ПД) — одна из наиболее сложных медико-социальных проблем. По результатам изучения эпидемиологии болевых синдромов у взрослого населения мира распространенность хронической боли в спине составляет до 56,7%. Наиболее часто в клинической практике встречаются ноцицептивные рефлекторные синдромы люмбалгии или люмбоишиалгии, синдром вертеброгенной радикулопатии выявляется в 4-10% случаев. Длительная болевая стимуляция, сопровождающая вертеброгенные поясничные дорсопатии, приводит к поломке естественных антиноцицептивных систем организма и формированию хронической боли как самостоятельного патологического процесса

Цель наших исследований явилось: Оценка вертеброневрологического статуса, количественных и качественных характеристик болевого синдрома у больных с дорсопатиями.

Материалы и методы: В исследование было включено 60 больных ( 44 мужчин, 16 женщина), с поясничной дорсопатии, средний возраст которых составлял  $28,65 \pm 30,42$ . Из них у 43 больных отмечался ноцицептивный рефлекторный синдром люмбалгии, у 17 вертеброгенный радикулопатия. Всем пациентам было проведено общеневрологическое обследование согласно Стандартам оказания медицинской помощи, оценивались клинические особенности заболевания (Яхно Н.Н., 2002; Гусев Е.И., 2007; Скоромец А.А., 2012). Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале - ВАШ (Association for the Study of Pain, 1986), оценка жизнедеятельности больных по опроснику Освестри (2009) с расчетом индекса ODI (%). Количественная оценка миогенного болевого синдрома с помощью балльной оценки (Хабиров Ф.А., 2009).

Результаты исследований. По результатам исследования было выявлено: Люмбалгия, люмбоишиалгия – у 67% пациентов. Признаки поражения периферической нервной системы (вертеброгенная радикулопатия) обнаружены у 33% пациентов. Чаще всего выявлялись вертеброгенные поражения корешков, L3, L4,L5 и S1. Исходно выраженность болевого синдрома (ВАШ) варьировала в диапазоне от 4,9 до 5,9. Анализ влияния болевого синдрома на повседневную активность каждого больного с помощью опросника Освестри показал исходно индекс ответов ODI  $32,3 \pm 19,2\%$  (мужчины –  $36 \pm 21,4\%$ ; женщины –  $30 \pm 17,9\%$ ).

Выводы. Таким образом наши исследования показали что у больных с поясничной дорсопатии больше всего встречается люмбагия (67%) по сравнению с вертеброгенной радикулопатии (33%), и поражается в основном корешки L3, L4, L5 и S1.

## ПРЕДИСПОЗИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ф.И.О.: первый автор Хайдаров Хусан Анварович соавтор Аскарлов А Каршиева Д

*Ташкентская Медицинская Академия*

**Введение:** По данным многочисленных авторов, несмотря на достигнутые в течение последних десятилетий успехи в лечении эпилепсии, количество фармакорезистентных пациентов, несмотря на достигнутые значительные успехи в диагностике и лечении больных эпилепсией в целом, за последние 10 лет сократилось только на 4%, а у 25-30% по-прежнему не удается получить достаточного контроля припадков с помощью консервативной терапии (Карлов В.А., 2010а; Kwan P, Brodie M.J., 2000; Броди М., 2005; Mohanraj R, Brodie M.J., 2005).

**Цель исследования:** Изучение predispositional факторов резистентности к лечению у больных с фармакорезистентной эпилепсией.

**Материалы и методы:**

Исследовано 40 больных с эпилепсией. Из них 20 больных с ФРЭ (1 группа), 20 больных с ЭЭГ (2 группа). Результаты исследования. Ведущую роль в развитии ФРЭ имела родовая травма, у 45% больных, в группе с КЭ она диагностирована у 17 пациентов (21,3%) ( $p < 0,01$ ). Указание на черепно-мозговую травму в качестве причины развития эпилепсии в первой группе встретилось у 18 пациентов (22,5%), во второй группе - у 12 (15%) обследованных ( $p > 0,05$ ). Большой удельный вес в группе с КЭ (51,25%) имело отсутствие точно установленных этиологических фактов, было выяснено, что большинство наблюдаемых были рождены в I родах (22,5%), что говорит о повышенном травматизме первых родов для плода ( $p < 0,01$ ). В группе с ФРЭ, данный показатель составил 10% и 7,5%, соответственно. До возникновения эпилептических приступов фебрильные судороги у больных с ФРЭ зарегистрированы у 36 (45%) пациентов, в группе с КЭ у 10 (12,5%) обследованных ( $p < 0,01$ ). Парасомнии (ночные страхи, снохождение, сноговорения) в анамнезе выявлены у 16 (20%) больных с ФРЭ, в группе с КЭ - только у 8 (10%) пациентов ( $p < 0,05$ ). Отягощенная наследственность по эпилепсии отмечалась у 8 (10%) больных в группе с ФРЭ, у 6 (7,5%) человек с ФРЭ ( $p > 0,05$ ).

**Выводы:** Таким образом, наиболее значимыми predispositional факторами развития резистентного эпилепсии могут быть: травма, нейроинфекции, наличие фебрильных судорог и парасомний в анамнезе.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ С НАЛИЧИЕМ МИОПИИ ИЛИ РИСКОМ РАЗВИТИЯ МИОПИИ

Абдикаримов Султанбек Куанышбай., Эгамбердиева Саида Мамаджановна

*Ташкентской медицинской академии*

**Область исследования:** Общественное здравоохранение и медицинская информатика

В настоящее время в мире современных технологий проблема миопии становится весьма актуальной, в особенности среди молодежи. Так, по данным отчета из Global scientific meeting on myopia, которое проходило в Сиднее 16-18 марта 2015 года, к 2050 году распространенность миопии в мире достигнет 52% от населения Земли. В начале нынешнего столетия термин «качество жизни» стало всё чаще упоминаться в научных работах, вернее - «КЖ, сплоченное со здоровьем» (HRQOL – health related quality of life). В связи с высокой актуальностью данной проблемы было проведено исследование КЖ у молодежи с миопией или риском миопии в виде опроса в сети интернет.

**Цель работы:** Оценить качество жизни молодых людей с наличием миопии или риском развития миопии по данным стандартных опросников и разработать меры профилактики для охраны зрения.

**Методы:** Учитывая массовость использования смартфонов и наличия повсеместного доступа интернету у 95% молодых людей, было проведено исследование КЖ в виде опроса в сети интернет. Опрос состоял из 15 вопросов, включающих информацию о состоянии здоровья в целом, оценке качества зрения респондентов, а также об осведомленности и соблюдении молодыми людьми рекомендаций врачей-офтальмологов. При проведении исследования было опрошено 200 лиц в возрасте от 15 до 35-38 лет.

**Результаты:** Было определено процентное соотношение молодых людей, соблюдающих рекомендации врачей-офтальмологов (расстояние между глазами и дисплеем не менее 30 см, перерывы через каждые 30 минут и т.д.) при использовании различных гаджетов и книг. Из опрошенных 200 респондентов - 64% признают, что имеют проблемы со зрением, но при этом только 40% используют коррекцию с помощью очков или контактных линз. 33% опрошенных проводят за дисплеями гаджетов в сутки 3-5 часов и 32,5% респондентов по 6-7 часов в сутки.

**Следующий показатель** - это соблюдение рекомендаций врачей. Так по данным опроса - 66% процентов респондентов не соблюдают, но знают об их необходимости. А 15% из опрошенных не знают о рекомендациях, но намерены соблюдать их.

**Выводы:** Проведенный опрос показывает, что качество жизни у молодых людей может ощутимо снижаться, т.к. молодежь подвержена высокому риску развития или прогрессирования существующей миопии из-за нерационального использования различных гаджетов. К тому же, большая часть молодежи не соблюдает рекомендации врачей, что свидетельствует о необходимости пропаганды здорового образа жизни и соблюдении правил пользования смартфонами и компьютерами. Для профилактики снижения зрения и прогрессирования миопии рекомендовано соблюдение режима зрительной нагрузки и регулярное обращение к офтальмологу для проверки зрения.

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ТРИГГЕРЫ НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Абдумаликова Ф.Б. Абдумаликова Ф.Б.

*Базовый докторант ТМА по специальности Терапия*

Введение. На протяжении последних десятилетий четко определилась актуальная проблема в лечении пациентов, такая как приверженность, означающая соответствие поведения пациента рекомендациям врача. Она включает в себя прием препаратов, изменение образа жизни, которые влияют на эффективность лечения пациентов согласно современным медицинским стандартам (WHO: Adherence to long-term therapies, evidence for action; Geneva, 2003). Рассматривая причины низкой приверженности к лечению, необходимо оценивать личностные особенности пациента, которые могут быть одной из причин этого явления. Изучение приверженности к лечению больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с психосоматической точки зрения предусматривает анализ психологических особенностей пациента, структуры коморбидных тревожно-депрессивных состояний (ТДС) и влияние данных факторов на степень приверженности.

Цель исследования. С целью выявления определённой взаимосвязи между психоэмоциональным статусом и уровнем комплаентности проведен сравнительный анализ степени приверженности к основной терапии пациентов с ИБС в зависимости от наличия и выраженности сопутствующих ТДС.

Материалы и методы исследования. В целях выявления социально-психологической характеристики населения нами было проведено анкетирование среди 102 пациентов с установленным диагнозом ИБС, Стабильная стенокардия напряжения II-III ФК, обоих полов, возраст которых в среднем составил  $59 \pm 7,23$  лет. Определения степени приверженности у пациентов проводилась с помощью модифицированного опросника Мориски-Грина (MMAS-8-Item). Оценка уровня психоэмоционального статуса проводилась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии - HADS (A.S. Zigmond).

Результаты исследования. Анализ психоэмоционального статуса пациентов, страдающих ИБС показал, что у преобладающего большинства диагностировались комариные ТДС различной степени выраженности у 79 (77,4%) исследуемых больных. Среди пациентов у 29 (28,4%) диагностировали депрессию, из них 16 (15,6%) имели субклинически выраженную и 13 (12,7%) клинически выраженную. Также, 22 (21,5%) исследуемых пациентов с ССЗ были с тревогой, из них 19 (18,6%) с субклинически выраженной и 9 (8,8%) с клинически выраженной, а также у 28 (27,4%) больных была сочетанная ТДС. Оценка результатов исследования психоэмоционального статуса выявила достоверное преобладание субклинически выраженной тревоги и сочетания ТДС у пациентов с ИБС ( $p < 0,05$ ).

При обработке данных пациентов по опроснику по MMAS-8 был подсчитан суммарный балл, который в среднем составил  $3,28 \pm 0,94$  баллов, тогда как комплаентными считаются больные, набравшие 6-8 балла, что указывает на низкую степень приверженности кардиологических пациентов к основной терапии. Оценка психологических триггеров низкой приверженности пациентов, страдающих ИБС показала, что у исследуемых без ТДС уровень комплаентности составил  $3,42 \pm 0,86$  баллов, а у больных с сочетанием ТДС –  $2,83 \pm 0,82$  баллов. По сравнению с остальными пациенты с депрессией были самые не приверженные к фармакотерапии, степень приверженности пациентов снижалась в 2 раза и составила  $1,1 \pm 0,73$  баллов, тогда как у пациентов с тревогой он составил  $2,5 \pm 0,78$  баллов.

Выводы. Таким образом, следуя результатам исследования, можно утверждать, что уровень комплаентности соответствует реальной картине отношения людей к лечению и взаимосвязан с психоэмоциональным статусом личности пациентов. Так, наличия коморбидных сочетанных тревожно-депрессивных состояний и в особенности депрессии отрицательно влияет на приверженность пациентов, страдающих ИБС и ГБ, тогда как тревога у больных с ССЗ может повышать комплаентность к фармакотерапии.

## FEATURES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA HAVING DIABETES MELLITUS AND VASCULAR PATHOLOGY

Abdurakhmonova Q.B., Rakhimbaeva G.S., Olmosov R.SH

*Ташкентской медицинской академии*

Actuality. Chronic cerebral ischemia (CCI) which is caused by diabetes mellitus and vascular pathology is one of the common causes of cognitive impairment in patients.

Purpose of the study was to study features of cognitive impairment in patients with chronic cerebral ischemia having diabetes mellitus (DM) and vascular diseases (VD) for prevention of cognitive impairment depending on the etiology and occurrence.

Materials and Methods. A neuropsychological study was conducted in patients of the neurological department of the Tashkent Medical Academy. 40 patients were chosen for the study (24 women and 16 men) with CCI, whose average age was  $68.6 \pm 1.3$  years. Patients were divided into two groups of patients: the first group - patients with diabetes mellitus type 2 - 20 people (11 women, 9 men), the second group - patients suffering from vascular pathology (atherosclerosis, arterial hypertension) - 40 people (13 women, 7 men). Mini Mental State Examination (MMSE) and Clock Drawing Test (CDT) were used to assess the cognitive function.

Results. When analyzing the results of the MMSE scale in patients of first group total score was  $22.56 \pm 0.3$ , which corresponds to dementia mild severity. The total score was  $25.62 \pm 0.4$  in the second group, which indicates mild cognitive impairment. Average score in the first group patients were significantly lower than second group ( $p < 0.01$ ). Among patients with CCI suffering from DM, severe dementia was not detected, 12% patients with moderate dementia, mild dementia was diagnosed in 26 % of cases, mild cognitive impairment was observed in 40% of patients in this group. 78% of patients with DM was observed disturbances in cognitive status. In the second group severe dementia was also not detected, moderate dementia was determined in 8% patients in this group, in 18 % of cases revealed mild dementia. Mild cognitive impairment were observed in 36 % of patients in this group. In the second group 62 % patients were with cognitive impairment. Results of CDT revealed that the average score in the 1st group was  $5.24 \pm 0.4$ ; in the second -  $6.36 \pm 0.2$ . Analysis of the results on the CDT and MMSE scale showed disturbances of higher cortical functions significantly more expressed in the first group ( $p < 0.01$ ).

Conclusion. CCI in patients with diabetes mellitus type 2 occurs with more severe cognitive impairment than in the group of patients with CCI having VD(atherosclerosis, arterial hypertension). Diagnosis of cognitive impairment in patients with chronic cerebral vascular pathology, especially in patients with DM type 2 using various types of neuropsychological testing is important for an earlier treatment.

## EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

Abdurakhmonova Q.B., Nazarova J.A., Olmosov R.SH

Actuality. For each patient with vascular disease of brain, not only cerebral hemodynamic indicators, the disappearance or reduction of complaints are important, but also overall satisfaction with their lives, consisting in activity, intellectual ability, sexual and emotional satisfaction, concentration, to make decisions, to keep the perception alive.

Purpose of the study was to define features of quality of life(QOL) in patients with chronic cerebral ischemia(CCI).

Materials and Methods. 38 patients with CCI-18 men and 20 women are examined. The age fluctuated from 50 to 75 years. All patients were divided into 3 groups depending on duration of the disease: the first - 12 people - had diagnosis with CCI no more than 5 years, the second group consisted of 14 people had diagnosis with CCI 5 to 10 years and the third group -12 people- according to the anamnesis more than 10 years. SF-36 questionnaire was used to assess QOL. The SF-36 has eight scales: physical functioning (PF), role physical (RP), bodily pain (BP), general health (GH), vitality (VT), social functioning (SF), role emotional (RE), and mental health (MH).

Results. Results of evaluation of quality of life of patients with CCI are given in the table

Table.

Quality of life at patients with chronic ischemia of a brain ( $M \pm m$ ).

SF-36 scale	Groups		
	First group	Second group	Third group
GH	66,4±2,8	72,4±1,2	62,2±2,6
PF	62,6±0,6	78,2±2,4	60,2±1,5
RP	70,0±4,6	78,2±2,8	66,1±1,1
RE	68,4±0,6	76,2±1,8	64,4±1,0
SF	44,6±2,0	49,4±2,2	42,6±2,2
VT	66,8±3,6	70,5±1,6	66,7±0,6
MH	72,4±2,6	78,4±1,8	68,4±1,1

At all patients of the first group the quality of life was estimated as «below an average». A physical component of QOL of patients was significantly not broken. In the second group was gradual decrease in physical operability. The QOL of these patients was estimated as an average. At the third group of patients with CCI was decrease in physical activity, fast fatigue and irritability were noted. These patients have taken regularly sedative medicines. The quality of their life was also estimated as «below an average».

Conclusions. Features of QOL in patients with CCI depend on duration of the disease. The QOL of patients with the anamnesis of a disease less than 5 years was defined as below an average. However, its indicators increased in lasting disease from 5 to 10 years, and at the long duration of CCI the QOL decreased. Increase at indicators of QOL in patients of the second group in comparison with the first can be explained with the beginning of active treatment. The subsequent falling of these values can be connected with more active progression of the disease in later periods

## ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ПУТЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ

<sup>1</sup>Лебедев И.А., <sup>2</sup>Алекберов Р.И., <sup>3</sup>Яниева Ю.С., <sup>4</sup>Карпова А.А., <sup>5</sup>Ренев Я.Н.,  
<sup>6</sup>Жилибина Ю.С., <sup>7</sup>Тяпкин А.В., <sup>8</sup>Соловьева Е.Н.

1ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, д.м.н

2,3,4,5,6,7,8ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, студент 4,5,6 курса

Введение: В настоящее время существует множество причин нарушения сухожильных рефлексов, но не до конца установлена взаимосвязь этого явления с такими факторами, как патологии позвоночного столба, стресс-реакции. Кроме вышеперечисленных факторов, к таковым можно отнести и ношение неправильной обуви, что особенно распространено среди женской половины молодого поколения.

Цель: Комплексная оценка данных, полученных в результате проверки сухожильных рефлексов, установление связи возможного нарушения с такими факторами, как вертеброневрологические заболевания, неправильная обувь, антропометрические показатели, а также стресс.

Материалы и методы: Объектом исследования явились 150 студентов, среди которых 90 студентов Тюменского ГМУ и 60 студентов Тюменского ИУ, в возрасте от 17 до 32 лет. Среди них 89 лиц женского пола, 61 – мужского. Из исследуемых 27 лиц женского пола носили неправильную обувь, у 18 их них имеется сколиоз. В результате сбора анамнеза установлено наличие остеохондроза у 11 студентов в возрасте от 26 до 32 лет. Был определен тип телосложения по эпигастральному углу. Также была осуществлена проверка артериального давления методом Короткова. Далее была осуществлена проверка коленного и ахиллового рефлексов.

Результаты: При определении типа телосложения, 98 человек – астеники, 52 – нормостеники. При определении АД методом Короткова, у 45 – повышенное давление (в среднем 135/90 мм.рт.ст.), у 73 – норма (в среднем 120/70 мм.рт.ст.), у 32 – пониженное (в среднем 90/65 мм.рт.ст.). При оценке глубоких рефлексов у 10 человек в возрасте до 20 лет нормостенического типа с пониженным давлением, по 4 – балльной шкале показатель коленного рефлекса равен 1 баллу (снижен), ахилловый - 1балл. В эту группу также входили исследуемые, которые носят неправильную обувь и имеющие и имеющие сколиоз. У 14 лиц старше 20 лет нормостенического типа с пониженным давлением коленный – 1 балл, ахил-

ловый – 0 баллов (отсутствует). Из них у 11 был отмечен остеохондроз. У 8 лиц до 20 лет астенического типа с пониженным давлением коленный – 2 балла (средний), ахилловый – 1 балл. Показатель ахиллового и коленного рефлексов 46 астеников с нормальным давлением – 2 балла. Наибольший показатель – у 30 астеников до 20 лет с повышенным давлением, где показателем коленного рефлекса – 3 балла (оживлен), ахилловый – 3 балла. У тех студентов, которые находились в момент проверки рефлекса под влиянием стресса, глубокие рефлекссы проявлялись слабо.

Выводы: У обследованных людей, имеющих вертеброневрологические нарушения, а также пониженное артериальное давление, нарушены глубокие сухожильные рефлекссы. Причиной нарушения рефлекторного ответа у обследованных также явилось ношение неправильной обуви, что повлекло за собой патологические изменения в позвоночнике. В свою очередь у молодых людей без нарушений в позвоночном столбе, но с повышенным давлением и худощавым телосложением отмечается самый больший показатель. В результате обследования была установлена связь снижения сухожильных рефлекссов с пониженным АД, вертеброневрологическими заболеваниями. Также была выяснена причина повышения сухожильных рефлекссов, обнаружена связь гиперрефлексии с антропометрическими показателями, повышенным АД. Выявлено негативное влияние ношения неправильной обуви на сухожильные рефлекссы и функциональное состояние организма. Следовательно, по сухожильным рефлекссам можно сделать предположение о наличии вышеуказанных заболеваний

## **АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

Алиева К.К., Хикматова Н.

*Ташкентской медицинской академии*

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием эрозивного симметричного полиартрита в сочетании с системным иммуновоспалительным поражением внутренних органов. Ранний ревматоидный артрит (РРА) – условно выделяемая клиничко-патогенетическая стадия РА с длительностью активного синовита не более 1 года. Хотя основным иммунологическим маркером РА, входящим в его критерии, является ревматоидный фактор (РФ), однако в первые 3 месяца заболевания РФ выявляется лишь у 30% больных, а в первый год – только у 45%. В связи с этим для лабораторной иммунологической диагностики РРА исследуются новые серологические маркеры, представляющие собой антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП).

Целью данного исследования явилось изучение значения АЦЦП в диагностике и прогнозировании течения РРА.

Материалы и методы: обследовано 40 больных РРА (из них 30 — женщин, средний возраст —  $43,0 \pm 5,1$  года) до начала базисной терапии. Длительность болезни составляла в среднем  $10,4 \pm 3,2$  месяца. Для характеристики активности РА использовали шкалу активности болезни DAS28. Оценивались показатели гемограммы, СОЭ, С-реактивного белка (СРБ). В сыворотке больных исследовалась концентрация АЦЦП и РФ. Для выявления АЦЦП использовали метод иммуноферментного анализа. Анализ проводили с помощью тест-системы DIASTAT (Axis Shield, Великобритания) в соответствии с инструкцией производителя. Положительным результатом выявления антител считалась концентрация АЦЦП в сыворотке больше 5 Ед/мл. Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с помощью программной системы «STATISTICA for Windows (версия 5.5)».

Результаты: у большинства пациентов (29 человек 72,5%) активность была высокой ( $>5,1$  балла), умеренная ( $>3,2 \leq 5,1$  балла) наблюдалась у 11 человек (27,5%). Среди обследованных 26 человек (65%) были положительными по РФ, 32 (80,0%) — по АЦЦП. Выявлена достоверная положительная корреляционная связь между уровнями АЦЦП с одной стороны, и СРБ ( $r=+0,36$ ), ВАШ ( $r=+0,32$ ) — с другой, а также между уровнем АЦЦП и шкалой DAS28, включающей в формулу СОЭ ( $r=+0,25/+0,34$ ). Корреляционная связь между титром РФ и всеми степенями активности заболевания была слабой ( $<0,30$ ). Средний возраст АЦЦП (+) больных составлял  $48,5 \pm 7,1$  года. Частота выявления системных проявлений была более высокой у больных с АЦЦП(+) вариантом болезни (у 13 больных, 32,5%).

Выводы. Таким образом, наличие АЦЦП ассоциируется с более высокой активностью РА в дебюте заболевания и значительно более частым развитием внесуставных проявлений по сравнению с АЦЦП (-) пациентами. Уровень АЦЦП более значимо, чем титр РФ, коррелирует с активностью РА по индексу DAS28. То есть определение АЦЦП может быть полезным не только для ранней диагностики ревматоидного артрита, но и для прогноза тяжести заболевания, а так же развития системных проявлений РА.

## **ЎПКАНИНГ MDR/ТБ ФОРМАСИ БИЛАН ДАВОЛАНАЁТГАН БЕМОРЛАРДА НОЪЖУЯ ТАЪСИРЛАРИНИНГ ХАРАКТЕРИ**

Джурбаева М.Х., Анварова Е.В., Бабамадова Х.У., Рахманов Ш.А.

*РИФваПИАТМ 2- терапия бўлими мудири*

Дозарблиги : Туберкулёз билан кассалланиш XXI-асрда ҳам энг хавфли даражада турибти. Кассалик қўзғатувчисини кўп дориларга чидамли шакиллари шакилланиши инсониятни алохида хавотирга солмоқда. MDR/ТБ касаллигига чалинган беморларга химия терапия самарадорлиги пастлиги туберкулёз билан кассалланиш ва ундан улиш холатлари ни купайтирувчи омил хисобланади, ва бутун дунё ахолисига жиддий хавф солади.

Максад: Ўпканинг MDR/ТБ билан касалланган беморларда ноъжўя тасирлар характери ва уларни кузатилишини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: 2016 – 2017 йилларда Тошкент шахрининг РИФ ва ПИАТМ базасидаги 2 фтизиотерапевтик бўлимида DOTS – PLUS дастури бўйича даволанган 239та MDR/ТБ беморлар назоратда бўлди. Текширилган беморлар орасида эркаклар -142( 59,4%), аёллар- 97(40,6%)ташкил қилди. 16дан 70 ёшгача бўлган беморлар ( ўртача ёши  $35,2 \pm 1,2$ ) ўрганиб чиқилди.

Туберкулёзни клиник шакллар ичида: инфильтратив - 127 (53,1%), ўчокли туберкулёз - 20 (8,4%) ва ўпка туберкулёзи - 3 (1,3%)ни ташкил қилди.

Натижа ва муҳокамаалар: Интенсив полихимиотерапия натижасида - 106(44,4%) беморларда турли ноъжўя таъсирлар кузатилди. Туберкулёзга қарши дориларни қабул қилганда аниқланган ноъжўя таъсирларнинг умумий сони 319та ни ташкил этди. Битта беморга ўрғача 3та дан ноъжўя таъсир тўғри келади. Уларнинг ҳаммасини ошқозон-ичак йўлида - 138(43,2%), марказий асаб тизимида - 73(21,9%), модаллар алмашинуви буйича - 62(19,4%), ва терида - 46(14,4%) ни эканлиги аниқланди.

75та беморларда ноъжўя таъсирлар бартараф этилди, 31(29,3%) беморларда ноъжўя таъсирларни бартараф этиш удалланмади, булардан ошқозон-ичак йўли томонидан - 10(32,2%), модаллар алмашуви - 14(45,2%) ва марказий асаб тизими томонидан - 7та (22,6%) бемор ташкил килади.

Беморларда кузатилган 319та ноъжўя таъсирлар: циклосерин ва протионамидга - 18,1% пиразинамидга 17%, этамбутолга-11,8%, левофлоксацинга - 8,3%, капреомицинга - 6,3% ва ПАСК препаратига 7,8%ни ташкил этди.

Ноъжўя таъсирларни бартараф этиш самарасиз бўлганлиги сабабли цикласерин, протионамид, ПАСК препарати билан даволаш 31та (29,2%) беморларда тўхтатилди.

Хулоса: Ноъжўя таъсирларни ривожланиши беморда яшаш сифатини ёмонлашувига ва доволанишига ишончини қайтариш олиб келади, бу эса самарасиз даволаниш ва касалликни узок муддат кетишига сабаб бўлади.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ**

Асанбекова А., Кимбилетова Т., Орозалиев И.

Руководитель: к.м.н., доцент Куватова Д.О.

*Ташкентской медицинской академии*

Введение. Сейчас весь мир находится на этапе всеобщего устранения кори, в рамках программы Всемирной организации здравоохранения. Несмотря на все мероприятия, проводимые в ликвидации кори данная инфекция все еще является актуальной проблемой в мире, и для Кыргызстана.

Цель исследования. Определить клинико-эпидемиологические характеристики течения кори в различных возрастных группах в период эпидемии кори (2014 г.) в Кыргызстане.

Материалы и методы исследования: Работа проведена на базе Республиканской клинической инфекционной больницы. В исследование было включено 125 больных корью в возрасте от 3 месяцев до 29 лет. В исследовании использованы стандартные методы диагностики (сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр и лабораторные исследования). Статистическая обработка материала была проведена с помощью программы SPSS 16.0.

Результаты исследования. Прирост заболеваемости корью в КР с 2011 г. по 2014 г. составил 125%.

Среди исследуемых преобладали дети - 74% (I группа) в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, среди которых невакцинированные составляли 48%. В группе взрослых (26%), все исследуемые были привитыми по календарю. Сравнение клинических проявлений между 2 группами показал: преобладание тяжелого течения кори и развития осложнений в I группе, достоверно частое возникновение острого стенозирующего ларинго-трахеита в группе детей, начинающегося в катаральный период как проявление кори и осложнения со стороны органов дыхания с развитием пневмонии, тогда как во II группе это осложнение ограничилось лишь развитием бронхита. В I группе чаще отмечались пятна Филатова-Коплика даже в период высыпания, более частые нарушения со стороны висцеральных органов. В катаральном синдроме выявлено достоверно частое развитие конъюнктивита в I группе, тогда как катаральные проявления кори - кашель, ринорея чаще отмечались во II группе.

Выводы: Таким образом, выявлена высокая восприимчивость к кори всех возрастных категорий, отмечена «классичность» течения со сменой периодов. А волнообразный подъем заболеваемости каждые 4-5 лет должны вызывать настороженность у врачей первичного звена и у родителей. Рекомендуется проведение санитарно-просветительных работ среди населения о важности вакцинации.

## **ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Аскарров Акмалжон Миртемир угли., Хайдаров Х.А

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение: Трудовая терапия - это организация целенаправленной деятельности больного, которая строится в условиях производственных отношений, свойственных обществу, и в которой решение лечебных задач достигается в процессе создания общественно полезного продукта. Исследование было проведено в 2018-2019 году в рамках реализации проекта «Трудовая реабилитация пациентов, совершивших общественно-опасные деяния как профилактика совершения повторных правонарушений».

Цель: выявление уровня трудового потенциала пациентов в динамике за 4 месяца.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 20 пациентов на базе психиатрического стационара для принудительного лечения специализированного типа Республиканской психиатрической клинической больницы города Ташкент. При проведении исследования первоначально все пациенты были разделены на две группы: первую группу составляли лица (13 человек) со средним реабилитационным потенциалом (РП), вторую группу составляли лица (7 человек) с низким РП. Средний возраст пациентов первой группы составил 35 лет, это лица, имеющие трудовой стаж (92,3% случаев) в сфере квалифицированного труда до поступления в стационар. Возраст пациентов второй группы составил 47 лет, 85,7% из них имели ранее трудовой стаж в сфере неквалифицированного труда. Исследование проводилось в два этапа: оценивался начальный уровень трудового потенциала, а через 4 месяца анализировались результаты эффективности трудотерапевтической программы. Результаты. В ходе проведения второго этапа исследования образовалась третья группа пациентов с высоким показателем уровня РП. Третья группа образовалась за счет первой группы (5 человек) и за счет пациентов второй группы (1 человек). У 6 пациентов (85,7%) из второй группы по-

высился реабилитационный потенциал с низкого на средний. У 8 пациентов (61,5%) из первой группы реабилитационный потенциал остался на прежнем уровне. За весь период применения трудовой терапии были достигнуты только позитивные изменения по большинству основных параметров.

Вывод. Применение чётких программ трудовой терапии с дифференцированным подходом к пациентам способствует изменению мотивов деятельности пациентов (с низших, эгоистически-утилитарных на высшие, альтруистические), росту его трудового потенциала, восстановлению его социальных связей и профилактике совершения ими ООД. Данный факт говорит о необходимости возрождения трудовой терапии, как одного из ведущих и эффективных направлений психосоциальной реабилитации.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ АССОЦИИРОВАННОЙ TORCH ИНФЕКЦИЕЙ

Атаева Д.Р., Хўжаниёзова М.Ю., Мадаминова М.Ш.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. В настоящее время сепсис остаётся одной из серьёзных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к увеличению числа больных и стабильно высокой летальности. Исследованиями последних лет показано, что сепсис – это клиническое проявление особого типа реагирования организма на повреждающий фактор, в роли которого чаще всего выступает бактериальная или грибковая флора, и выражающийся во взаимодействии системного воспалительного и противовоспалительного ответов с временным или устойчивым преобладанием одного из них. Наряду с этим в результате многочисленных исследований доказано, что у новорождённых далеко не последняя роль в нарушении адекватного иммунного реагирования принадлежит внутриутробному инфицированию.

Цель. Клиническое течение сепсиса у детей ассоциированной TORCH инфекцией.

Методы. нами было обследовано 49 больных детей сепсисом, ассоциированной TORCH инфекцией, в возрасте от 1 до 12 месяцев. 43,5% составили девочки, 56,5% - мальчики. Осуществлялось общеклиническое обследование и наблюдение больных детей сбор анамнеза. При обследовании детям проводилось определение специфических антител класса М и Gk таким вирусам, как Cytomegalovirus, Mycoplasma pneumonia, и Chlamidia pneumonia в сыворотках крови методом ИФА.

Результаты. Общая клиническая характеристика больных детей составлена на основе наблюдения за 49 детьми в возрасте от 1 до 12 месяцев. В ходе исследования выявлено, что частота инфицированности TORCH инфекциями при сепсисе у детей высока. У 76 % детей выявлено цитомегаловирусная инфекция, у 5% детей микоплазменная и у 26 % хламидийная инфекция. Ассоциирования инфекции выявлено у 43% детей. Наиболее высокий процент выявления отмечен для цитомегаловирусной инфекции (ЦМВ). При изучении клинического течения сепсиса у детей с персистенцией TORCH инфекциями, нами было выявлено, тяжелое и осложненное течение заболевания. По нашим данным у детей сепсисом при ЦМВ инфекции в структуре обследованных больные с поражением центральной нервной системы составили 49 (100%) детей, больные с поражением печени - 32 (65%), анемия у 41 (84%), поражение центральной нервной системы 36 (73%) детей. Поражение центральной нервной системы, гепатобилиарной, кроветворной системы и уrogenитального тракта - у 2 (8%) детей. У 33% детей сохраняются синдромы поражения печени в виде гипербилирубинемии и цитолиза. При сепсисе ассоциированной цитомегаловирусной инфекцией, у всех детей выявлены различные синдромы поражения центральной нервной системы, поражение гепатобилиарной системы, белково-энергетическую недостаточность. Однако, у больных, имеющих маркеры только цитомегаловирусной инфекции, было выражено значительно сильнее, по сравнению с больными без персистенции ЦМВ.

Выводы. TORCH инфекции в частности ЦМВ часто встречаются у детей больных сепсисом. Наличие в сыворотке крови иммуноглобулинов М и G TORCH инфекции утяжеляет течение сепсиса у детей.

## СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ВА ЮРАК ИШЕМИК КАСЛЛИГИ БИЛАН БЕМОРЛАР ХАЁТ СИФАТИНИ БАХОЛАШ

Ахмедова Д., Хасанова Н.А., Зубайдуллаева М.Т.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Сурункали обструктив упка касаллиги кенг таркалган касалликлардан булиб, атроф мухитни ифлосланиши, чекиш ва сурункали респиратор касалликлар окибатида келиб чиқади. Хозирги даврда ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда СУОК ни кенг таркалиши ва ўсиб бориши билан бирга, уни юрак ишемик касалликлари билан бирга келиши кузатилади. Сурункали ўпка обструктив касаллиги ва юрак ишемик касалликларининг ривожланишида хавф омилларидан чекиш касаллики ривожланиши ва клиник кечишига кечишига, беморларнинг хаёт сифат кўрсаткичлари галбий таъсир кўрсатади.

Хозирги даврда касалликнинг ижтимоий ахамиятини ва унинг юқори тарқалишини ҳисобга олган холда, касалликни СУОК билан беморлар хаёт хаёт сифатини баҳолаш учун саволнома, САТ тести кенг қўлланилади. САТ тест (Cronic Obstructive Pulmonary Disease –COPD), А (Assesment).

Тадқиқот мақсади: СУОК ва ЮИК билан бирга беморларни хаёт сифат кўрсаткичларини САТ тест орқали баҳолаш ва никотинга қарамлик даражасини Фагестрем тести орқали аниқлаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Касалхонада 42 ёшдан 74 ёшгача бўлган СУОК билан 22 бемор хуруж даврида текширилди. Беморларнинг ўртача ёши  $63.13 \pm 3.16$  ўлиб, умумий клиник текширувдан ташқари, барча беморлар ЭхоКГ, ЭКГ қон биохимик тахлили ва спирометрия текширувдан ўтказилди. СУОКнинг беморлар хаёт сифат кўрсаткичига таъсири САТ тести сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Сўровда йўтал, балғам ажралиши, хансираш, нафас қисилиши, жисмоний фаолиятини чеклови, уйқусизлик каби масалаларни қамраб олган 8 савол берилган. Хар бир жавоб 5 балдан баҳоланди. Тест натижалари қуйидаги схемага мувофиқ шарҳланди: Одан 10гача – СУОКни енгил таъсири: 11 дан 20 гача: ўртача, 21 дан 30 гача кучли ва 31 дан 40 гача – жуда кучли таъсир этади. Беморларни никотинга қарамлик даражасини Фагестрем тести орқали аниқланди. Тестнинг хар жавоби Одан 3 балгача баҳоланади ва уларнинг йигиндисини ҳисобланди. Тест жавоблари максимал 10 балл. ташкил этади. Текширувдаги беморларга икки гуруҳга бўлинган бў-

либ, 1-гурух –СЎОК билан оғриган юрак ишемик касаллиги бўлмаган 10та бемор ва 2 гуруҳда эса 14 беморда СЎОК билан бирга юрак ишемик касаллиги бор беморлар текширилди.

Олинган натижалар ва уларни муҳокама: СЎОК билан беморларнинг иккинчи гуруҳида ЮИК билан беморларда ўрганилган кўрсаткичларни яққол ўзгариши қайд этилди, бунда САТ тести сўровномасида ўртача балл  $22,5 \pm 2,12$  ташкил этади, бу эса СЎОКнинг беморларнинг хаёт сифатига кучли таъсир этишига мос келади. Беморларнинг биринчи гуруҳида ҳам САТ кўрсаткичларининг баллари ортиши кузатилди ва  $13,6 \pm 1,91$ ни ташкил этди, бу «СЎОКнинг беморларни хаёт сифат кўрсаткичларига ўртача таъсирини» кўрсатди. Беморларни никотинга карамлик даражасини Фагестрем тести оркал аниқланганда иккинчи гуруҳ беморлар 8-10 бал ва биринчи гуруҳдаги беморлар эса 4-5 балл билан бахоланди.

Шундай қилиб, текширувлар натижаси шуни кўрсатадики, никотинга карамлик даражаси СЎОК ва ЮИК касаллиги билан беморларда ифодаланган бўлиб, касалликни кечишига ва ривожланишида салбий таъсир кўрсатади. Шунингдек, САТ тести оддий ва самарали тест бўлиб, СЎОК билан беморларнинг хаёт сифат кўрсаткичларини баҳолашда ва СЎОК таъсирини ЮИК кечишига таъсирини баҳолашда самарали усул ҳисобланади.

## **БОЛАЛАРДА КЕЧАДИГАН ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИ ҲОЛАТИНИ ЎРГАНИШ**

Даминов Т.О., Муминова М.Т., Ашурова С.Б., Каримов Д.А.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Муаммонинг долзарблиги. Нормал микробиоценоз микроорганизмларнинг мураккаб бирлашмаси бўлиб, улар бир-бирининг хаёт тарзига таъсир қилади ва инсон организми билан доимий алоқада бўлади. Болалардаги ўткир ичак инфекцияларининг салбий таъсирлари туфайли эса ичак микрофлораси таркибида сифат ва миқдорий ўзгаришлар юзага келади. Бугунги кунда болалардаги юқумли касалликлар орасида ўткир ичак инфекциялари ўзининг тарқалганлиги, касаллик оғир шаклларининг кўп учраши ўлим кўрсаткичининг юқорилиги жиҳатидан педиатр амалиётида муҳим муаммолардан бири ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Болаларда кечадиган ўткир диареяларда ичак микробиоценози ҳолатини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва услублари. Тадқиқот материалли бўлиб Тошкент шаҳар 4-сонли юқумли касалликлар шифохонасида стационар даволанаётган 5 ёшгача бўлган 50 та бола олинди, уларда клиник-лаборатор текширувлар олиб борилди. Тадқиқотда клиник, вирусологик, бактериологик, серологик (ПЗР) усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Ўткир ичак инфекцияси билан касалланган болаларнинг ёш аспекти жиҳатидан 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар етакчи ўринни эгаллади. Улар 28 нафар бўлиб, жами касалланган болаларнинг 56% ини ташкил этди. 0 – 1 ёш оралиғидаги болалар 13 нафар (26%), 3–5 ёш оралиғидаги болалар 9 нафар (18%) эканлиги аниқланди. Диарея билан касалланган бемор болаларда йўғон ичак микрофлораси тадқиқоти натижаларидан маълум бўлдики, ўткир диареялар билан касалланган болаларнинг 34 нафарида (68%) касалликнинг ўткир даврида ичак микрофлорасида ўзгаришлар кузатилган. Бу ҳолат бифидобактериялар (6-7гача Ig-91%), лактобактериялар (5-6 гача Ig-87%), тўлақонли ичак таёқчаси (58%) миқдорининг камайишида намоён бўлди. Лактозаманфий таёқчалар (13%), гемолитик шакллар (20%) концентрациясининг ошиши, беморларнинг 21 нафарида (42%) шартли патоген микроорганизмлар (*Klebsiella*, *Proteus*, *Staph. Aureus*, *Enterococcus spp.*) қўшилиши ва ферментатив фаоллик бузилган ҳолатларда эшерихиялар пайдо бўлиши кузатилди. Аниқланган ўзгаришлар касалликнинг ўткир давридан оқ ичак дисбиозини ривожланишидан далолат беради: беморларнинг 11 нафарида (22%) микробиоценоз бузилиши дисбиознинг 2-даражасига ва 39 нафарида (78%) 3-даражасига тўғри келади. Ҳеч қайси бемор болаларда микробиоценоз бузилиши дисбиознинг 1-даражаси кузатилмади.

Аралаш этиологияли, яъни бактериял ва вирусли диареялар моноинфекцияга нисбатан оғир кечди ва узоқроқ давом этди. Бу бевосита вирус ва бактерияларнинг ўзаро таъсири натижасида организм иммунитетининг тушиши билан боғлиқ бўлиб, ҳазм қилиш ва сўрилиш жараёнларини ҳам издан чиқишига олиб келади. Буларнинг барчаси ичак микробиоценозининг бузилишига, шартли патоген микробларнинг кўпайишига ва иккиламчи бактериял асоратлар ривожланишига олиб келади.

Хулоса. Турли этиологияли ўткир диареяларда микробли ассоциациялар мувозанатининг бузилиши инфекция жараёнининг кечишига таъсир қилмай қолмайди. Организмнинг резистентлиги камайиши фонидан шартли патоген микрофлора ўзининг зарарли таъсирини амалга ошириши учун қулай шароит юзага келади, бу эса ўз навбатида давомий яллиғланиш жараёнига олиб келади.

## **РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ С УЧЁТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Бафоева З.О.

*Ташкентской медицинской академии*

Детский церебральный паралич (ДЦП) — заболевание центральной нервной системы, при котором происходит поражение одного (или нескольких) отделов головного мозга, в результате чего развиваются не прогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, а также речи и психики. Актуальным остается поиск и разработка эффективных программ реабилитации больных, способствующих более успешной социализации детей.

Цель исследования: определить эффективность разработанной программы комплексной реабилитации детей с ДЦП, составленной в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 80 детей с ДЦП в возрасте от 6 мес. до 12 лет, проходивших курс лечения в Республиканском центре социальной адаптации детей. Из них со спастической диплегией было 69,3%, с гемипаретической формой — 16,3%, с атонически-астатической формой — 9,2%, с гиперкинетической формой — 3,3%, с двойной гемиплегией — 1,9%. Основную группу составили 48 (59,9 %) детей, контрольную — 32 (40,1



%). Основная группа проходила 2 - 4 курса 3-недельного комплексного лечения в течение года. Дети контрольной группы лечились нерегулярно.

В комплексе реабилитационных мероприятий использовались физические упражнения (ЛФК), физиотерапевтические процедуры, медикаментозное лечение. Психолого-педагогическая реабилитация осуществлялась методами психологической и речевой коррекции посредством сенсорной терапии, талассотерапии, музыкотерапии.

Оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий путем определения степени функциональной зависимости ребенка от окружающих осуществлялась посредством разработанного интегративного показателя коррекции (ИНК).

Результаты исследования. Интегративный показатель коррекции (ИПК) двигательных нарушений среди детей всех возрастов основной группы составил 15,0 % против 1,9 % в контрольной, психических нарушений - 9,9 % против 5,9 %, нарушений психологического развития - 28,2 % против 7,8, речевых нарушений - 33,1 % против 14,5 %. ИПК детей, вошедших в основную группу, составил 21,6 %, что в 2,9 раза больше, чем в контрольной группе (7,5 %). Установлено, что реабилитационный потенциал детей с ДЦП обратно пропорционален их возрасту. Наиболее эффективно поддаются коррекции речевые нарушения и нарушения психологического развития. Коррекция психических нарушений наиболее сложна и имеет самый низкий коэффициент эффективности. Наиболее выраженная динамика отмечена в группах детей с ДЦП в форме спастического гемипареза и нижнего спастического парализа, умеренная среди детей с гиперкинетической и атонически-астатической формами заболевания. Среди детей со спастическим тетрапарезом динамика была низкой.

В результате проведения сравнительной характеристики уровня корреляции до и после выявлено усиление связи между двигательной активностью и речью ( $R = 0,78-0,84$ ), речью и психическим состоянием ( $R = 0,79-0,87$ ). Связь между двигательной сферой и уровнем психологического развития детей значительно снижается ( $R = 0,97-0,29$ ). Последний факт свидетельствует о том, что степень тяжести двигательного дефекта не является определяющим фактором в недоразвитии сенсорно-перцептивной деятельности. Дифференцированная в зависимости от возраста психолого-педагогическая реабилитация детей приводит к снижению зависимости психологического развития от двигательных нарушений, что во многом определяет успешность социальной адаптации ребенка. Также установлено, что интегративный показатель коррекции детей, занимавшихся по разработанной программе, в 2,9 раза выше, чем у детей контрольной группы.

Вывод. Таким образом, выполненные исследования показали, что предложенные комплексные программы реабилитации детей с ДЦП, а также способ оценки функционального состояния и эффективности реабилитации детей с ДЦП психоневрологического профиля доказали свою практическую значимость и могут быть рекомендованы к использованию в реабилитационных учреждениях.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В ОСТРОМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДАХ

Бердиева К.А., Даминова Х.М., Тадженов М.С., Жураев Б.Э.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Актуальность проблемы: Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из важнейших проблем современной медицины, среди которой особое место занимает легкая и средняя степень тяжести указанной патологии. В силу высокой распространенности (до 80 % всех госпитализаций по поводу ЧМТ) среди трудоспособного взрослого населения данный вид травмы представляет собой не только медицинскую, но и важную социальную проблему. Смертность от травм в большинстве стран стоит на втором месте после сердечно-сосудистых заболеваний (Степова Н.Н 1981). Каждый год в мире от черепно-мозговой травмы погибают 1,5 млн. человек, а 2,4 млн. человек становятся инвалидами; распространенность ЧМТ. Чаще всего ЧМТ встречается у людей молодого и среднего т.е. трудоспособного возраста.

Цель исследования: Оценить качество жизни больных с черепно-мозговой травмой легкой и средней степени тяжести в остром и раннем восстановительном периодах. Обследованы 20 больных (13 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 20 до 65 лет с легкой и средней степенью тяжести черепно-мозговой травмы. Все больные были обследованы по шкалам Цунга и Гамельтон. Оценка качества жизни исследовали при помощи опросника MOS SF-36.

Результаты исследования: Исследование эмоциональной сферы в остром и отдаленном периоде выявило легкий уровень депрессии 20% больных, высокую реактивную и умеренно выраженную личностную тревожность 36%. Оценка качества жизни снижена по всем шкалам опросника MOSSF-36. Корреляционный анализ показал зависимость оценки качества жизни от психоэмоционального статуса. В раннем восстановительном периоде продолжали сохраняться повышенный уровень депрессии, высокая реактивная и умеренная личностная тревожность, усилились субъективные и объективные проявления вегетативной дисфункции. Высокий уровень оценки качества жизни в остром периоде снижает риск развития психовегетативного синдрома в отдаленном периоде.

Выводы: В остром периоде черепно-мозговой травмы легкой и средней степени тяжести целесообразно использование диагностического опросника MOSSF-36, что позволит данной категории пациентов прогнозировать уровень социальных и психо-эмоциональных составляющих оценка качества жизни.

## ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Д.Г.Иргашева, С.А.Китьян, Н.Д.Касимова, З.В.Юнсова, М.М. Бобоев, Р.Н. Юлдашев

*Андижанский Государственный медицинский институт*

Цель работы: Целью исследования была оценка клинической эффективности и безопасности нового ингибитора АПФ амприлана.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 20 пациентов, госпитализированных по поводу гипертонической болезни 2 стадии 14 чел. и 3 стадии 6 чел. Длительность заболевания составляла в среднем  $8 \pm 2$  лет. Из них у 7 пациентов была диагностирована сопутствующая ИБС, в том числе перенесенный инфаркт миокарда у 6 чел., 3 чел. перенесли инсульт, 3 чел. имели клинические проявления гипертонической энцефалопатии, у 4 чел. был сахарный диа-

бет. Все пациенты до включения в исследование в течении не менее 6ти месяцев принимали гипотензивные препараты: эналаприл в суточной дозе 20 мг 6 чел., амлодипин в суточной дозе 10 мг 2 чел., диротон в суточной дозе 5 мг 4 чел., мочегонные 10 чел. (тиазиды в суточной дозе 25-50 мг 4 чел., индапамид в суточной дозе 2,5 мг 5 чел.), бетаблокаторы 5 чел. Средний уровень артериального давления в общей группе пациентов (измерено на приеме у врача в положении сидя, на правой руке) составил: САД 183,5±1,2 мм рт. ст., ДАД 94,3±2,3 мм рт. ст. Предшествующая терапия оценивалась пациентами самостоятельно по 10 балльной шкале (0 нет эффекта, 10 максимальный эффект), в среднем составила 3,3±0,8 балла. Для объективизации оценки терапии ряду пациентов выполнялось СМАД.

Результаты: Применяемая среднесуточная доза амприлана в течении 2 месяцев лечения составила у 8 пациентов 7,5 мг, у 4 пациентов 7,5 мг в первый месяц лечения и 15 мг во второй месяц лечения, у 8 пациентов 15 мг. Монотерапия амприланом оказалась эффективной только у 20% пациентов с умеренной гипертензией и без сопутствующих факторов риска и органических нарушений. 80% пациентов получали комбинированную терапию, что находится в соответствии с современными рекомендациями. При ее проведении использовались свободные комбинации препаратов: гипотиазид (12,5 25 мг), индап (2,5мг), атенолол (50 мг). Терапия сопутствующих заболеваний не претерпевала значимых изменений. Средний уровень АД при применении амприлана в общей группе пациентов в течение 8 недель снизился до 138,5±3,1 мм рт.ст. (САД) и 85,25±1,8 мм рт. ст. (ДАД). Терапия амприланом через 2 месяца после начала лечения была оценена пациентами как 8,9 ± 1,4 балла.

Заключение: Амприлан оказывает достаточный гипотензивный эффект у подавляющего большинства пациентов как при моно, так и при комбинированной терапии.

## **КАТТА ТЕННИСДА СПОРТЧИЛАР ЭРИШГАН ЮТУҚЛАРИДА ТЕМПЕРАМЕНТНИ АХАМИЯТИ БОРЛИГИНИ ТЕКШИРИШ**

Болтаева З.О.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Инсонларнинг ҳаёт ва иш фаолиятида уларнинг характери ва белгиларчи темпераментлар катта аҳамиятига эга. Психологларнинг фикрича, боланинг темпераментига қараб унинг нафақат касбга йўналиши, балки қайси спорт турини танлаш кераклиги лозимлигини айтиш мумкин.

Темпераментнинг тўртта асосий типи бўлиб; холерик, сангвиник, флегматик ва меланхолик. Сангвиниклар -қувноқ, тиришқоқ, шўх, меҳрибон. Улар муҳитга тез мослашади. Хамма спорт тури мос келиши мумкин. Кўпинча актив спорт турини танлашади. Холериклар – кучли, чаққон, жиззаки, ҳаракатчан. Жуда фаол ва ишчан бўлишсада, сабр тоқат талаб қиладиган вазиятларда қийналишади.Уларга гуруҳли ўйинлар ва фаол спорт турлари тўғри келади. Флегматик - вазмин, камҳаркат бўлиб, кўникмаларни секин ўзлаштиришади, лекин пухта ўрганиб олади. Тезкор бўлмасалар ҳам қатъийлик, ирода ва сабр тоқатли ишларда флегматик устун туради. Уларга интеллектуал спорт турлари тўғри келади. Меланхолик - ғамгин, маъюс, журъатсиз,тушқунликга тез берилувчи бўлишади. Буларга ҳаракатли ўйинли спорт тури мос келади.

Текшириш мақсади: спортчиларни темпераментини аниқлаб, уларни қайси бири мусобақаларда юқори натижаларга эришганликларини солиштириш.

Текшириш усули: Г.Айзенкнинг болалар сўровномаси асосида темперамент типини аниқлаш тести.

Текшириш натижалари: Республика Олимпияда захиралари теннис мактабида 32 та болаларда Г.Айзенкнинг болалар сўровномаси асосида темперамент типини аниқлаш тести ўтказилди. Уларнинг 18 та қиз (56%), 14 та ўғил (44%), ёши 10 ёшдан -15 ёшгача. 32 та боладан Холерик - 8 та (25%) , Сангвиник-9 та (28%), Флегматик -13та (41%) , Меланхолик-2 та (6%) ни ташкил этади. Бу спортчиларнинг эришган ютуқларига қараб натижалари: Холериклардан 3 та (37.5%) таси юқори натижа, 3та (37.5%) яхши натижа, 2 (25%) та ўрта натижа; Сангвиниклардан 6 та(67%) юқори натижа, 3 та (33%) яхши натижа; Флегматиклардан 7 та (54%) юқори натижа, 4та (31%) яхши натижа, 2та (15%) ўрта натижа; Меланхоликлардан 1 та (50%) яхши натижа, 1 та (50%) ўрта натижа.

Хулоса: Бу текширишга асосланиб катта теннисда сангвиник ва флегматик темпераментига мос бўлган болалар кўпроқ юқори натижаларга эришиши мумкин.

Тавсия:Спортчининг юқори натижаларга эришишида унинг жисмоний имкониятлари билан биргаликда темпераментини ҳам ҳисобга олиш лозим. Бунинг учун спортчини ота-онаси, мураббийси ва психолог бирга ишлашлари тавсия этилади.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭЛЕКТРОМЕХАНОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ**

Болтаева Н.Р., Высогорцева О.Н.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Цель исследования: оценить эффективность комбинированной электромеханотерапии с применением реабилитационного оборудования для позвоночника Nuga-Best (Ю.Корея) у больных с центральной формой анкилозирующего спондилоартрита (АС).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 больных мужчин с верифицированным диагнозом анкилозирующий спондилоартрит центральная форма в возрасте от 28 до 48 лет, проходившие курс восстановительной терапии в отделении физиотерапии 1-й клиники Ташкентской медицинской академии. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 15 лет. Кроме болевого синдрома и утренней скованности в клинической картине заболевания были зафиксированы ограничения объема активных экскурсий позвоночника в шейно-грудном и поясничном отделе – у 92%, уменьшение экскурсии грудной клетки – у 76%. У всех пациентов было отмечено уменьшение значений пробы Шобера по сравнению с нормативными показателями (2,98±0,23 см против 5,83±0,19 см соответственно, p<0,05).

В зависимости от программы реабилитации больные были разделены на 2 группы (основную n=37 и контрольную n=23), сопоставимые по возрасту и клиническим формам заболевания. Все больные получали медикаментозную те-

рапию (противовоспалительного, анальгезирующего, миорелаксирующего действия) и посещали занятия лечебной гимнастики. В основной группе дополнительно больные получали процедуры на реабилитационном оборудовании для позвоночника Nuga-Best, представляющем собой устройство, предназначенное для обеспечения релаксационной терапии мышц и суставов с помощью вибрационного массажа, вытяжения и электромагнитного воздействия на различные отделы позвоночника. Процедуры проводились ежедневно, продолжительностью 15 минут, курс лечения составлял 10 процедур.

В качестве критерия эффективности проводимых реабилитационных мероприятий была использована разработанная оценочная шкала, включавшая 8 пунктов, отражавших степень выраженности симптомов вертебро-неврологического синдрома (ВНС).

Результаты. 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  $2,98 \pm 0,23$  см до  $5,56 \pm 0,27$  см к концу цикла терапии ( $p < 0,05$ ) в основной группе, и с  $3,12 \pm 0,16$  см до  $5,11 \pm 0,14$  см соответственно в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

После проведенного лечения на 10 день терапии в первой группе было отмечено уменьшение болевого синдрома у 91,1% и 66,7% 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% в основной группе и 72,4% контрольной ( $p < 0,05$ ). Объем экскурсий позвоночника восстановился у 67% больных 1-й группы, у 42% - второй. При проспективном наблюдении в течение года выяснилось, что в основной группе период ремиссии сохранялся в течение  $7,8 \pm 0,6$  месяца, тогда как в группе сравнения -  $4,3 \pm 0,8$  месяца ( $p < 0,05$ ).

Вывод. Таким образом, применение реабилитационного оборудования Nuga-Best у больных с центральной формой АС оказывает многофакторное воздействие, приводящее к снижению функциональной перегрузки позвоночника, способствует миорелаксирующему, болеутоляющему эффектам, увеличению объема движений в позвоночнике и экскурсии грудной клетки, пролонгирует клиническую ремиссию.

## ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Вахидова Г., Джемилова Э., Солиев Г.

*Самаркандский Филиал Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи*

Несмотря на достигнутые успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, ишемическая болезнь сердца остается главной причиной смертности в большинстве экономически развитых стран.

Целью данного исследования явилось изучить частоту развития реперфузионного синдрома при проведении тромболитической терапии больным поступившим с диагнозом ИБС. ОКС с подъемом сегмента ST.

Материал и методы исследования. Было исследовано 56 пациентов поступивших в отделение кардиореанимации с диагнозом: ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Из них 9 (16%) женщин, 47 (84%) мужчин.

Результаты. В первые 2 часа от начала болевого синдрома поступило 6 (10,7%) больных, впервые 4 часа 20 (38,7%) больных, в течении 6 часов 30 (53,5%) больных. ТЛТ проведена препаратом стрептокиназа 1 500 000 ЕД + физиологическим раствором 0,9%-200.0 в/в капельно. Больным также даны таблетки Клопидогрел 300 мг per os. Больным проведено ЭхоКГ в динамике, динамический контроль ЭКГ.

Больные находились на кардиомониторном наблюдении. Реперфузионный синдром наблюдался у 54 (96,4%) больных, который проявлялся следующими видами аритмии:

1. Синусовая тахикардия 12 (21,4%) больных
2. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия 8 (14,2%) больных
3. Пароксизмальная желудочковая тахикардия 10 (17,8%) больных
4. Мерцательная тахикардия 16 (28,5%) больных.

У 45 (80,3%) больных наблюдался снижение артериальное давление.

При уменьшении скорости инфузии и применении гормональных препаратов артериальное давление восстанавливалось.

У 2 (35%) больных в течение первых суток отмечался летальный исход, причиной являлось обширность поражения миокарда желудочков, а реактивный кардиогенный шок.

После проведения ТЛТ у 54 больных отмечался заметное снижение ST сегмента, купирование болевого синдрома, быстрая положительная ЭКГ динамика, объективное улучшение общего состояния больных.

Вывод: своевременное проведение тромболитической терапии у больных с острым коронарным синдромом оказывает благоприятное влияние на течение инфаркта миокарда, уменьшение обширности поражения миокарда, быстрое восстановление систолической функции миокарда левого желудочка, профилактика поздних осложнений инфаркта миокарда.

## ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОД ВЛИЯНИЕМ ОБЩЕЙ КРИОТЕРАПИИ

Гаитов Ш.А., Высогорцева О.Н.

*Ташкентской медицинской академии*

Введение. Метаболический синдром (МС) - это конгломерат факторов риска, которые связаны между собой и способствуют развитию таких патологий, как гипертоническая болезнь и атеросклероз. Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых патологий умирает 16 миллионов человек (ВОЗ, 2013). Важнейшей задачей восстановительной медицины остается поиск новых высокоэффективных методов профилактики, лечения и реабилитации с помощью воздействия естественными и преформированными факторами внешней среды. (Агаджанян Н.А., Быков А.Т., 2010) Общая криотерапия (ОКТ) - новейший физический метод лечения, основанный на 2-3 минутном циклическом экстремально холодом воздействием при температуре  $-145^{\circ}\text{C}$  на организм человека (Камека Д.Л., Федоченко А.А. 2010).

Цель: выявить влияние применения общей криотерапии (ОКТ) на уровень артериального давления (АД) у больных с начальными проявлениями МС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 44 человек с начальными проявлениями МС, у которых систолическое АД (САД) составляло  $148,7 \pm 3,1$ , диастолическое АД (ДАД) -  $97,7 \pm 2,8$  мм рт. ст., индекс массы тела (ИМТ) -  $28,7 \pm 3,6$ . Среди обследованных мужчин было 16 (35,2%), женщины 28 (64,8%). Средний возраст составил  $42,4 \pm 3,1$  лет. Все пациенты в зависимости от программы реабилитации были распределены на 2 группы (контрольная и основная), сопоставимые по полу и возрасту. Медикаментозная терапия не применялась. В контрольную группу вошло — 21 человек (9 мужчин и 12 женщин), в лечебный комплекс которых входила низкокалорийная диета и лечебная физкультура. Основная группа состояла из 23 (9 мужчин и 14 женщин), которым в однотипный лечебный комплекс дополнительно были включены процедуры ОКТ (10 сеансов через день, экспозицией до 3 минут, при температуре  $-120^{\circ}\text{C}$ ). Общая продолжительность лечения всех пациентов составил 20 дней. На протяжении всего лечения всем пациентам до и после каждой процедуры измерялось АД и частота сердечных сокращений (ЧСС).

Полученные результаты. Перед началом лечебных мероприятий обе группы существенно не отличались по уровню САД, ДАД, ЧСС и ИМТ. Контрольная группа (n=21): САД -  $148,8 \pm 3,0$ , ДАД -  $93,8 \pm 2,0$ , ЧСС -  $81,1 \pm 2,7$ . Основная группа (n=23): САД -  $146,9 \pm 3,1$ , ДАД -  $94,2 \pm 2,0$ , ЧСС -  $79,0 \pm 2,5$ . ИМТ в обеих группах составлял  $28,7 \pm 3,6$ .

По окончании курса лечения в обеих группах отмечались снижение АД, однако, в различной степени. В основной группе после процедур ОКТ АД снизилось на 11,5% ( $p < 0,05$ ) на 6-7 сутки, в то время как в контрольной группе – на 5,5% ( $p < 0,05$ ) на 8-9 сутки. ЧСС в обеих группах достоверно не изменилась. Опрос пациентов после проведенных процедур ОКТ показал, что никаких жалоб на самочувствие не было.

Вывод: Таким образом, наиболее выраженное снижение АД и коррекцию гемодинамических нарушений вызывает комплексная программа, дополнительно включающая циклические криотермические воздействия, что имеет важное значение при начальных проявлениях метаболического синдрома.

## COMPARISON OF IVABRADINE AND BISOPROLOL IN PATIENTS WITH ACUTE INFERIOR WALL MYOCARDIAL INFARCTION.

Gayupova Umida Xolmurot kizi, Rahimova M. E. Razikov A. R.

Tashkent Medical Academy, Department of Internal diseases № 3.

Background: Heart rate (HR) is a powerful predictor of mortality and heart failure (HF) in patients with acute myocardial infarction (AMI). Beta blockers are indicated myocardial infarction patients with high heart rates (HR) or left ventricular (LV) dysfunction but side effects can limit their use in appropriate dose such as arterial hypotension, bronchial asthma, especially atrioventricular (AV) blocks are biggest concern with their use in inferior wall myocardial infarction (MI). Ivabradine lowers heart rate with a lesser risk of AV blocks. This study compared ivabradine with bisoprolol in acute inferior wall MI in terms of feasibility, tolerability and efficacy.

Methods: During 2018 February to October, we conducted this pilot study on patients with acute inferior wall myocardial infarction (MI). Altogether 10 patients were treated with ivabradine as an additional therapy who had stable sinus tachycardia (A group) and 10 patients with bisoprolol (B group). Their heart rate (HR), blood pressure (BP), degree of diuresis, and overall clinical response were recorded before and after ivabradine therapy.

Results: We observed that both the drugs decreased the mean heart rate to  $62.22 \pm 2.95$  (group A) vs  $62.53 \pm 3.59$  (group B) beats per minute. A rise in systolic BP from 99–108 mm Hg and a rise in diuresis from 55 to 85 mL/h within the first 48 h in A group patients while B-group patients BP decreased. There were no significant differences in recurrent angina, readmission and tachyarrhythmias but more first degree AV blocks occurred with bisoprolol.

Conclusions: Ivabradine is well tolerated and equally effective as bisoprolol in acute inferior wall patients for lowering the heart rate with significant lesser risk of AV blocks and arterial hypotension.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАТЯЖНЫХ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

Гопурова Г.Ф.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальность. В настоящее время затяжные депрессии, являясь «своего рода вызовом психиатрии» (Riso L. P., Miyatake R. K., Those M. E., 2002), остаются объектом непрекращающихся дискуссий, а их исследование — одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Значительный интерес исследователей к этой проблеме не только возникает благодаря их широкой распространенности среди депрессивных состояний (30—35%) и высокому уровню психосоциальных нарушений у больных, страдающих длительными эндогенными депрессиями, но и обуславливается сложностью и нерешенностью многих спорных вопросов, связанных с их клинико- психопатологической неоднородностью, систематикой и нозологической оценкой.

Цель: провести клинико-психопатологический анализ затяжных эндогенных депрессий.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 35 больных с эндогенными депрессиями, находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице.

В соответствии с особенностями аффективных нарушений можно было выделить 7 основных синдромальных типов депрессий: меланхолический, адинамический, дисфорический, анестетический, тревожный, сенесто-ипохондрический и сложный тип депрессивных нарушений с галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими расстройствами. Депрессивные расстройства первых 5 типов, психопатологическая картина которых исчерпывалась в основном гипотимическими нарушениями или расстройствами энергического полюса, отличались в целом структурной простотой синдрома и незначительным полиморфизмом психопатоподобных и неврозоподобных проявлений, так что в ряде случаев состояние можно было характеризовать как мономорфное, в то время как депрессии последних 2 типов были столь полиморфны, что можно было говорить о большом синдроме. Неврозоподобные проявления, встречавшиеся в картине

депрессий описанных 5 типов, носили характер навязчивых страхов, ипохондрических опасений, навязчивых сомнений в правильности и завершенности своих действий, контрастных мыслей и, как правило, обнаруживали внешнюю связь с реальной ситуацией. Часты были жалобы больных на усталость, раздражительность, нередко они становились ворчливыми, обнаруживали невыносимость шума, яркого света и даже обычных разговоров окружающих.

Психопатологическая структура следующих 2 типов депрессий отличалась значительной сложностью и глубиной позитивных расстройств, полиморфизмом, выраженной атипией признаков, изменчивостью проявлений, что было связано с появлением в клинической картине болезни элементов, стоящих вне рамок облигатных депрессивных расстройств.

Вывод. В соответствии с особенностями аффективных нарушений можно было выделить 7 основных синдромальных типов депрессий: меланхолический, адинамический, дисфорический, анестетический, тревожный, сенесто-ипохондрический и сложный тип депрессивных нарушений с галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими расстройствами. Проведенный анализ показал большое сходство манифестных проявлений в клинической картине затяжной депрессии и стертых психотических расстройств, возникавших задолго до начала заболевания.

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОГЕННЫХ ТРЕВОЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ

Гопурова Г.Ф.

*Ташкентский Государственный стоматологический институт*

Актуальность. Настоятельная необходимость углубленного изучения проблемы депрессивных состояний, манифестирующих в юношеском возрасте, определяется, прежде всего, широкой распространенностью этих расстройств, трудностью распознавания этой патологии на ранних стадиях заболеваний и высоким суицидальным риском. Об актуальности проблем ранней диагностики, клинических проявлений, лечения, прогностической оценки и профилактики эндогенных тревожных депрессий свидетельствует большой объем опубликованной информации как в зарубежной, так и в отечественной научной литературе (Копейко Г.И. с соавт., 2007; Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Иванова Е.И., 2008; Zuckerbrot R.A. et al., 2007; Tsapakis E.M. et al, 2008; Rohde P., 2009). Однако, несмотря на это, недостаточно изученной остается проблема нозологической и синдромальной оценки эндогенных тревожных депрессий депрессий.

Цель: дать клинико-психопатологическую характеристику эндогенных тревожных депрессий.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 35 больных с эндогенными депрессиями, находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице. Применялся клинико-психопатологический метод исследования, для оценки тяжести депрессий – шкала Гамильтона.

Манифестации эндогенной депрессии предшествовал инициальный этап болезненных расстройств различной длительности (от 1 года до 6 лет), исчерпывавшийся усилением лабильности настроения и появлением неразвернутых аффективных, чаще сезонных, расстройств. Выраженность депрессивной симптоматики, оценивавшейся по Шкале Гамильтона на момент поступления больных в стационар, составляла в среднем 23,2 балла, при этом преобладали депрессии средней тяжести. Длительность депрессивного эпизода составляла, в среднем, 7,3 месяца. Среди преморбидных типов доминировали сенситивные шизоиды (32,1%), психастенические (29,0%) и гипертимные (18,7%) личности. При этом у всех больных отмечался относительно высокий качественный уровень преморбидного статуса (акцентуация характера). Для эндогенных депрессий было характерно выраженная атипия проявлений депрессивного синдрома по отношению к классической депрессии, диссоциацией признаков депрессивной триады и синдромальным полиморфизмом депрессивных нарушений с обсессивными, деперсонализационными, сенесто-ипохондрическими, психопатоподобными, бредовыми расстройствами с доминированием явлений «негативной аффективности».

Вывод. Длительные эндогенные тревожные депрессии являются нозологически неспецифичными и обнаруживают психопатологическую и клиническую неоднородность. Психопатологическая картина эндогенных тревожных депрессий характеризуются выраженной атипией проявлений депрессивного синдрома по отношению к классической депрессии, диссоциацией признаков депрессивной триады и синдромальным полиморфизмом депрессивных нарушений с усложнением психопатологическими расстройствами более глубокого уровня с доминированием явлений «негативной аффективности».

## PREVALENCE OF HEADACHES IN PATIENTS WITH EPILEPSY

Rakhmatullayeva G.K. Daminov D.Sh

*Tashkent Medical Academy*

Background: Epilepsy and headaches are common episodic and paroxysmal neurological disorders and relationship between this disorders still is poorly understood. Epidemiological studies have revealed that the two diseases are comorbid in a number of individuals

Purpose: The goal of this study was to estimate the frequency of headache occurrence in adult patients with epilepsy, to determine the temporal association of epileptic and migraine attacks.

Materials and methods: In this study we investigated 22 patients with confirmed diagnosis of epilepsy. The group consisted of 8 (36%) male and 14 (64%) female patients. The age of the patients varied from 14 to 55 years. The average age of the patients was  $24.5 \pm 9.3$  years. The average duration of the disease  $6.9 \pm 2.5$  Criteria for the diagnosis of epilepsy were based on clinical symptoms and electroencephalographic findings (EEG), neuroradiological methods such as magnetic resonance imaging of the brain (MRI) and questionnaires to determine clinical features of headache according to the criteria of the International Headache Society headaches were classified as: a) Migraine headaches; or b) Other, non-migraine headaches. The time of headache onset in relation to the epileptic attack was defined as: preictal; ictal; postictal; or interictal.

Results: In a group of patients with epilepsy, migraines and epilepsy were diagnosed in 6 (27.27%) two of them were diagnosed migraine with aura, 5 (22.76%) patients had epilepsy and other non-migraine headaches, while epilepsy without headaches was found in 11 (50%) patients. Out of the total number of patients suffering from epilepsy and migraines, 80% were females. Out of the total of 22 patients, 16 (72.7%) had a generalized type of seizure (with or without focal onset) and partial

seizures were found in 6 (27.27%) patients. Temporal association of epileptic and migraine attacks was found in 12 (54.5%) out of 22 patients with epilepsy and migraines. Five of them (22.76%) had preictal migraines while in 7 (31.8%) patients migraines occurred postictally. Preictal temporal association of a migraine and epileptic seizure was statistically significantly more common in patients with epilepsy and migraines than in patients with epilepsy and other, non-migraine headaches ( $p < 0.05$ ). Patients with postictal headaches more frequently suffered from non-migraine headaches associated with epileptic seizures (3 or 60%) than from 7 (31.8%)

Conclusion: The results of this study indicate that the prevalence of headaches associated with one third patients with epilepsy, while the prevalence of migraines in the same group was two times low. Postictal migraine headaches were present more often after generalized seizures compared with partial seizures. Migraines with aura are often preceded by a seizure. Preictal migraine headaches occurred significantly more often than other non-migraine headaches, but postictal migraine headaches occurred significantly less often than other, non-migraine headaches.

## ПАРАМЕТРЫ pH-МЕТРИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА И ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Джулай Т.Е.

*Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь, Россия  
к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии*

Введение. Развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и рефлюкс-эзофагита (РЭ) возможно как при гастроэзофагеальном (ГЭР), так и при дуоденогастроэзофагеальном (ДГЭР) типах рефлюкса, однако функциональные характеристики активности эзофагогастроуденальной зоны при преобладающем ДГЭР изучены недостаточно.

Цель. Исследовать у пациентов с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР (ГЭРБ-ДГЭР), параметры 2-часовой pH-метрии пищевода и электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ) в качестве функциональных предикторов развития рефлюкс-эзофагита.

Материалы и методы. Обследовано 56 пациентов (14 мужчин, 42 женщины) ГЭРБ 20-59 лет с типичным рефлюксным синдромом и РЭ разной степени выраженности. Явления ДГЭР установлены как минимум одним из диагностических приемов – выявлением при эндоскопическом исследовании окрашенного желчью рефлюксата или следов желчи на поверхности слизистой оболочки пищевода, значений pH в дистальном отделе пищевода от 8,0 ед. либо стойким привкусом горечи натощак и после еды. Двухчасовая pH-метрия пищевода и периферическая ЭГЭГ проводились на аппарате «Гастроскан-ГЭМ» (НПП «Исток-Система»).

Результаты. Проведение pH-метрии пищевода выявило наличие щелочного рефлюкса в 41 случае (73,2%). Натощак были зарегистрированы как типичные для ДГЭР значения pH свыше 8,0 ед. (17 человек – 30,4%), так и для ГЭР ниже 6,0 ед. (3 человека – 5,4%). В большинстве случаев (36 человек – 64,3%) pH варьировал в интервале нормальных значений 6,0-7,9 ед. Все пациенты со щелочной реакцией в пищеводе натощак отмечали утреннее ощущение горечи. В межприщеварительном периоде у 35 (62,5%) больных ГЭРБ-ДГЭР регистрировались «пики» pH со значениями свыше 8,0 ед. продолжительностью от 1-2 до 5-8 минут, интерпретируемые как эпизоды ДГЭР. Все эпизоды с характеристиками патологического ДГЭР регистрировались только в течение второго часа мониторинга. Выявленные кислые рефлюксы (4 случая – 7,1%) не соответствовали критериям патологического ГЭР.

У больных ГЭРБ-ДГЭР на уровне желудка натощак регистрировалась нормальная пейсмейкерная активность с числом биопотенциалов  $2,57 \pm 0,17$  в мин. Коэффициент ритмичности составил  $18,6 \pm 8,62$  и при этом отличался большой индивидуальной вариабельностью. Стимуляция со стандартной пищевой нагрузкой приводила к умеренному нарастанию биопотенциалов по частоте и амплитуде. Доля амплитуды желудочного ответа в суммарном потенциале составила  $28,4 \pm 3,79\%$ , отношение мощностей –  $32,0 \pm 7,59\%$ . Моторика двенадцатиперстной кишки характеризовалась снижением доли дуоденального компонента в суммарном биопотенциале до  $12,6 \pm 4,16\%$  с отношением мощностей  $2,7 \pm 1,03\%$ , частотой дуоденальных биопотенциалов  $10,9 \pm 1,34$  и коэффициентом ритмичности сокращений  $4,1 \pm 1,85$  в мин. Коэффициент электрофизиологической активности в зоне антродуоденального перехода составил  $34,1 \pm 9,26$ , в зоне дуоденоюнального перехода –  $0,42 \pm 0,14$ .

Обсуждение. Анализ уровня pH в дистальном отделе пищевода у больных ГЭРБ-ДГЭР свидетельствует, что как натощак, так и в постприандиальном периоде имеет место сочетание эпизодов патологического ДГЭР и непатологического ГЭР. Дискоординация пропульсивной активности характеризуется признаками умеренно выраженного гипокинеза желудка и двенадцатиперстной кишки и одновременным замедлением антродуоденальной и дуоденоюнальной пропульсии. Такая комбинация приводит к замедлению эвакуации пищевого химуса из желудка, маятникообразным, непропульсивным сокращениям двенадцатиперстной кишки, обеспечивая условия формирования как гастростаза, так и дуоденостаза, а также патологических желчных рефлюксов в желудок и пищевод.

Выводы. В развитии ГЭРБ и РЭ, ассоциированных с ДГЭР, патогенетическое значение имеет сочетание действия на слизистую оболочку пищевода рефлюксата смешанного состава и нарушений моторно-эвакуаторной активности эзофагогастроуденальной зоны в виде умеренно выраженного гипокинеза желудка и двенадцатиперстной кишки с преобладанием непропульсивной моторики в области антродуоденального и дуоденоюнального переходов.

## НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕВУШЕК С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Дильмуратова В.

Ожирение является серьезной медико-социальной проблемой. В настоящее время ожирение рассматривается в качестве одной из основных причин нарушений функции репродуктивной системы.

Цель исследования: определить зависимость нарушений гормонального фона от степени алиментарного ожирения

Нами обследовано 50 девушек с нарушением менструального (НМЦ) на фоне алиментарного ожирения и 30 практически здоровых подростков. Нарушение менструального цикла отмечено после значительной прибавки массы тела. Для диагностики наличия избыточной массы тела и ожирения применяли показатель индекса массы тела, который расчи-

тывали как соотношение массы тела (в кг) к квадрату роста (в м<sup>2</sup>) Характер распределения жировой ткани определяли с помощью коэффициента окружности талии (более 88 см)/окружность бедер (ОТ/ОБ)

Исследование масса-ростовых параметров показало, что средняя масса тела обследованных пациенток в зависимости от степени алиментарного ожирения составила 79,80±0,20; 84,89±0,39 и 96,89±0,40 кг, соответственно у женщин с 1-й, 2-й а и 3-й степенью ожирения. Показатель ОТ/ОБ если при 1-й степени ожирения сохранялась в пределах 0,85, то при 2-й а и 3-й степенях возрастал, приближаясь к отметке 0,88. ИМТ возрастал пропорционально степени ожирения, составляя 29,10±0,06; 32,34±0,12 и 36,72±0,12 кг/м<sup>2</sup>. Длительность ожирения колебалась в широких пределах и составила в среднем 2,76±0,87; 4,85±0,98 и 5,74±0,89 года, соответственно степени ожирения. Снижение фертильности при ожирении обусловлено ановуляцией, клинически проявляющейся нерегулярными менструациями, гипоменструальным синдромом и аменореей. Изучение гормонов гипофиза показало повышение их уровня в сыворотке крови относительно значений группы практически здоровых лиц: ТТГ (в 1,59; 1,86 и 1,91 раза), ФТГ (в 1,95; 2,2 и 2,57 раза), ЛГ (в 1,61; 1,55 и 2,28 раза соответственно 1-й, 2-й а и 3-й степени ожирения). Уровень эстрадиола у девушек с алиментарным ожирением и НМЦ имел тенденцию к увеличению при 1-й степени ожирения, а по мере увеличения массы тела его значения постепенно снижались и достигали нормативных значений. Содержание прогестерона в сыворотке крови девушек с ожирением снижался в 15,56; 17,23 и 28,51 раза. Уровень тестостерона превышал нормативные значения в 1,31; 1,4 и 1,6 раза, соответственно в группах с 1-й, 2-й а и 3-й степенями ожирения. Содержание триглицеридов в сыворотке крови у девушек с 1-й степенью ожирения составляла 1,72±0,08 ммоль/л, у пациенток со 2-й а и 3-й степенью ожирения данный показатель возрастает до 1,98±0,08 и 2,85±0,11 ммоль/л, соответственно. Эти показатели статистически значимо превышают значения практически здоровых девушек в 1,14 (P<0,05) и 1,65 (P<0,01) раза, соответственно степеням ожирения. Содержание холестерина в ЛПОНП статистически значимо возрастает в 1,75 (P<0,01); 1,84 (P<0,01) и 4,13 (P<0,01) раза, соответственно 1-й, 2-й а и 3-й степеням ожирения. Уровень холестерина в ЛПНП при 1-й степени ожирения сохраняется в пределах нормативных величин, а при 2-й а и 3-й степени возрастает в 1,36 (P<0,05) и 2,52 (P<0,001) раза, соответственно. Содержание холестерина в ЛПВП статистически значимо снижается в 1,55; 1,52 и 1,17 раза при 1-й, 2-й и 3-й степени ожирения Таким образом, у девушек с алиментарным ожирением отмечается повышение уровня тропных гормонов, эстрадиола и тестостерона, на фоне прогрессивного снижения прогестерона, выраженность которых зависит от степени ожирения. В зависимости от степени ожирения отмечается смешанная форма дислипотеинемии, активизируются липолитические и протеолитические ферменты.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Жаббаров А.А., Максудова М.Х., Дүйсенбаева А.И

Ташкентская Медицинская Академия

Цель: выявить эффективность тромболитической терапии (ТЛТ) у больных пожилого возраста с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКССПСТ) на догоспитальном этапе по клинической картине, электрокардиографическим изменениям и по уровню летальности.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование 53 пациентов, средний возраст которых составил 65±3,4 лет, доставленных бригадами скорой медицинской помощи (СМП) в РНЦЭМП с диагнозом ОКССПСТ за последние пол года. Критерии включения пациентов в исследование: ангинозные боли или дискомфорт в грудной клетке; стойкий (не менее 20 минут) подъем сегмента ST либо новой блокадой левой ножки пучка Гиса на электрокардиограмме (ЭКГ); пациенты были разделены на 2 группы, 1 группа (15 чел. 28,3%) получившие на догоспитальном этапе ТЛТ препаратом стрептокиназа, дозированным в зависимости от массы тела, 2 группа (38 чел. 71,6%) не получавшие ТЛТ.

Результаты : Клиническая эффективность процедуры ТЛТ в первой группе, по сравнению со второй группой, выражалась в уменьшении болевого синдрома в области сердца в виде снижения боли по шкале ВАШ до 0-2 баллов через 15 минут у четверти пациентов (4 чел., 26,6%), через 30 минут у 11 чел. (73,3 %), через 45 минут практически у всех пациентов - 14 чел., 93,3%, а также в достоверном улучшении таких клинических показателей, как ЧСС в виде урежения до 72,1±3,7 удара в минуту; АД систолическое, которое снизилось до 128,3±7,2 мм рт. ст.; сатурация, возросшая до 97,1±5,1%, и вегетативные проявления, которые прекратились после проведенной реперфузии. ЭКГ – эффективность проведенного лечения подтвердилась тем, что через 30 минут у половины пациентов (7 чел., 46,6%), а через 60 минут у 10 чел. (66,7%) произошло снижение сегмента ST на 50% и более. Во второй группе больных клинические и электрокардиографические изменения сохранялись вплоть до госпитализации в реанимационное отделение. Летальность на догоспитальном этапе составила 2 человека 5,2% от всего числа больных второй группы.

Заключение: Метод применения ТЛТ на догоспитальном этапе при ОКССПСТ является эффективным методом, снижающим риск развития летального исхода.

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

<sup>1</sup>Жмуров В.А., <sup>2</sup>Болотнова Т.В., <sup>3</sup>Жмуров Д.В., <sup>4</sup>Алекберов Р.И., <sup>5</sup>Соловьева Е.Н., <sup>6</sup>Тяпкин А.В.

<sup>1,2</sup>ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, д.м.н., профессор, академик РАЕН

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, к.м.н

<sup>4,5,6</sup>ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, студент 5 курса

Ташкентская Медицинская Академия

Введение. Гипертензивные нарушения при беременности представляют одну из важнейших международных проблем здравоохранения, так как нередко являются непосредственной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Ежегодно во всем мире более 50 тыс. женщин погибают в период беременности из-за осложнений, связанных с артериальной гипертензией (АГ). Частота АГ у беременных в развитых странах за последние 10-15 лет

выросла почти на треть. Частота артериальной гипертензии (АГ) у беременных составляет 4-17% от всех зарегистрированных случаев в диагностике АГ. У беременных с АГ значительно повышена частота перинатальной смертности (на 30-100%) и преждевременных родов (на 10-12%).

Материал и методы. В соответствии с поставленными задачами нами было проведено ретроспективное фармакоэпидемиологическое описательное исследование 700 индивидуальных карт беременных женщин, ранее госпитализированных в перинатальный центр в период с января 2010 года по январь 2018 года, среди которых проанализировано 350 историй болезни беременных женщин с ГАГ и 350 женщин с ХАГ легкой и умеренной степени госпитализированных в "ГБУЗ ТО Перинатальный центр" города Тобольска. Проанализированы уровни офисного артериального давления (АД), измеренные два раза в месяц во время беременности на фоне определенных режимов лекарственной терапии. Критерием АГ у беременных является повышение систолического АД (САД) >140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) >90 мм рт. ст., определенные двумя измерениями с интервалом 4 ч. в соответствии с рекомендуемыми национальными руководствами. Беременные с АГ должны наблюдаться врачом женской консультации в I половине беременности не реже 1 раза в 2 недели, во II половине беременности – еженедельно. Диспансерное наблюдение проводится совместно с врачами смежных специальностей.

Результаты. Изучаемая группа была представлена женщинами с ХАГ и ГАГ, средний возраст которых составил соответственно  $33,0 \pm 5,9$  и  $32,1 \pm 5,3$  лет. Для достижения целевого АД регулярная антигипертензивная терапия была необходима 78% беременных женщин с ХАГ и 59% женщин с ГАГ. Во всех случаях применяли метилдопу, реже - комбинацию с амлодипином. Для контроля АД у 64% беременных женщин с ГАГ были использованы низкие дозы метилдопы 250-750 мг в день. При ХАГ женщины нуждались в больших дозах 1000-2000 мг в день метилдопы (41% против 33% ГАГ,  $p < 0,05$ ). Частота угрожаемых выкидышей у женщин с ГАГ также была несколько выше, чем у беременных с ХАГ ( $p > 0,05$ ). Режим лекарственной терапии во всех случаях преэклампсии был минимальным, женщины использовали низкие дозы метилдопы 250-500 мг или же отмечалось лишь эпизодическое применение препаратов для достижения целевого уровня АД.

Выводы. Антигипертензивная терапия препаратом Метилдопа у большинства беременных с артериальной гипертензией мягкой и умеренной степени была эффективной. Беременным женщинам с ХАГ требовались большие дозы метилдопы по сравнению с ГАГ. Несмотря на эффективную терапию, частота преэклампсии с ГАГ была выше, чем у ХАГ. Возможно, ГАГ достигает более высоких уровней АД в отношении развития преэклампсии, и нуждается в более жестком контроле уровня АД и подбора правильной антигипертензивной терапии после выписки из перинатального центра.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КРАТКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

Тадженов М.С., Жураев Б.Э., Бердиева К.А., Тураббаев М.Б.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность проблемы: Травматическая болезнь мозга (ТБМ) и ее последствия занимают одно из ведущих мест в структуре неврологической заболеваемости и инвалидности. Данная проблема, несмотря на большое внимание, которое ей постоянно уделяется, до настоящего времени остается актуальной. Медицинская и социальная значимость ТБМ определяется сложностью патогенеза травматизма, сопровождающихся нарушением жизненно важных функций организма, многообразием клинических проявлений и течения болезни, как в остром, так и в отдаленном периоде травмы.

Цель исследования: на основании изучения клинических, нейроофтальмологических и нейровизуализационных исследований определить объем медикаментозной терапии на раннем (1 месяц) и позднем (6 месяцев) восстановительных этапах реабилитационного лечения больных.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 16 больных с травматической болезнью мозга. Больные подразделены на 2 группы. В первую группу входит 6 больных с последствиями ЗЧМТ легкой и средней тяжести. Во 2 группу вошли 10 больных с последствиями тяжелой ЗЧМТ. Интерпретированы результаты (МСКТ) исследований и результатов тестирования по шкале MMSE.

Результаты и обсуждение: Исследования состояния когнитивных функций по шкале краткой оценки нервно – психического статуса по шкале MMSE в первой группе составило 29 баллов у 2 (12,5%) больных, 27 баллов у 4 (25%) больных. Во второй группе по шкале MMSE 19 баллов отмечалось у 2 (12,5%), 25 баллов у 4 (25%), 23 баллов у 2 (12,5%), 20 баллов у 1 (6,25%) 26 баллов у 1 (6,25%) что свидетельствовало о легком и умеренном снижении когнитивных функций. В первой группе результаты МСКТ исследований больных были в пределах нормы. Во 2 ой группе с тяжелой формой травматической болезни мозга (ушиб головного мозга, сотрясение, внутримозговая гематома) были выявлены у 10 больных.

Выводы: 1. При травматической болезни мозга важное значение имеет оценка не только морфо – структурных нарушений со стороны головного мозга, но и оценка состояния когнитивных функций.

2. Краткая шкала оценки когнитивных функций MMSE, является легко выполнимым методом, занимающим не более 10 минут, но позволяющим оценить наличие когнитивного дефицита.

3. Исследование когнитивных функций по шкале MMSE может быть рекомендовано для введения в государственный стандарт обследования больных с ТБМ.

## **ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ ВА ЭССЕНЦИАЛ ТРЕМОРНИНГ БЕМОРАЛАР ЁШИ, ЖИНСИ БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИ ВА УЛАРНИНГ ИРСИЙ-ГЕНЕОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

Жўраев Р.М., Муминов Б.А., Абдукадиров Э.И., Одинаев Ф.Н., Якубов А.Ч., Халимова Х.М., Матмуродов Р.Ж.

*Тошкент тиббиёт академияси, асаб касалликлари кафедраси*

Кириш. Паркинсон касаллиги (ПК) ва эссенциал тремор (ЭТ) асаб системасининг нейродегенератив касалликларидан бири ҳисобланиб, клиник жиҳатдан бир-бирига ўхшаш бўлган касалликлардир. Ушбу касалликлар нафақат Ўзбекистонда, балки бутун ер юзи бўйича социал ва иқтисодий жиҳатдан жуда долзарб бўлган муаммодир.



Тадқиқот мақсади. Паркинсон касаллиги ва эссенциал треморнинг беморлар ёши ва жинси бўйича солиштирма тахлилини ўтказиш ва уларнинг ирсий-генеологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Текширув учун 1-сон Республика клиник шифохонасида амбулатор ва стационар шароитда даволанаётган 103 та ПК билан ва 38 та ЭТ билан оғриган беморлар рўёҳатга олинди. ПК ташхиси А. Hughes ва ҳаммуаллифлар ҳамда, Буюк Британия мия банки (UK Brain Bank Criteria, Hughes et al., 1992), ЭТ ташхиси клиник-невролик белгилар ва махсус мезонлар асосида қўйилди. Ирсий-анамнестик маълумотлар асосида беморларда оила шажарасини тузиш ўтказилди.

Олинган натижалар. Касаллик клиник кўринишлари бўйича тахлил қилинганда шартли равишда паллидар тизим патологияси бўлган паркинсонизм умумий 103 та касалликдан 56,3% (58 та ) эркак ва 43,7 % (45 та ) аёллар ташкил этди, жинс бўйича солиштирилганда эркаклар ва аёллар ўртасида 1,28:1 учради. Паркинсонизм классификация бўйича тахлил этилганда ПК 54,9% (28 та) эркак ва 45,1% (23 та) аёл, 1,21:1 нисбатда; қон-томирли генезга эга бўлган паркинсонизм синдроми 52,3% (23 та) эркак ва 47,7% (21 та) аёл 1,1:1 нисбатда, паркинсонизмнинг учламчи шакли эса 87,5% (7 та) эркак ва 12,5% (1 та) аёл беморда учраганлиги аниқланди. Тадқиқотимизнинг кейинги босқичида биз ПК ни ёшга мос равишда учрашини анализ қилиб чиқдик. ПК дегенератив касаллик бўлганлиги учун клиник белгилари кечроқ юзага чиқа бошлайди, аммо касаллик қанчалик эрта аниқланса шунчалик ногиронлик ҳолатини олди олинади ва беморларни яшаш сифати яхшиланиб, ижтимоий-иқтисодий муаммо баргараф этилади. Паллидар тизим патологияси кўпроқ 55-65 ёшдаги беморлар ўртасида кузатилиб, 45 та (43,6%), паркинсонизмга клиник жиҳатдан жуда яқин бўлган ва айрим ҳолларда дифференциал ташхислаш қийин бўлиб қоладиган касалликлардан бири бўлган ЭТ эса нисбатан 45 ёшгача бўлган беморлар ўртасида кўпроқ (36,8%) кузатилиши намоён бўлди, 57,8% эркак (22 та) ва 42,2% аёл (16 та) ни ташкил этди ва бу 1,37:1 нисбатда учради.

ПК ва ЭТ касалликларида оилавий учраш ҳоллари жуда кўп учрайди. Шунинг учун ҳам биз бу касалликлар билан оғриган беморларни оилавий анамнезини тўлиқ суриштириб шажара дарахтини тузишга ҳаракат қилдик. ПК билан оғриган 16 та беморда оилавий анамнезини тўлиқ анализ қилганимизда 10 та беморда (62,5%) аутосом-доминант типда ва 6 та беморда (37,5%) аутосом-рецессив типда наслдан-наслга берилиши кузатилди. ЭТ билан оғриган 18 та бемордан 16 тасида (88,8%) аутосом-доминант типда наслдан наслга ўтиши кузатилиб, ундан ташқари бу беморлар оиласининг бир неча аъзоларида касаллик кузатилганлиги намоён бўлди.

Хулоса. Олинган натижаларга қараб шундай хулосага келиш мумкинки, ПК кўпроқ эркакларда учраб, эрта бошланиш дебютига эгадир, паркинсонизм синдроми эса нисбатан кечки ёшларда кузатилиб, асосан аёлларда кўпроқ намоён бўлади. ЭТ кўпроқ ёшларда кузатилиб, кўпроқ эркакларда кузатилади ва касаллик жуда енгил кечади. Беморларни яқин-қариндошларини чуқур суриштириб генеологик усул ёрдамида шажара дарахти тузиб чиқилса касалликларни эрта аниқланилиши аниқ ва равшан бўлади.

## EVALUATION OF VARIABILITY OF THE HEART RHYTHM IN PATIENTS WITH HYPERTONIC DISEASE

Juraeva D.M., Khasanova N.A., Zubaidullaeva M.T.

*Tashkent Medical Academy*

In most developed countries of the world, arterial hypertension (AH) is one of the most important medical and social problems.

The imbalance of the autonomic nervous system (ANS) is an important mechanism for the formation of hypertension and its complications. According to the Framingham study, a decrease in heart rate variability (HRV) increases the risk of developing hypertension. HRV is a marker of vegetative activity. Over the past two decades, significant relationships have been discovered between ANS and cardiovascular mortality.

Objective: to study the characteristics of heart rate variability in patients with arterial hypertension.

Material and research methods: The study involved 35 patients with arterial hypertension, aged 45 to 75 years (mean age  $61.1 \pm 8.9$  years), of whom 16 were men (58.7%) and 19 (41.3%) women. The prescription of essential arterial hypertension was  $8.5 \pm 1.1$  years. Estimation of total heart rate variability based on time (SDNN, SDANN, RMSSD, meanNN, etc.) and spectral absolute values of LF, HF, LF / HF, VLF, circadian index (QI) LF / HF of heart rate variability characteristics was carried out taking into account the recommendations

Working Group of the European Society of Cardiology and North American Society for Stimulation and Electrophysiology, 1996.

Results: The results of the study showed that the total variability of SDNN and TR in the examined patients compared with healthy ones was significantly low ( $75.0 \pm 11.9$  ms and  $1343.5 \pm 504.2$  ms, respectively,  $p < 0.05$ ) relative to normal values. The sympathetic nervous system LF is 4 times lower than the corresponding normal values and is  $255.8 \pm 176.5$  ms<sup>2</sup>, which reflects a low level of mobilizing potential in patients with hypertension ( $p < 0.05$ ). The index of the state of the parasympathetic nervous system HF is reduced by a factor of 9 and is  $107.89 \pm 19.34$  ms<sup>2</sup>, which reflects the low level of regenerative potential in the examined patients ( $p < 0.01$ ). Indicators of the sympatho-vagal LF / HF index are 1.5–2 times higher than normal and amounted to  $3.04 \pm 0.6$ , which is evidence of the predominance of the sympathetic nervous system over the parasympathetic ( $p < 0.05$ ). VLF, showing the regulation of the neurohumoral and metabolic link at the suprasedgmental level, was  $899.56 \pm 234.45$  ( $p > 0.05$ ). When studying the mutual ratios of total variability in the comparative group and in patients with hypertension, the following results were obtained: LF (low-frequency component of spectral analysis) decreased 2 times, and HF (high-frequency component of spectral analysis) - 3.8 times, which is an indicator reduce the response of the sympathetic and parasympathetic systems. Accordingly, the proportion of VLF waves of very low frequency in the overall heart rate variability is 2 times higher, indicating hyperactivation of the renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS).

Despite a general decline in heart rate variability in the examined patients, there is a significant imbalance in the effects of the parasympathetic and sympathetic nervous systems with a predominance of the latter ( $p < 0.05$ ). Also, an increase in the very low frequency of VLF by a factor of 2 indicates the predominant regulatory role of the RAAS in the development of the disease.

Conclusion: Thus, the research method of HRV is a non-invasive, standardized method of research of the ANS, with which you can quantify the activity of a particular department of the ANS, as well as judge the rhythm variability in general. The study of the role of the sympathetic division of the autonomic nervous system in the development and course of hypertension deserves special attention.

### ESTIMATE OF HEMODYNAMIC VARIABILITY IN PATIENTS UNDERGOING ISCHEMIC STROKE AND SUFFERING FROM CHRONIC HEART FAILURE, DEPENDING ON THE TIME OF EVENT

Ikromov Kh.S., Akhmedov Kh.S.

Purpose: The aim of our study was to analyze and determine the role of impaired blood pressure variability in patients with cardiocerebral syndromes.

Materials and methods: We have analyzed 40 case histories of patients with CHF undergoing ischemic stroke (IS). Among them, men are 28, women are 22 in age from 62 to 80 years old (average age is 71.2 years). Echocardiography was made by all patients and chronic heart failure was confirmed (functional class II-III according to the New York CHF classification 1994). Blood pressure indicators (BP) are taken from a diary, examinations of doctors and from a hemodynamic sheet.

Results: According to the information we collected from the case histories, we divided all patients into 3 groups according to the time of day when ischemic stroke occurred: the first group (n = 19), whose patients suffered ischemic stroke during the day period (8.00-14.59), the second group (n = 14), among patients whose ischemic stroke was observed in the evening (15.00-21.59), the third group (n = 7), whose patients suffered ischemic stroke at night (22.00-7.59). For the first group of patients in whom ischemic stroke occurred during the day period and, as a rule, against the background of an increase in blood pressure, a pronounced increase in blood pressure in the period of 13.00 and 15.00 and a tendency to compensatory decrease in blood pressure at night (over-dipper) is characteristic. In the second group in the evening there was an increase in blood pressure in the period of 19.00 and 20.00 and disorders of blood pressure with a predominance of insufficient blood pressure reduction in the evening and during sleep (non-dipper). The third group was characterized by the presence of two peaks of increased blood pressure in the period of 10.00 and 21.00 and a significant increase in blood pressure at night (night-peaker), which usually led to the recurrence of ischemic stroke.

Conclusions: As a result, taking the results, we can conclude that in patients with cardiocerebral syndromes in the daytime period there is a tendency to lower blood pressure at night, and the second group tends to increase blood pressure in the evening and during sleep, and the third group tends to two peaks of increased blood pressure with poor prognosis.

### ОБЕСПЕЧЕНИЕ БАЛАНСА САЛОТДЕЛЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА

ИСЛОМОВА Ф.К., ЮСУПОВА Ш.А.<sup>1</sup>, МУН А.В.<sup>2</sup>,

*Ташкентская медицинская академия, магистранты кафедры дерматовенерологии<sup>1</sup>  
Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
ассистент кафедры дерматовенерологии<sup>2</sup>*

Пористая кожа – особенность жирной или комбинированной кожи, характеризующаяся расширением отверстий выводных протоков сальных желез. Типичными проблемами пористой кожи являются жирный блеск, сероватый цвет, комедоны, прыщи. В косметологии и дерматологии проблемы пористой кожи успешно могут быть решены с помощью современных инъекционных и аппаратных методик.

Цель исследования. Оценка эффективности применения препарата “Booster pore” – «Бустер пор» для обеспечения баланса салоотделения кожи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 10 пациентов в возрасте от 16 до 35 лет (7-женского и 3-мужского пола), у которых отмечалось расширение пор и жирность кожи лица. После предварительного демакияжа и аппликационной анестезии кожи лица 10% кремом лидокаина, каждому пациенту провели процедуру мезотерапии, препаратом, содержащим в своем составе трипептид-41 (Липоксин), олигопептид-61 (CG-Cellsolin), олигопептид-51 (Пурилукс), Декапептид-25 (CG-Cheverin). При помощи тонких игл, в каждую проблемную зону, внутрикожно и подкожно вводилось по 0,5-0,6 мл препарата 1 раз в 2 недели курсом 4-6 процедур. Клиническая эффективность была оценена с помощью диагностической платформы Janus II.

Результаты исследования. После проведенной процедуры мезотерапии из 10 пациентов у 8 (80%) отмечалось клиническое улучшение состояния сальных желез, в виде очищения и сужения пор, на 42%, что подтверждено результатами сравнительной оценки пористости кожи на диагностическом аппарате Janus II а также клиническое уменьшение сальности кожи лица, в среднем после 2-3 процедур, а у 2 пациентов (20%) эти улучшения наблюдались после 5-6 процедур. Случаев непереносимости препарата выявлено не было.

Выводы. Таким образом, использование препаратов, содержащих пептидные молекулы балансирует активность сальных желез, обеспечивая сужение пор, восстанавливая баланс салоотделения кожи и укрепляя её, давая возможность пациентам в кратчайшие сроки решить проблемы, связанные с данной патологией.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НГА

М.М. Исаметова, С.С. Жумабоев

*ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан  
Научный руководитель; - к.м.н. Н.Н. Ходжаева*

Введение. Одним из приоритетных направлений в лечении анемии является коррекция иммунологического дисбаланса, поэтому назначение иммунофармакологических препаратов должно проводиться с учетом их конкретного влияния на различные звенья иммунной системы. Учитывая частые ОРВИ, оппортунистические заболевания в анамнезе,

иммунные нарушения у детей с наследственной гемолитической анемией (НГА), нам представлялось обоснованным использование в комплексной терапии анемий препаратов, обладающих иммунокорригирующим эффектом.

Многочисленными исследованиями в клинической медицине подтверждена высокая клиничко-иммунологическая эффективность биологических и синтетических препаратов тимуса: Т-активина, тимоптина, тимогена, иммунофана, тимомодулина, тимостимулина и др. Поэтому, в этом плане, нам представляется перспективным использование в комплексном лечении анемии (НГА) Т-активина.

Т-активин был введен внутримышечно по 0,5 – 1,0 мл/кг массы тела 1 раз в день, в течение 7 – 10 дней, 1 – 3 раза в течение года.

Цель исследования. Изучить эффективность иммунокорригирующей в комплексном лечении детей с НГА.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 40 больных детей НГА со средней и тяжелой степенью, из них 18 (45%) было мальчиков и 22 (55%) девочки, в комплексную терапию которых был включен курс Т-активина. В группу сравнения вошли 37 больных с соответствующей патологией, аналогичным половозрастным составом, получающих базисную терапию.

Результаты исследования. При использовании Т-активина в лечении больных с НГА практически у всех полностью нормализовался аппетит, улучшилось самочувствие, исчезли жалобы на слабость и бледность кожных покровов. Частота ОРВИ при наблюдении в катамнезе в течение 3 – 6 месяцев после выписки у детей с НГА уменьшилась наполовину ( $p < 0,05$ ). Тогда как у детей, получивших традиционную (общепринятую) терапию, в динамике к моменту выписки сохранялись жалобы на общую слабость и снижения аппетита.

До лечения уровень гемоглобина и количество эритроцитов в общем анализе крови у детей первой группы по сравнению с детьми второй группы, были достоверно более низкими. После лечения во всех группах больных уровень гемоглобина приблизился к нормальным показателям. Однако нами было отмечено существенные различия в темпах нарастания данного показателя. По нашему мнению объяснения данного факта можно искать в существующей концепции патогенеза анемии у детей с учетом выявленных нами особенностей НГА.

В соответствии с представленными данными среднее значение показателей лимфоцитов с иммунофенотипами CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, а также CD25 и CD95 через 6 месяцев после проведения иммунокорригирующей терапии существенно увеличилось. Нарастания количества клеток с рецепторами CD20 сопровождалось увеличением содержания иммуноглобулина А, М в крови ( $p < 0,001$ ), а содержание иммуноглобулинов G увеличилось незначительно ( $< 0,05$ ).

Выводы. Иммунокорригирующая терапия с использованием Т-активина в комплексе с антианемическим лечением больных с НГА привела в динамике к заметному нарастанию показателей Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций, а также к увеличению иммуноглобулинов А, М, G в крови и активности окислительно-восстановительных ферментов цитоплазмы лимфоцитов, что свидетельствует об улучшении показателей клеточного и гуморального звена иммунитета, а следовательно, и о достаточной эффективности данной терапевтической тактики. Доказательством этого также является значительное уменьшение частоты интеркуррентных заболеваний (инфекций) у данной категории больных детей.

## NONINVASIVE TREATMENT MODALITIES OF INFANTILE HEMANGIOMAS.

Yusupova Sh.A., Islomova F.K.<sup>1</sup>, Mun A.V.<sup>2</sup>

*Tashkent Medical Academy, masters of the Dermatovenereology department<sup>1</sup>*

*Tashkent Pediatric Medical Institute, assistant of the Dermatovenereology department<sup>2</sup>*

Introduction. Hemangiomas of infancy are benign neoplasms that result from rapid proliferation of endothelial cells. After an initial proliferating phase, many undergo complete regression with fibrosis. The color of lesion depends on its depth. Hemangiomas involving the papillary dermis (superficial strawberry hemangiomas) are red; those in the reticular dermis and subcutaneous fat are blue or colorless (deep, cavernous hemangiomas).

The aim. The investigation of treatment method of infantile hemangiomas in children, applying Broad Band Light therapy.

Methods. The vascular-specific Broad Band Light therapy is the treatment of choice for superficial cutaneous hemangiomas at sites of potential functional impairment and on the face. The light is absorbed by oxyhemoglobin so only targeted vessels are heated without affecting surrounding tissue. The procedures were made on the Sciton 560 nm (Joule) platform ones a month until complete resolution of lesion. Five treatment sessions were provided. The method does not require any preparation and using medications. The only additional require is air cooling system, preventing overheating and distracting patient from burning sense. The investigation group included 16 children with infantile hemangiomas. The average age of patient was  $6 \pm 0,24$ .

Results. The outcomes assessed by measuring the square and color intensity of hemangiomas. Thus, 12 (75%) of patients achieved 50% lesion lightening. 2 children (12,5%) had 35% reduction of the lesion's square, 1 patient (6,25%) had 20% reduction and 1 child (6,25%) had minimal changes.

Conclusion. The patients with significant treatment effect had superficial hemangiomas, in contrast with minimal changes in cavernous hemangioma. Another particularity were found via evaluation of age. The younger a patient, the more responsive a lesion. Thus, it is recommended to start noninvasive phototherapy as early as possible to prevent proliferative growth, especially periorifacial location and the potential for functional impairment, ulceration or location over an area of increased risk of ulceration.

## ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ И ТЯЖЕЛЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ СЕМЕЙНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Исломова Лола Раим кизи., Равшанов Жахонгир Азимжон угли.

*Ташкентская Медицинская Академия*

ВВЕДЕНИЕ: Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом, (лишение себя жизни). Чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, уходе от той ситуации, в которой волей неволей он оказывается. Суицид – исключительно человеческий акт. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими про-

блемами. Они часто страдают психическими болезнями, эмоциональными нарушениями, особенно депрессией, и смотрят в будущее без надежды.

**ЦЕЛЬ.** Выявить факторы риска повторных суицидальных попыток у женщин со средними и тяжелыми эндогенными депрессивными расстройствами с учетом клинико-социальных, психопатологических, суицидологических и клинико-психологических характеристик и разработать систему профилактики повторной инцидентности самоубийства.

**МЕТОДЫ.** Клинико-психопатологически и клинико-психологически обследованы 30 женщин в возрасте от 16 до 60 лет (средний возраст 35,0±1,4), выживших после суицидальной попытки, совершенной на высоте эндогенного депрессивного расстройства средней и тяжелой степени. В дальнейшем больные переводились в острое женское отделение психиатрической больницы, где проводились клинический анализ состояния, изучение анамнестических данных, заполнялись: «Суицидологическая карта», шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, шкала общего клинического впечатления (на 4 день после парасуицида, на 10, 20, 30 дни активного лечения) Состояние больных перед совершением суицидальной попытки оценивалось ретроспективно со слов близких и самих пациентов после выхода их из депрессивного состояния.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В клиническом аспекте пациенты обеих групп, как с единственной, так и с несколькими суицидальными попытками (без достоверных различий) характеризовались высокой наследственной отягощенностью по аффективной патологии (у 13 (43,5%) обследованных), алкоголизму-11 (38,8%), шизофрении-6 (20,0%), психопатии-9 (30,6%), суицидам в семье-5 (17,6%) Среди обследованных отмечен высокий процент лиц с акцентуациями характера-29 (96,5%), особенно с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности-18 (61,2%), и усугубление заострений характера в пресуициде. Для всего контингента больных были характерны наличие умеренных-10 (34,1%) и тяжелых-19 (65,9%) депрессивных расстройств; отсутствие апатического аффекта, присутствие в структуре депрессивного симптомокомплекса раздражительности-15 (50,6%), факультативной-17 (57,6%) и полиморфно-факультативной-12 (40,0%) симптоматики, частое превалирование факультативной симптоматики над собственно депрессивной-10 (32,9%); достаточно часто-15 (49,4%) отмечалась диссоциация депрессивного симптомокомплекса, в том числе в депрессивной триаде, когда тоска сочеталась с психомоторным - (38,8%).

**ВЫВОДЫ.** У женщин с эндогенными депрессивными расстройствами средней и тяжелой степени и суицидальными попытками суицидальный конфликт формируется под влиянием как реальных жизненных обстоятельств, так и патологических переживаний У больных с повторными суицидальными попытками достоверно чаще выявляются конфликты, связанные с изменением жизненного стереотипа и собственной несостоятельностью, а у больных с однократными попытками с тяжелыми психотравмами.

## EFFECTS OF ORAL ANTICOAGULANTS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION.

Jabbarov A.A., Maksudova M.H., Isomidinov A.S.

*Tashkent Medical Academy*

**Purpose.** Assess possibility of forming and dilution of clots in left atrial appendage in patients with atrial fibrillation who were using oral anticoagulants.

**Materials and methods.** 105 patients with atrial fibrillation were observed (64 males and 41 females, average age was 60±5), who hospitalized to Republican Clinic Hospital №1 of Uzbekistan during 2017-2018 period of time. Before performing catheter ablation and cardioversion in order to detect existences of clot in left atrial appendage patients was examined by EchoCG. Average CHA2DS2-VASc score was 1,6+/-1.4. Before hospitalizing 63 patients (60%) were taking anticoagulants, particularly warfarin was taking by 51 (81%) of patients and 12 (19%) of patients- rivoraxaban and their CHA2DS2-VASc middle score was 1.5+/-1.4. CHA2DS2-VASc average score of patients who didn't take anticoagulants was 1.8+/-1.3.

**Results.** Clot in left atrial appendage was detected in 17 patents, particularly 5 of them didn't take anticoagulants. Among least 12 patients: 8 were taking warfarin(15.7% of whole warfarin taked patients) and 4( 33.3%) - who preferred rivoraxaban. Anticoagulants were prescribed for all patients who didn't take them before hospitalization. Control EchoCG was performed: after taking anticoagulants in 2 from 5 patients dilution of clot was observed, after changing anticoagulants in 8 from 10- dilution was seen, and no one who was stayed in previous therapy hadn't changes.

**Conclusion.** Clot in left atrial appendage can exist in patients with AF who are using per oral anticoagulants. It will be more effective if changing of anticoagulants performs.

## КЎКЎЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН УЧ ЁШГАЧА БЕМОР БОЛАЛАРДА КЛИНИК СИМПТОМЛАРИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Исраилова Д.М., Israilova D.M., Худайкулова Г.К., Khudaykulova G.K.,  
Муминова М.Т., Muminova M.T.

*Tashkent medical academy*

**Муаммонинг долзарблиги:** Ҳозирги вақтгача кўкўўтал касаллиги жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти олдидаги жиддий муаммолардан биридир. Кўкўўтал бутун дунёда кўкрак ёшидаги болалар ичида моноинфекция сифатида 10,5% ҳолатларда летал оқибат сабаби ҳисобланади. Оғир кечиб ва ўлим ҳолатлари, асосан чақалоқ ҳаётининг биринчи ҳафта ва ойларида кузатилади.

**Тадқиқот мақсади:** Кўкўўтал билан касалланган бемор болаларда клиник симптомлари учраш даражасини ўрганиш.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** Кузатув материаллари Тошкент Тиббиёт Академияси III клиникаси «Болалар юқумли касалликлари» кўкўўтал бўлимида 2015-2018 йилларда даволанган беморлар таҳлил қилиб ўрганилди. Кузатувга 50 нафар уч ёшгача бўлган болалар олинди. Бемор болалар 4 гуруҳга ажратилиб ўрганилди: 0-3ойгача бўлган болалар 10 нафар (20%), 3-6 ойгача болалар 14 нафар (28%), 6-12 ойлик 18 нафар (36%), 1-3 ёшгача 8 нафар (16%) ни ташкил қилди. Бемор болаларда клиник-эпидемиологик, бактериологик, лаборатор ва инструментал (кўкрак қафаси рентгенографияси) текширувлари ўтказилди.

Натижалар ва уларни муҳакама қилиш: Болаларни ёши бўйича гуруҳларга ажратилган ҳолда клиник симптомларнинг учраши таҳлил қилинди. 1-гуруҳда холсизлик 7 нафарда (70%), реприз 6 нафарда (60%), давомли хуружли йўтал 8 нафарда (80%), хуруж вақтида юз қизариши 7 нафарда (70%), хуруж вақтида юз кўкариши 4 нафарда (40%), хуруж вақтида апноэ 3 нафарда (30%) кузатилди. 2- гуруҳда холсизлик 9 нафарда (64,3%), реприз 7 нафарда (50%), давомли хуружли йўтал 11 нафарда (78,6%), хуруж вақтида юз қизариши 8 нафарда (57,1%), хуруж вақтида юз кўкариши 5 нафарда (35,7%), хуруж вақтида апноэ 3 нафарда (21,4%) кузатилди. 3-гуруҳда холсизлик 9 нафарда (50%), реприз 7 нафарда (39%), давомли хуружли йўтал 13 нафарда (72,2%), хуруж вақтида юз қизариши 9 нафарда (50%), хуруж вақтида юз кўкариши 3 нафарда (16,7%), хуруж вақтида апноэ 2 нафарда (11%) кузатилди. 4-гуруҳда холсизлик 3 нафарда (37,5%), реприз 3 нафарда (37,5%), давомли хуружли йўтал 5 нафарда (62,5%), хуруж вақтида юз қизариши 4 нафарда (50%), хуруж вақтида юз кўкариши 1 нафарда (12,5%), хуруж вақтида апноэ симптоми кузатилмади. Бундан кўришиб турибдики гуруҳларида касалликка хос бўлган оғир клиник белгилар 3 ойгача бўлган болалар орасида юқори кўрсаткичларда кузатилиши аниқланди.

Хулоса: Кўкйўтал касаллигига хос бўлган клиник белгилар (реприз, апноэ, давомли хуружли йўтал, хуруж пайтида цианоз) 3 ойгача бўлган болаларда кўпроқ намоён бўлганлиги аниқланди.

### **БИР ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА ЭМЛАНИШ ДАРАЖАСИ ВА ПЕРИНАТАЛ КАСАЛЛИКЛАРИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА КЎКЙЎТАЛНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Исраилова Д.М., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Муаммонинг долзарблиги: Кўкйўтал касаллиги асосан чала туғилган болаларда, ҳамда фон ва ёндош касалликлари, гипотрофия, диатез, дисбактериоз ва анемия билан касалланган болаларда ривожланади.

Тадқиқот мақсади: Бир ёшгача болаларда эмланиш даражаси ва перинатал касалликларига боғлиқ ҳолда кўкйўталнинг клиник-лаборатор кечиш хусусиятлари ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот 2015-2018-йиллар давомида ТТА 3-клиникасининг болалар юқумли касалликлари бўлимида кўкйўтал билан касалланган бронхопневмония билан асорати ривожланган 0 дан 1 ёшгача бўлган 70 нафар болаларни текшируви асосида ўтказилди. Қўйилган мақсадга мос ҳолда бемор болалар 4 гуруҳга ажратишиб ўрганилди: 0-3 ойлик – 31 нафар (1-гуруҳ) ва 3-6 ойлик бўлган – 22 нафар (2-гуруҳ) ва 6-12 ойлик – 17 нафар (3-гуруҳ) болаларни ташкил этди., текширувдагиларнинг 41 нафари (58,6%) ўғил болалардан ва 29 нафари (41,4%) қиз болалардан иборат. Бемор болаларда клиник-эпидемиологик, бактериологик, лаборатор ва инструментал (кўкрак қафаси рентгенографияси) текширувлари ўтказилди.

Натижалар ва уларни муҳакама қилиш: Текширувдаги болаларнинг оналарини акушерлик ва гинекологик анамнези сўраб суриштирилганда аниқландики, бронхопневмония билан асоратланган кўйўтал билан касалланган бир ёшгача бўлган болаларнинг оналарида биринчи анемия (53 нафар – 75,7%), иккинчи токмикоз (38 нафар – 54,3%) муҳим ўрин эгаллади. Оналарда туғруқнинг асосий асоратларидан бўлиб туғруқ жараённинг сустлиги (51,4%), тезкор туғруқ (11,4%), узоқ муддат сувсиз давр (14,3%) ҳисобланди.

Экстрагенитал касалликлар орасида текширувдаги болаларнинг оналарида сурункали инфекция ўчоғларининг мавжудлиги (22,8%), меъда ичак трактининг ва нафас тизимининг сурункали касалликлари (20%), юрак қон томир тизимининг ва буйрақларнинг сурункали касалликлари (12,8%) муҳим ўринни эгаллайди.

Касалланган болаларнинг перинатал анамнези ўрганилганда 17,1% болалар туғилганда кичик вазн билан, 5,7% болалар эса чала туғилганлиги, 44,3% болалар асфиксия билан туғилганлиги аниқланди.

Текширувдаги болаларнинг эмланганлик даражаси ўрганилганда аниқландики; 1 марта АҚДС олган болалар сони 17 нафарни (24,3%), 2 марта эмланганлар – 10 нафарни (14,3%), 3 марта эмланганлар 3 нафар (4,3%) бемор болаларни ташкил этди. 2 ва 3 марта эмланган 13 нафар (18,6%) болаларда эмлаш оралиқларини бузилганлиги аниқланди. Жами 70 нафар кўкйўтал билан касалланган болаларда бронхопневмония билан асоратланган болаларнинг 57,1%и (40 нафари) кўкйўталга қарши умуман эмланмаган.

Эмланмаганлик сабабини ўрганиш натижасида шу аниқландики, 68,5%и (48 нафар) болалар невропатолог томонидан қарши тиббий чеклашлар сабабли эмланмаган бўлса, 15,7%и (11 нафар) оғир соматик касалликлар, 7,1%и (5 нафар) тез-тез касалланиши, 8,5%и (6 нафар) ота-оналарни эмланишдан бош тортишлари туфайли эмланмаганлар.

Хулоса: Ондаги экстрагенитал касалликларнинг юқори кўрсаткичларда учраши, боладани интра-, пери- ва постнатал ўзгаришларнинг мавжудлиги салбий преморбид фоннинг ривожланишига олиб келади, ҳамда эмлаш жараёнининг бузилишига сабаб бўлади.

### **«SPECKLE-TRACKING» - ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИИ МИОКАРДА**

Капарулина А. С.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия, студент*

Введение. По данным ВОЗ сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующую позицию среди причин заболеваемости и остаются ведущими в структуре смертности: только в 2016 году умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Из них 85% приходится на инфаркт и инсульт.

Современные инструментальные методы диагностики расширяют возможности визуализации ранних патологических процессов в миокарде. В дальнейшем данные нарушения становятся предшественниками серьезных заболеваний, влияя на жизнедеятельность и трудоспособность населения, и могут привести к инвалидизации, смерти. Большинство

ССЗ можно предотвратить путем принятия мер в отношении факторов риска и своевременной диагностики нарушений функций сердечно-сосудистой системы. В связи с этим, заблаговременное диагностирование патологических состояний сердца и сосудов у подверженных пациентов становится одной из первостепенных задач перед врачом, в решении которой на первый план выходит инструментальные методы исследования сердца: ЭхоКГ, ЭКГ, сцинтиграфия миокарда, МРТ, КТ, рентгено- и ангиография.

Модернизация и усовершенствование ультразвукового исследования сердца не останавливается. Одним из перспективных методов становится «speckle-tracking»-технология, позволяющая производить как стандартные исследования деятельности сердечной мышцы, так и раннюю кардиодиагностику в кратчайшие сроки с высокой межисследовательской воспроизводимостью.

Цели: рассмотрение основ методики «speckle-tracking»; проведение анализа получаемых данных на графиках, таблицах, схемах; оценка возможностей метода в визуализации основных ССЗ и дисфункций сердца, а также информативности и чувствительности метода, его клиническое значение в диагностике заболеваний сердца.

Материалы и методы: изучение проведения методики, ее условий и ограничений, основных получаемых стандартных измерений; анализ получаемых данных, обзор медицинской литературы, статей, последних работ по эхокардиографии.

Результаты: в процессе изучения «speckle-tracking»-технологии было установлено следующее: метод не зависит от угла атаки, однако необходимы 3 синусовых ритма; основные стандартные измерения: продольная, радиальная и циркулярная деформации, кручение, напряжение, скручивание и раскручивание; для каждого из получаемых параметров создаются индивидуальные графики и схемы-мишени миокарда, где каждое значение нормы стандартизовано и уникально.

Вывод: «speckle-tracking»-технология позволяет дифференцировать между собой сложные нозологии ССЗ, диагностировать ранние стадии развития патологических процессов на основе послойного анализа сердечной ткани по формирующимся спеклов- точки на 2-хмерных сонограммах серошкальных измерений каждых слоев ткани, позволяющие регистрировать передвижение слоев миокарда относительно друг друга, тщательно визуализировать различные дисфункции и выявлять их этиологию, производить дифференцировку некротизированных участков от рабочих, уточнять локализацию очага поражения. Метод обладает высокой чувствительностью к определению незначительных нарушений слоев миокарда; позволяет объективно и количественно оценить глобальную и регионарную функцию миокарда, не зависит от угла атаки и поступательных движений сердца.

«Speckle-tracking» – новый метод быстрой количественной оценки глобальной и региональной сократимости, УЗ точной оценки функций миокарда, расширяющий и дополняющий рутинное ЭхоКГ исследование.

## THE INFLUENCE OF EDUCATION AND EMPLOYMENT ON ART ADHERENCE AMONG PLHIV AGED 25 TO 44 IN TASHKENT: AN EXPLORATORY RESEARCH

Karimov Doniyor Alisher o'g'li., Sadikov Humayun Mirzo Abdullayevich.,  
Dinmuhamadiyev Nurlan Aktamovich., Ermatov Botir Sobirovich  
*Ташкентская Медицинская Академия*

Background. Despite the availability of antiretroviral drugs in Uzbekistan, it remains difficult to meet epidemiological and clinical goals. At present, there is no reliable data on the level of adherence to ART among PLHIV in Tashkent. Because of unemployment and a low level of education, the influence of social factors on ART adherence is highly relevant.

Objective. This study was conducted to analyze the relationship between social factors such as employment and education and ART adherence. So the study aims to develop recommendations for improving ART adherence in key populations.

Materials and methods. The study was conducted at the AIDS Center of Tashkent (Uzbekistan) from August to December 2017 and included 146 HIV-positive patients (25 to 44 years) who have been receiving ART according to the recommendations by the Ministry of Health of Uzbekistan for at least 6 months. In this study, a cluster method for classifying patients by adherence, based on questionnaires, and a retro- and prospective analysis of outpatient card data was used. The data were processed by using mathematical statistics. The patients were surveyed on the basis of the questionnaire which included questions about missed doses, compliance with the time of medicine intake, the connection of taking medications with food intake, the patient's psychological attitude to treatment and about limiting the intake of necessary products. Patients had to answer each question by writing «yes» or «no.» Each answer «yes» was estimated from 1 to 3 points. Then the points were summed up and all the respondents were categorised according to the WHO classification of adherence to ART: 24-23 points ( $\geq 95\%$ )-good adherence (GA), 22-21 (85-94%)-insufficient adherence (IA), 20 and below ( $\leq 84\%$ )-low adherence (LA). The participants were divided by the level of education into two groups: having higher education / students in the university (group 1A) and without higher education (group 1B); and by their employment status: officially working (group 2A) and officially unemployed patients (group 2B). After questioning and analyzing the data of outpatient cards of people living with HIV, participants in each group were divided into clusters.

Results. The average age was 29.7 years. 79 (54.1%) patients were female and 67 (45.9%) male. In the group 1A (n=60): people with GA- 75.0% (n=45), IA-16.6% (n=10), LA-8.3% (n=5) and in the group 1B (n=86): cluster with GA-55.8% (n=48), IA-24.4% (n=21), LA-19.8% (n=17) respectively ( $p < 0.05$ ). The clusters in the group 2A (n=102): 70.6% (n=72) of them were showed good adherence, 21.5% (n=22) of them showed insufficient and 7.8% (n=8) low adherence. 52.3% (n=23) out of the unemployed respondents (n=44) were well-committed, meanwhile almost a third (29.5%, n=13) of patients showed an insufficient level of adherence. Lastly 15.9% (n=7) of participants belonged to the cluster with low adherence to ART. The percentage of people with LA in the group of officially unemployed patients is almost two times higher than in the group of employed PLHIV ( $p < 0.05$ ).

Conclusion. This study showed that education and employment have a positive impact on ART adherence among PLWHIV. Patients with higher education were more likely to adhere to ART than patients without higher education. The higher level of education helped them to understand the purposes of the therapy much better, and consequently, to be more committed. Patients in employment were more likely to adhere to ART than unemployed patients who are probably less responsible for their health and do not lead disciplined lifestyle.

## ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ У ДЕТЕ, СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

КЛЮШКИНА М.С., Мустафин А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России<sup>1</sup>

Введение. Злокачественная гипертермия (ЗГ; эпоним: синдром Икара) – наследственное заболевание человека с неполной пенетрантностью (степенью проявления гена в признаке) и вариабельной экспрессивностью (степенью тяжести наследственной патологии у больных с одинаковым генотипом). Это фармакогенетическое гиперметаболическое состояние скелетной мускулатуры у предрасположенных (чувствительных) пациентов в ответ на общую анестезию (ОА) с использованием ингаляционных анестетиков и миорелаксантов (сукцинилхолина) [1].

Цель исследования: Установить тактику введения детей с приступом злокачественной гипертермии, без этиотропной терапии. Определить особо значимые клинические проявления, для раннего распознавания приступа.

Материалы и методы. Настоящее исследование проводилось на базе Казанского государственного медицинского университета и отделения анестезиологии и реанимации «ДРКБ МЗ РТ». В период с 2011-2018 год было зарегистрировано 4 случая злокачественной гипертермии, один из которых был отсроченным. Пациенты поступали в приемно-диагностическое отделение с различными состояниями, требующие хирургического вмешательства с применением общей анестезии. Пациенты не указывали в анамнезе на непереносимость лекарственных препаратов.

Результаты: Всем пациентов за 30 минут до начала операции были введены деполяризующие миорелаксанты (сукцинилхолин), доза препарата определялась согласно возрастным нормам. Развитие приступа началось с тонического напряжения мышц всего тела, увеличение ЧСС, нестабильность гемодинамики, повышение температуры до 37-42\*С, гематурия. Тактикой введения было определено: прекращение подачи анестетика, увеличение подачи кислорода. В связи с отсутствием этиотропной терапии, вводили: ардуан, гомк, фентанил, доза препарата определялась по возрастным нормам. Дополнительно было назначено введение стерофундина в целях заместительной терапии. Использовали физические методы охлаждения. После купирования приступа все пациенты наблюдались в ОАиР, требовался постоянный мониторинг гемодинамической системы, показателей крови, контроль КФК, мочи. На 3 сутки были переведены в профильное отделение.

Выводы. Своевременное распознавание и лечение приступа злокачественной гипертермии позволяет не допустить тяжелых осложнений. При лечении должна применяться патогенетически обоснованная терапия, в связи с отсутствием этиотропной терапии.

## АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Е. А. Колесникова., Л. М. Шукшина

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение. Рациональное назначение лекарственных препаратов больным сахарным диабетом 2 типа (СД 2) является актуальной проблемой. По статистике за 2017 год в России больных сахарным диабетом насчитывается около 4,348 миллионов, из них 92% больных СД 2. Практически все пациенты имеют сопутствующие заболевания, что необходимо учитывать при назначении лекарственных препаратов. Нерациональная терапия может привести к различным осложнениям вплоть до летального исхода.

Цель. Провести анализ соответствия стандартов стационарной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2 типа (СД 2) в условиях реальной клинической практики. Для выполнения данной цели были поставлены задачи:

1. Изучить содержание национальных клинических рекомендаций, алгоритмов специализированной помощи, стандартов оказания помощи больным СД.
2. Провести анализ историй болезни больных СД 2, лечившихся в эндокринологическом отделении ГБУЗ ООКБ в 2017 году.

Материалы и методы. Истории болезни пациентов, лечившихся в эндокринологическом отделении ГБУЗ ООКБ в 2017 году.

Результаты. В 2017 году в эндокринологическом отделении лечилось 690 пациентов с СД 2. В структуре сахароснижающей терапии инсулинотерапия присутствовала у 90% госпитализированных пациентов, причем у 74% она была интенсифицированной. Среди пероральных сахароснижающих препаратов преобладали бигуаниды (84%). 20% пациентов получали сульфонилмочевинные препараты: гликлазид МВ, глимепирид, глибенкламид. На долю инкретиновых препаратов – ингибиторов дипептидилпептидазы 4 типа (вилдаглиптин, аллоглиптин) пришлось 3% лекарственных назначений, а ингибиторов натрий-глюкозных котранспортеров 2 типа (дапаглифлозин, эмпаглифлозин) – еще 2%. Помимо этого установлено, что у 50% больных СД 2 был снижен уровень скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73, причем у 9% пациентов СКФ оказалась ниже 45 мл/мин/1,73, что учитывалось в коррекции лекарственных назначений.

Около 88% пациентов с СД 2 имели артериальную гипертензию, и у 60% из них наблюдалась сердечная недостаточность I-IIa степени. Препаратами выбора были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, тиазидоподобные диуретики и антагонисты кальция. При наличии у пациентов сердечной недостаточности лечение дополнялось назначениями β-блокаторов. Повышенный уровень холестерина наблюдался у 60% больных, по поводу чего они получали статины (аторвастатин, симвастатин, розувастатин) в рекомендованной терапевтической дозе.

Выводы. Проведенное исследование показало, что пациентам отделения проводится рациональная сахароснижающая, гипотензивная, гиполипидемическая терапия в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным СД 2.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРФЛЮСАЛ ФОРСПИРО ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Komolova Feruza Djamoliddin qizi, Akbarova Dilfuza Suratovna,  
Комолова Феруза Джамолиддин кизи, Акбарова Дилфуза Суратовна  
*Ташкентская Медицинская Академия*

Ингаляционные препараты являются основой современной терапии бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Их применение позволяет создавать высокую концентрацию действующего вещества и непосредственно воздействовать на орган-мишень – дыхательные пути, включая дистальные отделы (мелкие бронхи), а также обеспечивать быстрый ответ на терапию.

Целью исследования было оценка эффективности комбинированного препарата для ингаляционной терапии сальметерол/флутиказона пропионат (Эрфлюсал Форспиро) 50мкг/250мкг – у госпитализированных больных с обострением ХОБЛ.

Материалы и методы. 45 госпитализированных пациентов с обострением ХОБЛ (средний возраст – 65 лет, средний объем форсированного выдоха за 1-ю сек (ОФВ1) – 1,1 л, которые принимали Эрфлюсал Форспиро 50/250 по 1 вдоху 2 раза в день. Длительность терапии составила 10 дней. Проводилось оценка эффективности препарата по клиническому улучшению общего состояния больных, проведением оценки показателей функции внешнего дыхания.

Результаты. При анализе динамики клинических и функциональных показателей было обнаружено значимое улучшение показателей частоты дыхательных движений и сердечных сокращений во время терапии. Уменьшение одышки на 3-й день терапии, отмечена также положительная динамика показателя ОФВ1 через 1 час, на 3-й день, значения форсированной жизненной емкости легких достоверно увеличились к 7-му дню терапии.

Таким образом, терапия комбинированным препаратом Эрфлюсал Форспиро хорошо переносилась больными; развития серьезных побочных реакций, требующих отмены препарата, отмечено не было. Использование порошковых ингаляторов с низким внутренним сопротивлением позволяет пациенту развивать большую объемную скорость вдоха, обеспечивает большую отгуженную фракцию и большую фракцию мелких частиц, что, безусловно, имеет клиническое значение.

## THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS ASSESSED WITH EQ-5D-5L

Costea Elena, Salaru Virginia

*State University of Medicine and Pharmacy «Nicolae Testemitanu» of the Republic of Moldova*

Background: Osteoarthritis (OA) is one of the most common joint disorders that has a significant burden on the health and well-being of patients. The impact of knee OA on patients' lives has not been well studied in the Republic of Moldova.

Objective: to determinate the quality of life (QoL) in patients with knee osteoarthritis.

Methods: Patients fulfilling ACR criteria were eligible for participation in this trial if they had experienced clinical symptoms of knee OA at least 3 months before inclusion into the study. We assessed patient's QoL using the EQ-5D questionnaire with its five dimensions (EQ-5D-5L): mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression.

Results: There were 30 patients integrated in the study including 23 females, mean age 61,2 ± 11,65 (range 30 to 82 years), with disease duration 14,83 ± 7,03 years (range 2 to 27 years). The EQ-5D-5L results showed that on average 67% of patients reported problems in all five dimensions, 96% had difficulties with mobility, 71,4% with self-care and 92,6% with usual activities. In 96,4% of cases, patients suffered pain/discomfort, the mean level of pain being 72,2 ± 11,9. The problem of mental health, anxiety and depression, was identified in 89,2% cases. The QoL was lower for females, but significantly on mobility and self-care domains (p<0,05). There was significant correlation between QoL and age (p<0,05) and moderate correlation with the pain level.

Conclusion: Osteoarthritis can profoundly affect many aspects of the life, including physical and mental well-being; women seem to be more susceptible than men.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДИАРЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Кузнецова В.В., Худайкулова Г.К., Гиясова Г.М., Муминова М.Т.  
*Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность. Причиной диареи у ВИЧ-инфицированных детей часто являются различные вирусы (ротавирус, аденовирус, энтеровирус) и бактериальные (дизентерия, сальмонеллез, клебсиелла и другие инфекции), в развитие которых обусловлено ослаблением защитных функций организма. По данным ВОЗ, у детей ежегодно в мире регистрируется около 1,7 миллиарда случаев острой диареи, и от нее умирает 525 тысяч детей в возрасте до пяти лет.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения бактериальных диарей у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Специализированной клиники при Республиканском центре по борьбе со СПИДом. Под наблюдением находились 50 ВИЧ-инфицированных детей с синдромом диареи бактериального генеза в возрасте от 1-5 лет. Диагноз выставлен на основании клинических, иммунологических, вирусологических, серологических и бактериальных исследований.

Результаты. Из общего числа обследованных детей у 9 больных (18%) был выставлен диагноз "Шигеллез", у 4 детей (8%) выявлен сальмонеллез, у 6 детей (12%) кампилобактрия, у 9 детей стафилококки (18%), энтеропатогенная кишечная палочка у 10 детей (20%), смешанная флора у 12 детей (24%).

Основными клиническими синдромами бактериальных диарей являлись: острый гастрит – сопровождается рвотой; острый энтерит – отсутствует синдром рвоты, но присутствует синдром диареи, проявляющейся виде частого и жидкого стула; при острым гастроэнтерите отмечается рвота, обезвоживание и диарея, а также острый колит, который характеризовался специфическими изменениями стула (дизентериеподобный стул).



У ВИЧ-инфицированных детей с синдромом диареи диагнозом “шигеллез” наблюдались следующие клинические симптомы: повышение температура появились у всех 9 детей (100%), из них у 2 детей (22%) температура тела поднималась до 37,5°C, у 4 детей (44%) – до 38,0-39,0°C, у 3 детей (33%) свыше 39°C. Симптомы интоксикации и обезвоживания отмечались у всех детей различной степени выраженности. Диспепсические явления также были выражены различной степени: признак рвоты отмечался – у 3 детей (33,4%), тошнота – 4 детей (44%) схваткообразные боли в животе и частый жидкий стул с примесью крови, а также тенезм наблюдались почти у всех детей. При бактериологическом исследовании кала у 5 детей (56%) обнаружилась *Shigella flexneri*, у 2 детей (22%) *shigella boydii*, по одному больного высевалась *Shigella dysenteriae* и *Shigella zone* (11%; 11% соответственно).

У 4 ВИЧ-инфицированных детей с синдромом диареи детей диагноз “сальмонеллез” выставлен на основании бактериологического анализа кала, где у всех детей наблюдался рост *Salmonella typhimurium*. Температурная реакция, которая поднималась выше 38°C, симптомы интоксикация и обезвоживания, болевой синдром в виде болей в эпигастриальной области и вокруг пупка, жидкий зловонный стул со слизью наблюдалась у всех больных детей (100%).

“Кампилобактериоз” сопровождался у 5 ВИЧ-инфицированных детей с синдромом диареи детей (83,4%) с температурной реакцией, которая поднималась до 38°C. Симптомы интоксикации и обезвоживания были менее выражены чем у детей с “шигеллезом” и “сальмонеллезом”. Из диспепсических симптомов как тошнота и рвота отмечались у 4 (67%). У всех детей наблюдался частый жидкий стул с примесью крови, со слизью со зловонным запахом.

У 9 ВИЧ-инфицированных детей с синдромом диареи был диагностирован “стафилококковая инфекция”. У всех детей клинические симптомы интоксикации, диареи, диспепсии и обезвоживания были более выражены чем у вышеперечисленных групп детей.

У 10 ВИЧ-инфицированных детей с синдромом диареи обнаружилась “энтеропатогенная кишечная палочка”. У половина детей (5 детей) температура тела была нормальных цифр, симптомы интоксикации и обезвоживание, а также частый жидкий стул со слизью более 3 раз в сутки были менее выражены (40%).

У 12 ВИЧ-инфицированных детей с синдромом диареи детей обнаруживалась “смешанная флора”. У данной группы детей клинические симптомы наблюдались различной степени выраженности, у которых более привалировали симптомы интоксикации и диареи.

Вывод. Таким образом, У ВИЧ-инфицированных детей с синдромом диареи частота встречаемости бактериальных агентов не различаются от здоровых детей. Выраженность клинических симптомов более выражены.

## METABOLIC THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM

Лян Екатерина Михайловна  
*Tashkent Medical Academy*

Introduction: alcohol dependence remains a pressing medical and social problem. Depression ranks first in terms of the frequency of comorbidity with alcoholism, which in turn creates a need in complex approach to the treatment alcoholism and depressive disorders.

The purpose and objectives. To study the influence of the smetabolic therapy on the outcome of depressive disorders in patients with alcoholism in postabstinent period.

Materials and methods. 60 patients with alcoholism with depressive disorders in postabstinent period were studied. The mental state of patients at admission and after clinical examination met the criteria of formed syndrome of alcohol dependence (F10.24, F10.26 for ICD-10), and depressive disorders in ICD-10. Clinical, psychopathological, experimental psychological and statistical methods were used. In order to identify depression and dynamics of the patient's state, participants were investigated with the Hamilton Depression Rating Scale. In order to study vegetative disorders, articipants were examined with the help of the Wayne questionnaire. All patients were divided by random selection into 2 groups of 30 people - a standardized treatment of depressive disorders (antidepressants and cognitive behavioral therapy - CBT) was applied in the control group and antidepressants, CBT and metabolic therapy (Inosine, Nicotinamide, and Succinic acid) were applied in the main group.

Results of the study. In the course of therapy quite a rapid reduction of pathological symptoms was noted in the main group, and by 32nd day the complete or nearly complete remission was stated in the majority of patients, who subjectively felt good either mentally and physically. The improvement of the patients in the main group was associated with a decrease or reduction of vegetative disorders, like headaches, sleep disorders, and fatigue. According to Hamilton Depression Rating Scale, an average result before treatment was 16, 3 points in the main group, after treatment - 5,8 points. In the control group the average result before the start of therapy was 15,7 points, after treatment - 9,4 points. The degree of vegetative disorders by Wayne questionnaire in the main group before treatment was 27,5 points, after treatment - 10,8 points. In the control group, according to the said criteria, before treatment an average result was 28,9 points, after treatment – 21,2 points.

Conclusion. It can be assumed that depressive disorders in postabstinent period in patients with alcohol dependence occur largely due to vegetative disorders which are a direct result of a toxic effect of ethanol on the central nervous system. Therefore the reduction of autonomic disorders, along with the improvement of coronary and cerebral blood flow, activation of metabolic processes in the central nervous system and improvement of cognitive functions is mostly preferred treatment strategy, as well as an actual antidepressant therapy. Thus, the use of metabolic therapy for depression in the postabstinent period in patients with alcoholism seems justified and rational.

## БОЛАЛАРДА ОИВ ФОНИДА ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАР КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мавлонова З.Н., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Муаммонинг долзарблиги: Ноаниқ этиологияли ўтқир ичак инфекциялари ичида вирусли диареялар етакчи ўринга эга. Ҳалқаро статистик маълумотларга кўра диареяларнинг 50-80%ини вирусли диареялар ташкил қилади. Статистик

маълумотларга кўра болаларда учрайдиган оппортунистик вирусли диареялар ОИВ инфекциясининг клиник кўринишларидан бири бўлиб, уларни ротавирус, I ва II тип оддий герпес вируслари, шунингдек, цитомегаловируслар, пикобирновируслар, калтцевирус, аденовируслар келтириб чиқаради.

Тадқиқотнинг мақсади: Болаларда ОИВ фонида вирусли диареялар кечишининг клиник хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва услублари: Тадқиқот материални Республика ОИТСга қарши кураш маркази клиникасида стационар даволанаётган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 30 нафар бола ташкил этди. Тадқиқотда клиник, вирусологик, бактериологик, серологик (ПЗР) усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг натижалари: ОИВ билан зарарланган, диарея кузатилаётган 30 нафар боладан 21 нафарда (70%) вирус этиологияси тасдиқланди. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, вирусли диареяларга мойиллик ОИВ билан зарарланган 3 ёшгача бўлган болаларда кўпроқ кузатилди. 1-3 ёшгача бўлган болалар 52,3%ини (11 нафар), 4-7 ёшгача бўлганлар 28,5%ини (6 нафар), 8-18 ёшгача бўлганлар 19,2%ини (4 нафар) ташкил қилди. Вирусли диарея кузатилаётган 13 нафарда (61,9%) болаларда ротавирус аниқланди. Цитомегаловирусли диареялар 3 нафар (14,2%), оддий герпес типидagi вируслар кўзгатган диареялар 2 нафар (9,5%), аденовирусли диареялар 1 нафар (4,76%) болаларда кузатилди. Қолган 2 нафар (9,5%) беморларда аралаш этиологияли вирусли диарея кузатилган. Клиник жиҳатдан энг оғир кечган диареялар ротавирусли диареялар бўлиб, болаларда кучли интоксикация белгилари, кўп марталаб қайт қилиш симптомлари билан кечган. Ўтқир давр давомийлиги 8,7±2.1 кунни ташкил қилди, тана ҳароратининг максимал кўтарилиши касалланишнинг 2-3 кунига тўғри келиб, 38,4°Сга тенг бўлди. Диарея синдроми 11,4±2.3 давом этди, бунда патологик аралашмаларсиз кўп сонли, сувли нажас бўлди. Ич кетиши ва қайт қилиш 53,8% болаларда эксикоз ривожланишига олиб келди. Ротавирусли диареяларда катарал белгилар аденовирусли диареяларга нисбатан суст намоён бўлди. Аденовирусли диареяларда кучли интоксикация билан бирга юқори нафас йўлларидаги катарал ўзгаришлар (ринит, фарингит, конъюнктивитлар) касалланишнинг 7-8- кунларигача кузатилади. Касаллик бошланишидан 4-5- кунгача тана ҳарорати аста секин кўтарилиб бориб, 39,1°Сгача кўтарилди. Бундан ташқари 60% болаларда қоринда оғриқ кузатилади. Кўп марталаб сувли нажас касалликнинг дастлабки 3 кунда суткада 10-12 мартагача кузатилди, кейинчалик суткалик сони камайиб борса ҳам суюқ кўринишини сақлаб қолди. ЦМВли диареяларда кўп марталаб қайт қилиш ва яққол намоён бўлган диарея синдроми устунлик қилди. Кўп марталаб қусиш касалланишнинг дастлабки 4.1±1.4 кунда кузатилди. Диарея 9.3±1.9 кун давом этди ва сувсимон характерда бўлди. Интоксикация кучсиз намоён бўлди. Тана ҳароратининг кўтарилиши касалликнинг дастлабки 1-2 кунда кузатилиб, 38°Сдан ошмади. Оддий герпес вируси қақирган диарея клиникасида субфебрил тана ҳарорати фонида тўсатдан юзага келувчи кўп марталаб қусиш (10 мартадан кўп) кузатилди. Қайт қилиш 5.2±1.8 кун давом этди, нажас суюқ характерда бўлиб, суткасига 1-2 марта кузатилди. Интоксикация синдроми устунлик қилмади. Аралаш этиологияли вирусли диареялар моноинфекцияга нисбатан оғир кечди ва узокроқ давом этди.

Хулоса. Шундай қилиб, тадқиқот натижаларига кўра ОИВ билан зарарланган болаларда вирусли диареялар келиб чиқишида этиологик жиҳатдан ротавирус етакчилик қилди. ЦМВли диареяларда кўп марталаб қайт қилиш ва яққол намоён бўлган диарея синдроми устунлик қилди. ОИВ билан зарарланган болаларда вирусли диареяларни келтириб чиқарувчи вируслар агентлар турличалиги лаборатор диагностикани янада яхшилаш кераклигини ифодалайди.

## ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мадаминова Малика Шавкатовна., Атаева Дилором Рахимжановна,  
Толипова Ноила Кудратовна, Юсупова Гулноза Амониллаевна,  
Хужаниезова Мафтуна Юсуфбоевна

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. Сепсис — это опасная для жизни дисфункция внутренних органов, вызванная нарушением регуляции ответа организма на инфекцию (7). Если сепсис не распознать на ранней стадии не обеспечить своевременное лечение, он может вызвать септический шок, полиорганную недостаточность и смерть. Согласно оценкам ВОЗ, каждый год сепсисом страдает 3 миллиона новорожденных и 1,2 миллиона детей. Три из десяти случаев смерти в результате неонатального сепсиса предположительно вызваны лекарственно устойчивыми патогенами. Вместе с тем в настоящее время нет рациональной тактики ведения пациентов сепсисом, диагностика и лечение сепсиса остается актуальной проблемой.

Цель. Выявление причин смертельных исходов сепсиса у детей раннего возраста.

Методы. Нами был выполнен ретроспективный анализ причин смерти больных детей сепсисом, умерших в 2008-2018 гг. в ТМА. За этот период в детском реанимации находились 158 больных сепсисом.

Результаты. среди детей сепсисом в сроки до 7 суток от начала заболевания умерли 89 (56,3%) (1-я гр.), спустя 7 суток 69 (43,7%) (2-я гр.). По клинко-лабораторным данным в 1-й группе недостаточность 3-х систем (дыхательной, ССС, почек) имела место у 92 (58,2%) пациентов, 4 и более систем – у 66 (41,8%). Во 2-й группе все больные имели полиорганную недостаточность (дыхательной системы, ССС, почек, печени, ЖКТ, гемостаза). Пациенты обеих групп получали лечение по стандарту. По данным аутопсии у 29 умерших детей от сепсиса выявлено отложение циркулирующих иммунных комплексов в почке, печени, сердце, плевре, легких, сальнике, брюшине, суставных капсулах. В микропрепарате обнаруживались жировой и клеточный некроз, лейкоцитарная инфильтрация, скопление гнойных масс во внутренних органах. По данным морфологических исследований, у детей с разными клинко-морфологическими вариантами течения сепсиса требуются совершенно различные подходы к противовоспалительной, сосудистой, антибактериальной терапии. Стандартные схемы необходимо приспосабливать для каждого пациента.

Выводы. Таким образом, причиной летального исхода у больных детей сепсисом является полиорганная недостаточность, что подтверждается морфологическими исследованиями. Полиорганная недостаточность (ПОН) – главная причина смерти детей сепсисом. Выделяют сердечно-сосудистую, дыхательную, почечную, печеночную недостаточность, ДВС-синдром и поражения желудочно-кишечного тракта. Развитие недостаточности, включающей поражение более трех органов, является фатальным.

## ОЦЕНКА ТЕРАПИИ «ПО ТРЕБОВАНИЮ» У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Максудов И.Ж., Собирова Г.Н., Высогорцева О.Н.

ГП «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»

Цель: Оценка эффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) по требованию препаратом Пепсан.

Материал и методы: Обследовано 25 пациентов с ГЭРБ в возрасте 50,1±10,7 лет с симптомами ГЭРБ (изжога, кислая отрыжка, загрудинная боль). Всем больным была проведена эндоскопическая рН-метрия пищевода. Для оценки скорости купирования симптомов однократно назначался антацидный препарат – Пепсан – Р по 1 пакетик 3 раза в день в течение 2-х недель.

Результаты: При эндоскопии пищевода у 14 пациентов обнаружен неэрозивный эзофагит, у 8 – рефлюкс-эзофагит степени А-В по Лос-анджелесской классификации, у 3 – рефлюкс-эзофагит степени С-Д. Анализ результатов рН-мониторирования обследованных больных показал, что общее количество эпизодов симптомов ГЭРБ достоверно ( $p < 0,05$ ) снижалось со 100 до 20%. При этом средняя скорость купирования изжоги составила 9,8 минуты. У больных на фоне приема препарата достоверно уменьшилось количество гастроэзофагеальных рефлюксов с  $66,0 \pm 10,5$  до  $13,2 \pm 6,6$ , отмечалась нормализация общего процента времени с рН меньше 4 в пищеводе с  $10,8 \pm 3,7$  до  $1,2 \pm 2,3\%$ . Сравнительный анализ значений по оценке времени, в течение которого рН пищевода трансформируется из кислого в нейтральный показал, что на фоне приема препарата отмечается уменьшение значений пищевода клиренса с  $10,0 \pm 12,0$  до  $8,3 \pm 5,2$  минуты. Ночные кислотные прорывы при первичном обследовании отмечались у 60 % обследованных больных, на фоне приема препарата отмечалось достоверное уменьшение до 28 %.

Выводы. Таким образом, на фоне приема препарата Пепсан -Р у пациентов с ГЭРБ выявлено уменьшение эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса, отмечен положительный клинический эффект у всех пациентов. Нежелательных явлений, связанных с приемом препарата отмечено не было.

## КЛИНИКО – ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВТОРИЧНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ

Мирзоев Ж.Б.

Ташкентская медицинская академия

Введение: Несмотря на достижения в области диагностики и лечения внутримозговых кровоизлияний (ВМК), большую проблему представляют вопросы вторичной ишемии (ВИ) головного мозга вследствие развития церебрального вазоспазма (ЦВС), что клинически проявляется ухудшением состояния пациента, нарастанием неврологического дефицита. ВИ чаще развивается при ВМК среднего и большого размеров, субарахноидальном кровоизлиянии. Внутримозговые гематомы малого размера, как правило, не сопровождаются вазоспазмом и последующим развитием ВИ. Если ВМК малого объема осложняется прорывом в желудочковую систему то вероятность развития ВИ возрастает.

Цель исследования: Изучить клинику – доплерографические параллели ВИ головного мозга, развивающиеся при ВМК.

Методы: обследовано 60 пациентов с геморрагическим инсультом в возрасте 36-85 лет (в среднем 52,4±8,6). Из них 34(56,6%) мужчин и 26(43,4%) женщин в острейшем периоде ОНМК. У 24 (40%) пациентов на 3-5 сутки пребывания отмечалась клиника развития ВИ головного мозга вследствие ЦВС. Эти пациенты составили 1 группу. 2 группу составили 36 (60%) пациентов без признаков ВИ.

Результаты исследования. Характеристики ЦВС оценивались 2 группами показателей – это клинические показатели, оцениваемые по шкалам NIHSS, а также данными транскраниальной доплерографией (ТКДГ).

Оценка степени выраженности неврологического дефицита и его динамика проводилась на основе оценочной шкалы NIHSS. В динамике в неврологического статуса у пациентов со ВИ отмечалась тенденция к нарастанию очагового дефицита, так средний балл по шкале NIHSS при поступлении составил  $10,9 \pm 2,9$ , на 7 сутки -  $13,9 \pm 3,1$  (дисперсионный анализ по Фридману  $\chi^2 = 8,3$   $p > 0,05$ ). При этом у пациентов без ВИ отмечалась стойкая тенденция к регрессу неврологического дефицита. Так средний балл при поступлении составил  $12,1 \pm 3,2$ , а на 7 сутки -  $8,1 \pm 3,2$ , (критерий Фридмана  $\chi^2 = 13,6$   $p < 0,01$ ). Показатели выраженности неврологического дефицита на 7 сутки пребывания в стационаре имели статистически значимую разницу между пациентами с ВИ и пациентами без ВИ:  $13,9 \pm 3,1$  и  $8,1 \pm 3,2$  соответственно (U-критерий Мана-Уитни = 162,8  $p < 0,01$ ).

Полученные средние доплерографические показатели церебральной гемодинамики свидетельствуют о наличии умеренной и выраженной степени ЦВС у пациентов с геморрагическим инсультом. Так, у 8 пациентов со ВИ по данным ТКДГ были выявлены признаки ЦВС выраженной степени, так средняя величина линейная скорость кровотока (ЛСК) по средней мозговой артерии составила на 3 сутки  $165,3 \pm 34,8$  см/с., на 7 сутки отмечалась дальнейшая тенденция к увеличению данного показателя -  $215,9 \pm 43,9$  см/с. (W-Критерий Вилкоксона = 6,1,  $p < 0,05$ ). Усредненный показатель индекса Линдегаарда на 3 сутки составил  $3,1 \pm 0,7$ , на 7 сутки -  $3,6 \pm 0,9$  (W-Критерий Вилкоксона = 1,6,  $p > 0,05$ ).

У 16 пациентов с умеренной степенью выраженности ЦВС оцениваемые показатели ЛСК и индекса Линдегарда имели тенденцию к повышению, но в меньшей степени. Так, средняя величина ЛСК по средней мозговой артерии составила на 3 сутки  $137,4 \pm 34,8$  см/с., на 7 сутки выявлен также дальнейший рост данного показателя -  $168,1 \pm 33,2$  см/с. (W-Критерий Вилкоксона = 5,3,  $p < 0,05$ ). Усредненный показатель индекса Линдегаарда на 3 сутки составил  $2,8 \pm 0,7$ , на 7 сутки -  $3,1 \pm 0,8$  (W-Критерий Вилкоксона = 1,6  $p > 0,05$ ).

ВЫВОДЫ: 1. Развивающаяся на 3-5 сутки пребывания в стационаре ухудшение состояния пациента в виде сужения уровня сознания, нарастания очаговой неврологической симптоматики и менингеальных знаков следует рассматривать как проявление ВИ головного мозга вследствие развития ЦВС.

2. Доступными и неинвазивными методами нейровизуализации для диагностики ЦВС является ТКДГ, позволяющая оценить степень выраженности ЦВС при ВМК с высокой степенью достоверности ( $p < 0,05$ ).

## **ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Мусаев О.О., Абдуазизова Н.Х.

*Ташкентская медицинская академия*

**Введение:** Системная красная волчанка (СКВ) – тяжелое заболевание, при котором иммунная система человека воспринимает собственные клетки как чужеродные и начинает с ними бороться. При этом в организме вырабатываются вещества, повреждающие многие органы и ткани: сосуды, кожу, суставы, внутренние органы (почки, легкие, сердце, печень, головной мозг и др.). Поражение почек является одним из наиболее тяжелых висцеральных проявлений СКВ, а прогрессирующая почечная недостаточность (ПН) и уремия занимают одно из первых мест среди причин смерти больных СКВ.

**Цель:** Выявить факторы риска развития и прогрессирования нефропатии у больных системной красной волчанкой (СКВ).

**Материал и методы:** Обследовано: 40 больных с СКВ женского пола с наличием АГ II и III степени находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре ревматологии на базе I-клиники ТМА в период с сентября 2017 года по январь 2019 года. Исследование функций почек включало выполнение общего анализа мочи, Нечипоренко; определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), ультразвукового исследования почек. Кроме того, проводили оценку наличия и выраженности микроальбуминурии (МАУ), протеинурии. Биохимическое исследование крови включало в себя определение общего белка, креатинина, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, высокой плотности, триглицеридов.

**Результаты:** У больных СКВ хроническая болезнь почек (ХБП) 1–3 стадий выявлялась в 32%. Факторами риска снижения СКФ при СКВ являлись III степень активности заболевания ( $F=7,19$ ,  $p < 0,001$ ), длительность СКВ более 12 лет ( $F=7,81$ ,  $p < 0,001$ ), возраст более 54 лет ( $F=6,19$ ,  $p < 0,001$ ), наличие артериальной гипертензии ( $F=7,72$ ,  $p < 0,001$ ), повышение пульсового давления выше 58 мм рт.ст. ( $F=5,13$ ,  $p < 0,05$ ), общего холестерина более 5,4 ммоль/л ( $F=8,14$ ,  $p < 0,001$ ). Наибольшая прогностическая значимость снижения СКФ у больных СКВ была отмечена в отношении гиперхолестеринемии, продолжительности основного заболевания свыше 12 лет и наличия артериальной гипертензии. Развитие МАУ у больных СКВ было ассоциировано с повышением возраста ( $F=6,02$ ,  $p < 0,001$ ), длительности основного заболевания ( $F=7,02$ ,  $p < 0,001$ ), наличием III степени активности заболевания ( $F=5,04$ ,  $p < 0,01$ ), артериальной гипертензии ( $F=7,24$ ,  $p < 0,001$ ), дозой глюкокортикоидов ( $F=5,37$ ,  $p < 0,05$ ), повышением пульсового АД ( $F=7,24$ ,  $p < 0,001$ ) и общего холестерина ( $F=5,67$ ,  $p < 0,05$ ). Наиболее тесная зависимость прослеживалась между выраженностью МАУ и артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией.

**Заключение:** Таким образом, у больных СКВ кроме исследования функционального состояния почек, необходимо с профилактической целью проводить оценку таких факторов риска, как общий холестерин крови, системное артериальное давление. При наличии факторов риска у пациентов с СКВ проведение своевременных корректирующих схем позволит снизить риск развития почечной патологии.

## **ИЗУЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Парпиев Ш.И., Рузиева Г.Х., Самирханов Э.Р.

*Ташкентская медицинская академия*

**Актуальность.** Труд врача общей практики является одним из наиболее ответственным и тяжелой в медицинской практике. Работа врача общей практики сопровождается высокой нагрузкой, требованием большой самоотдачей, повышенным вниманием и стрессовыми воздействиями. Как мы видим из данных С.А. Калининой, большую значимость приобретает проблема профессионального выгорания. По данным П.А. Бакумова, Е.А. Зернюковой, Е.Р. Гречкиной процент распространенности среди медработников синдрома эмоционального выгорания составляет – 59%, 40% медицинских работников испытывали проблемы со сном, 36% испытывали тревогу, 16% страдали депрессией. Важность перво-степенного изучения, своевременной диагностики, лечения и профилактики синдрома профессионального выгорания врачей очевидна. К сожалению, в современной отечественной литературе отсутствуют исследования, направленные на профилактику возникновения тревожно-депрессивных расстройств у лиц, оказывающих лечебную помощь.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось среди врачей общей практики семейных поликлиник города Ташкент в период с октября по декабрь 2018 года. Клиническое исследование проводилось по специально разработанной схеме, включающей в себя метод расспроса, а оценка уровня депрессии и тревоги – с помощью психологических опросников Гамильтона, шкал тревоги и депрессии Beck (BDI). В исследовании приняли участие 37 врачей общей практики семейных поликлиник г. Ташкент: СП №16 Олмазарского района, СП №30 Яшнабадского района, СП №31 Олмазарского района, СП №14 Шайхантаурского района, в возрасте от 26-56 лет. Из них, женщин – 27, мужчин – 10. Во время обследования у исследуемых серьезных соматических заболеваний не отмечались, для исключения соматогонии. На момент осмотра все исследуемые не принимали лекарственных препаратов.

**Цель исследования:** определить наличие и уровень тревожно-депрессивных расстройств у врачей общей практики.

**Результаты исследования.** Более чем у 63% (23 исследуемых) медработников выявлен синдром эмоционального выгорания. Потеря интереса или удовольствия – 45% (16), утрата энергичности, слабость – у 57% (21). Снижение способности концентрации внимания и памяти – 52% (19). 47% (17) медицинских работников испытывали проблемы со сном. Плохой аппетит или потеря массы тела отмечались у 40% (15) исследуемых. Соматическая симптоматика – у 52% (19). 60% (22) обследуемых испытывали тревогу. Снижение настроения – у 83% (31) исследуемых. Распространенность легкой депрессии – у 63% (23), умеренной депрессии – 20% (7), выраженная депрессия – 3% (1).

Вывод: 1) высокий уровень распространенности тревожно-депрессивных расстройств среди обследованной категории (60% (22) обследуемых испытывали тревогу; легкая депрессия – у 63% (23), умеренная депрессия – 20% (7), выраженная депрессия – 3% (1)); 2) эмоциональное выгорание (у 63% (23)) и стрессовые ситуации в профессиональной деятельности явились причиной снижения интеллектуально-мнестических способностей (52% (19)); 3) характерна выраженность соматовегетативных расстройств (52% (19)). Полученные данные свидетельствуют об обоснованности разработки мер по профилактике и предотвращению развития тревожно-депрессивных расстройств у врачей общей практики.

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА

Равшанов Жахонгир Азимжон угли, Исломова Лола Раим кизи

*Ташкентская Медицинская Академия*

**ВВЕДЕНИЕ:** Больные злокачественными новообразованиями относятся к категории повышенного суицидального риска. Согласно данным ряда зарубежных авторов риск самоубийства онкологических пациентов в 2-4 раза выше, чем у здоровых лиц того же пола и возраста.

Изучение суицидальной активности больных злокачественными новообразованиями, как и в общей популяции, является важным условием для разработки мер целенаправленной профилактики, оценки места и возможностей психотерапевтической коррекции психических нарушений, а также роли соматических детерминант. Среди последних важное значение имеет болевой синдром, поскольку подавляющее большинство больных на стадии генерализации онкопроцесса страдают от боли.

**ЦЕЛЬ.** Оценить связь эффективности контроля хронического болевого синдрома и суицидальной активности больных распространенным раком

**МЕТОДЫ.** Группу исследования составили 30 больных распространенным раком. Во всех случаях диагноз подтвержден морфологически. Критерием включения в группу было присутствие различных форм суицидального поведения. Женщины составляли 40 %, мужчины 60 %. Оценка интенсивности боли проводилась по шкале вербальных оценок (ШВО).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Исследование показало, что среди лиц с суицидальным поведением достоверно чаще присутствовали боли умеренной – 43,3 % и сильной – 16,7 % интенсивности. Оценка средних показателей длительности алгий – 3,1 мес. У подавляющего числа больных с суицидальным поведением наблюдался слабый болеутоляющий эффект (70 %).

**ВЫВОДЫ.** Наличие болевого синдрома не обязательно свидетельствует о присутствии суицидальной активности у больных распространенным раком. Основными предрасполагающими факторами формирования суицидального поведения являются длительность болевого синдрома (более 3 месяцев), а также слабый болеутоляющий эффект противоболевой фармакотерапии.

## АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В СОСТОЯНИИ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Мухаммадиев Й., Турдиева М.Э.

*Ташкентская Медицинская Академия*

**Актуальность.** Новые данные научных исследований по данной тематике важны, так как алкогольная зависимость важнейшая медико-социальная проблема в современном обществе, а состояние отмены – непосредственная угроза жизни и здоровью пациентов с алкогольной зависимостью.

**Цель:** определить степень выраженности и динамики депрессивных (Д) нарушений при состоянии отмены алкоголя у лиц с алкогольной зависимостью для оптимизации лечебных мероприятий

**Материал и методы.** Обследовано 29 субъектов с алкогольной зависимостью, средним возрастом  $39,8 \pm 1,7$  лет, стажем употребления алкоголя  $9,8 \pm 0,9$  лет, длительно-стью употребление алкоголя до поступления в стационар  $8,4 \pm 0,5$  дней подряд. Пациентов с назначением антидепрессантов (АД) 34,5%. Диагностика алкогольной зависимости - МКБ 10. Диагностика Д- шкала Д Бека. Диагностика абстинентного синдрома - шкала диагностики абстинентного синдрома. Статистическая обработка данных - программа SPSS 17.0.

**Результаты.** Общие средние показатели уровня Д на момент поступления пациента в стационар  $18,0 \pm 1,6$ , через неделю -  $14,2 \pm 1,5$ , через 2 недели  $12,4 \pm 1,4$ . Средние показатели уровня Д у лиц получавших АД  $27,4 \pm 1,1 / 23 \pm 1,9 / 19,9 \pm 2,1$ . Средние показатели уровня Д у лиц не получавших АД  $13,1 \pm 1,3 / 9,5 \pm 0,9 / 8,5 \pm 0,8$ . Уровни снижения Д у лиц принимавших АД  $17,3 \pm 6,9\%$  в первую неделю и  $16,8 \pm 4,3\%$  во вторую неделю пребывания в стационаре, не принимавших АД -  $24,7 \pm 4,1\% / 16,8 \pm 4,5\%$ . Установлена корреляционная связь между уровнем Д и выраженностью отдельных компонентов состояния здоровья пациента: вегетативной ( $r=0,5, P<0,05$ ), соматической ( $r=0,55, P<0,05$ ), неврологической ( $r=0,48, P<0,05$ ) и психо-патологической ( $r=0,62, P<0,05$ ) симптоматикой. На первой неделе снижение уровня Д коррелирует с психопатическим ( $r=0,46, P<0,05$ ) и неврологическим состоянием ( $r=0,38$ ), а на второй неделе с вегетативной ( $r=0,36, P<0,05$ ) и соматической симптоматикой ( $r=0,37, P<0,05$ ).

**Выводы:** 1. Установлено количественное соотношение лиц с низким уровнем Д - 51,7%, средним - 20,7%, высоким – 27,6.

2. Снижение уровня Д и у лиц с состоянием отмены алкоголя на первой неделе не зависит от приема АД, а зависит от снижения уровня интоксикации, что нужно учитывать для оптимизации лечебных мероприятий.

## РОЛЬ УДАРНО – ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Рамазанов Ш.Ф., Адилов Ш.К.

*Ташкентская медицинская академия*

Актуальность: Остеохондроз — это хроническое заболевание позвоночника, которое поражает межпозвоночные диски и хрящи. Остеохондроз позвоночника считается главной причиной болей в спине. Установлено, что остеохондрозом страдают 20—30% взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50—65%. Первые признаки болезни часто появляются в 20-30 лет. Заболевание распространено у большинства людей старше 40 лет. В свою очередь, это ведет к тому, что пик жалоб приходится на период «расцвета» – зрелый, трудоспособный возраст. В связи с этим актуально является поиск эффективных методов лечения и программ реабилитации. Настоящее время имеется огромное количество методов физиотерапии. Но относительно недавно начали использовать ударную волну в качестве физиотерапии.

Ударная волна – это акустическая волна, обладающая кинетической энергией пули, созданная сжатым воздухом. Это способствует в свою очередь анальгетическому эффекту, ускорению заживления, восстановлению подвижности, увеличению выработки коллагена. Эти способности ударной волны можно применять в дегенеративных заболеваниях позвоночника, таких как остеохондроз.

Целии задачи: Изучить влияния ударной волны на позвоночник при его остеохондрозе. Подобрать точную дозу. Оценить динамику болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Оценка эффективности УВТ при остеохондрозе позвоночника.

Материалы и методы: Проведено процедуры УВТ, 23 больным с остеохондрозом позвоночника грудного и поясничного локализаций. Проводились методы обследования такие как:

☒ Общеклинические обследования (жалобы, анамнез, объективный осмотр, ОАК, ОАМ. ЭКГ для определения показаний и противопоказания к назначению физиотерапии).

☒ Методы лучевой диагностики (рентгенография, КТ, МРТ для подтверждения диагноза).

☒ Оценка выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ (устный опросник).

Результаты исследования: Больным провели 5 процедур УВТ с интервалом 1 процедура в 2 дня, давление воздуха 2 Бар, частотой 10 Гц. Общее количество импульсом 3000 ударов. Диаметр головки 15 мм. Результаты по данным опросниковоценки выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ до проведения процедуры составило  $6,91 \pm 0,26$  балла, после 5 процедур  $4,83 \pm 0,47$  балла ( $P < 0,01$ ). Уменьшение болей у 9 (39%) больных наступило после 1-й процедуры, у 8 (35%) больных после 2-й процедуры, у 6 (26%) больных боли усилились после каждой процедуры.

Заключение и выводы: Таким образом ударно-волновая терапия способствует быстрому восстановлению и уменьшению болевого синдрома в 74% случаев при остеохондрозе позвоночника. Следует отметить что у 26% больных болевые ощущения усилились, связи с коротким интервалом между процедурами и возрастом больных (усиление болей наблюдался у больных выше 45 лет). Это свидетельствует о том, что необходимо увеличить интервал между процедурами до 4-7 дня у больных выше 45 лет и комбинировать УВТ с курсами лазеротерапии.

## STUDY OF THE ASSOCIATION BETWEEN ALIMENTARY OBESITY AND POLYMORPHISM OF LEPTIN RECEPTOR GENE Gln223Arg IN FEMALE OF REPRODUCTIVE AGE

Rasuleva Takhmina Abdualievna

*Tashkent Medical Academy*

Leptin functions performed by binding to the leptin receptor (LEPR), the genetic variants of which are associated with a wide range of phenotypes, including obesity, hyperlipidemia, type 2 diabetes, reproductive disorders, etc. One of the main and most frequent polymorphisms of the LEPR gene is Gln223Arg. Objective. The aim of this research was to study the association between LEPR Gln223Arg gene polymorphism with alimentary obesity in Uzbek women of childbearing age.

Subjects and methods. The study population consisted of 99 reproductive age women with alimentary obesity (average age was  $29.8 \pm 0.79$  years; BMI =  $35.2 \pm 0.85$ ) and 33 healthy control (average age  $28.6 \pm 0.56$  years; BMI =  $22.5 \pm 0.55$ ) subjects. Their genomic DNA was genotyped using the PCR technique. Results. It was established, that in the main group with obesity, the distributions of the LEPR Gln223Arg polymorphism were as follows: Arg/Arg 15.2%, Gln/Gln 16.2%, and, Gln/Arg 68.6%, respectively. Women of the fertile age with alimentary obesity in the distribution of the Gln223Arg polymorphism of the LEPR gene are prevails by women with a GA-genotype. Some authors note that carriers of the homozygous Arg223Arg genotype are less physically active, spend more energy and have large abdominal adipocyte sizes than carriers of the Gln223Gln genotype. However, our data revealed the predominance of the 223Arg allele in the control group and, most likely, it is possible that this allele has a “protective” effect, reducing the risk of obesity.

Conclusions: The allelic frequencies of LEPR rs1137101 (223Gln) were significantly higher in obese subjects compared with non-obese controls ( $p < .001$ ). This study designates, the association between LEPR and the risk of obesity among women of childbearing age in the Uzbek population.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Расулова Садокат Олимжон кизи., Убайдуллаев Б.О.

*Ташкентская медицинская академия*

Материалы и методы: На базе ГКПБ были обследованы 28 пациентов пожилого возраста с аффективными расстройствами и органическими заболеваниями головного мозга. При исследовании были использованы следующие методы: клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, шкалы MMSE и MADRS.

Результаты исследования. При анализе психопатологической структуры аффективных расстройств у больных пожилого возраста с аффективными расстройствами и органическими заболеваниями головного мозга было выявлено следующее распределение депрессивных синдромов: тревожная депрессия 10 (35,7%) больных, сенестопохондрическая депрессия 6 (21,4%) больных, меланхолическая депрессия 4 (14,3%) больных, апатическая депрессия - 4 (14,3%) больных, дисфорическая депрессия 2 (7,1%) больных, психотическая депрессия - 2 (7,1%) больных,

Синдромальное распределение с преобладанием тревожной и сенестопохондрической симптоматики характерно для депрессий пожилого возраста. В выборке данного исследования можно отметить нетипично малое число больных с тоскливой депрессией. При анализе клинико-anamnestических данных, оказывающих влияние на тяжесть депрессивных расстройств у больных пожилого возраста с органической патологией головного мозга, было выявлено статистически значимое влияние следующих факторов: пол большая тяжесть депрессии у женщин (критерий Манна- Уитни,  $p < 0,001$ ); выраженность когнитивных расстройств отрицательная корреляция балла по шкале MMSE со средним суммарным баллом по шкале MADRS (корреляция Спирмена  $r = -0,27$ ,  $p < 0,05$ ); длительность заболевания положительная корреляция с тяжестью депрессии (корреляция Спирмена  $r = 0,25$ ,  $p < 0,01$ ); тип течения у больных с первым депрессивным эпизодом тяжесть депрессии меньше, а у больных с рекуррентным и биполярным течением аффективной патологии - больше (критерий Краскела-Уоллиса,  $p < 0,05$ ).

Выводы. При анализе распределения депрессивных синдромов были выявлены отличия у больных с различным типом течения аффективной патологии. У больных с рекуррентным и биполярным типом течения заболевания статистически значимо чаще наблюдались тоскливые формы депрессии по сравнению с больными с первым депрессивным эпизодом или хронической депрессией.

## ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Расяев Д., Ахмаджанова М.

*Ташкентская Медицинская Академия*

В настоящее время становится особенно актуальной задача предотвращения рецидивирования эндогенных психических заболеваний, решение которой может быть достигнуто, в том числе, при помощи выявления социальных факторов риска развития рецидивов.

Цель исследования: изучить наличие взаимосвязи возникновения рецидивов шизофрении с различными социальными факторами.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе Городской Клинической Психиатрической Больницы г. Ташкента. Пациенты включались в исследование на основании анализа историй болезни. Критериями включения явились: наличие установленного диагноза шизофрении в стадии обострения, а также данных о повторных госпитализациях пациентов за период 2017-2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам проведенного анализа историй болезни, на основании удовлетворения критериям включения, в исследование были включены 68 пациентов. По основным характеристикам больные распределились следующим образом: пациентов мужского пола было 27 (39,7%), женского – 41 (60,3%),  $p < 0,05$ . Средний возраст пациентов составил  $31,3 \pm 5,8$  лет. Средний возраст манифестации шизофрении –  $24,2 \pm 5,4$  года. При оценке по МКБ-10 параноидная форма шизофрении была диагностирована у 44 пациентов (64,7%), простая форма шизофрении – у 4 пациентов (5,9%), другие формы – у 20 пациентов 29,4%. Также был отмечено значительное количество пациентов ( $n=56$ ), не работающих по состоянию здоровья (82,4%), а также пациентов, имеющих инвалидность по психическому заболеванию ( $n=53$ , 77,9%). При оценке семейного статуса пациентов было отмечено, что 60,3% больных ( $n=41$ ) разведены или проживают отдельно, 20 пациентов (29,4%) одиноки или никогда не были женаты, и только 8 (11,8%) имеют семью.

Таким образом, по результатам проведенного анализа было отмечено достоверное преобладание в выборке пациентов женского пола, а также наличие у подавляющего большинства пациентов диагноза параноидной шизофрении. Количество пациентов с наличием социальной дезадаптации в целом соответствовало количеству пациентов, имеющих инвалидность по психическому заболеванию.

Выводы: Совокупность полученных данных позволило выделить отдельные социальные факторы риска развития рецидива у лиц с шизофренией: значительное снижение уровня социально-трудовой адаптации; отсутствие семьи; а также наличие инвалидности по психическому заболеванию. Необходимо также отметить в качестве важного социального фактора – стигматизацию больных с психическими заболеваниями исходя из психофобии окружающего общества, что значительно затрудняет социальную адаптацию и является одним из факторов риска возникновения рецидива.

## ОПИЙГА ҚАРАМЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА АЛКОГОЛИЗМ БИЛАН АСОРАТЛАНИШИДА КОГНИТИВ ФУНКЦИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Ражапбоев Иномжон Шерипбоевич

*Тошкент Тиббиёт Академияси*

Муаммонинг долзарблиги: Опиёга қарамлиги мавжуд беморларда алкогольизм билан асоратланиб келиши амалиётда беморларни кузатганимизда когнитив функцияларнинг яққол пасайиши долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: Олдин героин қабул қилган беморларда алкогольга қарамликни шаклланишида когнитив функцияларнинг ўзгаришини ўрганиш.

Тадқиқот услуги ва материаллари: Алкоголга тобелик билан 40 та бемор (эркак) клиника-психопатологик усулда текширилди. Беморлар 2016-2018 йилда шаҳар наркология диспансерида даволанганлар. Беморлар ёши 24-55 да (ўртача  $30,1 \pm 5,4$ ). Умумий текширув гуруҳи асосий ва назорат гуруҳига бўлиб ўрганилган. Асосий гуруҳида 20 та бемор бўлиб, алкогольга тобелик билан асоратланган, героинли наркоманияли беморлар. Назорат гуруҳида 20 та бемор фақат алкогольизм билан хасталанганлар.

10 та сўзини эслаб қолиш услубидан фойдаланган ҳолда шу аниқландики, асоратланган героин гиёҳвандликка чалинган аксарият беморлар биринчи уринишдан кейин фақатгина 2-4 сўзни эслаб олган (1 гуруҳдаги 58% беморлар;  $p < 0,001$ ), холбуки асоратланмаган героин гиёҳвандликка чалинган аксарият беморлар 9-10 сўзни такрор айта олган (1 гуруҳдаги 20% беморлар, 2 гуруҳдаги 94% беморлар;  $p < 0,001$ ). Иккинчи уринишдан кейин, фақатгина 2-4 сўзни эслаб олган беморларнинг сони асосий гуруҳда катта қисмида бўлиши сақланиб қолган (1 гуруҳдаги 33% беморлар;  $p < 0,001$ ), холбуки 5-7 сўзни эслаб олган беморларнинг салмоғи ошиб борган (1 гуруҳдаги 47% беморлар, 1 гуруҳдаги 16% беморлар;  $p < 0,001$ ). Шу билан бирга 2 гуруҳдаги беморларнинг аксарият қисми иккинчи уринишдан кейин 8-10 сўзни такрорлашни давом эттирган (1 гуруҳдаги 15% беморлар, 1 гуруҳдаги 84% беморлар;  $p < 0,001$ ).

Хулоса: Асоратланмаган героин гиёҳвандликка чалинган беморларда опийларни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш давомийлиги деярли тенг бўлишига қарамай хотиранинг функциялари сақланиб қолган ва соғлом одамнинг кўрсаткичидан сезиларли фарқларга эга бўлмаган. Шундай қилиб, синов натижалари ичкиликка тобелик билан асоратланган героин гиёҳвандликка чалинган беморларда асоратланмаган героин гиёҳвандликка чалинган беморларга хос бўлмаган хотира функциясининг бузилиши мавжудлигини кўрсатган.

## **ОПИЙЛИ ГИЁҲВАНДЛИК НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ҲАВОТИРЛИ БУЗИЛИШЛАР**

Зокиров Мирзохид Мирсобитович

*Тошкент тиббиёт академияси*

Муаммонинг долзарблиги: Опийли наркомания касаллигида ҳавотир симптомларининг нисбатан кучли намоён бўлиши ташхислашда ва даволашда ўзгача ёндошишни талаб қилади. Шу сабабли ҳавотир синдромини қиёсий ташхислаш ва тўғри танлов препаратини танлаш муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг мақсади: Опийли гиёҳванд беморларда абстиненция ҳолатларида учрайдиган турли хил ҳавотирли бузилишларни ўрганиш ва қиёсий ташхислаш.

Тадқиқот материали ва усуллари: 2016-2018 йилда Тошкент шаҳар наркология диспансерида стационар шароитда 64 та опийли гиёҳвандлик билан хасталанган, абстиненция ҳолатлари ҳавотирли бузилишлар билан кечган беморларда текширув ўтказилган. Текширилган беморлардан 51 та (79,6%) эркак, 13 та (20,4%) аёл аниқланган.

Олинган натижалар муҳокамаси: Опийли гиёҳвандлик билан хасталанган беморларда ҳавотирли бузилишлар турли хил даражада ривожланади ва ҳар хил клиник кўринишларда кечади.

Беморларда уйқунинг бузилиши ва безовталаниш, самотовегетатив бузилишларнинг устунлиги билан намоён бўлади, буларда диққатнинг ўзгарувчанлиги, хотиранинг пасайиши, фикрлаш қобилиятининг торайиши яққол намоён бўлади. Улардан ваҳимали бузилишлар (агорафобия билан ва агорафобиясиз) 21 та (32,8%), бевосита агорафобия билан 13 та (20,3%), ижтимоий фобия 11 та (17,1%), махсус ёки оддий деб номланган фобиялар 14 та (21,8%), обсессив-компульсив бузилишлар 2 та (3,1%), умумий ҳавотирли бузилишлар 3 та (4,6%) аниқланди.

Хулоса: Опийли гиёҳвандликда қайси ҳавотир бузилишини учрашига қараб, танлов препаратини тўғри танлаш ва индивидуал миқдорни тўғри ҳисоблаш жуда катта аҳамиятга эгалигини кўрсатди. Бундан ташқари психотерапия муолажасини тўғри танлаш ва олиб бориш ижобий самарасини белгилаб берди.

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА**

Рахимбердиева З.А., Шагазатова Б.Х.

*Ташкентская Медицинская Академия*

На сегодняшний день сахарный диабет считается одним из часто встречающихся заболеваний среди детей и подростков, а также считается неинфекционной эпидемией 21 века. По данным International Diabetes Federation IDF (2017 г.), по данным 8-го издания атласа IDF, общее количество пациентов с СД 1 в возрасте до 20 лет возросло до 1 млн 106 тыс., из них - 586 тыс. детей (возраст <15 лет) при общей численности детского населения в мире 1,94 млрд. За период 2000-2016 гг. показатель распространенности СД 1 типа у детей от 0 до 14 лет составлял в среднем 12,7 на 100 тыс. детского населения. Наибольшая опасность СД связана с его сосудистыми осложнениями, в частности, с диабетической нефропатией (ДН), развивающейся у 30-40% больных СД 1 и 2 типа и занимающей лидирующие позиции среди причин терминальной почечной недостаточности (ТПН) во всем мире [4]. ТПН вследствие ДН остается основной причиной смертности больных СД 1 типа (СД1), а у больных СД 2 типа (СД2) она занимает второе место после сердечно-сосудистой патологии.

Цель исследования: изучить особенности течения нефропатии в зависимости от выраженности нарушения углеводного обмена и функциональной активности почек.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных СД 1 типа, из них 20 больных с нормо-альбуминурией и 20 больных в стадии микроальбуминурии, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии в отделении детской эндокринологии в возрасте 1-14 лет, с продолжительностью заболевания от 1 до 10 лет. Среди них мальчики - 17, девочки - 23.

Результаты и их обсуждение. Обследуемых больных разделили на две группы: 1 - с нормальбуминурией и 2 - микроальбуминурией. Среди обследуемых групп больных, девочки составили - 66,6%, мальчики - 33,4%. У наблюдаемых больных в 1-й группе диабетическая нейропатия составила - 30%, во 2-й группе - 80%; диабетическая ретинопатия в 1-й группе не выявлено, во 2-й группе - 5%. Анализ клинико-anamnestических данных показал, что среди обследуемых наследственность по СД было отягощено у - 42,5%, при этом в группе с микроальбуминурией составил - 50%, с нормальбуминурией - 35%. Длительность диабета в 1-ой группе был -  $4,57 \pm 0,50$ , во 2-ой -  $4,75 \pm 0,60$  лет. С целью изучения влияния показателей углеводного обмена на развитие ДН у детей и подростков мы исследовали уровень HbA1c в 2 группах: все обследуемые больные находились на стадии декомпенсации, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) составил - 9,5%, в том числе в 1-ой группе - 9,37%, во 2-ой - 9,9%. статистически значимо не отличалось в исследуемых группах (p



> 0,05). Показатели гликемии натощак, через 2 часа после еды и среднесуточная гликемия в обеих группах составили: 1-й - 8,4; 11,9; 9,87; во 2-й - 8,5; 11,7; 10,1 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составил в среднем - 72,1мл/мин., которая соответствует второй стадии хронической болезни почек. Роль метаболических нарушений, главным образом гипергликемии, в патогенезе ДН убедительно доказана по данным Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT, 2004). По показателям липидного обмена, в частности уровень триглицеридов в группе с микроальбуминурией -- 2,07±0,41, статистически достоверно оказалось больше чем в первой группе и составил - 0,89±0,13 (p<0,05).

#### Выводы

1. Анализ клинико-anamnestических данных показал, что среди обследуемых наследственность по СД было отягчено у - 42,5%, при этом в группе с микроальбуминурией составил - 50%, с нормальбуминурией - 35%. Длительность диабета в 1-ой группе был - 4,57±0,50, во 2-ой - 4,75±0,60 лет. Указанные данные свидетельствуют о том, что прогрессирование нефропатии не всегда связано продолжительностью сахарного диабета, скорее всего это связано с наследственно-генетическими факторами.

2. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) составил - 9,5%, в том числе в 1-ой группе - 9,37%, во 2-ой - 9,9%. статистически значимо не отличалось в исследуемых группах (p > 0,05). Показатели гликемии натощак, через 2 часа после еды и среднесуточная гликемия в обеих группах составили: 1-й - 8,4; 11,9; 9,87; во 2-й - 8,5; 11,7; 10,1 ммоль/л. Результаты исследования показали, что зависимость прогрессирования нефропатии не зависил от уровня степени компенсации углеводного обмена.

3. Показатели липидного обмена, в частности уровень триглицеридов в группе с микроальбуминурией достоверно было больше чем в первой группе и составил -- 2,07 ± 0,41, против в группе с нормальбуминурией - 0,89 ± 0,13 (p<0,05).

### DYNAMICS OF RECOVERY OF MOVEMENT DISORDERS, DEPENDING ON THE TYPE AND SEVERITY OF STROKE

Rakhimova Sh., Rasulova D.

Tashkent Medical Academy

Introduction. The problem of modern rehabilitation of patients with movement disorders is far from new. Each patient should receive a rehabilitation course that helps to gain independence from others and independence. It meets all these requirements, and ergotherapy is gaining popularity and present. «Ergotherapy» (lat. Ergon - work, occupation, and Greek therapia- treatment) is rehabilitation through work and activity with the help of simulators that develop social skills, the main purpose of which is the patient's movement and social adaptation to everyday everyday skills - caring for their own body, personal hygiene, eating, working with tools in everyday life, cooking, also the opportunity to work for hire or engage in volunteer activities.

Purpose of the study. To study the dynamics of the recovery of motor disorders, depending on the type and severity of stroke

Materials and research methods. We examined 27 patients with post-stroke hemiparesis aged 58 to 69 years, among whom there were 16 men (ischemic 11, hemorrhagic 5), women 11 (ischemic 8, hemorrhagic 3). The average age for women is 64, for men is 63. Conducting ergotherapy, in particular the Montessori method for the restoration of motor skills, in the early recovery periods of stroke, FIM scale (Functional Independence Measure) and the test «Frenchy» .

Results and discussion. In patients with impaired limb function after a stroke, the inclusion of ergotherapy in the treatment complex reduces pain in the affected limb by 37.4%. Patients have improved activity in daily life by 13.2% (According to the FIM scale: up to 32.5 (35.7%), after 44.5(48.9%)). Patients began to dress better, food intake. The use of ergotherapy has proven effective in the rehabilitation of patients who have had a stroke, which allowed an increase in the volume of motor movements in the paretic limb by 1.5 times (up to 3.0, after 4.5) according to the result of the Frenchay test

Conclusion. Thus, the inclusion of ergotherapy in the course of rehabilitation of persons who have suffered a stroke with motor disorders in the extremities, reduces their functional impairment, by reducing pain, increasing the volume of movements. Thus, the terms of social and physical adaptation are reduced.

### БОЛАЛАРДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИДА МЕЪДА-ИЧАК ТИЗИМИ ЗАРАРЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Садуллаев С.Э., Тўйчиев Л.Н., Муминова М.Т.

Ташкентская медицинская академия

Муаммонинг долзарблиги.ОИВ-инфекциясида меъда ичак тизимининг шикастланиш вирусининг тўғридан-тўғри меъда ичак тизими гаъсирида ва оппортунистик инфекциялар сабабли, шунингдек дори виоситаларини (антибиотиклар, вирусга қарши, замбруғга қарши ) узоқ муддат қабул қилиши ва МИТ ўсма касалликлари туфайли юзага келиши мумкин.

Тадқиқот мақсади: Болаларда ОИВ-инфекциясида меъда-ичак тизими зарарланиш хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услублари: Тадқиқот материали бўлиб Рсепублика ОИТСга қарши кураш маркази клиникасида стационар даволанаётган 1 ёшдан 18 ёшгача 50 нафар бемор болалар ҳисобланади. Тадқиқот клиник, вирусологик, иммунологик, бактериологик, ПЗР усулларда олиб борилди.

Тадқиқот натижалари: ОИВ билан зарарланган болаларда меъда-ичак тизими шикастланишининг клиник белгилари 25 нафар (50%) болаларда оғиз шиллиқ қаватининг зарарланиши билан, яъни 1 ёшгача бўлган болаларда иштаҳа пасайиши, овқатланган вақтда оғиз шиллиқ қаватида оғриқ, оғриқ пайтида безовталаниш, инжиқлик, тана вазнини камайиши, 5 ёшдан катта болаларда иштаҳани пасайиши, овқатланган вақтда оғиз шиллиқ қаватида оғриқ, ютинганда оғриқ, эпигастрал соҳада оғриқ ҳисси, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниш, қайт қилиш белгилари билан намоён бўлади. Орал кандидоз уч шаклдаги: псевдомембраноз кандидоз, эритематоз кандидоз, ангуляр хейлит каби клиник кўринишларида намоён бўлган. Касалликнинг белгилари шиллиқ қаватларда доғли ёки қўшилишга мойил характердаги гиперемия соҳаларининг, творогсимон карашнинг ҳосил бўлиши, караш олиб кўчирилганда шиллиқ қаватда эрозиялар пайдо бўлиши билан намоён бўлган. Ангуляр хейлит 9 нафар (36%) оғиз бурчакларида қизариш ва ёрилишлар билан ифодаланади. Орофарингеал кандидоз 6 ойдан катта болаларда 2 ойдан ортиқ давом этган. ОИВ ҳамкор периодонтит

(8%), ўткир некрозланган яралли гингивит (4%) ва некрозланган стоматит (12%) оғиз бўшлиғи касалликларнинг кучайган босқичидан далолат беради. Касаллик учун оғиз бўшлиғи соҳасида оғриқ, қонаш, оғиздан нохуш ҳид келиши хос. ОИВ билан зарарланган 3 нафар (6%) беморларда оғиз бўшлиғида яраларнинг пайдо бўлган. ОИВ-инфекцияси билан зарарланган бемор болаларда қайталанувчи герпесвирусли стоматит (йилига 2 маротаба) 17 нафар (68%) болаларда аниқланди.

Гастритнинг эҳтимолий сабабларидан бири *Helicobacter pylori* бўлиши мумкин. 2 нафар (4%) *Salmonella* spp., 4 нафар (8%) *Shigella* spp., 2 нафар (4%) *Campylobacter jejuni*, 6 нафар (12%) *G. lamblia*, 12 нафар (24%) *Cytomegalovirus* ва 5 нафар (10%) *Rotavirus*, 4 нафар (8%) *Adenovirus*, 7 нафар (14%) *Herpes simplex* каби қўзғатувчилар энтерит ёки энтероколит белгиларини чақирган, улар клиник ўткир, сурункали ва қайталанувчи диареялар билан намоён бўлган. ОИВ билан зарарланган болаларнинг 10 нафарида (20%) СВГВ, 12 нафарида (24%) СВГС, 4 нафарида (8%) микст СВГВ+СВГС аниқланади.

Клиникада гепатомегалия, спленомегалия, тери ва склерасида субиктериклик, қонда умумий билирубин, жигар ферментлари миқдорининг ортиши билан кечади. 8 нафар (16%) беморда холецистит ва 3 нафар (6%) панкреатит белгилари аниқланган. Билиар трактнинг зарарланишида қориннинг юқори қисми палпациясида оғриқ, диарея, жигарнинг функционал синамаларини холестатик ўзгариши кузатилади. 1 нафар (2%) ОИВ билан зарарланган беморларда оғиз бўшлиғи ноходжкин лимфомаси аниқланган. 2 нафар (4%) беморда ичкада Капоши саркомаси аниқланган.

Хулоса: болаларда ОИВ-инфекцияси касалликнинг кечиши ва прогнозини баҳолашда ошқозон-ичак тизими шикастланиши клиник манзаранинг етакчи симптомларидан бири ҳисобланади. Бу ОИВ билан зарарланган болаларда ошқозон-ичак тизимида муаммоси мавжуд ёки йўқлигини текшириш зарурлигини исботлайди.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Саматов А.

*Ташкентской Медицинской Академии*

Скарлатина до сих пор остается серьезной эпидемиологической и клинической проблемой. 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 алергизации стрептококком и развития поражений сердца, почек

Целью исследования явился анализ клинико-эпидемиологических особенностей скарлатины в современных условиях.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в инфекционной клинике №1 г.Ташкента. Под нашим наблюдением находились 42 больных скарлатиной. Клиническое наблюдение включало в себя: объективное обследование больных при поступлении в стационар и в дальнейшем в течение всего времени пребывания в больнице, а также лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, посева слизи из ротоглотки на гемолитический стрептококк, по показаниям проводились — определение СРБ, ЭКГ).

Результаты и их обсуждение. Под наблюдением в инфекционной клинике находились 42 больных скарлатиной в возрасте от 7 мес. до 14 лет. Преобладали дети в возрасте 4—7 лет -50%, 2,3% составили дети до 1 года, 19% — больные старше 8 лет, 28,7% — от 1 до 3 лет. В 1—2 день болезни госпитализированы 47,6% детей, на 3—4 день болезни —35,7%. К сожалению, 16,7% больных были госпитализированы после 5 дня заболевания. В большинстве случаев это было связано с возникновением осложнений или наслоением других инфекционных заболеваний, в частности ОРВИ. Большинство детей 66,6% (28 детей) поступили в клинику с другими диагнозами, т.е. с подозрением на скарлатину, и лишь 33,4% детей скарлатина диагностирована до поступления в стационар. Температура тела повышалась у большинства детей (36 детей-85,7%) и колебалась от 37,1 °С до 39,6 °С; у 5 детей (11,9%) оставалась нормальной. На боль в горле с начала болезни жаловались 92,8% 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. Сыпь примерно у 1/3 больных была первым симптомом болезни. В 1—2 день она появилась у 76,1% (32 ребенка), на третий — у 23,4%. У всех детей сыпь мелкоочечная, появилась в течение нескольких часов. Локализация сыпи типична у всех больных. По интенсивности сыпь различалась и у 61,9% (29) детей была яркая и обильная, фон кожи в таких случаях почти всегда гиперемирован, у 38,1% больных — сыпь бледно-розовая на неизменном фоне кожи. Характерный вид лица, а именно: бледный носогубный треугольник, яркие губы, румянец щек имели лишь 11 детей (26,%). У большинства больных наблюдали типичные изменения языка: обложен в первый день болезни, со 2 до 4—5 дня постепенно очищался от налета, а на освободившейся поверхности выступали гипертрофированные сосочки.

Выводы. Скарлатина в современных условиях протекает типично и сохраняет все свойственные данному заболеванию клинические проявления.

## DEPRESSION IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Samirkhanov E.R., Parpiev Sh.I.

*Tashkent Medical Academy*

Introduction: Breast cancer is one of the most common cancers among women, which leads to more serious mental disorders than other types. There are quite successful methods for treating breast cancer, but preference is still given to the surgical method. Depression, as a mental disorder, affects not only people's mental health, but also somatic, professional activity and, finally, quality of life.

The aim of the study: Identify the particularities of anxiety and depressive disorders which occur in women with breast cancer after surgical treatment.

Materials and methods: The research material served data on 39 patients aged 35 to 69 years with the first currently established diagnosis of breast cancer stage I – IV. Control group comparable to the main age group ( $p > 0.05$ ) amounted to 30 clinically healthy women. The research included a clinical and psychopathological methods, experimental psychological methods, methods of assessing the level of quality of life. An assessment of the severity of anxiety symptoms and depression symptoms

was performed using Hamilton's standardized rating anxiety scales (HARS) and depression (HDRS). Personality-related forms of patient regression were studied using the FPI questionnaire (Freiburg Personal Inventory). The structure of the internal picture of the disease was studied using a questionnaire of types of attitudes towards the disease TOBOL (synonym LOBI). Evaluation of quality of life indicators was carried out using the SF-36 (Short Form 36 Health Quality Survey) questionnaire in the adaptation of the Inter-ethnic Center for the Study of the Quality of Life (Uzbekistan).

Results: It was found that in 81% of breast cancer patients who have undergone mastectomy, moderate and severe symptoms of depression are observed, while 93% have moderate and severe symptoms of anxiety. It has been established that between individual clinical variants of anxiety and depressive disorders in breast cancer patients who have undergone mastectomy, there are differences in the severity of anxiety symptoms and depression symptoms. The most pronounced symptoms of anxiety were observed in mixed anxiety and depressive reactions caused by an adaptation disorder, and the least pronounced in non-psychotic mixed anxiety and depressive disorders of organic etiology. Mixed anxiety and depressive disorder occupied an intermediate position between these groups. In the examined breast cancer patients who underwent mastectomy, signs of 11 of 13 possible types of attitudes towards the disease were detected. The most frequently detected maladaptive types of relationships to the disease were depressive (18.7%), anxious (14.7%) and sensitive (13.5%). Paranoiac (0.3%), harmonious (2.1%) and anosognosic (3.7%) types of attitudes toward the disease were most rarely detected.

Conclusions: All breast cancer patients who have undergone mastectomy have anxiety-depressive disorders of various nosological affiliation, related to psychogenic, somatogenic, and mixed by genesis states. Between these conditions there are differences in the severity of the structural components of the complex anxiety-depressive syndrome, which predetermines the differences in the response to the use of various treatment methods.

## **К МОРФОЛОГИИ И ГИСТОХИМИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ГАШИШЕМ И АЛКОГОЛЕМ**

С.Б.Султанов, Н.Х.Ганиева, И.И.Бахриев

*Кафедра судебной медицины и медицинского права ТМА*

Введение. Увеличение распространения гашиша среди молодежи и его влияние на рост психических расстройств, самоубийств и преступности, вызывает явную тревогу прогрессивного человечества и мировой научной мысли. Однако, отдельные исследователи вообще отрицают вредное действия гашиша на различные органы и системы после острого однократного его применения.

Вопросы морфологических изменений различных органов и систем у животных при употреблении гашиша получили освещение в работах ряда авторов. Однако, морфологические изменения в желудочно-кишечном тракте недостаточно изучены.

Цель. Изучить морфологические и некоторые гистохимические изменения пищеварительного тракта при сочетанных острых отравлениях.

Материал и методы исследования. Для получения естественной модели отравления гашиша в сочетании с алкоголем они с пищей вводились через зонд на 6 собаках (на каждый срок наблюдения по 2 собаки). Собаки забивались через 1, 3, 6 часов после эксперимента. Гашиш давали из расчета 0,4-0,5 г/кг веса, в зависимости от возраста, кроме того они получали 4-5 мл 400 этилового спирта на 1 кг веса. После забоя кусочки тканей из различных участков ЖКТ брали и фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Срезы толщиной 8-10 мк окрашивали гаматоксилин-эозином и по методу ван-Гизон. Для гистохимических исследований кусочки тканей фиксировали в жидкости Карнуа. РНК определялась по Браше, ДНК по методу Фельгена-Россенбека, гликоген и нейтральные мукополисахариды ШИК-реакцией по методу Мак-Мануса.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты исследования показали, что при сочетанном остром отравлении гашиша и алкоголя через 1 час времени в языке активная гиперемия более выражена, чем в предыдущем опыте. В пищеводе, желудке и в двенадцатиперстной кишке артериальное полнокровие сопровождается зернистой и вакуольной дистрофией покровного эпителия. Через 3 часа вакуольная дистрофия покровного эпителия желудка и двенадцатиперстной кишки сменяется очаговыми некрозами - появляются эрозии, на поверхности слизистой видны пласты десквамированного эпителия. Строма слизистой становится отечной. В сосудах подслизистого слоя эпителий набухает, стенка подвергается плазматическому пропитыванию. Содержание РНК в покровном эпителии низкое. Отмечается неравномерное распределение ДНК в ядрах клеток покровного эпителия. Главные клетки слизистой желудка отличаются высоким содержанием РНК. Через 6 часов вокруг сосудов подслизистого слоя языка, пищевода, желудка и тонкой кишки количество лимфоцитов и нейтрофилов нарастает. ШИК-положительные вещества в клетках покровного эпителия желудка вначале накапливаются в большом количестве, а к шести часам происходит неравномерное их снижение. Коллагеновые волокна на высоте действия гашиша и алкоголя набухшие, без четких границ. Отмечается отек и разволокнение стромы и периваскулярной соединительной ткани.

Выводы. Таким образом, при сочетанном остром отравлении гашиша и алкоголя выявляются более выраженные дистрофические изменения доходящего до некроза покровного эпителия в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишки. Отечное разволокнение коллагеновых структур и плазматическое пропитывание стенок сосудов свидетельствует о преимущественном действии этих ядов на сосудистую стенку и является цитотоксическим ядом.

Следовательно, полученные данные могут быть косвенным признаком для установления характера действий этих веществ в судебно-медицинской диагностике при сочетанных острых отравлениях гашиша и алкоголя.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИХ СПОРТИВНЫХ ШКОЛ Г.ТАШКЕНТА**

Таралева Татьяна Александровна., Усманходжаева Адиба Амирсаидовна

*Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы с помощью электрокардиографического обследования у спортсменов не теряет своей актуальности, особенно в детско-подростковом возрасте, когда

происходит интенсивный рост и развитие постоянно меняющегося организма. Организм детей непредсказуем, особенно при воздействии интенсивных физических нагрузок, в связи с чем необходимо осуществлять постоянный контроль за функциональным состоянием здоровья спортсменов. В связи с этим, в Городском подростковом диспансере, в отделе спортивной медицины проводится дважды в год электрокардиографическое исследование каждому спортсмену

Цель и задачи: изучение результатов электрокардиографического обследования спортсменов детско-юношеских спортивных школ г.Ташкента за 2018 г.

Материалы и методы: Обследовано 9298 юных спортсменов в Городском подростковом диспансере г. Ташкента в возрасте 6-18 лет, занимающихся разными видами спорта: плавание, легкая атлетика, гимнастика, все виды борьбы, игровые виды спорта и т.д. Основными группами являлись: ГНП (группа начальной подготовки), УТГ (учебно-тренировочная группа), ГСС (группа спортивного совершенствования). Спортсмены проходили углубленный медицинский осмотр, который включал в себя консультацию всех узких специалистов, лабораторные исследования, а также функциональную диагностику. ЭКГ обследование проводилось на аппарате SHILLER на скорости 50 мм/с.

Результаты и обсуждение. Всего было обследовано 9298 детей и подростков, среди них девочек 1625. (17,5%), детей до 15 лет осмотрено в количестве 6984 (75,1%). Из них отклонения по электрокардиограмме выявилось у 2547 спортсменов: синусовая аритмия - 327 (12,84%), умеренная синусовая брадиаритмия - 356 (13,97%), выраженная брадиаритмия - 275 (10,79%), резко выраженная брадиаритмия - 231 (9,07%), синусовая тахикардия - 178 (6,98%), синусовая брадикардия - 154 (6,04%), миграция водителя ритма - 150 (5,9%), замещающий предсердный ритм - 364 (14,3%), неполная блокада правой ножки пучка Гисса 65 (2,55%), замедление внутрижелудочковой проводимости 86 (3,4%), АВ блокада 1 степени - 56 (2,2%), единичная экстрасистолия - 15 (0,58%), полная блокада правой ножки пучка Гисса - 6 чел (0,23%), преждевременное возбуждение желудочков - 13 (0,51%), ранняя реполяризация желудочков 271 чел (10,64%). В 57% случаях нарушения ритма сердца наблюдались у спортсменов в учебно-тренировочной группе специализированной детско-юношеской спортивной школы по водным видам спорта, режим тренировок которых составлял 5 раз в неделю по 2 часа. В этой группе у 87 % спортсменов выявилась анемия легкой степени и из анамнеза - дополнительные нагрузки вне тренировочных занятий, 65% составили дети, начинающие спортсмены, занимающиеся 3 раза в неделю по 2 часа в группе начальной подготовки, у которых были выявлены такие заболевания, как диффузный зоб - 18%, анемия - 28%, глистная инвазия - 10%, кариес - 21%, хронический тонзиллит - 8%, искривление носовой перегородки - 2%, заболевания желудочно-кишечного тракта - 6%, заболевания органов дыхания - 4%, заболевания мочеполовой системы - 3%.

Заключение: В связи с полученными данными было выявлено, что нарушения ритма сердца в основном наблюдаются при чрезмерных тренировках, а также под влиянием хронических очагов инфекции, следовательно, контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы спортсменов необходимо проводить не только во время углубленного медицинского осмотра, но и во время тренировочных занятий с помощью врачебно-педагогических наблюдений, функциональных проб и т.д. Оздоровление спортсменов должно осуществляться на ранних этапах, среди юных спортсменов комплексно, с участием врачей семейных поликлиник, спортивных врачей детско-юношеских спортивных школ, а также с помощью узких специалистов для предотвращения внезапной смерти в спорте.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Ташматова Г.А.

*Ташкентская медицинская академия*

Основной целью лечения бронхиальной астмы (БА) является достижение и поддержание контроля над заболеванием. На сегодняшний день для лечения бронхиальной астмы во многих странах уже зарегистрированы антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР). АЛР могут применяться как альтернативная терапия первой линии при персистирующей астме. Кроме того, монтелукаст может применяться для купирования симптомов сезонного аллергического ринита (АР) у детей старше 2 лет.

Цель исследования: Изучение клинической эффективности и переносимости антагонистов АЛР местного производства АСТАНОЛ (REMEDY GROUP), НЕОКЛАСТ (NOBEL) и МОНТЕКСА (NICA PHARM) для дальнейшего их применения в педиатрической практике.

Материалы и методы: Клинические испытания были проведены в период с 2016 по 2018 годы на базе кафедры Детские болезни №1 ТМА (пульмонологическое и аллергологическое отделение 1-ой клиники ТМА). Всего было проведено обследование 180 детей в возрасте от 2 до 14 лет. Группу сравнения составили дети, которые получали препарат СИНГЛОН (Gedeon Rixter, Венгрия). Диагноз БА установлен в соответствии с Международным консенсусом по диагностике и терапии БА. Клиническое испытание проведено согласно действующему законодательству Узбекистана, этическим принципам Хельсинской декларации. Родители пациентов дали информированное согласие на участие в исследованиях и адекватно сотрудничали с врачами в течение всего срока обследования и лечения. При поступлении детей в клинику проводилось комплексное клинико-лабораторное и аллергологическое обследование. Оценка клинических симптомов БА и АР проводилась до включения в исследование и через 1 месяц после терапии монтелукастом.

Результаты: Данное исследование было рандомизированным, открытым сравнительным, параллельным. Все дети были разделены на 2 группы. Основную группу составили дети, которым получали Астанол (n=30), Неокласт (n=30) и Монтекса (n=30). Группу сравнения составили дети, которым назначался Синглон (n=90). Средний возраст детей основной группы 7,4±0,49, группы сравнения 6,04±0,42. В основной группе детей с БА было 60, с АР - 30; в группе сравнения: с БА - 65, с АР -25. Детям в возрасте от 2 до 5 лет назначали препарат в дозе 4 мг, детям от 6 до 14 лет в дозе 5 мг 1 раз в день на ночь в течение 1 месяца. Ежедневно у всех детей проверяли изменение клинических данных. На 3-5-й день приема препарата у 80% детей основной и группы сравнения наблюдалось уменьшение кашля и одышки по ночам. Изучение клинической эффективности препаратов показало, что препараты отечественного производства не уступают европейскому препарату (2,84±0,001 и 2,98±0,004 соответственно). По переносимости также выявлены сходные значения (3,81±0,006 и 3,95±0,004 соотв.).

Вывод: Препараты местных производителей по эффективности и переносимости не уступают европейскому препарату и могут применяться у детей с 2 –х лет с диагнозом БА (интермиттирующая и персистирующая 1 степени) и АР в виде монотерапии или в сочетании с низкими дозами ИГКС.

## ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Тилавова З.Ш., Раззакова Н.С.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения пиелонефрита у беременных и определить влияние воспалительного процесса в почках во время гестации на течение беременности и родов у пациенток с пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 50 пациенток с диагностированным пиелонефритом во время гестации. Контрольную группу составили 10 практически здоровых беременных женщин. Возраст обследуемых женщин колебался от 17 до 36 лет (средний возраст 23,2±3,6 лет). Обследование пациенток основной группы включало сбор жалоб, анамнеза, физикальное исследование, общеклинические исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ течения пиелонефрита во время беременности подтвердил, что его особенностью на современном этапе является отсутствие клинической симптоматики (68-61,8%). Это может быть связано как с изменением реактивности женского организма вследствие беременности, так и с особенностью возбудителя, и с предшествующей терапией. Меньше, чем в половине наблюдений (42-38,2%) имели место клинические проявления заболевания. Следует отметить, что клиническая симптоматика пиелонефрита в третьем триместре беременности регистрировалась чаще - у 29 (69,0%), в то время как во втором триместре - лишь у 13 (31,0%) женщин, что, вероятно, обусловлено возрастающим действием механического компонента в возникновении заболевания. Следует отметить, что клинические проявления регистрировались в 2 раза чаще (64,2%) у женщин с хроническим пиелонефритом, по сравнению с гестационным (35,7%).

Выводы. 1. Особенностью пиелонефрита беременных на современном этапе является преобладание латентного течения, что подтверждается отсутствием в 61,8% случаев клинических проявлений, характерных для воспалительного процесса в почках.

2. Пиелонефрит во время беременности у 80,9% пациенток осложняет дальнейшее течение беременности и родов: в два раза чаще, чем в популяции встречается угроза прерывания беременности, в полтора раза – гипертензивные нарушения, несвоевременное излитие околоплодных вод и нарушения сократительной деятельности матки. Чаще данные осложнения гестации отмечались при обострении хронического пиелонефрита.

## BURDEN OF NEONATAL SEPSIS IN CHILDREN WITH MENINGITIS AFTER INTRODUCTION OF AMPICILLIN AND THIRD-GENERATION CEPHALOSPORIN - A PROSPECTIVE POPULATION-BASED COHORT STUDY

Atayeva Dilorom Rakhimjanovna

*Tashkent Medical Academy*

Background. Population-based studies assessing the impact of group B Streptococcus a burden of neonatal sepsis. We aimed to assess this burden following the introduction of ampicillin and third-generation cephalosporin in a nationwide cohort study.

Methods. The Tashkent Medical Academy (09/2012–12/2016) prospectively recruited neonatal sepsis with blood culture-proven sepsis with meningitis due to group B Streptococcus, meeting criteria for systemic inflammatory response syndrome. Main outcomes were admission to the pediatric intensive care unit (PICU) and length of hospital stay (LOS).

Results. The case fatality rate was 2%. 40 (85%) patients required PICU admission. Neonates with meningitis 46; (98%) were more often suffer from cerebral palsy ( $p<0.001$ ). In multivariable analyses, children with meningitis were more often admitted to PICU. 47 (100%) neonates with sepsis up to date with ampicillin and third-generation cephalosporin presented with decrease meningeal symptoms.

Conclusions. The incidence of neonatal sepsis in children with meningitis shortly after the introduction of ampicillin and third-generation cephalosporin remained substantial. Meningitis mostly due to non-vaccine serotypes and disease caused by serotype 3 represented significant predictors of severity.

Keywords: neonatal sepsis, meningitis, bacteremia, group B Streptococcus.

## НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Сабирова Р.А., Турсунов Д.Х., Куралов С.Ж., Турсункулов Ж.Н.

*Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Нарушение функции эндотелия занимает одно из главенствующих мест в развитии макрососудистых осложнений у пациентов с СД 2 типа (инсульт, инфаркт), а также в прогрессировании микрососудистых диабетических осложнений (нефропатия и ретинопатия). Наиболее важной функцией эндотелия является регуляция сосудистого тонуса. Нарушение функции эндотелия занимает одно из главенствующих мест в развитии макрососудистых осложнений у пациентов с СД 2 типа (инсульт, инфаркт), а также в прогрессировании микрососудистых диабетических осложнений (нефропатия и ретинопатия). Наиболее важной функцией эндотелия является регуляция сосудистого тонуса.

Цель. Изучить Нарушение функции эндотелия при аллоксановом диабете.

Методы. В эксперименте были использованы биохимические, иммуноферментные физиологические (экспериментальное) и статистические методы исследования.

Результаты. При развитии аллоксанового диабета установлено повышение содержания фактора Виллебранта (ФВ) в зависимости от срока его развития. Если на 7 сутки развития аллоксанового диабета происходит увеличение его содержания 2,24 раза, то на 14- и 21-сутки оно составило 3,08 и 2,93 раза соответственно по сравнению с интактной группой. Таким образом, увеличение содержания ФВ зависит от длительности эксперимента, наиболее выраженное увеличение его содержания происходит на 14- и 21-сутки развития аллоксанового диабета.

Лечение экдистеном в течение 14 и 21 сутки приводит к снижению ФВ 1,4 и 2,0 раза соответственно по сравнению с нелеченной группой. Лечение глюкофажем и ретаболилом в течение 14 суток снижает содержание ФВ 1,35 и 1,37 раза соответственно по сравнению с нелеченной группой. Более выраженное снижение содержания ФВ при лечении глюкофажем и ретаболилом установлено на 21 сутки и оно составило 1,67 и 1,53 раза соответственно по сравнению с нелеченной группой.

Таким образом, выше приведенные данные свидетельствуют о том, что экдистен и препараты сравнения глюкофаж и ретаболил более выраженное снижение содержания ФВ вызывают при лечении в течение 21 сутки по сравнению с леченными в течение 14 суток.

содержание эндотелина-1 увеличивается во все сроки развития аллоксанового диабета. Если на 7-сутки развития аллоксанового диабета его увеличение составило 1,87 раза по сравнению с контрольными животными, то на 14- и 21-сутки его увеличение составило 2,24 и 2,49 раза соответственно по сравнению с контрольными животными.

Лечение экспериментальных животных экдистеном в течение 14- и 21-дня происходит снижение содержания эндотелина-1 на 30,1 и 46,97% соответственно по сравнению с нелеченными животными.

Под влиянием глюкофажа также происходит снижение эндотелина-1 в сыворотке крови, но оно менее значимо, чем при лечении экдистеном. При лечении глюкофажем в течение 14- и 21-дня установлено снижение эндотелина-1 в 5,6 и 26,5% соответственно по сравнению с нелеченными животными.

Лечение ретаболилом в течение 14-суток достоверных изменений в содержании эндотелина-1 не вызвало. Только на 21-сутки происходит снижение содержания эндотелина-1 на 29,9% по сравнению с нелеченными животными.

Таким образом, вышеприведенные данные показывают, что под действием экдистена происходит достоверное снижение содержания эндотелина-1 по сравнению с нелеченными животными и животными, получавшими глюкофаж и ретаболил.

## **ВЛИЯНИЕ ИНГИБИРОВАНИЯ НЕПРИЛИЗИНА НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК И СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Турсунова Л.Д., Султонов Н.Н.

*Ташкентская Медицинская Академия*

**Введение:** Пациенты с хроническим заболеванием почек (ХБП) подвержены риску прогрессирования до терминальной стадии почечной недостаточности и сердечно-сосудистых заболеваний. Данные других популяций и экспериментов на животных позволяют предположить, что ингибирование неприлизина (которое усиливает натрийуретическую пептидную систему) может снизить эти риски, но для проверки этой гипотезы необходимы клинические испытания среди пациентов с ХБП.

**Цель:** изучить в сравнительном аспекте влияние ингибирования неприлизина на течение хронической болезни почек у больных с сахарным диабетом 2 типа с нарушением сердечной функции.

**Материалы и методы:** В исследование были включены 40 больных с ХБП диабетической этиологии. Находящихся на лечении в стационарных условиях в 3 клинике Ташкентской Медицинской Академии с последующим амбулаторным наблюдением. Длительность исследования составило 3 месяца. Все больные с диагнозом ХБП II-III стадии получали традиционное лечение, включающее дезинтоксикационную терапию, коррекцию кислотно-щелочного баланса, водно-электролитных нарушений, сахар снижающие препараты и т.д. Больные произвольно были разделены на две группы (А и В) сопоставимые по полу, возрасту, весу и росту. 20 пациентов включенные в группу А в качестве гипотензивного и нефропротективного препарата получали эналаприл (10 мг два раза в день). Больные второй группы (В) принимали сакубитрил/валсартан (97 мг/103 мг два раза в день).

**Результаты:** Как показали результаты исследования, у всех больных хронической болезнью почек II-III стадии имело умеренная систолическая дисфункция, которая проявлялась в снижении фракции выброса левого желудочка с одновременным уменьшением СКФ от нормы. Трех месячный курс стандартной терапии, у больных получавших эналаприл привел к значимым изменениям функции почек и сердца. Но при этом, у больных, получавших сакубитрил/валсартан, обнаружена более положительная динамика этих параметров: СКФ повысилась от  $48,6 \pm 2,4$  до  $76,1 \pm 3,7$  мл/мин ( $p < 0,05$ ). Положительная динамика наблюдалась и со стороны сердечной деятельности, ФВ возросло на  $7,2 \pm 0,37$  % в сравнении со значениями которые были до начала лечения  $41,2 \pm 2,0$ %.

**Выводы:** У больных хронической болезни почек II-III стадии диабетической этиологии в большинстве случаев наблюдается изменения систолической функции левого желудочка. Стандартное лечение включающий эналаприл оказывает существенное влияние на нарушения почечной и сердечной системы. Но блокирование рецепторов неприлизина привел к более достоверному улучшению функции этих органов.

## **КЛИМАТО – ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ КРАЙНЕГО СЕВЕРА НА БЕРЕМЕННОСТЬ**

Тяпкин А.В., Алекберов Р.И., Соловьёва Е.Н.

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень*

**Введение.** В настоящее время особое внимание уделяется экологическим проблемам репродуктивного здоровья в высоких широтах. Воздействие специфических факторов Крайнего Севера - значительного и быстрого изменения напряжённости геомагнитного поля Земли, изменение фотопериодичности в период полярного дня и полярной ночи - могут повлиять на течение беременности.

Цель исследования - изучение влияния климато - географических факторов Крайнего Севера на течение беременности у пришлых и коренных женщин.

Методы. Проанализировано 756 индивидуальных карт беременных за 2014 - 2017 год. Исследование проведено на базе ГБУЗ ЯНАО «Тазовская ЦРБ» п.г.т. Тазовский. Для исследования были выделены две группы женщин репродуктивного возраста. Из них 250 женщин относящихся к коренным народам Севера. Группа сравнения состояла из 498 женщин пришлого населения. Статистическая обработка количественных данных проводилась с применением пакета программ Minitab 18. Программа позволяет определить достоверность различий качественных признаков с помощью критерия  $\chi^2$  и точного критерия Фишера.

Результаты: В ходе исследования была прослежена динамика осложнений беременности у пришлых женщин в зависимости от периодов адаптации к условиям Севера. В периоды напряжения (1-5 лет проживания в условиях Севера) преждевременные роды составляют 11,2 ( $p=0.005$ ), в периоды стабилизации (6-10 лет проживания в условиях Севера) 7,5 ( $p=0.002$ ). Гестозы и угрозы прерывания беременности составили 16,7 и 14,2 наблюдений, в период стабилизации эти показатели снижаются до 13,4 и 9,2 соответственно ( $p=0.005$ ). Нами прослежено также течение беременности у женщин со сроком проживания на Севере более 10 лет. Осложненное течение беременности в этой группе зарегистрировано в 8,4 случаев, что сближает данную группу женщин с группами женщин периодов стабилизации. Проведён сопоставительный анализ гелиомагнитной активности и частоты осложнений течения беременности у коренных и пришлых женщин. Выявлено, что в годы активного солнца (2014 – 2015 годы) возрастает количество осложнений беременности как у коренных (40%), так и у пришлых (42%) женщин.

Выводы:

1. Четко отмечено, что фазы перестройки в процессе адаптации к условиям Севера отражаются на клиническом течении беременности. В периоды стабилизации выявляется наименьшая частота осложнений беременности, в периоды напряжения - наибольшая.

2. Проведенный анализ показал, что наибольшее различие в течение беременности отмечено у тех женщин, зачатие у которых происходило в различные фазы фотопериодичности (полярный день и полярная ночь). Причем у женщин коренных национальностей наблюдается меньшее количество осложнений, так как процессы активации адаптации сильнее.

3. Выявлено, что в годы активной солнечной активности частота осложнений возрастает как у коренных, так и у пришлых жительниц Крайнего Севера.

4. Полученные данные о влиянии климатических условий Севера на течение беременности у коренных и пришлых жительниц могут быть использованы для разработки профилактических мероприятий, рационального ведения беременных в условиях Крайнего Севера.

## ФЕНОТИПЫ И ЭНДОТИПЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Хамдамов С.У., Джумабаева С.Э.

*Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. Это единственная болезнь, смертность от которой продолжает увеличиваться.

Обострение ХОБЛ играет ведущую роль в определении клинических исходов заболевания, включая прогрессирование нарушений функции дыхания.

В основе механизмов воспаления у больных с обострением ХОБЛ лежит гетерогенность адаптивного иммунного ответа на инфекционные и пылевые факторы, которая обуславливает многообразие клинических фенотипов заболевания и связанные с этим различия в эффективности терапии.

Цель: изучить фенотипы и эндотипы обострения ХОБЛ с учетом гендерных различий.

Методы: Анализ историй болезни, определение факта курения (индекс курящего человека - ИКЧ). Определение степени одышки по шкале mMRC, теста САТ для определение суммарной оценки ХОБЛ. Оценивались: общий анализ крови, анализ мокроты, С-реактивный белок, фибриноген, интерлейкин-1, фактор некроза опухоли- $\alpha$ . Инструментальные исследования включали: рентгенологическое исследование грудной клетки, ЭКГ, спирометрию и др.

Результаты: проведено обследование 122 больных ХОБЛ, госпитализированных в терапевтические отделения, из них мужчин было 54,1%, женщин 45,9%. Преобладали возрастные категории больных от 50 до 59 лет, от 60 до 69 лет и от 70 до 79 лет, как среди мужчин, соответственно, 22,7%, 34,9% и 24,2%, так и среди женщин, соответственно, 25,0%, 26,8% и 23,2%. Связь между развитием ХОБЛ и анамнезом курения наблюдалась у 38 мужчин (57,6%). ИКЧ у мужчин был равен  $31,1 \pm 1,2$  пачка-лет. Курящих женщин в нашей когорте больных не было.

Среди больных с обострением преобладала ХОБЛ тяжелой степени тяжести, как у мужчин -50,0%, так и среди женщин - 56,3 %, ХОБЛ средней степени тяжести встречалась у 33,3% мужчин и 25,0% женщин. ХОБЛ крайне тяжелой степени встречалась у 16,7% мужчин и 18,7% женщин. Легкой степени ХОБЛ среди обследованных не было.

Проведена интегральная оценка симптомов и риска обострений ХОБЛ у больных в соответствии с классификацией GOLD, 2017. Больных ХОБЛ, относящихся к группе А среди наших пациентов не было. Больных группы В было 33,3% мужчин и 35,3% женщин, больных группы С было, соответственно, 8,3% и 5,9%. И наибольший процент как среди мужчин, так и среди женщин пришелся на группу D: 58,4% и 58,8%, соответственно.

Среди фенотипов ХОБЛ у мужчин и женщин преобладал бронхитический: 65,2% и 80,3%, соответственно, ( $P<0,05$ ), в том числе ХОБЛ с бронхоэктазами выявлена у 16,3% мужчин и 6,7% женщин. Всего бронхитический фенотип встречался у 72,1%. Смешанный фенотип встречался у 22,9 %, из них у 30,3 % мужчин и 14,3% женщин ( $P< 0,05$ ), эмфизематозный вариант отмечен у 4,1%, причем примерно с одинаковой частотой, как у мужчин, так и у женщин - 4,5% и 3,6%, соответственно. Сочетание ХОБЛ и БА встретилось только у одной женщины, составив 1,8%.

При изучении эндотипов обострения ХОБЛ, получено, что нейтрофильный вариант обострения встречался у 62,3%, из них у 59,1% мужчин и у 66,1% женщин, эозинофильный вариант выявлен у 37,7%: у 40,9 % и 33,9% мужчин и женщин, соответственно. Достоверных различий по гендерному признаку получено не было.

Выводы: для оптимизации патогенетической терапии обострения ХОБЛ необходимо персонализированное определение фенотипа ХОБЛ, позволяющего дифференцировать больных по отношению к клинически значимым исходам, определять эндотип обострения для дифференцированного подхода к терапии ХОБЛ с целью улучшения прогноза, и уменьшения смертности населения.

## **АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

Хикматова Н.К., Алиева К.К.

*Ташкентская медицинская академия*

**Введение.** Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием эрозивного симметричного полиартрита в сочетании с системным иммунопалительным поражением внутренних органов. Ранний ревматоидный артрит (РРА) – условно выделяемая клинико-патогенетическая стадия РА с длительностью активного синовита не более 1 года. Хотя основным иммунологическим маркером РА, входящим в его критерии, является ревматоидный фактор (РФ), однако в первые 3 месяца заболевания РФ выявляется лишь у 30% больных, а в первый год – только у 45%. В связи с этим для лабораторной иммунологической диагностики РРА исследуются новые серологические маркеры, представляющие собой антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП).

Целью данного исследования явилось изучение значения АЦЦП в диагностике и прогнозировании течения РРА.

**Материалы и методы:** обследовано 40 больных РРА (из них 30 — женщин, средний возраст — 43,0±5,1 года) до начала базисной терапии. Длительность болезни составляла в среднем 10,4±3,2 месяца. Для характеристики активности РА использовали шкалу активности болезни DAS28. Оценивались показатели гемограммы, СОЭ, С-реактивного белка (СРБ). В сыворотке больных исследовалась концентрация АЦЦП и РФ. Для выявления АЦЦП использовали метод иммуноферментного анализа. Анализ проводили с помощью тест-системы DIASTAT (Axis Shield, Великобритания) в соответствии с инструкцией производителя. Положительным результатом выявления антител считалась концентрация АЦЦП в сыворотке больше 5 Ед/мл. Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с помощью программной системы «STATISTICA for Windows (версия 5.5)».

**Результаты:** у большинства пациентов (29 человек 72,5%) активность была высокой (>5,1 балла), умеренная (>3,2-≤5,1 балла) наблюдалась у 11 человек (27,5%). Среди обследованных 26 человек (65%) были положительными по РФ, 32 (80,0%) — по АЦЦП. Выявлена достоверная положительная корреляционная связь между уровнями АЦЦП с одной стороны, и СРБ ( $r=+0,36$ ), ВАШ ( $r=+0,32$ ) — с другой, а также между уровнем АЦЦП и шкалой DAS28, включающей в формулу СОЭ ( $r=+0,25/+0,34$ ). Корреляционная связь между титром РФ и всеми степенями активности заболевания была слабой (<0,30). Средний возраст АЦЦП (+) больных составлял 48,5±7, 1 года. Частота выявления системных проявлений была более высокой у больных с АЦЦП(+) вариантом болезни (у 13 больных, 32,5%).

**Выводы.** Таким образом, наличие АЦЦП ассоциируется с более высокой активностью РА в дебюте заболевания и значительно более частым развитием внесуставных проявлений по сравнению с АЦЦП (-) пациентами. Уровень АЦЦП более значимо, чем титр РФ, коррелирует с активностью РА по индексу DAS28. То есть определение АЦЦП может быть полезным не только для ранней диагностики ревматоидного артрита, но и для прогноза тяжести заболевания, а так же развития системных проявлений РА.

## **EXPERIENCE OF THE APPLICATION OF THE ARAT SYSTEM IN THE REHABILITATION AFTER BRAINS STROKE**

Khojjeva U.Kh. Anvarjonov A.A. Visogorseva O.N. Sattarova D.B.

*Tashkent Medical Academy*

**Introduction:** The urgency of the problem of vascular diseases of the brain is due to their high prevalence, high mortality, disability, long periods of disability of those who have had a stroke. The patients' life quality with post-stroke neurological deficit is often catastrophic, only 20–25% of them are able-bodied, most need outside help, and 17% are completely dependent on it. Physical limitations make life difficult not only for the patient himself, but also for his relatives, and therefore the question of restoring fine motor skills and self-care in this group of patients remains relevant.

**Objective:** Assess the dynamics of recovery of movement disorders in the upper limb, muscle strength, and also the results of social adaptation in stroke patients after a course of rehabilitation with the help of the Action Research Arm Test (ARAT) system.

**Materials and methods:**

Total of 28 patients aged from 43-72 years who had (ACCD) with a prescription of no more than half year, who had impaired functions of the upper and lower extremity of moderate and mild degree and underwent a rehabilitation program for 21 days were examined. The average age of the surveyed was 56.32±5.19 years. All patients were divided into 2 groups: the main (n=18) and control (n=10), matched by sex, age, duration of illness, clinical manifestations. All patients received a complex of drug therapy in accordance with the standard of treatment.

This program for the main group additionally included individual exercises for the restoration of movements in the upper extremities as part of the ARAT. The ARAT allows you to assess the patient's ability to work with hands with objects of various shapes, sizes, and weights, also can be used as a simulator to improve fine motor skills of the affected limb.

**Results:** When assessing the state of the functions of the upper limb in patients using the ARAT at admission, both groups didn't differ from each other, the overall average score was 17.12±3.19. Upon completion of the course of rehabilitation therapy, motor defects were the most dynamic, especially in the upper extremities in main group patients. When analyzing the results



of the ARAT, there was a tendency to improve fine and large motility of hands. Most patients with limited and partially limited movements fully restored the ability to use fine and coarse motor skills.

The remaining patients with weak minimal movements went an order of magnitude higher than the initial one, with the possibility of active use of large motor skills and partial application of fine ones. The overall average muscle strength in the control group by the end of treatment was  $17.35 \pm 2.26$ , and in the main group it was  $28.27 \pm 2.43$ , while the dynamics' percentage was 55.5%.

Conclusions: The use of the ARAT as a simulator helps to improve the performance of fine motor skills and muscle strength of the patients' affected limb, the degree of patient self-care, which is of great importance in the psychological and social aspects of rehabilitation.

## ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Худойбердиева Сайёра Аъзамжон кизи, Акбарова Дилфуза Суратовна

*Ташкентская медицинская академия*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и летальности в современном мире и летальность от ХОБЛ занимает 4-е место среди всех причин смерти в общей популяции.

Цель исследования: оценка применения антибиотикотерапии в стационаре при обострении ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный фармакотерапевтический анализ лечения пациентов с обострением ХОБЛ, леченных в пульмонологическом отделении 1-клиники ТМА по архивным данным историй болезни за период с января по декабрь 2018 г. В анализ включены данные 87 пациентов (женщин — 33,3%, мужчин — 66,7%) в возрасте 35–75 лет (средний возраст —  $51,53 \pm 3,1$  года) с бактериальным обострением ХОБЛ. Средняя длительность госпитализации составила  $9,32 \pm 1,1$  дня.

Результаты. Анализ частоты назначения разных фармакологических групп антибиотиков свидетельствует, что они охватывали следующие группы: цефалоспорины (ЦФ), макролиды, фторхинолоны (ФХ). Аминопенициллины, стоящие первыми в ряду рекомендованных антибиотиков выбора, не были назначены ни разу. Наиболее часто среди этих групп применяли респираторные ФХ (38,11%), им уступают по частоте ЦФ III поколения (25,43%), макролиды (11,35%), ЦФ IV поколения (8,13%), ЦФ II поколения (10,90%) и нереспираторные ФХ (3,08%). Детальный анализ распределения препаратов среди ЦФ показал распределение препаратов со следующей частотой цефтриаксон — 49,57%, цефотаксим — 18,70%, цефтазидим и цефоперазон — по 12,17%, цефуроксим — 5,4 % и цефепим — 1,99%. Спектр антимикробного действия данных лекарственных средств направлен преимущественно на грамотрицательных возбудителей, что не соответствует спектру микробной флоры ХОБЛ — пневмококк, гемофильная палочка, моракселла. В то же время не учитываются фармакокинетические параметры ЦФ: так, цефоперазон высоко концентрируется в желчных путях, а степень его проникновения в легкие значительно ниже. Среди ФХ при ХОБЛ преобладали левофлоксацин (82,41%) и гатифлоксацин (14,14%). Анализ путей введения антибиотиков показал, что антибиотики назначали парентерально в 86,23% случаев (61,56% — внутривенно, 24,67% — внутримышечно), перорально — в 13,77% случаев.

Выводы. Тактика выбора антибиотиков при обострении ХОБЛ преимущественно соответствует рекомендациям эмпирической терапии. Частое применение парентеральных форм антибиотиков необосновано, поскольку на современном фармацевтическом рынке есть достойный выбор пер-оральных препаратов.

## ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАРНИНГ ТУЗИЛМАСИ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ҳакимов Ж.Ҳ., Туйчиев Л.Н., Муминова М.Т., Эралиев У.Э.

*Ташкентская медицинская академия*

Муаммонинг долзарблиги. Ўзбекистон Республикасида болаларда вирусли диареяларни аниқлаш бўйича йирик олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра, ўткир диареяли касалликларнинг 77,5% вирус табиатли ҳисобланади. Вирусли диареяларнинг 62,1% моно-инфекция ҳолатида кечади. Вирусли диареяларнинг умумий этиологик структурасидаротавируслар — 21%, норовируслар — 17%, аденовируслар — 14%, астровируслар — 10%ни ташкил қилади. Шу билан бирга, ушбу тадқиқот 2009-2013 йиллар давомида, яъни ротавирусга қарши вакцинация киритилганига қадар олиб борилган, бинобарин, вакцинациянинг киритилиши болаларда ўткир диареяларнинг этиологик структурасини ўзгартирган бўлиши мумкин.

Тадқиқот материали ва услублари: Кузатувимиздаги 5 ёшгача бўлган шифохона шароитида даволанган 60 нафар болаларнинг нажас намунаси ПЗР, ИФТ, ИХТ ва бактериологик усулларда текширилиб, ўткир диареянинг этиологик тузилиши таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: Кузатувимиздаги ўткир диарея билан оғриган 60 нафар болаларда 4 хил, яъни ротавирус, норовирус, астровирус ва аденовирус вирус кўзга-тувчилар аниқланди. 5 ёшгача бўлган болаларда норовируслар 26 нафар (43,3%) ва ротавируслар 23 нафар (38,3%) кўп учраши кузатилди. Астро- ва аденовирусли диареялар — 11 нафар (18,3%) дан кузатилди ( $P < 0,001$ ).

Вирусли агентлар (ротавирус ва норовирус) 6 ойдан 1 ёшгача бўлган болаларда ҳам ўткир диареяни пайдо қилувчи асосий кўзгатувчи ҳисобланади ва барча диареяларнинг 25 нафар (41,7%) ( $P < 0,001$ ) ни ташкил этади. Шу нарса диққатни ўзига тортадики, аденовирус этиологияли ўткир ичак инфекциялари 15 нафар (25%) асосан 2-5 ёшгача бўлган болаларда кузатилади. Ушбу вирусли агент бошқа гуруҳ болаларида сезиларли даражада кам ҳолларда қайд этилади.

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, 2 ёшгача бўлган болаларда моно-вирусли диареялар кўп қайд этилади. Бироқ, моно-вирусли диареяларнинг учраш даражаси 2-5 ёшгача бўлган болаларда кескин камаяди. Шунингдек, 6 ойдан 1 ёшгача бўлган болаларда кўпинча, диареяни келтириб чиқарувчи кўзгатувчилар ассоциация ҳолида кузатилади. Ушбу ёшдаги болаларда кўзгатувчиларнинг биргаликда учрашига сабаб, болаларда овқатланишнинг ўзгариши, яъни она сути билан озиқлантирмаслик ва сунъий овқатлантиришга ўтказиш омиллари асосий бўлиб ҳисобланади.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, 5 ёшгача бўлган болаларда ўткир вирусли диареялар йилнинг куз ва қиш фаслларида кузатилди. Қиш ойларида моновирусли диареялар 24 нафар (40%) бемор болаларда аниқланган бўлса, микст вирус-вирусли диареялар 18 нафар (30%) беморда кузатилган. Кузфаслларида кўпинча, моновирусли диареялар 20 нафар (33,4%) микст- диареялар – вирус- вирусли диареялар кўпроқ қайд этилар экан. Қиш фаслида эса кўпроқ, вирус агентли, яъни моно- вирусли, ҳамда вирус-вирусли ва вирус-бактериал диареялар кўпроқ кузатилди. Вирус-бактериал диареяларнинг келиб чиқишида 23 нафар (38,3%) болаларда касаллик манбаи сувҳисобланса, 14 нафар (23,3%) болаларда вирусли диареялар келиб чиқишида касаллик манбаи вирус ҳисобланади. 15 нафар (25%) болаларда моновирусли диареялар келиб чиқишида асосий касаллик манбаи озиқ-овқат маҳсулотлари ҳисобланади. 42 нафар (68,3%) болаларда моновирусли диареялар ва 13 нафар (21,7%) болаларда вирус-вирусли диареялар келиб чиқишида касаллик манбаи бемор билан мулоқот ҳисобланади. Шуни айтиб ўтиш лозимки, юқоридаги ҳолатда кўпроқ катарал белигилари мавжуд бўлган ЎРВИ билан касаллаган беморлар билан мулоқотда бўлиш асосий ўринни эгаллайди.

Кузатувимиздаги 19 нафар (31,7%) бемор болаларда инфекция манбаини тасдиқ-лашнинг имконияти бўлмади.

Хулоса: Болаларда ротавируслар ва норовируслар вирусли диареялар, моновирусли диареялар ҳамда микст вирусли диареяларни пайдо қилиши билан асосий ўринни эгаллайди. Болаларда ўткир диареянинг эпидемиологик хусусиятлари бўйича бир нечта маълумотлар аниқланди. Авваломбор, бу мавсумийлик бўлиб, қишда - вирусли диареялар ва куз-баҳорда – микст- диареялар кузатилиши қайд этилди. Вирусли диареялар учун касаллик манбаи бўлиб, катарал белигилари мавжуд бўлган беморлар ҳисобланади.

## ПРЕДИКТОРЫ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чечулин А. А.

*Белорусский государственный медицинский университет*

Введение: острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются одной из ведущих причин смертности и инвалидности в современном обществе. Опасны кардиальные нарушения, которые развиваются или усугубляются у больных с ОНМК при формировании цереброкардиального синдрома (ЦКС). Под термином «цереброкардиальный синдром» понимают комплекс кардиальных нарушений, обусловленных поражением центральной нервной системы и развивающихся чаще всего на фоне ОНМК. По данным ряда исследований, ЦКС встречается в 78 % при субарахноидальных (САК) и внутримозговых кровоизлияниях (ВМК), в 15–51 % — при инфаркте мозга. Субарахноидальные (САК) и внутримозговые кровоизлияния (ВМК) являются тяжелыми формами проявлений сосудистой патологии головного мозга.

Цель; Выявить наиболее типичные электрографические и клинические характеристики цереброкардиального синдрома у пациентов со спонтанными внутримозговыми и субарахноидальными кровоизлияниями.

Методы; В исследование было включено 60 пациентов в возрасте 46-79 лет с подтвержденными спонтанными внутримозговыми и субарахноидальными кровоизлияниями. Средний возраст пациентов составил  $64,27 \pm 10,58$  лет, (22 женщины, 37% и 38 мужчин, 63 %). Всего обследовано 30 пациентов с САК, 30 – с ВМК (15 в правое полушарие головного мозга, 15 - с ВМК в левое полушарие головного мозга). Исключались пациенты с оперативными вмешательствами на головном мозге, с ЧМТ, с ишемическими инсультами, с ишемически – геморрагическими трансформациями, сахарным диабетом в анамнезе, с повышением уровня тропонина I. Пациентам проводилась ЭКГ в 12 отведениях, определены электролиты плазмы крови, общий анализ крови, уровень глюкозы в крови, тропонина I.

Результаты: Наиболее характерными ЭКГ-признаками ЦКС при САК оказались брадикардия у всех пациентов и удлинение интервала QT  $> 0,46$  с, оно выявлялось у 26 пациентов из 30 (86,7%). Была выявлена также тенденция к удлинению интервала PQ и приближение к отметке 0,2с (в среднем  $0,19 \pm 0,03$ ), однако PQ не превышал нормальные значения. Ни у одного пациента с САК не было отмечено на ЭКГ глубоких отрицательных зубцов T. Для ВМК характерно развитие тахикардии у всех пациентов и нарушений сердечного ритма (ФП, желудочковая экстрасистолия) – у 4 из 30 пациентов (26%). Удлинение интервала QT менее характерно для пациентов с ВМК, оно наблюдалось только в 33% случаев. У пациентов с ВМК установлены отличия в проявлениях ЦКС в зависимости от локализации кровоизлияния. При правостороннем поражении всех пациентов развивалась атриовентрикулярная (а-в) блокада 1 степени (удлинение интервала PQ превышало 0,2 с (среднее  $0,22 \pm 0,02$  с). У 4 пациентов из 15 (26%) выявлены глубокие отрицательные зубцы T. При левостороннем поражении а-в блокада не характерна, интервал PQ находился в пределах нормы. В 3 случаях из 15 (20%) наблюдался зубец U. У всех пациентов было выявлена гипокалиемия в первые трое суток заболевания (средний уровень калия составил  $3,38 \pm 0,31$  ммоль/л) и артериальная гипертензия (средний уровень систолического артериального давления составил  $143,5 \pm 10$ , диастолического  $83 \pm 6,92$  мм.рт.ст.)

Обсуждение/Выводы; Для цереброкардиального синдрома при САК характерно развитие брадикардии (100%) и удлинения интервала QT (86,7%). При ВМК пациенты чаще имеют тенденцию к тахикардии (100%), нарушениям сердечного ритма (ФП, желудочковая экстрасистолия) (26% пациентов). Имеет место зависимость проявления ЦКС от локализации внутримозговой гематомы: при правостороннем поражении для всех пациентов характерна а-в блокада 1 степени (PQ  $0,22 \pm 0,02$  с), при левостороннем внутримозговом кровоизлиянии а-в блокада не отмечалась. Цереброкардиальный синдром у пациентов с САК и ВМК протекает, как правило, на фоне гипокалиемии и артериальной гипертензии.

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ширматов Ш.А. Алиджанова Д.А., Маджидова Ё.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Введение: Мигрень является широко распространенным заболеванием. Несмотря на большой интерес исследователей к мигрени, многие аспекты патогенеза заболевания остаются неясными, а практические врачи встречают серьезные затруднения в ведении и лечении пациентов, страдающих мигренью.

Цель исследования: Оценить клинические особенности мигрени у детей с признаками иммунной недостаточности. Материалы и методы: Нами было обследовано 45 детей с мигренью в межприступном периоде, в возрасте от 6 до 18 лет, из них 32 девочки и 13 мальчиков. У всех больных характер головных болей соответствовал диагностическим критериям мигрени, вторичный генез заболевания был исключен с помощью комплексного обследования. Особенности болевого синдрома изучались с помощью анкетных данных, интенсивность головной боли оценивалась по шкале ВАШ. Для подтверждения диагноза использовали тест ID-migraine. Состояния вегетативной нервной системы изучалось с помощью таблицы Гийома-Вейна. Большое внимание уделялось иммунологическим исследованиям клеточных факторов иммунитета.

Результаты: По анкетным данным у 38% детей отмечался аллергический фон, у 25% больных заболевание имело наследственный характер, у 37% больных отмечалась неясная этиология возникновения приступов мигрени. По анализу шкалы ВАШ установлено, у 87% детей во время приступа интенсивность головной боли достигала 9-10 баллов, у 13% детей этот показатель варьировал между 7-9 балами. По тесту ID-migraine, 100% данных дало скрининговое подтверждение диагноза. Оценка показателей ВНС по таблице Гийома-Вейна показала, у 59% детей с диагнозом детская мигрень преобладание парасимпатической направленности тонуса, у 41 % детей наблюдались признаки симпатической направленности тонуса. У 89% детей отмечались признаки вегетативной дисфункции. По иммунологическим анализам было выявлено отсутствие значительных отклонений показателей клеточного иммунитета, за исключением достоверного увеличения В-лимфоцитов, что указывает на перенесенный воспалительный процесс.

Вывод: По данным исследования, диагноз мигрени был подтвержден положительным тестом ID-migraine. В обследуемой группе отмечались сдвиг показателей и признаки вегетативных дисфункций (89%). Было установлено незначительное отклонение показателей клеточного иммунитета в межприступном периоде, по сравнению с периодом приступа мигрени.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ МЫШЕЧНЫМИ ДИСТРОФИЯМИ

ШУКУРОВА М.Х.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Цель и задачи: Оценить эффективность разработанной методики адаптационной лечебной гимнастики у детей с прогрессирующими мышечными дистрофиями.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 20 пациентов в возрасте 4-6 лет мальчиков проходивших лечения в Республиканский центр социально- адаптации детей. Ведущими клиническими признаками, которые были: Боль в ногах, быстро утомляемость, частные выпадения.

Больные были разделены на две группы. Первая группа (основной) проводилась процедура адаптационная лечебная гимнастика, массаж, гидрокинезотерапия. Вторая группа (контрольная) проводилась процедура массаж, гидрокинезотерапия, лечебная гимнастика не проводилась. При обследований у большинства детей было выявлено значительная отставания показателей физического развития от возрастных норм.

В связи с этим в программу детей были включены процедура адаптационная лечебная гимнастика. Нами был разработан специальный комплекс упражнений для детей с ПМД. Сочетающий в себе решения одновременно сразу нескольких общих и местных задач. Критериями эффективности проводимых реабилитационных мероприятий были компьютерная электромиография (Феникс 21) с использованием игольчатых электродов. Так же применена шкала оценки невропатических нарушений Neuropathy Impairment Score Low Limb (NISSL), которая включает оценку мышечной силы (0-4 балла), сухожильных рефлексов (0-2 балла), сенсорных нарушений (0-5 балла), вибрационной чувствительности (0-5 балла), функции ходьбы (0-4 балла). Исследования проводилось до и после лечения.

Результаты исследования: До лечения в обеих группах по данным компьютерной электромиографии показатели средней амплитуды составил  $358,3 \pm 47.0$  мкВ (при норме 600 мкВ). После лечения в 1 группе показатель средней амплитуда повысился до  $398 \pm 52.0$  мкВ.

Суммарный балл оценки невропатических нарушений NISSL в двух группах до лечения составил  $12.02 \pm 0.62$  баллов. После лечения в 1 группе снизился и составил  $9.041 \pm 0.53$ . Во втором группе этот же показатель составил  $10.08 \pm 0.19$  баллов. Применения регулярных физических тренировок с использованием разработанной нами комплекса у детей с ПМД позволило достоверно улучшить функции опорно - двигательного аппарата.

Выводы: Применения регулярных физических тренировок у детей с ПМД способствует достоверному увеличению средних амплитуды которое проводилась КЕМГ, и снизился балл оценки шкалы NISSL. Больным с врожденным мышечной дистрофии рекомендуется включать в программу специальных дозированных нагрузок, что может способствовать оптимизации физического развития у детей с ПМД.

## БОЛАЛАРДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Даминов Т.О., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Эрматов Б.С.

Ташкентская медицинская академия

Муаммонинг долзарблиги. ОИВ-инфекцияси 10-15% ҳолларда CD4+ хужайралари миқдорининг камайиши фониди ривожланадиган иммунтанқислик оқибатида турли этиологияли иккиламчи касалликлар кўринишида намоён бўлади. Кўп сонли халқаро тадқиқотлар натижаларига асосан ОИВ-инфекцияси ривожланишини лаборатор кўрсаткичларидан бири бўлиб CD4+ хужайралари миқдорининг турғун пасайиши ҳисобланади. Айрим тадқиқотчиларнинг бир қаторда касаллик кечишининг кейинги эҳтимолий оқибатини башорат қилиш мумкин.

Тадқиқот мақсади: Болаларда ОИВ-инфекциянинг клиник-лаборатор кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услублари. Тадқиқот материали бўлиб Республика ОИТСга қарши кураш маркази қошидаги ихтисослаштирилган клиникасида стационар даволанаётган 1 ёшдан 5 ёшгача 50 нафар бемор болалар ҳисоблана-

ди. Барча беморларга ташҳис 2018 йилнинг 25 мартида тасдиқланган 277-буйруқ асосидаги баённома асосида қўйилди. Тадқиқот клиник, вирусологик, иммунологик, бактериологик, ПЗР, статистик усулларда олиб борилди.

Тадқиқот натижалари. Текширувдаги бемор болалар ОИВ-инфекциясининг клиник босқичига кўра 2 гуруҳга тақсимланди; 1-гуруҳни – 20 нафар II клиник босқичдаги, 2-гуруҳни – 30 нафар III клиник босқичдаги беморлар ташкил этди.

ОИВ-инфекциясининг гуруҳлар бўйича клиник белгиларининг таҳлили шуни кўрсатдики, 1-гуруҳдаги барча (100%) болаларда тарқоқ лимфаденопатия; 5 нафар (25%) бемор болада гепатоспленомегалия, 3 нафар (15%) ҳолатларда терининг носпецифик дерматит кўринишидаги шикастланиши, 5 нафар (25%) папулёз қичиштирувчи тошма, 12 нафар (60%) оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ярали шикастланиши, 1 нафар (5%) белбоғсимон темирлатки аниқланди. 80% ҳолларда (16 нафар) ОИВ-инфекцияси юқори нафас йўллариининг касалликларни беморларда учраб, улар ринит, ангина, отит, синусит, бронхит белгилари билан намоён бўлди.

ОИВ-инфекцияси билан зарарланган 2-гуруҳдаги беморларда стандарт давога боғлиқ бўлмаган ҳолда тана вазнининг 10% ортиқ камайиши 6 нафар (20%) беморда, номаълум этиологияли сурункали диарея (14 кундан кўп) 5 нафар (16,7%), ноаниқ этиологияли узоқ муддатли иситма – 37,5°C оралиғида 4 нафар (13,3%), оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ярали шикастланиш 14 нафар (48%), пневмоцистли зотилжам 3 нафар (10%), ноаниқ этиологияли анемия (Hb<80 г/л) 12 нафар (40%) беморларда, тромбоцитопения 3 нафар (10%) қайд этилди.

ОИВ билан зарарлангандан кейин CD4+ ҳужайраларининг кескин камайиши кузатилади.АРВТ ўтказилмаса йилига CD4+ ҳужайралари 45 та ҳужайрага камайиши аниқланган. ЖССТнинг ОИВ-ассоцирланган иммунтанқислик таснифига асосан 5 ёшгача бўлган болаларда CD4+ ҳужайраларни миқдори фоиз ҳисобида ўлчанади. Бунга асосан ОИВ-ассоцирланган иммунтанқислик 4 та гуруҳга бўлинган: сезиларли, ўрта, яққол ва оғир иммунтанқисликка бўлинади. ОИВ-инфекцияси билан зарарланган 50 нафар 5 ёшгача болалар ОИВ-ассоцирланган иммунтанқислик ҳолатини баҳолашда 3 гуруҳга тақсимланди: 1-гуруҳни – 9 нафар 11 ойгача бўлган болаларда, 2-гуруҳни – 16 нафар 11-35 ойгача, 3-гуруҳни – 25 нафар 36-59 ойгача бўлган болалар ташкил этади.

Кузатувимиздаги 1-гуруҳ болаларда сезиларли даражадаги ОИВ-ассоцирланган иммунтанқислик ҳолати 44,5% (4 нафар), ўртача – 33,4% (3 нафар), яққол – 22,2% (2 нафар) ҳолларда қайд этилган бўлса, 2-гуруҳдаги болаларда сезиларли даражадаги ОИВ-ассоцирланган иммунтанқислик ҳолати – 18,7% (3 нафар), ўртача – 37,5% (6 нафар), яққол – 31,3% (5 нафар) ва оғир иммунтанқислик ҳолати 12,5% (2 нафар) ҳолларда қайд этилди. 3-гуруҳдаги болаларда сезиларли даражадаги ОИВ-ассоцирланган иммунтанқислик ҳолати 1-гуруҳдаги ОИВ билан зарарланган болаларга нисбатан 2.8 ва 2-гуруҳдаги болаларга нисбатан 1.1 баробар ишонарли камайганлигини кўрсатди. Ўртача даражадаги ОИВ-ассоцирланган иммунтанқислик ҳолати учта гуруҳдаги беморларда ишонарли фарқ аниқланмади (33,4%; 37,5% ва 28% мос равишда). ОИВ-ассоцирланган иммунтанқисликнинг яққол ва оғир даражадаги ўзгаришлари 3-гуруҳда 1-гуруҳга нисбатан 1.6 баробар ишонарли ошганли аниқланди (36%; 22,2% ва 20%; 12,5% мос равишда).

Хулоса. Шундай қилиб, ОИВ билан зарарланган бемор болаларда CD4+ ҳужайраларининг кескин камайиб бориши билан ОИВ-инфекциясининг клиник белгилари касаллик босқичлар бўйича кучли ривожланишига сабаб бўлади.

# Хирургическая секция

## METASTATIC SPINE CORD INJURY AND ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

Abduqodirov X.U., Ziyavidenova S.S., Polatova D.Sh.

Tashkent Medical Academy

Actuality. In 90% of cases the spine is affected by metastatic damage with more common metastases in the spine. The location of any malignant neoplasm is able to metastasize into bone tissue, but the most common vertebral metastases are prostate, lacteal and thyroid gland, as well as kidneys, lungs. The main problem in this case is a sharp decrease in the patient's quality of life, which is expressed in severe pain syndrome, movement in limbs, impaired functioning of pelvic organs. Adequate and timely provision of care is of great importance for improving the quality of life of these patients.

Aim. Analyze the results of surgical treatment for patients with metastatic spine injuries.

Material and methods: There used the medical record data of 19 patients with metastatic spinal cord injury undergoing surgery at NCRC over the period between 2015 and 2017. Of them 13 were males and 6 females. Age varied from 32 to 64 years. Metastases were localized in thoracic spine area in 12 patients, in lumbar region in 7 patients. The patients were distributed by disease entity, as follows: in 5 patients were detected metastatic prostate cancer, in 4 - metastatic kidney cancer, in 3 metastatic breast cancer, in 1 metastatic cancer of cervix, and in 3 patients metastases of spinal adenocarcinoma without primary diagnosed tumor localization, in 3 lymph-proliferative diseases with spinal cord injury. 95% of patients complained of intensive pain syndrome and 60% with radicular syndrome with partial paraparesis and irradiation of pains in the lower extremities, violation of pelvic organs. All patients underwent standard examination methods: ultrasound, X-ray study, EFGDS, FBS, detection of oncomarkers, MRI and MSCT of the spine, and transpedicular trepan biopsy with histological examination.

In order to diminish the pain and improve the quality of life, decompression laminectomy was performed on 9 patients, decompression-stabilization operation with transpedicular fixation on 8 patients and decompression-stabilization operation with spondylodesis using metal cage on 2 patients.

Results: In the postoperative period, improvement and restoration of the neurological status of patients, sharp reduction of pain syndrome was noted. The rehabilitation period was at two to three weeks. Further, depending on the histological variant of tumor, patients underwent chemotherapy, hormonal and radiotherapy.

Conclusion: The implementation of surgical interventions, such as decompression and stabilization of the spine with metastatic injuries, is considered as palliative treatment that is an integral part of the treatment of these patients and aims to improve their quality of life. With the timely carrying out of these operations, the risk of pathological fracture of the spine is reduced, all patients have reduced pain intensity, and in a number of cases the neurologic status is improved and restored.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ УДАЛЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ И ГИДРОМ

Абдуолимов А.А., Исаков Б.М.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: По данным отечественных и зарубежных авторов, частота образования внутричерепных гематом и гидром при черепно-мозговых травмах колеблется в пределах 2 – 4 % случаев. В случаях запоздалого обращения и своевременно нераспознанные внутричерепные гематомы могут привести к летальным исходам. В связи с этим, своевременная диагностика с использованием современных методов исследования (КТ, МРТ) играют большую роль в сохранении жизни пострадавших.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с внутричерепными гематомами.

Материал и методы: Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2018 год 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 происшествия – 43 (69,3 %), бытовая травма – 19 (30,6 %) случаев. 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.

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.

Выводы: Таким образом, как и при малых гематомах и гидромах, так и при больших путем применения малоинвазивных методов можно добиться полного удаления. Малоинвазивные методы удаления гематом и гидром характеризуются малой травматизацией головного мозга, не приводит к образованию косметического дефекта.

## **ОПЕРАЦИИ МИНИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

А.А.Абдурахмадов., Д.Ш.Хожиметов

*Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Лечение больных с перфоративной дуоденальной язвой (ПДЯ) до настоящего времени остается непростой задачей неотложной абдоминальной хирургии. Несмотря на возможности современной гастроэнтерологии и фармации, стабильно высокими остаются как первичная заболеваемость язвенной болезнью (ЯБ) - 2000 случаев на 100 тыс. населения так и частота ее осложнений в виде перфоративной язвы достигает до 15 % наблюдений.

При этом во многих клиниках, основной экстренной операцией при данном осложнении остаётся ушивание прободной язвы, выполняемое у 45-80% больных. Неудовлетворенность исходами ушивания ПДЯ побудила хирургов к дальнейшему поиску эффективных методов.

Целью Совершенствование методов прободных дуоденальных язв путем разработки новых более безопасных модифицированных оперативных вмешательств.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 72 пациента с хроническими ПДЯ, осложненными перфорацией, прооперированных в отделении хирургии с экстренной медицинской помощью на базе кафедры хирургии с 2015 по 2018 годы.

Операцией выбора при сочетанных осложнениях ПДЯ и у больных, у которых время операции лимитированы (прободная и кровоточащая язва, тяжесть состояния больных, требующих быстрого окончания операции, пожилой возраст), наиболее оптимальным и обоснованным является иссечение язвы и радикальная пилородуоденопластика (РПДП), которые выполнены 72 пациентам разработанный в нашей клинике (патент №IAP 04962 АИС РУз). Также данный метод применялся больным при локализации язв на передней и задней стенки пилородуоденальной области с перфорацией. В послеоперационном периоде обязательным принципом было проведение эрадикационной и антисекреторной терапии с динамическим диспансерным наблюдением.

Принцип операции заключалось в следующем: иссекали края язвы задней стенки до дна его кратера, отступя 5 мм с ушиванием дефекта задней стенки луковицы слизисто-подслизисто-мышечными узловыми швами. При язвенном инфильтрате, суживающий пилородуоденальный отдел, с целью создания более широкой пилородуоденопластики использовали модифицированный метода Финнея (выполнена у 52 больных). При расположении язвы на передней стенке пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки производится иссечение передней стенки полукружности привратника в поперечном направлении и ушивание ее однорядным швом узелками к наружу также в поперечном направлении по Джадд-Танаке (произведено у 20 пациентов).

Выводы. Таким образом, Сравнительный анализ отдаленных результатов различных вариантов хирургического лечения больных с прободными ПДЯ путем анализа качества жизни показал несомненные преимущества органосохраняющих вмешательств (иссечение язвы с ПДП). При этом число отдаленных хороших результатов при иссечении язвы с ПДП составило 95,2%, что достоверно выше ( $p < 0,0001$ ) по сравнению с ушиванием перфоративной язвы.

## **ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ**

Шамсиев Дж.А., Абубакри.А, И.Н. Джумаев, Л.Н.Бобиев.

*ТГМУ им.Абуали ибн Сино.Таджикистан.*

Цель: Эффективность и безопасность эндо-урологических методов у больных с мочекаменной болезнью, осложнения постренальной острой почечной недостаточности.

Материал и методы исследования. С 2014 по 2018 гг. в отделении урологии ООО «Ибн Сино и Мадади Акбар» г Душанбе находилось на лечение 25 пациентов с постренальной калькулезной анурией. Возраст составил от 25 до 60 лет. Женщин было 8 мужчин 17. Четырнадцать пациентов находились на лечении по поводу камней мочеточника единственной оставшей почки. У 8 единственно функционирующей со сморщиванием почки справа у 3-х левой у 5 больных и двухсторонним уrolитиазом осложнением постренальным анурией у 3-х больных. У 13 пациентов камни локализовались в нижней трети мочеточника, у 9 пациентки камень в верхней трети мочеточника.

Результаты исследования. Диагностированных конкрементов от 7 до 10 мм. Время от возникновения анурии до оперативного вмешательства составило от 12 до 72 часов. С целью выявления причины и уровня обструкции выполнялась уретроскопия с последующей контактной литотрипсией и максимальной эвакуацией фрагментов камня. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде гематурия. Особую группу пациентов составляют больные, причиной развития анурии у которых является уратный уrolитиаз. Как правило, проводимые рентгенологические обследования не эффективны в связи с рентгенонегативным характером конкрементов. Ультразвуковое исследование зачастую выявляет наличие камней почек и двухсторонний уретрогидронефроз без определения причины обструкции, а тем более размеров и локализации конкрементов, расположенных в средней трети мочеточниках. В ситуации экстренная уретроскопия является одновременно диагностическим и лечебным мероприятием. Мы обладаем опытом лечения трех больного с множественными камнями обеих почек и с анурией, вызванной двухсторонним уратным уретеролитиазом. Во время уретроскопии у 2 больных обнаружен камень нижней трети левого мочеточника размером около 8 мм и камня по 7 мм в средней трети правого мочеточника. После выполнения контактной литотрипсии восстановлена проходимость мочеточников и произведена катетеризация лоханки с одной и стентирование с другой стороны почки. У третьего

большого камня в верхний треть справа протолкнуть в лоханку со стентированием. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, лечение аллопуринолом в связи с резко повышенным уровнем мочевой кислоты крови, витаминами гр. В и блемареном под контролем реакции мочи. Мочеточниковые катетеры удалены на 7 сутки. При контрольном обследовании конкrementов в мочевых путях и уретерогидронефроза не обнаружено.

Выводы. Данные наблюдения подтверждают высокую эффективность, малую травматичность и малый уровень осложнений экстренной уретроскопии и контактной литотрипсии, выполняемых в связи пострентальной калькулезной анурией.

## **РОЛЬ ЭНДОГЕННЫХ РЕГУЛЯТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА В РАЗВИТИИ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Азимбоева Одина., Акпербекова Ирина Сергеевна

*Ташкентская медицинская академия*

Нарушение инвазия цитотрофобласта ведет к запаздыванию начала маточно-плацентарного кровообращения и является морфологическим субстратом прерывания беременности в ранние сроки, пролонгирование же беременности в таких условиях рассматривается в качестве основы развития таких осложнений, как плацентарная недостаточность, преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и др.

Цель: изучение роли эндогенных регуляторов процесса ангиогенеза в развитии плацентарных нарушений во время беременности.

Материалы и методы: Проведено иммунологическое и биохимическое исследование периферической крови беременных, разделенных на две группы: 40 пациентки с плацентарными нарушениями и 30 женщины контрольной группы. Процесс ангиогенеза исследовали путем определения концентрации в плазме крови эндотелина-1, VEGF и PlGF с помощью иммуноферментного анализатора, состояние активности NO-системы в I триместре гестации оценивали по содержанию в сыворотке крови NO, NO-2 и NO-3, активности eNOS и iNOS, уровня пероксинитрита (ONO2).

Результаты и их обсуждение: нами было обнаружено, что содержание эндотелина-1, в группе женщин с плацентарными нарушениями имело тенденцию к увеличению, превышая аналогичный показатель группы сравнения в 2,3 раза соответственно ( $p < 0,05$ ). Содержание общего нитрита ( $NO_2^-$  общ.) в основной группе было в 1,9 раза ниже аналогичного показателя в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Снижение уровня вазодилататоров, установленное в основной группе, свидетельствует о дисфункции эндотелия. При анализе продукции ангиогенных факторов в зависимости от исхода беременности установлено, что у женщин с плацентарными нарушениями имеет место снижение на несколько порядков уровня PlGF и sVEGF-R1 на фоне повышения содержания VEGF относительно аналогичных показателей группы сравнения ( $p < 0,001$ ). Изменение концентрации VEGF, PlGF и sVEGF-R1 имеет место с ранних сроков гестации до появления признаков прерывания, эти показатели можно использовать в клинической практике для прогнозирования данного осложнения.

Выводы: установлено, что патогенетические механизмы развития плацентарных нарушений связаны с нарушением функционального состояния эндотелия и неполноценностью процессов ангиогенеза, нарушение процессов постимплантационного периода и плацентации сопровождается изменением содержания различных эндогенных регуляторов, потенциально способных выступать в качестве биомаркеров гестационного неблагополучия. В ранние сроки беременности, протекающей в дальнейшем с наличием плацентарных нарушений, наблюдаются наиболее выраженные нарушения продукции факторов роста, являющихся основными переносчиками митогенного сигнала клеток и обладающих способностью регулировать (стимулировать или угнетать) рост тканей, в том числе кровеносных сосудов. Изменение продукции факторов, оказывающих влияние прежде всего на рост и развитие плаценты, приводит к морфологическим и функциональным изменениям с нарушением трофической, эндокринной и метаболической функций этого органа.

## **СПОСОБ МАЛОТРАВМАТИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

М.Р.Алибоев., М.М.Носиров

*АндГосМИ, ассистент кафедры «ФУВ хирургических болезней»*

Актуальность. Среди современных медико-социальных проблем одной из самых актуальных являются болезни щитовидной железы (ЩЖ).

Одним из важных вопросов современной эндокринной хирургии является выбор тактики лечения зоба, в связи с частым развитием рецидива и малоудовлетворительными результатами лечения. По данным как отечественной, так и зарубежной литературы, рецидив зоба колеблется от 0,3% до 39% случаев и тенденции к уменьшению не наблюдается. Следуя принципам онкологической настороженности и учитывая трудности ранней диагностики рака на фоне множественных узловых образований, многие хирурги придерживаются активной хирургической тактики и считают, что всем больным многоузловым зобом показано своевременное, ранее оперативное лечение.

Цель. Является создание благоприятного условия для больных во время операции и уменьшение травматичности доступа при операциях на щитовидной железе.

Материал и методы исследования. За восемь лет в хирургическом отделении клиники АндГосМИ было прооперировано 412 больных в возрасте от 18 до 67 лет, по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Мужчин было 59 (14,3%), женщин было 353 (85,7%). С узловым и многоузловым эутиреоидным зобом были оперированы 222 (54%) больных. С диффузным токсическим зобом и токсической аденомой были оперированы 151 (36,5%) больных, с хроническим аутоиммунным тиреоидитом Хашимото и зобом Риделя оперированы 22 (5,3%) больных и с послеоперационным рецидивным зобом оперированы 17 (4,2%) больных.

Пациентам были произведены оперативные вмешательства на щитовидной железе в зависимости от клинико-морфологических форм зоба и степени ее поражения: 252 (61,3%) больным субтотальная субфациальная струмэктомия, 83 (20,1%) больным гемиструмэктомия, 70 (16,9%) больным субтотальную субфациальную струмэктомия с аутоотрансплантацией щитовидной железы, тиреоидэктомия с аутоотрансплантацией щитовидной железы 7 (1,7%) пациентам.

Производится дугообразный разрез кожи, подкожно жировой клетчатки с отслойкой верхнего лоскута до щитовидного хряща. Подкожные мышцы (платизма) шеи и подкожные вены не пересекаются и не перевязываются, а продольно разводятся от нижнего края раны до щитовидного хряща, это дает возможность избежать послеоперационного отека в кожных лоскутах, так как таким образом исключается нарушение лимфообращения в подкожно жировой клетчатке и возникновения инфильтрата в послеоперационной ране. Затем делают мобилизацию по срединной линии шеи претиреоидных мышц, рассекая с обеих сторон клиновидно вверх и в две стороны до щитовидного хряща дубликатуру фасции грудино-подъязычных и грудино-щитовидных мышц, после чего свободную фасцию над щитовидной железой приподнимают и рассекают, а претиреоидные мышцы крючками Фарабефа разводят в обе стороны. В дальнейшем по разработанному способу производится струмэктомия.

Результаты и их обсуждения. Ни в одном случае не возникло повреждений возвратного гортанного нерва, повреждения крупных сосудов шеи и послеоперационной гипокальциемии. При использовании нового способа достигается сокращение времени операции до 1,5 раза. Все больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 4-8 сутки после операции с традиционным способом (средняя продолжительность послеоперационного периода составила  $5,4 \pm 1,6$  койко-дня), на 2-5 сутки - новым способом (средний срок нахождения больных после операции в стационаре составил  $2,7 \pm 1,3$  койко-дня). Послеоперационный койко-день уменьшился в среднем до 1,7 раза. Пациенты удовлетворены косметическим эффектом.

Вывод. Разработанные технические приемы более доступны, менее травматичны и обеспечивают безопасность оперативного вмешательства. Имеет отдаленные хорошие результаты, позволяющие рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении. Уменьшения частоты повторных операций и рецидивов заболевания и сокращение койка дней вследствие ускоренного выздоровления больных.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ РАСТВОРОВ**

Алимов С.У., Халиярова Г.Д.

*Ташкентской медицинской академии*

Введение. Для интраоперационной обработки гидатидных кист необходимы высокоэффективные методы, губительно влияющие на ацефалоцисты эхинококка как наиболее устойчивое звено паразита и самого важного фактора в возникновении [Ветшов П.С. с соавт. 2006].

На сегодняшний день насущной проблемой эхинококкоза являются разработка рациональной ранней диагностической тактики, совершенствование методов хирургического лечения первичного, рецидивного и резидуального эхинококкоза, а также разработка новых антипаразитарных средств [Аталиев А.Е. и соавт. 2015].

Высокая токсичность или недостаточная антипаразитарная активность применяемых противоэхинококковых агентов контактного действия диктует необходимость изыскания новых эффективных и безопасных средств для интраоперационного обеззараживания зародышевых элементов эхинококка печени и других органов.

Цель - Сравнительный анализ результатов хирургического лечения эхинококковых кист печени с применением различных растворов.

Нами за период 2010-2018 гг. апробирован новый способ обработки остаточной полости - «Спэгарлином» (жидкий экстракт чеснока) - у 30 больных. В качестве контрольной группы вошли 20 больных, у которых остаточная полость была обработана гипертоническим раствором натрия хлорида. Малые кисты (до 5 см) были - у 17(34%) больных, средние (от 6 см до 10 см) - у 23(46%) больных, большие кисты (от 11 до 20 см) - у 10(20%) больных. Возраст больных от 18 до 78 лет. Мужчин 29(58%), женщин 21(42%) больных.

Всем больным с кистами до 5 см (малые кисты) была произведена PAIR (Puncture, Aspiration, Injection- Reaspiration) под местной анестезией, под контролем УЗИ через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2,5см. У 9 больных основной группы полость обработана «Спэгарлином» с экспозицией до 5 мин и полной аспирацией. 8 больным (контрольная группа) полость кисты были обработаны 20 % раствором натрия хлорида с экспозицией до 10 мин. Через 1-3 месяца у всех больных основной группы кисты облитерировались. В контрольной группе у 2 больных выявлены остаточные полости (до 3-4 см) - повторная пункция через 4 месяца с положительным результатом.

При кистах средних размеров у 23 больных произведена пункция и дренирование эхинококковых кистей (экспозиция от 5 до 10 минут) «Спэгарлином». (16 больных (основная группа)), а у-больных (контрольных групп) полость кисты обработана с 20 % раствором натрия хлорида с экспозицией до 10 минут. Дренаж удаляли на 10-15 сутки в основной группы, на 20-25 сутки в контрольной группы. Через год у 2 больных основной группы, через 10 месяцев у 3 больных контрольной группы выявлена остаточная полость (до 3-4см) - повторная пункция, с выздоровлением. 10 больных с большой кистой были оперированы традиционными методами. При УЗИ контроле основной в группе через 3 месяца кисты были полностью облитерированы, а у 1 больного сформировался наружный желчный свищ, закрытием самостоятельно через 1,5 месяцев.

Выводы. Таким образом, применение «Жидкого экстракта чеснока» оказалось эффективным: сокращает сроки госпитализации и лечения в 2 раза, снижает рецидивов эхинококкоза печени.

Ключевые слова: эхинококковая киста печени, Спэгарлин, жидкий экстракт чеснок, PAIR (Puncture, Aspiration, Injection- Reaspiration).

## **ЭКСТРАКОРПОРАЛ УРУҒЛАНТИРИШДАН (ЭКУ) СЎНГ ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИ**

Mirzaeva D.B., Алимова С.Э.

*Тошкент Тиббиёт Академияси*

Долзарблик. Экстракорпорал уруғлантириш (ЭКУ) билан бепуштлики бартариф этиш бугунги кунда тобора кенгайиб бормоқда. Шу билан бирга ЭКУ дан кейин ҳомиладорликни олиб бориш масаласи охиригача ўз ечимини топмаган. Шу сабабли ЭКУ дан сўнг ҳомиладорликни олиб бориш бугунги кунда долзарб масала ҳисобланади.



Мақсад. Турли генезли бепуштлиқда ЭКУ дан сўнг ҳомиладорликни кечиши асоратларини частотаси ва характери ни аниқлаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Анамнезида бепуштлиқ мавжуд бўлган ва ЭКУ ёрдамида ҳомиладор бўлган 25 та аёл текширилди. Биринчи гуруҳга 12 та анамнезида най-перитонеал бепуштлиқ мавжуд бўлган ҳомиладор аёл, 2-гуруҳга 8 та анамнезида эндокрин бепуштлиқ мавжуд бўлган ҳомиладор аёл, 3- гуруҳга эса 5 та анамнезида эркак бепуштлиқ мавжуд бўлган ҳомиладор аёл кирди.

Тадқиқот натижалари. Турли генезли бепуштлиқда беморлар ҳомиладорлигини кечишини текшириш ҳомиладорликнинг турли муддатларида ҳар хил асоратлар намоён бўлишини кўрсатди. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида текшириш натижасида бепуштлиқ туридан қатъий назар ҳомиланинг репродуктив йўқотиш частотаси баланд бўлишини кўрсатди. Анамнезида эндокрин бепуштлиқ мавжуд бўлишидан репродуктив йўқотиш частотаси най-перитонеал ва эркаклик бепуштлигидаги репродуктив йўқотишлар частотасидан мос равишда 4,1 ва 5,4 марта юқорилиги билан намоён бўлди. Бундан кўриниб турибдики, ЭКУ натижасида юзага келган ҳомиладорликнинг 1-триместри, яъни ҳомиладорликнинг эрта муддатлари анамнезидаги бепуштлиқ генезидан қатъий назар репродуктив йўқотиш билан намоён бўлувчи «критик давр» ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг 2-триместри ҳомиладорликнинг эрта муддатларига нисбатан асорати камлиги билан намоён бўлди. Этиологик омилни ҳисобга олмаганда ҳомиладорликнинг 2-триместрида репродуктив йўқотиш частотаси 1,56%ни ташкил этди. Эркак омилли бепуштлиқ мавжуд бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг 2-триместрида репродуктив йўқотиш бўлмади. Ҳомиладорликнинг 3-триместрида ҳомиладорликни кечишини «take home baby» кўрсаткичи асосида баҳоланди. Ушбу кўрсаткич най-перитонеал ва эркак омилли бепуштлиги мавжуд аёлларда юқориқ кўрсаткични намоён этди (мос равишда 84,1% ва 94,5%). Анамнезида эндокрин бепуштлиги мавжуд аёлларда ҳомиладорликнинг яхши оқибатли кечиши кўрсаткичи 2 баробар кам кўрсаткични (49%) намоён этди. Эндокрин бепуштлиги мавжуд аёлларда энг катта асорат кўрсаткичи муддатдан олдинги туғруқ (26,8%) бўлди.

Хулоса. ЭКУ дан кейин ҳомиладорликнинг 1-триместри кечиши кўп жиҳатдан бепуштлиқ сабабларига боғлиқ бўлиб, репродуктив йўқотишлар частотаси най-перитонеал бепуштлигида - 7,1%, эндокрин бепуштлиқда - 29%, эркак омилли бепуштлиқда - 5,4% ни ташкил этди. Ҳомиладорликнинг 2-триместри кечиши эркак бепуштлигида яхши оқибатли, най-перитонеал бепуштлиқда ҳомила тушишининг паст кўрсаткичи (0,6%) ва эндокрин бепуштлиқда ҳомила йўқотишининг юқори кўрсаткичлари(5%) намоён бўлди. Ҳомиладорликнинг 3-триместрида энг кўп асорат эндокрин бепуштлиқда бўлиб, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ривожланишдан орқада қолиши каби асоратлар билан намоён бўлди.

## CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE CHEMORESISTANT GASTRIC CANCER

N.K. Asamedinov, D. Egamberdiev, M. Djuraev, S. Kamishov, S.S. Khudayorov, K. Tuyev, M.T. Doschanov

*Tashkent Medical Academy*

Background. To avoid using ineffective treatment, identify the clinical and morphological features of gastric cancer (GC) patients who are resistant to taxane and platinum based regimens.

Methods. A retrospective analysis of the results of 38 patients' treatment with GC stage III-IV, resistance to platinum-and taxane containing regimens. 1 group - 18 (47%) patients who received 2-4 cycles of chemotherapy by CF regimen (Cisplatin 100 mg, 5-FU 1000 mg 1-5 days, every 4 weeks). 2 group - 20 (53%) patients who received 2-4 cycles by DCF (Docetaxel 80 mg, Cisplatin 75 mg, 5-FU 750 mg 1-5 days, every 3 weeks). Of the total number of resistant patients (n = 38), 18 (47.4%) were resistant to the regimen CF, and 20 (52.6%) - to DCF. Resistance to the regimen was determined according to the control examinations after 2 - 4 cycles.

Results. Among not sensitive to chemotherapy, patients with proximal GC 28.9% and total GC - 34.2% were more frequent, least likely (13.2%) distal GC. More than 90% resistant GC had stage T3-4 and T4 patients receiving DCF regimen, resistance was observed 20% less, which showed the advantages of using Docetaxel. Resistance was more frequent in N2-3 stage (approximately 80%). The presence of distant metastases was not a determining factor in the development of resistance, and only in 44% of patients the process was with M1. The advantage of DCF regimen was its effectiveness, as a consequence of lower resistance: among resistant patients, treated with CF with M1 was 50%, treated with DCF - 40%. The most common histological type of stomach cancer resistant to chemotherapy was adenocarcinoma, which occurs in 15 (39.5%) patients, rarely cricoid and papillary cancer (about 10% of patients). Almost 40 % of resistance were observed in highly differentiated process and only 8 (21%) of patients with poorly differentiated process.

Conclusions. Chemotherapy based on certain predictive factors, showing sensitivity or lack of it, will reduce the incidence of inadequate treatment, as well as conduct targeted research that will reveal the molecular genetic causes of resistance.

## ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ВЗРОСЛЫХ

Атамбузов Г.Т.

*Медицинский Университет Караганда*

Введение. В последние годы в структуре больных травматологического профиля растет количество пациентов с тяжелыми переломами костей таза. По данным различных исследователей, сроки лечения таких пациентов в стационаре продолжительные, иногда длятся до 4 мес. В общей структуре травм повреждения тазового кольца определяются в 27—34% случаев. Показатели летальных исходов достигают достаточно высоких цифр и, по данным различных авторов составляют 6,1—8,5%. По данным НИИТО, в Казахстане в период с 2009-2011 года было проведено в общей сложности 98 операций на различных сегментах таза. В период с 2013 по 2015 годы в Республике Казахстан было выполнено 152 операции на таз, из которых 15 с применением внешнего фиксирующего устройства костей таза, открытая репозиция костных отломков с внутренней фиксацией - 137 человек.

Цель. оценка эффективности оперативного и консервативного лечения больных с повреждением таза в клинике.

Материал и методы. Данные о пациентах были взяты с архива Областного центра травматологии и ортопедии им. проф. Х.Ж. Маказанова. Анализу подверглись данные о 412 пациентах поступивших в стационар с 2006 по 2016 годы. Среди пациентов мужчин - 225, женщин - 187. Возраст пациентов был распределен по классификации Всемирной организации здравоохранения. Было классифицировано 49 детей, 182 людей молодого возраста, 87 - среднего, 42 - пожилого, 49 - старческого и 3 должностителей.

Было проведено анкетирование пациентов посредством телефонного интервью. Был использован опросник из системы оценки функции тазобедренного сустава Харриса. Мы выбрали этот опросник, потому что он акцентирует внимание на восстановление функции тазобедренного сустава, но есть недостаток - для полной оценки необходим осмотр врача. Из 412 пациентов было найдено всего 168 номеров телефонов. Из них 120 человек дали согласие на интервью. Для проверки гипотезы о равенстве генеральных средних был использован параметрический критерий т-Стьюдента.

Результаты. Лечились оперативно 46 человек, консервативно - 74. Боль отсутствовала у 32,4% респондентов с консервативным лечением, тогда как у оперировавшихся - 60,9%, что превышает показатель консервативного лечения в 2 раза.

У респондентов с консервативным лечением умеренная боль присутствует в 6 раз чаще. Терпимая, но слегка ограничивающая в работе боль в оперированной группе была меньше в 8 раз в сравнении с не оперированными.

Восстановление функции опоры у оперированных больных больше в 2 раза. Прооперированные больные пользуются тростью при длительной ходьбе в 2,6 раза реже. Среди опрошенных с оперативным лечением хромота встречалась реже в 2 раза. Во время подъема по лестнице с помощью перил пользуются в группе, пролеченных консервативно в 2,5 раза чаще. Разница между пациентами, способными подниматься с помощью перил, в группе, подвергшихся оперативному лечению, меньше в 2,5 раза.

Выводы. Проведенное обследование пациентов на основании их субъективных ощущений показало, что оперативное лечение всегда дает лучшие результаты. Полученные данные позволяют сделать вывод, что, при любой возможности, у пациентов с переломом тазовых костей необходимо применять оперативное лечение.

Несмотря на то что у пролеченных консервативным способом, смещения были незначительней чем у оперировавшихся, показатели у оперативно лечившихся лучше.

## **ПРИЧИНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ**

Ахмедов И.Ю., Мавлянов Н.Х., Аметов Э.Т., Мавлянов Ф.Ш.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Среди общего числа лиц с ожоговой травмой дети составляют 20-30%; при этом почти половина из них - это дети до 3-х лет.

Целью исследования является изучение частоты возникновения острых стрессовых язв у тяжелообожженных детей, их лечение и профилактика.

Материалы и методы. В отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП за период с 2015 по 2018 гг. осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) были диагностированы у 32 детей с глубокими ожогами 15-60% поверхности тела. С целью диагностики источника кровотечения 29 детям была произведена эзофагогастродуоденоскопия. При этом, множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки диагностированы у 15 детей, эрозивный гастродуоденит - у 7, эрозивный гастрит - у 5, геморрагический гастрит выявлено у 2 детей.

Результаты. У большинства детей (27 сл.) первыми клиническими проявлениями были рвота "кофейной гущей" и мелена. При обнаружении источника кровотечения мы проводили комплексную гемостатическую терапию, переливали свежезамороженную плазму 10 мл/кг и эритроцитарную массу 5-8 мл/кг в течение 2-3 дней. При наличии признаков неустойчивого гемостаза у 5 детей проводили эндоскопическую медикаментозную терапию (орошение 5% раствором аминокaproновой кислоты) в сочетании с электрокоагуляцией. 2 больным в подслизистый слой вокруг источника кровотечения вводили ингибиторы фибринолиза. Они также получали антацидные средства, H2-блокаторы гистаминовых рецепторов. Применение вышеуказанных методов позволило остановить кровотечение у этих детей.

У 2 детей с глубокими ожогами 50-60% поверхности тела на аутопсии обнаружены перфорация язвы двенадцатиперстной кишки с острым разлитым перитонитом.

Выводы. Развитие дальнейших мер профилактики, улучшение методов ранней диагностики, разработка эффективных способов лечения больных с различными осложнениями ЖКТ должны способствовать снижению летальности у тяжелообожженных детей.

## **МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Ахмедова Д.Ю., Турсункулова З.Б., Маматкулова М.А., Мавлянов Ф.Ш.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель работы: Профилактика и комплексное лечение детей с обструктивным пиелонефритом в раннем послеоперационном периоде после экстренных урологических операций на мочевом тракте.

Материал и методы исследования: В основу работы положены результаты исследования и лечения 134 детей с обструктивными уропатиями, которым выполнено хирургическое лечение. Выявлено, что поддерживающими причинами пиелонефрита являются нарушение уродинамики и тяжелый морфологический порок почечной паренхимы на фоне измененной иммунной реактивности и сниженной ферментативной активности клеток крови, формирующих воспалительную реакцию.

Результаты: После хирургической коррекции нарушения уродинамики основным этапом являлась комплексная терапия обструктивных уропатий и их осложнений у детей. На данном этапе предусматривалось раннее выявление и лечение обострений воспалительного процесса.

Комплексная терапия детей с обструктивными уропатиями строилась на принципах раннего выявления заболелания, адекватной диагностики и рациональной лечебной тактики с учетом пола и возраста пациентов, степени наруше-

ний функций почек, особенностей течения воспалительного процесса. В стадии ремиссии назначались: фитотерапия, комплекс витаминотерапии и метаболитная терапия, включающая препараты лимонтар и пикамилон в возрастной дозировке. По показаниям проводились физиотерапевтические процедуры. При соблюдении данной схемы и этапности нам удалось добиться ремиссии и выздоровления данной категории больных от 71 до 89%.

Выводы: Таким образом, учет этапности и соблюдение профилактических, лечебных мероприятий у детей с obstructивным пиелонефритом способствовали полному завершению воспалительного процесса обеспечивая ремиссию воспалительного процесса в мочевых путях.

## ОСОБЕННОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Аъзамов А.Б, Норчаев Ж.А.

*Ташкентского Государственного стоматологического института*

Введение. Недостаточность кровообращения в нижних конечностях является одним из основных факторов развития синдрома диабетической стопы (СДС). Но, исследования последних лет принесли противоречивые результаты в причастности сосудистого фактора в патогенезе развития различных клинических форм СДС.

Цель: Изучить особенности кровообращения в нижних конечностях у больных сахарным диабетом при различных клинических формах гнойно-некротических осложнений.

Материал и методы исследования. Обследованы 352 больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Результаты комплексных исследований с учетом глубины и распространения поражения тканей позволяли установить следующие клинические формы СДС: нейропатическую 52,6%, остеоартропатию 17,6%, ишемическую 6,8% и смешанную в 23% случаях.

С целью изучения состояния кровотока проведены клинические и инструментальные исследования - тетраполярная реовазография (РВГ) и ультразвуковая доплерография (УЗДГ).

Результаты исследования и их обсуждение. При нейропатической и остеоартропатической формах РВГ и УЗДГ не выявили нарушения кровотока в нижних конечностях. Реографический индекс (РИ) был равен  $0,61 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ), что сохранность нормального тонуса сосудистой стенки. На УЗДГ максимальная скорость кровотока (Max A) была выше нормальных значений -  $19,7 \pm 0,04$  м/с. Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) находился в пределах нормы -  $1,04 \pm 0,005$  ( $p < 0,05$ ). Пульсация на магистральных артериях нижних конечностей определялась четко. Исследования подтвердили, что при нейропатической форме заболевания сохраняется симметричный, магистральный тип кровотока. При присоединении остеоартропатии, несмотря на наличие глубокого поражения стопы гнойно-некротическим процессом на основании результатов РВГ и УЗДГ регистрировали не только сохранение, но и даже усиление магистрального типа кровотока в нижних конечностях.

При ишемической форме на РВГ и УЗДГ выявлено повышение тонуса сосудистой стенки, снижение магистрального кровотока - РИ -  $0,46 \pm 0,03$ , Max A -  $16,8 \pm 0,13$  см/с, ЛПИ -  $0,90 \pm 0,04$  ( $p < 0,05$ ). Характерным явилось наличие перемежающей хромоты (53,3%) и постоянные боли при покое (47,3%). Поражение магистральных артерий (макроангиопатия) установлена на УЗДГ у 12 больных. На РВГ микроангиопатия выявлена у 12 больных.

При смешанной форме СДС характерно сочетание клинических признаков нейропатии, остеоартропатии и ишемии. На УЗДГ Max A равнялась  $19,7 \pm 0,13$  ( $p > 0,05$ ), на РВГ - РИ  $0,58 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ). ЛПИ был равен  $1,02 \pm 0,036$  ( $p < 0,05$ ).

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований выявили достоверное снижение артериального кровоснабжения нижних конечностей при ишемической и смешанной формах СДС. Напротив, при нейропатической и остеоартропатической формах установлено сохранение нормального кровотока. Полученные нами результаты играют важную роль в выборе лечебной тактики различных при клинических формах СДС.

## OPTIMIZATION OF THE METHODS OF TREATMENT OF POST-BURN CICATRICAL ALOPECIA

Babajonov A.B., Sadykov R.R., Palymbetova D.N.

*Interuniversity Research Laboratory TMA*

The aim of this work was to determine the possibility, effectiveness and to improve the results of surgical treatment of post-burn scar alopecia.

### MATERIALS AND METHODS

The study included 11 patients (62.5% of men and 37.5% of women), aged 8 to 50 years, with post-burn scar alopecia. The area of scarred skin averaged  $35.5 \pm 17.2$  cm<sup>2</sup>. The duration of the existence of scars (from the moment of the scar formation to the moment of surgery) in patients ranged from 0.5 to 15 years (average  $1.8 \pm 1.2$  years).

The causes of cicatricial alopecia in all cases were thermal injury, 5 patients were injured in childhood. In 2 case, scars were located in the temporal region, in 4 - in the fronto-temporal, in 2 - in the fronto-parietal, in 3 - in the parietal, in 1 - in the occipital region. When assessing the nature of the scar, we used the clinical classification, according to which the main defining feature is the level of the surface of the scar in relation to the surrounding tissues and there are 3 types of scar: normotrophic, hypertrophic and atrophic.

Of the 11 patients included in the study, 3 had a hypertrophic cicatrix and in 8 patients the cicatrix was predominantly normotrophic and at the same time contained several areas (foci) 0.4–2.0 cm in size, which had the appearance of hypertrophic cicatrices.

Before the operation, the cicatricial zone was injected with a solution of triamcinolone during 2 weeks and laser scar treatment was performed to reduce the inflammatory response. All patients underwent a hair transplant according to the follicular autotransplantation method.

The operation of autotransplantation of hair was performed under local anesthesia: the selection of hairy follicular grafts from the donor zone with the help of special tools, the formation of micro-cuts in the skin of the recipient zone, the implantation

of grafts in micro holes. The number of transplanted grafts varied from 42 to 712 (average 210.3) units. The average duration of the operation was 2 h 25 min (from 40 min to 4 h 10 min).

#### RESULTS

Determined the nature and frequency of complications that developed in time or after surgery. The transplanted hair began to grow on average 5–7 weeks after transplantation and at the 6 th months after surgery showed a significant positive cosmetic effect.

The scar in the donor area in all cases of observation was formed cosmetically imperceptible and completely covered by hair, even with a short haircut. Such a patient scar is aesthetic acceptable. Analysis of the results showed that the survival rate of grafts after transplantation in scars in the entire group of patients averaged 88.2%, for 6 months

#### CONCLUSIONS

The follicular hair autotransplantation is an effective surgical method for treating patients with cicatricial defects of the scalp; it gives a good cosmetic effect and significantly improves the quality of life of patients with post-burn cicatricial alopecia. The best-desired result is observed with a normotrophic scar.

Key words: post-burn cicatricial alopecia, follicular autotransplantation, hypertropic and normotrophic scars.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Юсуфбеков Д.А., Мадаминов Р.М., Бабажонов А.Б., Уринбоев Р.

*Ташкентской медицинской академии*

Введение. Проблема лечебной тактики при острых желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) остается одной из самых актуальных в современной ургентной хирургии. В настоящее время достоверным преимуществом обладает сочетание инъекционных и термокоагуляционных методов на фоне гемостатической терапии.

Целью исследования явилась улучшить результатов лечение больных с ЖКК в многопрофильных клиниках.

Материал и методы. Проанализированы результаты эндоскопической исследования у 580 больных находившиеся в хирургическом отделении Городской Клинической Больницы №1 г. Ташкента. Мужчин – 71%, женщин -29%.

Из них у 289 (49,9%) пациентов источником кровотечения была язва двенадцатиперстной кишки (ДПК), у 102 (17,6%) — эрозивно-геморрагический гастродуоденит, у 26 (4,5%) — язва желудка, у 44 (7,6%) — варикозно-расширенные вены пищевода, у 30 (5,1%) — синдром Меллори—Вейсса, у 24 (4,1%) — острая язва желудка и ДПК, у 13 (2,2%) — tumor желудка, у 2 (0,3%) — саргег нижней трети пищевода, у 5 (0,8%) — после резекции желудка, у 40 (6,9%) пациентов источники кровотечения не обнаружены.

Всем больным эзофагогастродуоденоскопию выполняли в первых часах в приемной отделении, в тяжелых случаях в хирургической отделении или в реанимации.

Результаты и обсуждение. После установление источника кровотечения выполняли эндоскопический гемостаз, который включал инфильтрацию паравазальной области 0,01% раствором адреналина, а электрокоагуляция позволила остановить кровотечения у 3 (0,51%) пациентов.

Тактика лечения при язвенном кровотечении определяли по классификации Forrest (1974), а при неязвенной этиологии определяли по адаптированной классификации Forrest J.A.

При кровотечении язвы ДПК струйном (F - Ia) артериальном кровотечении пациентам у 50 (8,6%) больных вводили 0,01% раствор адреналина из нескольких точек по 1—2 мл, постепенно перемещая иглу ближе к кровоточащему сосуду, у 16 (2,7%) пациентов произведено электрокоагуляция + инфильтрация 0,01% раствора адреналина из нескольких точек.

У пациентов с признаками остановившегося кровотечения (Forrest 2a) дальнейшая тактика зависела от устойчивости гемостаза. При неустойчивости гемостаза вводили в подслизистую паравазальной области 0,01% раствора адреналина.

После гемостаза у пациентов (Forrest 1a, 1b) проводили эндоскопический мониторинг. Контрольную ЭГДС выполняли через сутки после первого исследования. При неязвенных кровотечениях повторное исследование осуществляли в случай неполного осмотра при первом исследовании.

Продолжающегося кровотечения были выявлен у 135 (23,3%) из 580 больных, остановившегося — у 425 (73,3%). Эндоскопические методы остановки кровотечения были применены у 52 (38,5%) из 135 пациентов, а профилактика рецидива кровотечения — у 30 (51,7%) из 425. Рецидив кровотечения имел место у 15 (11,1%) из 135 больных, в основном в первые сутки. Из 15 больных повторный эндоскопический гемостаз был эффективным у 7 больных, в случаях без успешности больные были оперированы.

Проанализированные результаты показало, что наиболее частым источником кровотечения являются язвы ДПК —49,9%. Эрозивно-геморрагический гастродуоденит на втором месте 17,6%. ВРВ пищевода на третьем месте – 7,6%. Синдром Меллори—Вейсса у 30 пациентов.

Интенсивность кровотечения определяли по классификации J. Forrest. Такой подход позволяет использование различных способов эндоскопического гемостаза.

При неэффективности повторного эндоскопического гемостаза больных с язвенным кровотечением оперировали.

Выводы:

1. В структуре кровотечений из желудка и ДПК преобладают гастродуоденальные язвы— 49,9% и эрозивные кровотечения из желудка и ДПК — 17,6%.

2. В клинической практике для определения тактики ЯГДК целесообразно использовать классификацию J. Forrest (1974).

3. При повторном эндоскопическом гемостазе в случае неэффективности тактики введения больных должно быть активно – индивидуальном направлении для сохранения жизни пациента.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз.

## ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ КОЛЛАГЕНОВОЙ ГУБКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

А.К.Каныбеков., С.А.Маленкова., А.Н.Бисен

*Кафедра Общей Хирургии, АО НМУ имени С.Д.Асфендиярова г.Алматы*

**ВВЕДЕНИЕ** Проблема надежности кишечного шва была и остается одной из самых актуальных в абдоминальной хирургии. В большинстве случаев основным хирургическим приемом остается ушивание ранений и перфораций или резекция тонкой кишки. Однако, результаты этих вмешательств далеки от идеала. Наиболее частым и грозным осложнением при вмешательствах на тонкой кишке является несостоятельность швов. Решению этой проблемы посвящено множество научных исследований в эксперименте и клинике. Предложены методы укрепления кишечного шва клеевыми и биологическими структурами. Однако, целостность шва, накладываемого в условиях нарушения микроциркуляции кишечной стенки, всегда вызывает опасение.

Все вышеизложенное побудило нас заняться рассмотрением эффективности применения гемостатической коллагеновой губки в эксперименте, при наложении кишечного шва.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** Улучшить результаты лечения хирургических больных путем применения гемостатической коллагеновой губки в профилактике несостоятельности кишечных швов.

**МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ** Для изучения основных характеристик, возможности и эффективности ГКГ в кишечной хирургии выполнены экспериментальные исследования. Проведен эксперимент на 5 кроликах.

ГКГ применялась нами по следующей методике: осушенную поверхность анастомоза укрывали ГКГ и фиксировали двумя узловыми швами.

Экспериментальный материал. На 5 беспородных кроликах массой 3-5 кг было выполнено экспериментальное исследование.

Животные были разделены на 2 группы. I группу (основная) составили 3 кролика, у которых с целью герметизации швов кишечного анастомоза применяли ГКГ. Им был наложен энтеро-энтероанастомоз по типу «бок в бок».

В группу сравнения вошли 2 кролика, у которых при наложении кишечных анастомозов не применяли ГКГ. По видам наложенных анастомозов обе группы исследования были сопоставимы.

Для наложения анастомозов применяли однорядный обвивной кишечный шов.

При этом было изучено влияние ГКГ на процессы репарации тканей области кишечного анастомоза.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Воспалительная реакция не переходит в гнойный процесс.

Увеличивается приток в зону разреза моноцитов и макрофагов, в то время как в зоне анастомоза без применения ГКГ выявлено скопление нейтрофилов.

Процессы репарации идут интенсивнее, более раннее образование и созревание грануляционной ткани, развитие коллагеновых волокон с 7 суток свидетельствует о формировании надежного рубца без деформации просвета кишки.

ГКГ с первых суток обеспечивает биологический «герметизм», не только повышая прочность анастомозов, но и снижая их проницаемость.

### **ВЫВОДЫ**

Полученные результаты экспериментального исследования, предложенной методики профилактики и лечения несостоятельности ушитых ран кишки и межкишечных анастомозов с использованием ГКГ доказывают, что применение данного препарата приводит к значительному снижению степени выраженности воспалительных процессов в области кишечного шва.

Способ укрытия анастомозов с помощью ГКГ прост в техническом исполнении, что делает возможным его применение в кишечной хирургии.

Применение в эксперименте ГКГ для герметизации кишечных швов показало безопасность и его высокую эффективность.

## **У НАРКОЗАВИСИМЫХ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ**

Исакова Ф.Д., Ботиров С.

*Ташкентской медицинской академии*

**Введение:** Хирургические инфекции являются ведущей причиной госпитализации и смертности у наркозависимых и ВИЧ-инфицированных. В настоящее время наблюдается увеличение количества данных пациентов в стационаре.

Цель нашей работы – разработка программы комплексного хирургического лечения данной категории наркозависимых и ВИЧ-инфицированных пациентов.

**Материалы и методы.** В основу работы положены материалы лечения и обследования 10 больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей, ведущих асоциальный образ

жизни в виде наркомании; а также 10 пациентов с ранее поставленным диагнозом ВИЧ-инфекция. В группу сравнения вошли пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями, не являющиеся наркоманами и с отрицательным анализом крови на ВИЧ. Помимо общего обследования пациентов изучали течение раневого процесса цитологическими, микробиологическими, морфологическими методами. Инструментальные методы обследования включали: ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости. Лабораторные методы обследования включали: анализ крови на ВИЧ, маркеры гепатитов, RW, общеклинические анализы. Статистический анализ производился с использованием программы Statsoft Statistica 6.0. Достоверность различия показателей определена с использованием Т-критерия Манна-Уитни с достоверностью  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Основными острыми гнойными заболеваниями, встречающимися у лиц ведущих асоциальный образ жизни, были флегмоны и абсцессы. Течение гнойных заболеваний осложнялось сепсисом у 2 пациентов из основной группы и 1 из группы сравнения. Самыми частыми причинами инфицирования мягких тканей у основной группы были инъекции наркотиков, у группы сравнения – случайные раны, гематомы, ушибы. Локализация очагов гнойной инфекции напрямую зависела от образа жизни наркоманов. Так локализация гнойных очагов в основной группе отмечалась в паравазальной клетчатке подкожных вен плеча и предплечья, а также поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.

Обсуждение. У ВИЧ-инфицированных больных гнойно-септические заболевания осложняются и часто протекают более тяжело, если в анамнезе имеется наркомания, поскольку хроническая наркотическая интоксикация приводит к достаточно высокому ослаблению иммунитета и тяжелой полиорганной недостаточности.

Выводы. Хирургическая инфекция у наркозависимых и ВИЧ-инфицированных больных чаще приводит к возникновению сепсиса и полиорганной недостаточности у группы наркозависимых пациентов.

## ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНОЙ МИКРОФЛОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Гадаева Г., Акпербекова Ирина Сергеевна

*Ташкентской медицинской академии*

Преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек (ПДРПО) на сегодняшний день рассматривается как одна из основных причин преждевременных родов. До конца причина возникновения ПДРПО остается неизвестной, однако имеется достаточно сведений, основанных на данных последних исследований, что латентно текущая вагинальная инфекция является ведущей причиной разрыва плодных оболочек до родов, и в последующем возникновения хориоамнионита и послеродовых гнойно-септических осложнений. Латентно текущие вагинальные инфекции тесно связаны с дисбиозом влагалища.

Целью нашего исследования явилось изучение качественного и количественного состава микрофлоры влагалища и влагалищного отделяемого у беременных с преждевременным дородовым разрывом плодных оболочек.

Материалы и методы: обследовано 35 беременных, поступивших в 9 родильный комплекс города Ташкент с жалобами на дородовое отхождение околоплодных вод и 30 беременных с неосложненным течением беременности. Всем женщинам проводилось бактериологическое исследование вагинального отделяемого на определение микрофлоры.

Результаты и их обсуждение. Результаты показывают, что содержание *Lactobacillus* было заметно меньше по сравнению с вагинальными образцами, взятыми у беременных с неосложненной гестацией. Все женщины были сопоставимы как по возрасту, паритету и срокам беременности. При анализе качественного и количественного состава микрофлоры микробиологический состав влагалищной флоры у женщин с ПДРПО был в большинстве своем представлен *Lactobacillus* spp. составляя около 70% всех представителей нормальной микрофлоры влагалища, вторыми по относительной частоте преобладали *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*, *Porphyromonas* spp., затем шли представители семейства *Eubacterium* spp., *Sneathia* spp., *Leptotrichia* spp., *Fusobacterium* spp. и *Megasphaera* spp., *Velionella* spp., *Dialister* spp. составляя в среднем до 7% соответственно. Микроорганизмы *Atopobium vaginae*, следующие по частоте встречаемости, составили 4%, определены в меньшинстве представители семейства *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp. Основными представителями микробиоценоза влагалища женщин с неосложненным течением беременности являлись *Lactobacillus* spp., все остальные представители условно-патогенной микрофлоры были определены в меньшем количестве. Стоит отметить, что *Megasphaera* spp., *Velionella* spp., *Dialister* spp., *Atopobium vaginae* встречались в три раза чаще у женщин с ПДРПО ( $p < 0,001$ ), что указывает на изменение нормальной флоры в сторону преобладания условно-патогенной у этих беременных.

Выводы. ПДРПО является непосредственной причиной трети всех преждевременных родов. Считается, что субклиническая инфекция является ключевым фактором в патофизиологии ПДРПО, потому что у 40% женщин с дородовым излитием околоплодных вод развивается хориоамнионит. В нашем исследовании нами было обнаружено, что у женщин с подтеканием околоплодных вод имеется нарушение микробиоценоза влагалища в пользу преобладания условно-патогенной флоры.

## LIVER TUMORS, CONTEMPORARY DIAGNOSIS AND TREATMENT

Grigorita Cristina Fiodor

Introduction: Worldwide, the number of new cases of liver cancer in 2018 is 841,080 (4,7%), which makes it the 6th leading type of cancer occurring by frequency. Mortality rate caused by liver cancer was 781,631 deaths (8,2%) from a total of 9,5 billions, making it the 4th major cause of death in oncology. Because liver tumors are most of the time asymptomatic or with nonspecific symptoms, it is an overriding reason to diagnose as early and exactly as possible and to treat efficiently, especially Moldova is fighting with viral hepatitis B and alcohol abuse, leading causes of liver cancer.

The purpose of the research: The purpose of the research is to find the major etiology causes of liver cancer in Moldova from 2016-2018 years, risk factors, methods of diagnosis used in those years, and the principles of surgical treatment.

Methods: Since January 2016 to December 2018 we registered a total of 203 patients, 111 women and 92 men, and 15 deaths, 8 women and 7 men. From this total of 203 patients, 73 cases were with benign tumors and 130 with malignant neoplasms.

Results: The highest incidence was caused by hepatocellular cancer (55 cases), which happened on a background cirrhosis in 33 cases. Cirrhosis was predominantly caused by B and D viruses (10 cases). The second type of cancer by incidence was hemangioma (37 cases), with a female to male ratio of 22:15 cases, most of which happened to young women in their 3-rd decade of life. The third type followed by frequency was metastatic liver tumors (36 cases), from which 8 cases appeared after cephalic pancreatic cancer was diagnosed, 6 cases after sigmoid cancer, and 4 cases after right colon cancer. Mortality was mostly caused by Klatskin tumors (9 cases) and its complications, followed by hepatocellular cancer (2 cases). The most often used type of diagnosis used was ultrasonography, which detected most of the cysts cases (29), followed by CT exams using contrast substances, which was very specific and sensitive for all the cases. MRCP was used to diagnose cholangiocarcinoma (34 cases). Surgical treatment was given in 189 cases, performing 33 enucleation, 29 cysts fenestrations, 45 atypical resections, 10 metastasectomies, CPGRE+STER (10 cases), embolisation of right hepatic artery in 5 cases.

Conclusion: This study is providing new information which helps to determine the incidence and mortality of different types of cancer, female to male ratio, predominant age and risk factors which trigger the disease, the most efficient types of diagnosis and treatment.

Key words: Liver tumors, diagnosis, treatment, surgery,

## ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРАСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ЯИЧНИКОВ

Джуманиязова Г.М. Ахмедов Ф.Р.

Ташкентская медицинская академии

Актуальность проблемы: Рак яичников является наиболее фатальным, сложным и самым дискутируемым заболеванием из всех злокачественных новообразований женской половой системы. заболеваемость злокачественными опухолями яичников занимает третье место в структуре онкогинекологической патологии.

Цель: Изучение эффективности различных схем неоадъювантной полихимиотерапии при распространенном форме раке яичников.

Материалы и методы: В исследование вошли 35 женщин, с морфологическим диагнозом аденокарциноме G 2 раком яичников. Больные были распределены на 2 группы: 1 группа (17 больных) получили лечение по схеме ТС: Паклитаксел-175 мг/м<sup>2</sup>+ Карбоплатин 5-6 в/в; 2 группа (18 больных) получили лечение по схеме: САР: Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup>, Доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, циклофосфамид 600 мг/м<sup>2</sup>.

Результаты исследования: Объективный эффект в 1 группе больных схеме ТС отмечен у 17 пациенток: полная регрессия 6 (35%) пациентов, частичная - 9 (53%) больных. Стабилизацию процесса наблюдали у 1 (6%) женщин. Причиной прекращения лечения явилось раннее прогрессирование заболевания у 1 (6%) пациента. По сравнению с первой группой во 2 группе пациентов схема САР показатель эффективности. При этом были выше показатели полная регрессия и стабилизации: соответственно у 2 пациентов (11,1%) и 4 женщины (28%), а показатель частичная ремиссия был ниже и составил 10 (56%) больных. Раннее прогрессирование процесса было диагностировано у 1 больных (5,6%), что явилось причиной прекращения ПХТ после 4 курса.

Выводы: таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают достаточную высокую эффективность полихимиотерапии по схеме ТС, не уступающую в эффективности полихимиотерапии по схеме САР и возможность использования ее в качестве 1-й линии паллиативной ХТ рак яичников в онкологических учреждениях практического здравоохранения.

## ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Елемесов А. А., Едрешева Б.А., Оспанова М.

Актуальность: Пропорционально росту эндовидеохирургических операций при ЖКБ растет и число неудовлетворительных результатов вмешательства. В исследованиях P.Blondet (1960), R. Fahlender (1960), S. Har-rington (1948), J.Schlegel (1958) достоверно установлена связь рефлюкс-эзофагита с хроническим калькулезным холециститом. Авторы считают, что желчнокаменная болезнь является не только спутником рефлюкс-эзофагита, но и его прич

Цель: Внедрение подхода применения симультанных операции у больных желчнокаменной болезнью, сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы: Применение симультанного эндовидеохирургического метода лечения при ЖКБ в сочетании с ГЭРБ и при ГПОД в нашей клинике было использовано у 46 пациентов поступавших в разный период времени в клинические базы БСМП и АОБ как экстренно так и плановом порядке. При признаках ГПОД выполнялось рентгенологическое (полипозиционное) контрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Симультанные вмешательства при наличии ЖКБ проводились по следующим показаниям: умеренно выраженный эзофагит (1-2 степени) у пациентов с признаками механической недостаточности кардии и частыми эпизодами ГЭР, эзофагит 3-4 степени, сохраняющийся после неоднократных курсов консервативного лечения, наличие ГПОД с ГЭР, рефрактерным к медикаментозному лечению, осложненное течение ГЭР, включая образование язвы, стриктуры пищевода, при наличии эндоскопических признаков пищевода Баретта.

Результаты и обсуждения. В послеоперационном периоде у всех оперированных по принятой методике пациентов отмечено полное исчезновение симптомов ГЭРБ и ГПОД по данным обследования и отсутствие побочных эффектов операции у 38 пациентов (93,3%). По данным рентгенологического исследования признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или недостаточности кардиального жома не отмечено.

Вывод. Заключение у больных при сочетании ЖКБ с ГЭРБ и ГПОД выполнение симультанных операций является более целесообразным, обоснованным короткими сроками пребывания в стационаре пациентов, купированием у них всех клинических проявлений заболевания, чем выполнении лапароскопической холецистэктомии с последующем пожизненным консервативным лечением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни или повторной операции по поводу своевременно не диагностированной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

## К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ И НЕБНЫХ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

С.М. Зияев, Умаров Д.А Н.Э. Махкамова

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение: Проблемы выполнения аденотомии и тонзиллоэктомии у детей с врожденными расщелинами неба до настоящего времени не имеет единого решения. Одни авторы настаивают на удалении аденоидов и гипертрофированных небных миндалин у детей с ВРГН для оздоровления носоглотки и лечения имеющихся евстахиитов, отитов. Другие авторы выступают против тонзиллоэктомии и аденотомии в виду опасности усиления открытой гнусавости и возможности образования рубцовых контрактур.

Цель исследования: определить методику лечения аденоидных вегетаций и гипертрофии небных миндалин у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Материалы и методы: нами обследовано 78 детей с расщелинами неба; из них 35 изолированная расщелина неба; у 20 – односторонняя и у 23 – двусторонняя сквозная расщелина верхней губы и неба, которые условно были распределены по возрасту: I группу составили 29 детей от года до 3 лет и II группу 49 детей дошкольного возраста от 3 до 7 лет.

Результаты: У детей I группы основной причиной нарушения носового дыхания была расщелина неба, а у II группы развились еще и механические эндоназальные препятствия, такие как аденоиды у 7 детей, гипертрофии нижних носовых раковин у 43, небных миндалин – 36, гипертрофия носоглоточной миндалины – 22, хронический тонзиллит декомпенсированная форма у 2 и компенсированная форма у 13.

У детей с ВРГН длительно существующее нарушение носового дыхания вызывает ряд отклонений от нормы, как местного, так и общего характера. Это одна из причин возникновения воспалительных процессов в верхних дыхательных путях. Поэтому ранняя пластика неба является основной мерой профилактики возникновения и развития патологии со стороны верхних дыхательных путей. Уранопластику необходимо производить не позже трехлетнего возраста.

Наличие очагов инфекции в непосредственной близости с дефектом неба затрудняет проведение уранопластики и может отрицательно сказываться на исходах операции.

Нами в клинике разработан метод комплексного лечения воспалительных заболеваний носа и носоглотки у детей с ВРГН в до и послеоперационном периоде, который направлен на уменьшения воспалительного процесса в носовой полости и носоглотке, десенсибилизацию организма и повышение его реактивности. Курс лечения в среднем 10 дней. Все больные получали поливитамины, глюконат кальция и димедрол в дозах, соответствующих возрасту.

Больным с аденоидитами, в связи с хорошей обозримостью и доступностью носоглотки через расщелину неба, применяли промывание аденоидных вегетаций с последующим применением тубускварца.

Консервативное лечение воспалительных процессов верхних дыхательных путей, хотя и не приводит к полному излечению, но дает положительный эффект, способствует уменьшению процессов экссудации и тканевой инфильтрации, что является благоприятным моментом в общем комплексе предоперационной подготовки детей с ВРГН к уранопластике. Предоперационная санация воспалительных заболеваний носа и носоглотки должна входить в комплекс подготовки детей к вейло/уранопластике.

Мы также рекомендуем соблюдать осторожность в принятии решения об удалении аденоидов и гипертрофированных небных миндалин у детей с ВРГН.

В каждом отдельном случае необходим индивидуальный подход, надо взвешивать все за и против, помнить, что компенсаторные увеличенные миндалины, нижние носовые раковины, аденоиды способствуют лучшему разобщению носовой полости от ротовой, особенно при недостаточном велофарингеальном смыкании у детей с ВРГН после операции.

Во время уранопластики мы выполняли одностороннюю тонзилэктомию у 7 больных в виду опасности послеоперационной механической асфиксии. Аденомотомия до уранопластики была произведена у 3 детей с ВРГН в связи с наличием часто рецидивирующих аденоидитов и прогрессирующей тугоухостью.

Выводы: При решении вопроса об удалении аденоидов и небных миндалин важно принимать во внимание все факторы риска, взвешивать их влияние во взаимосвязи, как с общим состоянием больного, так и в связи с влиянием на слух и речь. А также необходимо раннее консервативное лечение имеющихся воспалительных процессов верхних дыхательных путей, воспалительных заболеваний среднего уха во избежание аденотонзиллотомии у этой категории детей.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОМОРБИДНЫЕ АССОЦИАЦИИ МАЛЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

И. А. Зябрева

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Введение. Рефлюксный синдром является едва ли не самым распространенным поводом для обращения пациентов к гастроэнтерологу. Одной из наиболее частых причин развития рефлюксного синдрома, являются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). В России частота встречаемости данного заболевания колеблется от 2,5 до 33%, достигая 50% в пожилом возрасте. И если особенности клинической симптоматики больших ГПОД (III-IV степени), характеризующиеся болью и загрудинным дискомфортом, изжогой, отрыжкой воздухом, срыгиванием и дисфагией, изучены достаточно хорошо, то малые ГПОД (I-II степени) зачастую ускользают от внимания терапевтов и гастроэнтерологов, скрываясь под маской гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Однако именно наличие такой анатомической особенности, как ГПОД, обуславливает упорство жалоб и большую частоту пищеводных и внепищеводных осложнений, негативно влияя на качество повседневной жизни и эмоционально-личностную сферу больных.

Цель исследования: изучить особенности рефлюксного синдрома и коморбидных ассоциаций у больных с малыми ГПОД.

Материал и методы. Обследовано 120 пациентов (41 мужчина и 79 женщин; средний возраст 49,1±13,4 лет) с ГПОД I-II степени, ассоциированными с гастроэзофагеальным (ГЭР) (n=35) и дуоденогастроэзофагеальным (ДГЭР) (n=85) типами рефлюкса. Неэрозивный рефлюкс-эзофагит (РЭ) (I степени) выявлен у 62 (51,7%) пациентов, эрозивный РЭ (II-III степени) – у 58 (48,3%).

Результаты. В основе клинической симптоматики больных с малыми ГПОД лежали «рефлюксные» жалобы, которые характеризовались ощущением изжоги (83,3%), горьким и/или кислым привкусом во рту (50,8%), регургитацией (42,5%), отрыжкой воздухом (15%), болью или тяжестью за грудиной (11,7%), дисфагией (10,8%), одинофагией (4,2%) и запахом изо рта (3,3%). Несколько реже отмечалась билиарная диспепсия: тошнота (33,3%), боли в правом подреберье (28,3%) или эпигастрии (25%) и метеоризм (по 15%). При этом в 96,7% случаев имелось сочетание различных жалоб.

При сопоставлении характеристик изжоги, как основного симптома у больных с малыми ГПОД, в группах пациентов с разными типами рефлюкса было установлено, что кислый ГЭР преимущественно провоцировал многократные дневные изжоги (25,9%), сочетающиеся с ночными эпизодами (33,5%). Они чаще возникали под действием провоцирующих пищевых и постуральных факторов (44,4%) или отмечалась постоянно в течение года (51,9%), купировались в течение часа (70,4%) под действием одного из антацидных лекарственных препаратов (74,1%). При ДГЭР редкие (не-ежеднев-



ные) эпизоды изжоги и многократные дневные встречались в равной степени часто (31,5% и 30,1% случаев соответственно). Они возникали преимущественно под действием пищевых провокаций и постуральных факторов (53,4%) и купировались постепенно в срок до одного часа (45,2%) при исключении действия провоцирующего фактора (31,5%) либо при использовании одного из антацидов (46,6%).

Лишь у 1,7% пациентов ГПОД выступала единственным заболеванием пищеварительной системы. Наиболее часто грыжи ассоциировались с хроническим гастритом и гастродуоденитом (87,5%), а также неалкогольной жировой болезнью печени (30,8%). Язвенная болезнь встречалась у 6,7% пациентов, хронический панкреатит – у 10,8%, дивертикулы толстой кишки – у 5,8%, СРК – у 5%.

Ввиду общности патогенеза развития РЭ оценено сочетание ГПОД с патологией билиарного тракта. Так, дискинезия желчевыводящих путей была выявлена в 20,8% случаев малых ГПОД, хронический некалькулезный холецистит – в 48,3%, желчнокаменная болезнь на различных стадиях заболевания – в 13,3%.

Заключение. Клинические особенности течения малых ГПОД обусловлены типом рефлюкса в пищевод – гастроэзофагеальным либо дуоденогастроэзофагеальным – и наличием коморбидных ассоциаций с заболеваниями системы пищеварения.

## **ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 7 ТИПА КАК КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

Ибрагимова С.М., Сейфуллаева Л.И., Чирьева М.Б., Грачёва Н.Д.

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва*

Введение. Преэклампсия (ПЭ) возникает в 2-8 % беременностей и продолжает оставаться одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. Установлено, что ПЭ ассоциируется с системным воспалительным ответом, эндотелиальной дисфункцией, дисбалансом ангиогенных и антиангиогенных факторов и метаболическими нарушениями. Пусковым моментом этих патологических процессов считается неполноценная инвазия трофобласта. Успешная инвазия и имплантация обусловлены способностью клеток трофобласта к протеолизу компонентов экстрацеллюлярного матрикса, в которых принимают непосредственное участие матриксные металлопротеиназы (ММП).

Цель. Целью данного исследования является выяснить, связана ли преэклампсия с изменением уровня ММП-2 и есть ли различия в уровне этой МП у женщин с ПЭ тяжелой и умеренной степеней.

Материалы и методы. Определен уровень ММП-2 в плазме крови методом ИФА у женщин, беременность которых осложнилась преэклампсией. Исследование проводилось в ГКБ имени С.С.Юдина. Уровень ММП определялась в ЦДЛС Сеченовского университета. Контрольную группу составили женщины с физиологическим течением беременности и родов.

Результаты. Средний возраст женщин с поздней ПЭ составил 33,8±3,7 лет. ПЭ в анамнезе имели 14,2% женщин. Анамнез женщин был отягощен хронической артериальной гипертензией (28,5%), сахарным диабетом (6,2%), генетической тромбофилией (18,1%). Около 15% беременностей, которые осложнились поздней ПЭ, наступили в результате экстракорпорального оплодотворения. Материнские осложнения: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (9%), HELLP-синдром (9,0%), гемолитикоуремический синдром, тромботическая микроангиопатия, эклампсия, отек мозга (4,5%). Тяжесть состояния детей была обусловлена недоношенностью в 44,1% случаев (38,4% - тяжелая ПЭ, 7,6% - умеренная ПЭ), синдромом задержки роста плода (14,2%), дыхательной недостаточностью (57,1%), церебральной депрессией (57,1%), ВУИ (28,5%) тяжелой асфиксией (14,2%), врожденным тахипноэ (42,8%). Среднее значение ММП-2 у женщин с ПЭ составило 417,17±187,48 нг/мл, в контрольной группе 257,11±123,48 нг/мл (p=0,00052616). Уровень ММП-2 достоверно повышалась при тяжелой ПЭ 499,07±215,91 по сравнению с контрольной группой (p=0,00005085). Но при этом уровень ММП-2 была незначительно повышена у женщин с умеренной ПЭ 332,53±99,57 нг/мл (p=0,05751).

Выводы. В результате исследования отмечено повышение уровня ММП-2 при тяжелой преэклампсии. ММП-2 не показала достоверных различий при умеренной ПЭ. Таким образом, возможно использование ММП-2 в качестве маркера для оценки критерия тяжести ПЭ.

## **РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА ПОЧЕК У КРЫС ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОТКРЫТОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ-35кВ**

Иванина В.А., Мадумаров Д.Н., студенты 3 и 5 курсов

*Кафедра патологической физиологии,*

*Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г.Бишкек, Кыргызстан*

Введение. Большую часть территории Кыргызстана и Узбекистана занимают горы покрытые снегом и ледниками, которые являются источником мощных водных потоков - горных рек. Именно на горных реках построены и планируется строить современные ГЭС. Ремонт и обслуживание ГЭС, высоковольтной линии электропередач под напряжением может оказать определенные нарушения в организме. Естественно возникает проблема защиты работников энергетической отрасли от этих факторов. Прежде чем разработать меры защиты, необходимо установить механизм изменений в организме. Именно поэтому наше исследование имеет лечебно-профилактическое направление.

Цель работы: выяснить структурные изменения кровеносного русла почек у крыс, подвергшихся действию напряжения трансформатора в течение 8 часов.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на 10 белых лабораторных крысах-самцах весом 170-210г с соблюдением «Директивы 2010/63/EU Европейского парламента и Совета Европейского Союза». Животные в металлических клетках транспортировались на перевал Туя-Ашу (высота 3200м над ур.моря). В качестве контроля служили пять крыс, которые находились в помещении вивария, остальные пять крыс помещались на расстоянии 20 см от трансформатора напряжением 35кВ в течение 8 часов.

Результаты и обсуждение. Междольевые артерии почек отличаются полнокровием и более широким просветом. Дуговые артерии характеризуются усилением расщепления внутренней эластической мембраны с образованием дополнительных тонких мембран.

Одновременно с расщеплением внутренней эластической мембраны отмечается дилатация дуговых артерий, что обеспечивает «основной избыточный сброс крови в юкстамедуллярной зоне».

Дать однозначную характеристику состоянию междольковых артерий не удается: одни из них дилатированы, другие – спазмированы, третьи – без особых изменений. Видимо все зависит от напряженности функции, отходящих от них приносящих артериол, и уровня фильтрационной активности в капиллярных сплетениях почечного тельца. Там, где междольковые артерии дилатированы, а отходящие от них приносящие артериолы увеличены в диаметре, наблюдается полнокровие сосудистых клубочков.

Общим отличием венозного русла почки от данных контрольных животных выступает выраженное полнокровие, начиная от звездчатых, и кончая магистральным стволом почечной вены. Так как вены коркового вещества построены по типу синусоидов, их чрезвычайное полнокровие напоминает кровоизлияние в паренхиму органа. Хотя дуговые вены также лишены мышечных элементов, благодаря наличию пластинки из коллагеновых волокон вокруг эндотелия, их полнокровие четко отличается от одиночных очагов кровоизлияний.

Особое внимание привлекают прямые артерии, спускающиеся от дуговых артерий в мозговое вещество и прямые вены, подымающиеся из мозгового вещества к дуговым венам. Прежде всего тем, что объем прямых вен значительно превосходит объем прямых артерий, что несомненно способствует удалению из интерстиция почек воды и солей, попавших туда из ремоделированных мочевых канальцев. Другими словами, прямые сосуды, представляя собой противоточно-обменную систему, сохраняют осмотическую концентрацию в мозговом веществе почки.

Вывод. Таким образом, однодневное восьмичасовое действие комбинации высокогорной гипоксической гипоксии, газо-воздушной среды коронного разряда и электромагнитных волн тока высокого напряжения вызывает определенное ремоделирование кровеносного русла почек.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Икромова Л.И., Абдуразакова М.Д.

*Ташкенская Медицинская Академия*

Актуальность прогнозирования преэклампсии (ПЭ) обусловлена тем, что в настоящее время преэклампсия продолжает оставаться сложнейшим разделом акушерства, являясь одной из ведущих причин высокой материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель исследования: оценка факторов риска развития преэклампсии.

Задачи: 1. Определить факторы риска развития преэклампсии. 2. Изучение клинического течения преэклампсии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный клинический анализ течения и исходов беременности у 38 пациенток, родивших на базе родильного комплекса № 9 г. Ташкента. Оценка факторов риска развития осложнений преэклампсии проводилась по разработанной анкете, включающей данные о соматическом и репродуктивном здоровье, особенностях течения беременностей и их исходах. В зависимости от степени тяжести ПЭ сформированы следующие группы: 1 группа – 21 беременная с легкой ПЭ; 2 группа – 17 беременных с тяжелой ПЭ; 3 группа (контрольная) – 20 женщин, течение беременности которых не осложнилось развитием ПЭ. Критериям включения в исследование явились: срок гестации 22 недели и более. Все беременные проходили общеклиническое обследование, которое включало в себя: сбор анамнеза, клинический осмотр, оценка прибавки в весе, акушерское обследование.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст беременных с легкой степенью преэклампсии составил  $25,3 \pm 0,6$ , с тяжелой –  $27,4 \pm 1,1$ , в контрольной группе –  $23,6 \pm 0,8$  года. Преэклампсия в предыдущих беременностях отмечена среди пациенток с легкой степенью у 2-х (9,5%), тяжелой – 7 (41,1%). Оперативное родоразрешение в связи с преэклампсией и ее осложнениями имели в анамнезе 1 (4,7%) пациентка с легкой степенью, 8 (47,0%) – с тяжелой. Индекс массы тела (ИМТ) при взятии на учет беременных 2-й группы был выше ( $31,5 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup>), чем в 1-й ( $28,6 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup>). В структуре соматической патологии заболевания почек и мочевыводящих путей у пациенток 1-й группы выявлено у 53,4%, во 2-й группе у 53,5%, анемия у 38,0% и 52,9%, хронический гастрит у 16,9% и 5,2%, заболевания органов дыхания у 19,0% и 23,5% соответственно. При изучении осложнений беременности в 1-й группе выявлена большая частота угроза преждевременных родов в III триместре – у 6 (28,5%) беременных, во 2-й – у 4 (23,5%). Срочные роды наблюдались у 18 (85,7%) в первой группе и 10 (58,9%) во второй, преждевременные роды были у 1 (4,7%) и у 7 (41,1%), запоздалые – у 2 (9,4%) и 0% соответственно. Несвоевременным, чаще дородовым разрывом плодных оболочек осложнилось 30,1% родов, причем чаще встречался у первородящих.

Выводы: Таким образом, факторами, наиболее часто приводящими к развитию преэклампсии, являются заболевания почек и мочевыводящих путей, преэклампсия при предшествующей беременности, алиментарное ожирение и другие.

## SURGICAL TREATMENT RESULTS OF FACIAL NERVE PERIPHERAL PARALYSIS AFTER REMOVAL OF THE ACOUSTIC NERVE NEUROMA

Ismailov Avaz Alisher o'g'li

*Tashkent Medical Academy*

Introduction. The dysfunction mimic muscles after removal neuromas of the acoustic nerve is one of the major problems in neurosurgery. Surgical treatment of persistent lesions of the facial nerve is currently the only effective method is neurotization of the facial nerve with the aim of restoring the voluntary motor function of the facial muscles.

Objective: To analyze the results surgical correction of facial nerve dysfunction in patients after the removal of the acoustic nerve neuroma.

Material and methods. During the period 2016-2018 years 67 patients diagnosed and operated with acoustic neuroma in the Center of neurosurgery and in 59 patients after surgery peripheral lesion of the facial nerve was noted. In this group of patients performed several types of operations that aimed to restore facial nerve function by using nerve donors: hypoglossal nerve, «Croos» the contralateral side, the trigeminal, the glossopharyngeal and the accessory nerves. The function of the facial nerve on the House-Brackmann. Scale(HBS)

Results. After acoustic neuroma resection intraoperative imaging of anatomical and functional integrity of the facial nerve was observed only at 8 patients. In 9 patients was a good result of the function and the facial nerve paresis is 1-2 grade of on (HBS). Despite the operation, the anatomical integrity of the facial nerve is preserved in 47 patients noted it dysfunction (HBS) 3-4 grades. Of them 21 patients reported reduced facial nerve function with good recovery potential for 6-12 months from 3-4 to 1-2 grades on (HBS), and in 26 patients it was noted with low dynamics of nerve repair according to electromyoneurography. Anatomic damage of the facial nerve intraoperatively was observed in 3 cases. In order to reduce postoperative facial nerve dysfunction 28 patients was performed surgical correction with reinnervation of facial nerve. Neurotization of hypoglossal nerve performed in 20 cases. Also the trigeminal nerve was used in 3 cases, the glossopharyngeal nerve 1, the accessory nerve 2 patients. «Croos» neurotization was in 2 cases.

The function of the facial nerve was studied in 28 patients after surgical repair in the early up to 6-8 months and the late postoperative period up to 12-15 months. The first signs of recovery after 4-5 months due to the reinnervation of the facial nerve with the hypoglossal nerve was confirmed according to electromyoneurography. A noticeable improvement in muscle tone and symmetry of the face with the appearance of synkinesis movements occurred after 12-14 months in these patients. In the remaining 8 patients who reinnervation with other nerves, the first signs of the facial nerve was appeared after 6-7 months and a noticeable improvement occurred after 12-16 months.

Conclusion. Thus, the use of surgical correction for postoperative dysfunction and damage to the facial nerve by the method of reinnervation of the facial nerve ensured the restoration of its function in 28 patients and increased the quality of life and vital adaptation of patients after the removal of the acoustic nerve neuroma.

## СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Каланова Н.У., Гайбуллаева Д.Ф.

*Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Одной из актуальных проблем в современном акушерстве остается преэклампсия. По данным ВОЗ в структуре материнской смертности ПЭ занимает одно из первых мест, являясь причиной наступления преждевременных родов, наличия синдрома задержки роста и асфиксии у плода.

Целью исследования явилось оценить состояние плода и новорожденных у беременных с преэклампсией.

Методы исследования и группы обследованных. Проспективно обследовано 98 женщин. 58 беременных (38 с легкой преэклампсией и 20 с тяжелой) с клиническими и лабораторными признаками преэклампсии. В контрольную группу были включены 40 пациенток без признаков преэклампсии. Степень тяжести преэклампсии определяли на основании рекомендуемых ВОЗ и адаптированных Национальных протоколов. Проанализировано течение периода адаптации у детей, родившихся путем кесарева сечения у женщин с ПЭ. Одна беременность с преэклампсией была двойней. Проведено обследование 100 новорожденных. Определяли наличие синдрома задержки роста плода по данным УЗИ, оценку состояния новорожденных по шкале Апгар при рождении на 1 и 5 минутах, потребность в реанимационных мероприятиях.

Результаты и обсуждение. Гестационный возраст новорожденных от матерей с гипертензивными расстройствами (2-я и 3-я группы) был достоверно меньше по сравнению с группой с физиологической беременностью ( $P < 0,001$ ), что объясняется более ранними сроками родоразрешения, чаще в связи с наличием показаний со стороны женщины. Дети, рожденные от матерей, беременность которых осложнилась тяжелой преэклампсией, имели значительно меньший гестационный возраст, чем дети от матерей с хронической артериальной гипертензией ( $P < 0,0001$ ). Доля недоношенных детей (<37 недель гестации) была достоверно больше в группах с преэклампсией ( $P < 0,0001$ ). Наибольшее количество недоношенных детей было в 3-й группе — 90,8%, во 2-й группе — 27,3%. Новорожденные от женщин с ПЭ имели достоверно меньшую массу и длину тела при рождении по сравнению с детьми контрольной группы ( $P < 0,0001$ ). При этом массо-ростовые показатели детей от матерей с тяжелой преэклампсией были значительно меньше ( $P < 0,0001$ ) аналогичных показателей детей, рожденных от матерей с легкой преэклампсией. Отмечалась высокая встречаемость синдрома задержки роста плода в группах с гипертензивными расстройствами: во 2-й группе — у каждого пятого ребенка (19,7%), в 3-й группе — у 76,9%. У детей 3-й группы синдром задержки роста плода встречался в 4 раза чаще по сравнению со 2-й группой ( $P < 0,0001$ ) и в 2 раза чаще по сравнению с новорожденными контрольной группы ( $P < 0,0001$ ).

Выводы. Результаты сравнительного исследования свидетельствуют о том, что новорожденные дети от матерей с гипертензивными расстройствами имеют меньший гестационный возраст при рождении, меньшую массу и длину тела, более высокую частоту синдрома задержки роста плода, недостаточность функции большинства органов и систем. Дети от матерей с гипертензивными расстройствами достоверно чаще имели более низкую оценку по шкале Апгар, чаще родились в состоянии асфиксии. Выявленные нарушения у новорожденных от беременных с преэклампсией значительно затрудняют их постнатальную адаптацию.

## ОТСРОЧЕННАЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОПЛАСТИКА, КАК ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА С БОЛЬШИМ ДИАСТАЗОМ

Калинин Илья Вадимович

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

Введение: Пороки развития занимают лидирующие позиции по статистике смертности на первом году жизни. Так аномалии эмбриогенеза кишечной трубки, такие как атрезия пищевода, без оперативного лечения неизбежно ведут к летальному исходу.

Цель: обосновать технику поэтапного лечения атрезии пищевода с большим диастазом, применяемую в Детской Республиканской Клинической Больнице города Казани.

Методы: С 2013 по 2019 годы в ДРКБ Республики Татарстан было прооперировано 118 младенцев с диагнозом «атрезия пищевода». НТПС диагностировался у 105 детей (89%), ВТПС у 4 детей (3.3%), без свища 9 (6.7%). Минимальный вес ребенка 1250г. Среднее время операции 90 мин. Летальность составила 2.5% (3 пациента из 118). Это дети с сочетанной патологией (ЦНС, пороки сердца). Пациентам с большим диастазом была применена техника последовательной этапной коррекции: гастростомия по Кадеру, эндоскопическая перевязка и пересечение трахеопищеводного свища (при наличии), затем бужирование орального отдела пищевода и формирование прямого пищеводного соустья без излишнего натяжения в возрасте 1.5-2 месяца. Основной массе пациентов отсроченная эзофагопластика была выполнена эндоскопически. Закрытие стомы и начало энтерального кормления на 5-6 сутки. В плановом порядке после операции проводилась баллонная дилатация пищевода в области анастомоза.

Результаты: Данной методикой удалось добиться: сокращения времени операции, а значит и действия анестезии, предупреждения образования спаек, что позволяет менее травматично мобилизовать концы пищевода для последующей торакоскопической эзофагопластики, хорошей состоятельности анастомоза (без натяжения), косметического и функционального эффекта (исключено формирование возможных рубцовых деформаций грудной клетки после торакотомии).

Выводы: при достаточном уровне оснащённости клиники, в выборе оперативного пособия предпочтительна отсроченная торакоскопическая эзофагопластика (при атрезии пищевода с большим диастазом).

## ЧАСТОТА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Комилова Дилдора Комиловна<sup>1</sup>, Разикова Камола<sup>2</sup>

*Тошкент Тиббиёт Академияси*

Введение. Внематочная беременность (ВБ) является актуальной проблемой в гинекологии, т.к. является одной из причин внутрибрюшного кровотечения; у каждой 4-5ой больной развивается повторная ВБ; у каждой 5-й – 6-й больной спаечный процесс в малом тазу и брюшной полости; у 75% женщин после сальпингэктомии по поводу ВБ развивается вторичное бесплодие. Внематочная беременность в 99,5% случаев возникает в трубе, реже (0,3%) в яичнике или на органах брюшной полости. В таких случаях обязательно проводится оперативное вмешательство. Последнее время среди факторов риска возникновения ВБ особое внимание уделяется инфекции, передающейся половым путем. Прежде всего, это касается хламидийного сальпингита, встречающегося у 50-60% пациенток с ВБ.

Цель: Изучение частоты, факторов, способствующих развитию внематочной беременности и методы ее оперативного лечения.

Материал и методы исследования. Нами изучено 195 случаев трубной внематочной беременности у женщин, поступавших в гинекологическое отделение родильного комплекса №9 за период 2017-2018 гг. Средний возраст обследованных составил 34±2,3 лет. Все пациентки были разделены на две группы: 1 группу составили 131 пациентки, которым произведено малоинвазивное оперативное лечение – лапароскопия. Во 2 группе было 64 пациентки, которым произведена лапаротомия. Для установления диагноза внематочная беременность проводили сбор анамнеза, гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза, определение уровня хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови в динамике.

Результаты исследования. В анамнезе практически у всех женщин наступлению внематочной беременности предшествовал воспалительный процесс органов малого таза – вставление или удаление ВМС, аборт, нарушения менструального цикла, бесплодие. В процессе установления диагноза трубной беременности была определена клиническая стадия внематочной беременности – прогрессирующая или прервавшаяся беременность; это имело значение для выбора метода и объема оперативного лечения. Для прервавшейся беременности характерной картиной на УЗИ органов малого таза было отсутствие плодного яйца в матке, повышение эхогенности трубы в месте локализации беременности, жидкость в дугласовом пространстве при трубном аборте, а при разрыве трубы – значительное количество жидкости. Для прогрессирующей трубной беременности были характерны стертая клиническая картина, на УЗИ органов малого таза отсутствие плодного яйца в матке, повышение эхогенности трубы в зоне предполагаемой беременности, незначительное количество жидкости в дугласовом пространстве или ее отсутствие. Наиболее информативным при прогрессирующей трубной беременности было определение в динамике уровня хорионического гонадотропина в крови, свидетельствующее о наличии беременности в организме. При прервавшейся беременности была произведена тубэктомия в 29 случаях, в 154 случаях – туботомия и удаление плодного яйца. А в тех случаях, когда плодное яйцо было локализовано в ампулярном отделе трубы, производили выдавливание плодного яйца и промывание трубы. В 4-х случаях объем операции был расширен из-за наличия кисты яичника. В этих случаях женщинам одновременно произведена цистэктомия. Результаты исследования показали, что чем раньше установлен диагноз трубной внематочной беременности, тем выше возможность проведения малоинвазивной лапароскопической операции (67,2%) и проведение органосохраняющего лечения, т.е. без удаления маточной трубы. Однако при прервавшейся беременности и клинике внутреннего кровотечения (32,8%) чаще проводилась лапаротомия и удаление трубы.

Выводы. Основным фактором риска развития трубной беременности является воспалительный процесс органов малого таза. Ранняя диагностика внематочной трубной беременности позволяет провести малоинвазивную лапароскопическую операцию с сохранением маточной трубы.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ ПАРОТИТ – ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КЛИНОВСКАЯ АННА СЕРГЕЕВНА

Клиновская Анна Сергеевна

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А.И.Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ

Введение. В детском возрасте чаще всего встречается хронический паренхиматозный паротит (ХПП), на долю которого приходится более 85% от всех заболеваний слюнных желез. Причины возникновения ХПП полностью не выявлены. Многие авторы (В.В. Афанасьев, 1985, Г.Н. Москаленко, 1984 и др.) считают причиной ХПП врожденный порок развития слюнной железы — наличие кистозных полостей в области ацинусов, что способствует ретенции слюны и последующему присоединению воспаления.

Цель исследования: Изучение врожденной наследственной природы хронического неспецифического паренхиматозного паротита у детей.

Задачи: 1) Проанализировать основные этапы диагностики ХНПП; 2) Провести дополнительное обследование (УЗИ, контрастную сиалографию) родителей детей с ХНПП; 3) Обследовать родственников 1 степени родства (родителей) пробадов (детей с хроническим паротитом) – провести медико-генетическое консультирование; 4) Стандартизировать методику диагностики детей с ХНПП; 5) Выявить новые прогностические факторы риска, характерные для ХНПП у детей.

Материалы и методы: За период с 2015 по 2018 гг. на кафедре детской челюстно-лицевой хирургии с/ф МГМСУ им. А.И. Евдокимова на обследовании и лечении находилось 111 пациента (34 мальчика и 77 девочек); из них: 83 первичных пациента и 28 повторных в возрасте от 6 месяцев до 16 лет.

На кафедре Детской ЧЛХ впервые разработана медико-генетическая карта для консультирования семей, в которых дети страдают хроническим неспецифическим паротитом.

После проведенного медико-генетического консультирования 111 семей были выделены следующие 3 типа наследования ХНПП: семейная форма, в который выделяют моногенное наследование (аутосомно-доминантное и аутосомно-рецессивное), а также мультифакториальное наследование. И спорадическое наследование заболевания. К моногенному типу были отнесены 15 семей, что составило 13%. К мультифакториальному наследованию – 64 семьи (58%). А к спорадическим случаям наследования отнесли 32 семьи (29%).

Всем пациентам и их родителям проводилась сонография. УЗИ выполнялось на ультразвуковом сканере IU22 (Philips), с применением линейных датчиков с диапазоном работы частот 5–17 МГц по общепринятой методике. В процессе работы использовались В-режим и режимы цветового (ЦДК) и энергетического доплеровского картирования по стандартным методикам. Во всех случаях у пациентов и их родителей были обнаружены изменения в околоушных слюнных железах.

В исследование была контрольная группа пациентов. Эту группу составили пациенты и их родители, обратившиеся в клинику Детской ЧЛХ с другими заболеваниями ЧЛО.

Результаты: По результатам медико-генетического консультирования и эхографического обследования были выделены 3 группы пациентов и их родителей с характерным типом наследования и изменениями в ОУСЖ:

1) I группа – моногенный тип наследования (аутосомно-доминантное или аутосомно-рецессивное); на УЗИ дети и родители с ХПП; у пациентов ранние клинические проявления (возраст 1,5–3 года), частые обострения, короткие периоды ремиссии.

2) II группа – мультифакториальный тип наследования; дети с ХПП и родители с наличием кистозных полостей в ОУСЖ; у одного из родителей, чаще родителя определяются единичные кистозные образования, а у второго родителя имеется хронический очаг инфекции (аденоидиты, тонзиллиты и прочее).

3) III группа – спорадическое наследование; дети с ХПП и родители с диффузными изменениями ОУСЖ по типу сиалоаденозов.

В контрольной группе изменений в околоушных слюнных железах у детей и их родителей не выявлено.

Выводы: Таким образом, после получения и анализа большого количества клинических, медико-генетических, эхографических данных у пациентов с ХНПП и членов их семей, а также данных контрольной группы (здоровые дети и их родители), мы впервые доказали, что хронический паренхиматозный паротит – генетически детерминированное и гетерогенное заболевание по этиологии, клиническому течению и патогенезу.

## КОНТРОЛИРУЕМАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Сиразитдинов Н.Д., Ключкина М.С.

Казанский Государственный Медицинский Университет

Актуальность: Политравма – это трудный патофизиологический процесс, характеризующийся повреждением нескольких анатомических областей или конечностей с выраженным проявлением синдрома взаимного отягощения, который включает в себя одновременное начало и развитие нескольких патологических состояний и проявляется глубокими нарушениями всех видов обмена веществ, изменениями со стороны центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной и гипофизарно-надпочечниковой систем [1].

Цель исследования: Определить эффективность инфузионной терапии контролируемой и корригируемой на основе мониторинга центральной венозной сатурации (ScvO<sub>2</sub>) [2, 3].

Материалы и методы. Настоящее исследование проводилось на базе КГМУ (кафедра анестезиологии и реанимации ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России) и ОАР №1 «ГАУЗ ГКБ №7 МЗ РТ». Исследование проводилось у 100 пациентов (70 мужчин и 30 женщин). Пациенты находились в состоянии выраженного травматического и(или) геморрагического шока.

Пациенты делились на две группы случайным образом по мере поступления.

Противошоковые мероприятия выполнялись всем пациентам сразу при поступлении.

Всем пациентам регулярно проводились стандартные лабораторные и клинические исследования, а для второй группы проводили мониторинг ScvO2.

Все пациенты получали инфузионную и эмкстительную терапию на основании стандарта: Во II группе дополнительная коррекция осуществлялась на основании мониторинга ScvO2.

Критерием получения результата считали нормализацию значений лактата и ScvO2, отсутствия признаков шока.

Результаты исследования: Нормализация показателей у пациентов I группы отмечена после четвертых суток терапии, а во II группе после третьих.

Выводы: Своевременное распознавание и лечение пострадавших с начальными признаками шока являются, по сути дела, профилактикой тяжелого травматического шока. Проведение трансфузионной терапии уменьшает вероятность развития тяжелого травматического шока и улучшают прогноз. Центральная венозная сатурация и уровень лактата плазмы являются достоверными триггерами для коррекции лечения

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Султанов Д.Д., Кузиев Ф.Х<sup>1</sup>., Джаборов Х.А., Солиев О.Ф<sup>1</sup>., Юнусов Х.А.

*Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино<sup>1</sup>  
ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии<sup>2</sup>.*

Цель исследования. Оптимизация методов хирургического лечения больных с острым тромбозом артерий нижних конечностей.

Материал и методы исследования. За последние 4 года (с 2013 по 2017 гг.) в отделении сосудистой хирургии ГУ РНЦССХ находились на лечении 42 пациентов с острым тромбозом артерий нижних конечностей в возрасте от 18 до 75 лет (мужчин-18, женщин-24). Тромбоз магистральных артерий конечностей установлен у 42 (100%), больных. В первые 12 часов от момента заболевания поступили 10 больных, остальные больные (n=32) обратились в сроки от 24 до 72 часов, что составляет 80% от всего числа поступивших больных. Лишь 14 больных получили квалифицированную помощь в первые часы от момента заболевания. Острая ишемия I и II А-Б степени установлена у 28 (68%) пациентов, ишемия III степени установлена у 14 (32%) больных. У большинства больных были сопутствующие заболевания, отягощающие течение основного заболевания.

Результаты и их обсуждение. При острой ишемии III-А-Б степеней на почве тромбоза, (7 больным) произведена экстренная ангиография с последующей тромбэктомией и реконструкцией пораженного сосуда. В 13 случаях при неудовлетворительном дистальном русле выполнена тромбэмболэктомия с наложением артериовенозной фистулы между подколенной артерией и веной. В 2 случаях тромбэмболэктомия дополнена симпатэктомией шейно-грудного отдела, в 6 – в поясничной области, в 4 случаях больным выполнена повторная тромбэктомия. Первичная ампутация нижних конечностей (н/к) выполнена 5 больным с декомпенсацией кровообращения, а ампутация после реконструкции – двоим больным.

Диагностические и тактические ошибки при лечении больных с тромбозом периферических сосудов допущены у 4,8% больных.

Выводы: Результаты хирургического лечения больных с тромбозом зависят от давности заболевания, степени острой ишемии и сопутствующих заболеваний

## **ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПХТ (ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ) БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ КОЖЕСОХРАНЯЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ТОРАКОДОРСАЛЬНО ЛОСКУТОМ (ТДЛ)**

С.Б Курбанова, Г.Ш.Исмаилова .

*Ташкентской Медицинской Академии*

Введение. Рак молочной железы - распространенное заболевание, поражающее миллионы женщин, часто в относительно молодом возрасте. Каждая десятая женщина в странах СНГ заболевает раком молочной железы в течение жизни. По данным канцера-регистратора Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии Узбекистана показатели заболеваемости в 2017 году составил 10 человека на 100 тысяч населения и занимает первое место среди злокачественных опухолей у женщин.

Цель. Сравнить и оценить результаты препараты адьювантной полихимиотерапии (АПХТ) у больных с операбельными формами РМЖ женщин 25-50 лет.

Материалы и методы. В исследование вошли 46 больных в возрасте с 25 до 50 лет, которые получили первую линию НПХТ по схеме CAF и AC без положительного эффекта, с диагнозом Cancer glandulae mammae T2-3 N0-1 M0 . 23 больным из основной группы было применено АПХТ по схеме паклитаксел +доксорубицин ( паклитаксел доксорубицин 50 мг/м<sup>2</sup> в 1 й день ), в контрольной группе 23 больных получали АПХТ по схеме доцитаксел+циклофосфан .

Результаты исследования. После проведенных исследований была оценена эффективность лечения схемой паклитаксел +доксорубицин в основной группе и другой схемой в контрольной. Эффективность лечения схемой паклитаксел +доксорубицин уменьшила рецидив опухоли по сравнению с другой схемой. Следовательно оптимальным вариантом АПХТ по результату нашего исследования оказалось схема паклитаксел +доксорубицин .

Заключение: Учитывая данные анализа контрольных (УЗИ) ультра звуковой исследование (в соответствии с критериями RECIST) подтверждена эффективность противоопухолевой терапии: полная регрессия- в 24.7% случаев; частичная - в 65%; стабилизация опухолевого процесса – в 10.3%; прогрессия – в 1%.

## MODERN METHODS OF THE TREATMENT OF CLOSED INJURIES OF PARENCHYMAL ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY IN CHILDREN

Mavlyanov N.Kh., Akhmedov I.Yu., Ametov. E.T., Mavlyanov F.Sh.

*Samarkand state medical Institute*

**Objective.** To improve the results of diagnostics and treatment in case of closed injuries of the parenchymal abdominal organs in children by using video laparoscopy.

**Materials and methods.** In the Department of Emergency Pediatric Surgery of the Samarkand branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine over the past 3 years, a video laparoscopy was performed in 31 children with a closed abdominal injury. The age of children ranged from 5 months to 18 years. The boys prevailed - 22 (70.9%). Causes of injury were: traffic accidents in 17 (54.9%), a punch to the stomach with a blunt object - in 5 (16.1%), a fall from a height (catatrauma) - in 9 (29.0%). Of 31 affected children 21 (67.7%) arrived up to 3 hours after the injury, from 4 to 10 hours - 10 (32.3%) patients.

**Results.** With laparoscopic intervention, liver damage in the areas II, III, IV, V (in 18 children) and VII, VIII segments (in 3) according to Moore I, II and III degrees, and spleens I and II (in 8). Liver damage occurred in 23 (74.2%) affected Moore I, II and III degree, including isolated - in 15 (65.2%) children. Splenic rupture - in 8 (25.8%) patients, of which I degree was determined in 3 cases and II - in 5 cases. In 5 children with a spleen rupture, the injury was combined. Emergency diagnostic laparoscopy was performed in all patients, and in 2 cases (6.5%) laparotomy was performed. In 29 patients it was possible to make hemostasis and resolve hemoperitoneum, avoiding unnecessary laparotomy. In addition, using minilaparotomy access, in two cases we sutured the wounds of the left lobe of the liver and stomach, and in one case - the closure of the extensive rupture of the right lobe of the liver.

The types of video-laparoscopic interventions in our patients were as follows:

- laparoscopic electrocoagulation of wounds of the liver and spleen, sanitation and drainage of the abdominal cavity - in 19 (61.3%) cases;

- electrocoagulation of the wound of the liver and spleen and fixation of the omentum to it - in 10 (32.2%) cases;

- conversion - at 2 (6.5%).

The main factors determining the success of organ-preserving operations are: stable hemodynamics, hemoperitoneum volume up to 150-200 ml, absence of severe damage to other organs of the abdominal cavity. To the wounds of the liver and spleen led 1-2 drainage. In one case, a relaparoscopy of a suppurative liver hematoma was performed, after which a recovery occurred on the 6th day.

**Conclusion.** Of 31 patients with injuries of the liver and spleen, therapeutic and diagnostic laparoscopy allowed in 29 (93.5%) patients to abandon the traditional, in such cases, a wide laparotomy, and we did not observe any complications or lethal outcomes.

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Бабаджановой Г.С., Узаковой М.К., Мансуровой М.Ю.

*ТМА, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальности:** Развитие сердечной хирургии и врождённой сердечной кардиологии приводит к повышению числа женщин к моменту достижения репродуктивного возраста с врождёнными сердечными патологиями. В целом, кардиологи рекомендуют вагинальные роды женщинам с ВПС во избежание осложнений из-за операции кесарево сечение, как так многие хорошо переносили вагинальные роды. Частота операции кесарево сечения больше чем нормальной популяции.

**Цель исследования:** Сравнить пути родоразрешения, исходы беременности и показаний для операции кесарево сечение и индукции родов у женщин с ВПС и без ВПС.

**Материалы и методы :** Нами наблюдаются 40 беременных с ВПС, которые родили от 2016 год января до 2017 год декабря, включены возраст женщины, паритет и год рождения. Женщины классифицированы по тяжести ВПС по данным Американского коллежа кардиологов и функциональному классу по Перлоф. Показаниями для операции кесарево сечение различали по кардиологическим, акушерским и ряду других причин. Кардиологические причины - такие как "ухудшение функции сердце", или "слабость сердечной функции". Акушерские причины делятся на: причины со стороны плода и причины с о стороны родовой деятельности.

**Результаты:** Средней возраст беременных составил  $29,7 \pm 4,5$ , тяжесть ВПС по Перлофу 1 класс-40%, 2 класс-55%, 3 класс-3%. Частота операций кесарево сечения выше у женщин с ВПС 47%, чем у беременных без ВПС 33%. Частота родов 44,8%, так как частота оперативных вагинальных роды 10% меньше у женщины с ВПС. Частоту родов сравнили у всех повторнородящих имеющей в анамнезе кесарево сечения. Женщины с наличием и отсутствием ВПС, частота кесарево сечений значительно выше у много рожавших пациенток имеющей в анамнезе кесарево сечения и много рожавших имеющей в анамнезе срочные роды 82% и 15% женщины с ВПС,  $P < 0,001$ , и 59%, 12% женщины без ВПС,  $P < 0,001$  соответственно. Кардиологические причины 33% у женщин с первыми операциями кесарево сечения с ВПС. Акушерские показания для родоразрешения путем кесарево сечения значительно выше у беременных без ВПС. Остальные причины для операции кесарево сечения у женщины с ВПС и без ВПС почти одинаковые. Исходы беременности: частота преждевременные роды у женщины с ВПС 13%, без ВПС 32%,

**Выводы:** Опасения по поводу ухудшения состояния матери в результате более высоких темпов индукции родов, кажутся, неоправданными в большинстве случаев. Наряду с возможным уменьшением кесарева сечения со стороны матери, уменьшение плановых вагинальных родов может быть целесообразным в снижении скорости.

## EXPERIENCE OF IMPLANTS USING OF CALCIUM - PHOSPHATE COMPLEX IN THE BONE PATHOLOGY

<sup>1</sup>Markov A.A., <sup>2</sup>Sergeev K.S., <sup>3</sup>Sitdikov I.R., <sup>4</sup>Alekberov R.I.

*Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia*

**Actuality.** To study the effect of titanium implants with a synthetic bioactive calcium-phosphate coating on reparative regeneration of bone tissue periimplantation zone in the experiment.

Materials and methods. Were used in the experiment 15 females rabbits breed «Flandres». The design of the experiment was to conduct operations on the femoral bones of rabbits, in which established titanium implants with a synthetic bioactive calcium-phosphate coating and without coating. The results were evaluated according to the histological and radiographic studies periimplantation zone in terms of 7, 14, 21, 28 and 35 days.

Results. Analyzing the results in terms of 21 and 28 days noted a moderate development of beams fibered bone in the right femur, which set a titanium implant with a synthetic bioactive calcium-phosphate coating, in comparison with periimplantation zone of the implant without coating, installed in the left hip. When evaluating radiographic data at day 14 in periimplantation zone from the implant with a synthetic bioactive calcium-phosphate coating has been a less evident picture of resorptive reactions in comparison with the opposite, where was installed the implant without coating.

Conclusions. Results of a pilot study on use of titanic implants with synthetic bioactive a calcium - a phosphatic covering on rabbits are analysed, influence synthetic bioactive a calcium - a phosphatic covering on a reparative osteanogenesis in a periimplantatsiony zone is studied. Expediency of their use in travmatologo-orthopedic practice is proved.

## **POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER VARIOUS VOLUMES OF PANICULECTOMY**

Okhunov A.O.

*Tashkent Medical Academy*

To conduct a chronological analysis of the development of local postoperative complications in patients after abdominoplasty, all of them were divided into terms: in the immediate, in the early and in the late postoperative periods.

After classical abdominoplasty, 61 complications were stated (72.6%). In total lateral abdominoplasty, a total of 21 complications were recorded (25%). In mini-abdominoplasty, the development of 2 postoperative complications of the immediate postoperative period was noted.

To analyze the frequency of post-operative complications per patient, we resorted to another assessment method, which is based on the percentage correlation coefficient. For this, the coefficients of all types of complications were conventionally divided into the following levels: Level I - a combination of 100% types of complications; Level II - a combination of 50% of the types of complications; Level III - a combination of 25% of the types of complications. In total, proportional analysis showed that level II was predominant with classical and stress-side and level III with all types of abdominoplasty. At the same time, postoperative complications in classical abdominoplasty were of a multipolar nature and were represented in the maximum quantity in the category I level. This in turn once again confirms the high morbidity of this surgical intervention and the close relationship of the developing postoperative complications with their chronology.

A separate proportional analysis of the chronological combination of postoperative complications revealed differentiated patterns. In patients with postpartum, alimentary and postoperative abdominopathy, postoperative complications of level I were noted in the category of classical abdominoplasty. The level II of the proportional relationship between classical and tense-lateral abdominoplasty was evenly distributed. Moreover, if in the case of postpartum abdominoptosis the proportions of level II were equal, then in the case of nutritional and postoperative abdominoptosis, the gradient vector was directed toward classical abdominoplasty. A comparative analysis of level III proportional ratio of complications, which characterizes isolated cases of postoperative complications of non-chronological order, showed that patients with postpartum abdominoptosis, prevalent in the cause of their occurrence, had classical abdominoplasty, and in the case of post-traumatic abdominoptosis, mini-abdominoplasty. Based on this, we can conclude that the III level of the proportional ratio of the chronological coefficient of postoperative complications is sporadic.

Thus, the analysis of the proportional correlation of the correlation coefficients of postoperative complications in various abdominoplasty options allowed us to identify the categories of regularities of their chronological development between the types of abdominoptosis. In particular, the likelihood of postoperative complications after classical abdominoplasty is high in patients with postpartum and postoperative abdominoptosis. Moreover, in the case of alimentary abdominoptosis, the identified changes are not regular between classical and lateral abdominoplasty. This circumstance deserves special attention in connection with the possible features of changes in the tissue structures of the anterior abdominal wall during postpartum and postoperative abdominoptosis. The solution to this problem, in our opinion, contributes to the achievement of the most aesthetic and functional results of surgical correction of various options for the deformation of the anterior abdominal wall.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ, СОЧЕТАННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Беркнов У.Б., Матмуратов Ж.К., Агзамов Р.В.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. Тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА) и острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей являются наиболее часто встречающимися осложнениями после оперативных вмешательств, особенно если имеются предрасполагающие к развитию этих состояний нарушения кровообращения.

Цель работы. Изучение результатов лечения больных с абдоминальной патологией на фоне варикозной болезни и роль свертывающей системы при этом.

Материал и методы. За период с октября 2017 по сентябрь 2018 г. в отделении экстренной хирургии II клиники ТМА находились на стационарном лечении 25 больных (мужчин 10, женщин 15. Средний возраст составлял 35,4 лет. У 14 пациентов была диагностирована варикозная болезнь обеих нижних конечностей, у 11 больных – одной нижней конечности. У 9 пациентов была ущемленная послеоперационная вентральная грыжа, у 6 – ущемленная пупочная грыжа, у 10 – ущемленная паховая грыжа (6 правосторонняя, 4 левосторонняя). Средняя продолжительность варикозной болезни 10,3 лет.

Всем больным в экстренном порядке было произведено оперативное вмешательство (аллопластика). Учитывая наличие варикозной болезни как сопутствующую патологию и необходимость проведения оперативного вмешательства



по поводу основного заболевания по жизненным показаниям, в целях предупреждения осложнений свертывающей системы в послеоперационном периоде проводилось эластическое бинтование нижних конечностей.

Результаты. Результатом оценки эффективности лечения были параметры коагулограмм пациентов после операции и клиническое проявление изменений свертывающей системы.

После оперативных вмешательств в послеоперационном периоде ТЭЛА наблюдалась в 2 (8%) случаях, из них в 1-ом случае имело место эмболии артерии мелкого калибра, что проявилось интенсивным затемнением легкого при рентгеноскопии, а во 2-ом случае – артерии крупного калибра, что привело к летальному исходу. В 5 (20%) случаях развился тромбоз глубоких вен голени.

При изучении данных коагулограмм отмечается уменьшение показателей: МНО — 0,2-0,5 (отклонение в среднем 43,75%); АЧТВ — 19-23 (отклонение в среднем 54,25%); увеличение фибриногена — 486-579 мг% (отклонение в среднем 33,125%).

Вывод. При лечении больных, которым показано экстренное оперативное вмешательство и имеется сопутствующая варикозная болезнь нижних конечностей, необходимо проводить как немедикаментозные мероприятия, так и медикаментозную терапию в послеоперационном периоде для профилактики осложнений свертывающей системы, которые могут вызвать фатальный исход.

## EFFECTS OF MANNITOL AND HYPERTONAL SOLUTION OF NATRII CHLORIDE ON INTRACRANIAL GYPERTENSION IN PATIENTS WITH BRAIN INJURY

Makhmudov Z.M., Murotov T.M., Ramazanova Z.F. Zaripova E.Sh.

*Tashkent Medical Academy*

Introduction: Brain injury (TBI) is defined as a change in brain function or other signs of a brain pathology caused by external force. TBI is a growing public health problem of significant proportions. More than 50 million cases of head injury occur internationally every year. TBI commonly leads to elevated intracranial pressure (ICP), which can have catastrophic consequences. So the reducing intracranial pressure in patients with TBI is the one of important factors to prevent uneventful consequences.

Purpose of the study: To study the possibility and comparative efficiency of using 15% solution of mannitol, hypertonic 10% solution of natrii chloride with Refortan N + and hypertonic 3.5% solution of natrii chloride in the treatment complex of patients with TBI.

Material and study methods: 30 patients aged from 16 years to 68 years with various traumatic brain injuries and depression of the level of consciousness from 4 to 11 points on the Glasgow coma scale (GCS) (4-5 points - 3 (10%), 6-8 points - 17 (56.6%), 9-11 points - 10 patients (33.3%) were observed. All patients were diagnosed with severe brain contusion. There were 21 men (70%), women - 9 (30%). All patients were monitored for intracranial hypertension by lumbar puncture and monometry.

To reduce intracranial hypertension which is exceeding of 20 mm Hg, intravenous of 15% mannitol solution was used at the rate of 1.0 g / kg body weight for 15 minutes (n = 10), 10% sodium chloride solution in doses of 2.5 ml / kg with 100ml Refortan N + for 15 min (n = 10), 3.5% 3.5 ml / kg of sodium chloride solution for 15 min. The stages of the study of intracranial hypertension: before the use of drugs and after 5, 60 and 120 minutes after their introduction.

The stages of the study of intracranial hypertension: before the use of drugs and after 5, 60 and 120 minutes after their usage.

The results of the study: Intravenous usage of the studied solutions at all stages was accompanied by a significant decrease in intracranial hypertension.

The duration of intracranial hypertension reduction (median, minimum and maximum values) was 85 minutes (from 60 to 150 minutes) for 15% mannitol, 173 minutes (from 30 to 383 minutes) for 10% NaCl with 100ml Refortan N + and 100 minutes (from 30 up to 280 minutes) for a 3.5% solution of natrii chloride (p < 0.05). The use of all investigated solutions was accompanied by an increase in cerebral perfusion pressure. However, the longest effect on Cranio-cerebral trauma was noted when using 10% NaCl with 100ml Refortan N +.

Conclusion: The use of 10% NaCl with 100ml Refortan N + leads to a prolonged significant increase in cerebral perfusion pressure and a prolonged decrease in intracranial hypertension.

## КИСТА БРОНХИАЛЬНОЙ РАСЩЕЛИНЫ: ОСОБЕННОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ С КЛИНИКО - ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕЛЯЦИЕЙ

Юнусова Л. Р., Мизомов Л. С

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт*

Цель. Охарактеризовать особенности визуализации бронхогенных кист.

Материалы и методы исследования. С использованием компьютерно-томографической (КТ) и/или магнитно-резонансной (МРТ) или ультра-сонографических изображений в 68 кисто-патологически доказанных случаях бронхогенные кисты у 38 мужчин и 30 женщин, в возрасте от новорожденного до 72 лет (в среднем до 22 лет), были ретроспективно проанализированы в 3 клинике Ташкентской Медицинской Академии с сентября по декабрь 2018 года.

Результаты. Среди 68 пациентов с аномалиями второй ветвящейся расщелины у 65 пациентов (92,0%) эти аномалии представлены в виде кист, а у остальных 3 пациентов (8,0%) эти аномалии представлены в виде свищей. Тонкоигольная аспирационная цитология имела диагностическую чувствительность 100%, положительно-прогностическую - 100%, точность 100% для диагностики кисты второй ветвящейся расщелины. На T1-взвешенных МР-изображений (N=23), 18 кисты были гиперинтенсивны и пять изоинтенсивны в спинномозговой жидкости. На T2-взвешенные МР-изображения (P=18), 17 кист изоинтенсивны или гиперинтенсивны в цереброспинальной жидкости. Из 25 поражений мягких тканей на КТ 11 оказались кистозными из-за внутренней однородности, отсутствия внутреннего усиления, усиления р-списи и характерного расположения. Четырнадцать из них оказались твердыми, основанными на морфологии и затухании. МР-изображения девяти последних показали выраженную гиперинтенсивность на T2-взвешенных изображениях. Всем пациентам с аномалиями вторых ветвлений расщелины проводили хирургическое лечение под общим наркозом. Рецидивов аномалий второго разветвления не наблюдалось.

Заключение. Не заращение жаберных кист-наиболее распространенный тип второй аномалии жаберных расщелин. Если репаративные FNAC это полезный и точный метод предоперационной оценки бронхиогенной кисты расщелины. Хирургическое иссечение аномалий второй ветвящейся расщелины является методом выбора без осложнений и без рецидивов. КТ кист бронхов обычно показывает левую шейку средостенных масс мягких тканей или затухание воды. Большинство из них кистозные. Большинство появляются твердые и могут быть спутаны с другими поражениями; МР-визуализация может быть полезна для выяснения кистозной природы этих поражений.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ НАВИГАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПРИ УСТРАНЕНИИ СКЕЛЕТНЫХ ФОРМ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА**

Митрошенков Пётр Павлович

*ФГБОУ ВО «Московский Государственный Медико-стоматологический Университет  
им. А.И. Евдокимова», аспирант кафедры Челюстно-лицевой и пластической хирургии*

Введение. Устранение скелетных аномалий прикуса актуально до настоящего времени. По данным литературы примерно 75-80% пациентов с асимметричными аномалиями прикуса в первую очередь желают получить не функциональный, а эстетический результат от комбинированного лечения. Для выполнения данной задачи необходимо с максимальной точностью определить основные линейные и угловые параметры перемещения остеотомированных фрагментов лицевого скелета на этапе предоперационного планирования и выполнить интраоперационный контроль их положения в операционной ране. В настоящее время для минимизации субъективной оценки правильности позиционирования остеотомированных фрагментов применяются методы интраоперационного контроля с использованием систем компьютерной навигации.

Цель: создание алгоритма предоперационного планирования и интраоперационного контроля с использованием навигационных систем при лечении скелетных форм аномалий прикуса.

Методы. В ходе данного исследования было оперировано 25 пациентов в возрасте 18-29 лет с асимметричными деформациями лицевого скелета. Предоперационное виртуальное планирование и интраоперационный навигационный контроль осуществлялись с использованием оптических навигационных систем «BrainLab» (18070 Kick) и «Stryker», (CranialMap CMF Version 2.0). В 5 клинических случаях виртуальное моделирование операции выполнялось на внешнем компьютерном оборудовании в программе «Blender 2.79» с последующим импортированием модели в навигационную станцию. В операционной после регистрации головы пациента и выполнения остеотомий верхней и нижней челюстей, интраоперационный контроль позиционирования перемещенных костных фрагментов осуществлялся при помощи навигационного поинтера методом совмещения реперных точек на виртуальной модели в навигационной станции с положением реперных точек в операционной ране. Сравнительный анализ результатов лечения проводился на основе совмещения предоперационной виртуальной модели черепа и послеоперационной модели, построенной на основе данных контрольной мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) во фронтальной, сагиттальной и горизонтальной плоскостях. Процедура сравнительного анализа изображений выполнялась непосредственно в программном обеспечении навигационной станции или в программе «Blender 2.79».

Результаты. Сравнительный анализ данных контрольной МСКТ с предоперационной виртуальной моделью, выполненный методом совмещения изображений, выявил статистически значимые линейные расхождения между 3D виртуальным планом и результатом после операции в вертикальной плоскости, которые составляли от 0,12 до 0,67 мм. Однако, статистически значимых расхождений в сагиттальной и трансверсальной плоскостях выявлено не было. Эти результаты предполагают высокую степень точности перемещений челюстей в переднезаднем и медиолатеральном направлениях, но менее точное позиционирование фрагментов в вертикальном направлении. Данные расхождения существенно не влияли на результат оперативного вмешательства. Для интраоперационного контроля положения остеотомированных фрагментов верхней и нижней челюстей в качестве реперных точек наиболее оптимальным было использование внешнего контура перемещаемых фрагментов. Тем не менее, этого было недостаточно для контроля симметричности положения окклюзионной плоскости при фиксации верхней челюсти. С этой целью оптимальным было использование метода построения реперных точек на вестибулярной поверхности коронок 1-х моляров челюстей (YL, YR) относительно средней линии лица в виде треугольников с вершиной в точке N. При этом степень выравнивания окклюзионной плоскости определялась приведением формы построенных треугольников к равнобедренной, основанием которого являлась плоскость окклюзии.

Выводы. Применение оптических систем компьютерной навигации является перспективным методом интраоперационного контроля остеотомированных фрагментов лицевого скелета при устранении врожденных асимметричных деформаций лицевого скелета. При этом:

1. Интраоперационная компьютерная навигация практически полностью исключает линейные расхождения при позиционировании костных фрагментов в сагиттальной и фронтальной плоскостях.
2. Техника навигации показала относительно высокие средние значения линейного расхождения только в вертикальной плоскости.
3. Для более точного навигирования положения окклюзионной плоскости относительно средней линии необходимы дополнительные реперные точки на вестибулярной поверхности коронок 1-х моляров челюстей.

## **ТРУДНОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ НА ФОНЕ СУПЕРИНВАЗИОННОГО ОПИСТОРХОЗА (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

<sup>1</sup>Митряков А.С., <sup>2</sup>Лазарев С.Д., <sup>3</sup>Алекберов Р.И.

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии

Введение. На территории Тюменской и Томской областей выявлены гиперэндемичные очаги суперинвазионного описторхоза (СО), где население поражено гельминтом до 80% и более. В хирургической практике в этих регионах постоянно возникают трудности при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости инвазированных лиц.

Особую проблему представляют осложнения, связанные с нарушением гемо- и билиостаза при резекции печени (П.В. Васильев, 2009). Внедрение современных технологий позволило снизить риск послеоперационных осложнений, однако, проблема далека от разрешения, т. к. недостаточно изучены патогенез анатомических изменений печени при хроническом течении гельминтоза не выявлены особенности регенерации печени при частичной гепатэктомии на фоне СО в отдалённые сроки после резекции.

Цель. Сформулировать топографическую анатомию печени при длительных сроках инвазии *Opisthorchis felinus* у человека, выявить структурные преобразования печени после ЧГЭ на фоне СО у животных для профилактики хирургических ятрогений при операциях на органах брюшной полости.

Материал и методы. Исследовали аутопсийный материал — комплексы печень-желчный пузырь-внепечёночные желчные протоки лиц (20), при жизни страдавших СО 15 лет и более. Экспериментальное исследование представлено следующим образом: модель СО создавали на сирийских хомьяках (46) путём заражения грызунов 50 метацеркариями *O. felinus*, суперинвазии — 50 личинками паразита. В хронической стадии гельминтоза под эфирным наркозом удаляли медиальную долю органа — 17,3-17,7% массы печени животного. Забой животных проводили после нокаут-наркоза на 60 сут опыта. Препараты ткани печени окрашивали гематоксилином и эозином, реактивом Шиффа по Мак Манусу, альциановым синим, ИГХ-реакции включали выявление белков: Ki 67, α-фетопротеин, цитокератин 7 (антитела фирмы Leica Biosystems).

Результат. В печени лиц с СО, умерших от случайных причин (насильственная смерть) выявлены многочисленные интрамуральные и подкапсульные холангиоэктазы. Морфология связок печени: венечная (*ligamentum coronarium*), серповидная (*ligamentum falciforme*) и *ligamentum hepatoduodenale* содержали расширенные протоковые структуры, выстланные холангиоцитами — цитокератин положительная реакция и содержащие желчь.

Выявлены многочисленные аберрантные желчные протоки магистрального и рассыпного типов, содержащие желчь. Выявлены многочисленные спайки края печени с желчным пузырём и окружающей тканью, в первых локализируются желчные протоки магистрального типа, в других спайках – рассыпного типа.

На 60 сут после ЧГЭ выявлено завершение регенераторного процесса в печени: орган разделён на 3 зоны: зона А — культи доли представлена фиброзной тканью, мелкими узелками гепатоцитов, склерозированными гранулёмами; зона В характеризуется многочисленными желчными протоками и холангиоэктазами, содержащими паразитов. Зона С состоит преимущественно из предшествующих и новообразованных гепатоцитов.

Обсуждение. Суперинвазионный описторхоз относится к болезням пролиферации, т. к. паразит посредством рост-стимулирующих факторов вызывает пролиферацию стволовых клеток печени с дифференцировкой в холангиоциты и гепатоциты. Продуктивные реакции также проявляются в связках печени и аберрантных сосудах. Спайки затрудняют хирургические пособия на желчном пузыре. После ЧГЭ пролиферативная индукция паразитов усиливается тонкими механизмами регенерации печени, особенно холангиоцеллюлярного дифферона.

Таким образом, при оперативных вмешательствах на органах верхнего этажа брюшной полости повреждение добавочных (аберрантных) желчных путей, связок без предварительной перевязки, электрокоагуляции может привести к развитию ятрогенной патологии — желчному перитониту и кровотечению. После ЧГЭ — наиболее опасной является зона В — сформировавшиеся холангиоэктазы с тонкой стенкой могут послужить источником желчеистечения.

## ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ДОРОДОВОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ф.А. Музаффарова., К.А. Саттарова

*Ташкентская Медицинская Академия*

Неблагоприятный исход первой беременности, ее осложненное течение определяют последующее состояние здоровья женщины, ее репродуктивную функцию, а также соматическое здоровье родившихся детей и их репродуктивный потенциал [1,2,3].

Цель исследования. Выявить факторы риска развития преждевременного родового излития околоплодных вод у первобеременных женщин

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 76 беременных женщин с родовым разрывом плодных оболочек, поступивших в 9 акушерско-гинекологический комплекс Учтепинского района с 1го января 2017 года по 1го января 2018 года. Критериями включения пациенток в исследование явилось осложнение первой беременности родовым разрывом плодных оболочек (ДРПО) при сроках гестации 37-41 неделя, удовлетворительное состояние плода, отсутствие показаний к экстренному родоразрешению.

Результаты исследований и их обсуждение. Как оказалось, наибольшее число беременных (49,8%) с родовым разрывом плодных оболочек было в возрасте 24-28 лет, т.е. в среднем репродуктивном возрасте. Анализ перенесенных заболеваний выявил высокую частоту детских инфекций, перенесенных беременными с ДРПО (40,7%), по сравнению с группой пациенток со своевременным излитием околоплодных вод (18,4%).

При этом необходимо отметить повышенную заболеваемость в критические (7-9 и 12-15 лет) периоды становления центральных механизмов регуляции генеративной функции – формирование функциональных связей гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. В пре- и пубертатном периодах 9 (11,8%) пациенток с родовым разрывом плодных оболочек перенесли хронический тонзиллит и различные оперативные вмешательства. Родовый разрыв плодных оболочек отмечен в зимние месяцы у 17,46% пациенток, в период с марта по май – у 37,39%, в летний период – у 39,75% пациенток, в осенние месяцы – у 5,4%. В результате проведенного нами ретроспективного исследования выявлена четкая связь возникновения ДРПО у первобеременных с сезоном зачатия: зима - 5,4%, весна - 17,46%, лето - 37,39%, осень - 39,75%. Достаточно часто (17,7%) у беременных с ДРПО встречалась патология сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония, а также врожденные пороки сердца. У 8 беременных с ДРПО (10,5%) имелось ожирение, причем у 3 из них (3,9%) ожирение являлось проявлением нейро-обменно-эндокринного синдрома, у остальных ожирение было алиментарно-конституционным. Достаточно высокой у беременных с ДРПО была частота заболеваний пищеварительной системы (хронический гастрит, энтероколит, язвенная болезнь), особенно патологии

печени (состояние после вирусного гепатита, хронический холецистит)- у пациенток (13,6%). Неспецифические хронические заболевания легких выявлены у 8 (10,5%) пациенток основной группы. Частота заболеваний органов дыхания в группе сравнения существенно не отличалась от таковой в основной группе (1,6%).

Наиболее важными факторами риска родового разрыва плодных оболочек являются заболевания гениталий инфекционно-воспалительной природы. Таким образом, преждевременное излитие околоплодных вод достоверно чаще возникает у женщин, имеющих отягощенный гинекологический анамнез, в котором наиболее важны такие факторы, как бесплодие, аномалии развития гениталий, структурная неполноценность миометрия (фибромиома матки, воспалительные заболевания органов малого таза). Таким образом, большинство обследованных женщин с ДРПО перенесли различные заболевания при беременности, причем данных пациенток в группе первобеременных с ДРПО существенно больше (56,36%), чем в группе пациенток со своевременным излитием околоплодных вод (15,0%).

Вывод. Наиболее существенное влияние на течение гестационного процесса оказывают осложнения беременности и заболевания, перенесенные женщиной при беременности (хроническая плацентарная недостаточность, анемия беременных, невынашивание беременности, гипертензивные состояния, ОРВИ), которые могут расцениваться как факторы риска развития родового разрыва плодных оболочек.

## **ЭКСТРАКОРПОРАЛ УРУҒЛАНТИРИШ (ЭКУ) МУОЛАЖАСИНИ ЎТКАЗИШДА ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ МАВЖУД АЁЛЛАРДА ФОЛЛИКУЛЯР РЕЗЕРВНИ БАҶОЛАШ**

Муқимова Д.И., Мирзаева Д.Б

*Тошкент Тиббиёт Академияси*

Долзарблик. Тухумдонлар поликистозии бепуштлик сабабларининг етакчи ўринини эгаллайди. Тухумдонлар поликистозии даволаш дастлаб хирургик йўл билан амалга оширилса, кейинги навбатда эса ёрдамчи репродуктив технологиялар, яъни ЭКУ га берилади.

Мақсад. ЭКУ билан аёлларнинг антимюллер гормон (АМГ) кўрсаткичлари натижалари билан ультратовуш кўрсаткичларини таққослама баҳолаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот давомида 25 та тухумдонлар поликистозии мавжуд аёллар текширилди, шундан 13 тасида метаболик ўзгаришлар мавжуд бўлса, 12 тасида ҳеч қандай метаболик ўзгаришларсиз гиперандрогениялик аёллар (таққослама гуруҳ) бўлди. Консерватив ва хирургик даводан сўнг бир йил давомида ҳеч қандай ҳомиладорлик кузатилмаган ҳолда аёллар ЭКУ га юборилди.

Тадқиқот натижалари. Аёлларнинг ўртача ёши  $27,4 \pm 1,8$  ни ташкил этди. Барча аёлларга УТТ ва АМГ миқдори текширилди. АМГ миқдорини текшириш шуни кўрсатдики, тухумдонлар резекцияси ўтказилган иккала гуруҳ аёлларда АМГ миқдори пасайган ва ўз навбатида асосий гуруҳда  $1,8 \pm 0,1$  нг/мл, таққослама гуруҳда  $1,9 \pm 0,2$  нг/мл ни ташкил этди. Худди шундай кўрсаткич анамнезида декортикация ўтказган беморларда ҳам намоён бўлди -  $2,2 \pm 0,3$  нг/мл ва  $2,8 \pm 0,3$  нг/мл ( $p > 0,05$ ). Тухумдонлар каутеризацияси ўтказилган асосий гуруҳ аёлларда ЭКУ дан олдин АМГ миқдори текширилганда таққослама гуруҳга нисбатан юқори натижани кўрсатди - ўз навбатида  $4,3 \pm 0,1$  нг/мл ва  $3,6 \pm 0,2$  нг/мл ( $p < 0,001$ ). Шуни айтиб ўтиш керакки, ультратовуш текшируви тухумдонлар поликистозии мавжуд бўлган аёлларда фолликуляр резерв даражасини баҳолашга ёрдам беради, шунингдек тухумдонлар поликистозини мультифолликуляр тухумдонлар билан қиёсий ташхисини аниқлаб беради. Лекин метаболик синдром мавжуд аёлларда АМГ миқдори кўпроқ маълумот беради, чунки семизликнинг 2-3 даражасида УТТ ёрдамида фолликулаларни санаш қийинчилик туғдиради.

Хулоса. Шундай қилиб, аёлларнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда комплекс равишда текшириш ЭКУ протоколларини ўтказишда стимуляциянинг ўтказилишини асослаб беради.

## **COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE EFFECTS OF HYPEROSMOLAR THERAPY IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY**

Murotov T.M., Boymurotov Kh.A., Ramazanova Z.F., Muralimova R.S.

*Tashkent Medical Academy*

Introduction: The brain from many points of view - anatomy, cellular organization and function - a complex organ. When it is damaged, the answer is also complex and multifaceted. Brain injury (TBI) is a public health problem of enormous but insufficiently recognized proportions. Worldwide, TBI is the leading cause of death among young people and the main cause of death and disability among all ages with a significant burden of disability.

The purpose of the study: To study the possibility and comparative efficiency of using 15% solution of mannitol and hypertonic 3.5% solution of natrii chloride in the treatment complex of patients with TBI

Materials and methods: 30 patients aged from 16 years to 68 years with various traumatic brain injuries and depression of the level of consciousness from 4 to 11 points on the Glasgow coma scale (GCS) (4-5 points - 3 (10%), 6-8 points - 17 (56.6%), 9-11 points - 10 patients (33.3%) were observed. All patients were monitored for intracranial hypertension by lumbar puncture and monometry.

To reduce intracranial hypertension which is exceeding of 20 mm Hg, intravenous of 15% mannitol solution was used at the rate of 1.0 g / kg body weight for 15 minutes ( $n = 10$ ), and 3.5% 3.5 ml / kg of sodium chloride solution for 15 min.

Results and discussion: the infusion of mannitol at the indicated dosage led to a decrease in ICP after 30 minutes by 42.3%, and after 120 minutes it remained below the initial data by 23.9%. Infusion of a 3.5% NaCl solution already by 30 minutes led to a decrease in ICP by 48.6%, and by the end of 120 minutes ICP remained below the initial data by 35.9%. These data clearly indicate a more pronounced decrease in ICP during intravenous infusion of a hypertonic (3.5%) NaCl solution. Both mannitol and hypertonic sodium chloride solution also led to an increase in cerebral perfusion pressure, presumably due to the volemic effect and a decrease in ICP. The decrease in ICP after infusion of hyperosmolar solutions inversely affected the CPP. So CPP after infusion of mannitol after 30 and 120 minutes increased by 19.7% and 11.7%, respectively, while the infusion of 3.5% NaCl led to an increase in CPP at the indicated stages of the study by 21.2% and 17.9%, testifying to improved blood supply to the brain. As for the indicators of systemic hemodynamics, their changes in response to the introduction of hyperosmolar solutions were not

significant. However, it should be noted that the calculated doses of 15% mannitol resulted in more pronounced tachycardia than 3.5% NaCl solution.

Conclusion:

1. The use of a 15% infusion of Mannitol and a 3.5% sodium chloride solution is an effective method for correcting intracranial hypertension in patients with TBI.
2. The use of 3.5% NaCl leads to a longer reliable increase in the CPP and a prolonged decrease in ICP relative to a 15% solution of mannitol.

### **THE TECHNIQUE OF THE INTRAMEDULLARY NAILING: NEW OPERATION, NEW COMPLICATIONS**

Karimov M.Y., Mukhamadiev A.Yu.

*Tashkent Medical Academy*

Introduction. The technique of the intramedullary nailing is the gold standard of the treatment the diaphyseal fractures of long tubular bones. This innovative method was introduced in the Tashkent Medical Academy at the department of traumatology and orthopedics, military field surgery.

The aim is studying the difficulties and complications of applying the technique of intramedullary nailing, minimizing them in the implementation process and getting early patients functional activity in the treatment period.

Materials and methods are based on the results of the current method's usage and its technical complexity of execution. During the period from 2013 to 2018 years according to this technique in our clinic were performed 210 operations on various segments of the extremities.

Research results: Characteristics and solutions of the difficulties and complications of this technique.

Difficulties and complications in the process of technical implementation, the solution of which is using electron-optical converter:

1. Difficulties in distal blocking, resulting from of rigid insertion the rod into the medullary canal. In our opinion, this mistake can be prevented by acting with a smaller force.
2. Difficulties with the introduction of the rod.
3. Perforation of the bone with the core.
4. Fracture of the drill. The reason is the efforts of the impact strength, according the regards the quality of bone. In most of cases, broken fragment were removed with a clamp, a smaller number of patients the core was extracted.
5. Rigid insertion of the rod into the medullary canal (hammer forces).
6. Deformation of the rod, which led to the displacement of the holes relative to the holes for the introduction of screws in the navigation system. This problem is associated with the rigid introduction of the rod into the medullary canal.
7. The natural bending of the medullary canal was not considered.
8. The location of the proximal end of the rod above the head of the humerus was regarded as probably acceptable.
9. Not correct selection length of the rod. It is regarded as a lack of experience in the period of mastering the technique and non-compliance with theoretical recommendations.

II. Problems directly related to mastering of techniques.

1. Difficulties of closed reposition, led to the need to open the fracture site
2. Incorrect orientation perforation zone of the proximal tibial. . It is regarded as the lack of experience in the period of mastering the method and non-compliance with theoretical recommendations.

Conclusions.

1. The accumulated experience dictates the creation of a working classification of complications the technique of the intramedullary nailing .
2. It is necessary to improve the material and technical equipment (EOC) to increase the efficiency of new technologies of osteosynthesis.
3. Systematic improvement of professional skills of specialists on training courses, improve the results of treatment.

### **ВЛИЯНИЕ МАННИТОЛА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА НА ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

Мухсинов Х.Б., Муротов ТМ.Н.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) определяется как изменение функции мозга или других его структур, патология, вызванная воздействием внешней силы. Отек мозга после ЧМТ приводит к разрушительному повреждению структур мозга. ЧМТ характеризуется смешанным цитотоксическим и вазогенным отеком механизма, способствующие общему отеку мозга.

Целью нашего исследования: изучить сравнительную эффективность использования 15% раствора маннитола и гипертонического 7% раствора хлорида натрия в комплексном лечении больных с ЧМТ.

Материалы и методы исследования: обследовано 20 пациентов в возрасте от 18 лет до 65 лет с различными черепно-мозговыми травмами и угнетением уровня сознания от 4 до 11 баллов по шкале комы Глазго (ШКГ) (4-5 баллов – 1 больных (5%), 6-8 баллов – 12 больных (60%), 9-11 баллов – 7 больных (35%).

Для снижения ВЧД 20 мм.рт.ст. использовали внутривенное введение 15% раствора маннитола из расчета 1,0 г/кг массы тела в течение 15 мин (n=10) и 7% раствора хлорида натрия из расчета 3,5 мл/кг в течение 15 мин (n=10).

Результаты и их обсуждение: Результаты нашего исследования подтверждают значимое снижение ВЧД при использовании как 15% раствора маннитола, так и 7% раствора хлорида натрия. Инфузия маннитола в указанной дозировке приводила к снижению ВЧД спустя 30 минут на 42,3%, а через 120 мин оно оставалось ниже исходных данных на 23,9%. Инфузия же 7% раствора NaCl уже к 30 минуте приводила к снижению ВЧД на 55,4%, а к концу 120 мин ВЧД оставалось

ниже исходных данных на 39,9%. Приведенные данные с очевидностью свидетельствуют о более выраженном снижении ВЧД при в/в инфузии гипертонического 7% раствора NaCl.

Выводы:

1. Гиперосмолярные растворы (15% Маннитола и 7% раствор NaCl) вызывает снижение ВЧД в пределах 50-40% у больных с ЧМТ.
2. Снижение ВЧД в пределах 30 и 120 минут после введения гиперосмолярных растворов более выражено при в/в введении 7% раствор NaCl относительно 15% Маннитола в расчетных дозировках.
3. При использовании изучаемых гиперосмолярных растворов в снижение ВЧД приводит к повышению ЦПДв сроки >120 мин в пределах 11,7% - 18,7%.
4. Применение инфузии 15% раствора Маннитола и 7% раствора хлорида натрия является эффективным методом коррекции внутричерепной гипертензии у пациентов с ЧМТ.
5. Введение гиперосмолярных растворов сопровождается осмольярности крови в/в введение 7% раствора NaCl приводит к более высокому росту осмольярности плазмы нежели Маннитол 15% в расчетных дозировках.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНОГО-ПЕРЕМЕЩЕННОГО ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ СКВОЗНЫХ И НЕСКВОЗНЫХ РАН В ОБЛАСТИ ЛИЦА**

Нигмонов О.О., Полатова Д.Ш.

*Ташкентская медицинская академия*

**Введение.** Проблема закрытия дефектов появляющихся после радикальных операций при злокачественных опухолях кожи крыла носа и спинки носа до сих пор является актуальной из-за того что, после удаления опухоли в большинстве случаев не представляется возможность закрытия дефекта простым сшиванием без применения лоскутов.

**Цель.** Улучшение результатов хирургического лечения опухолей кожи носа и применение реконструктивно-пластических операций для закрытия сквозных и несквозных дефектов после удаления опухолей кожи носа.

**Материалы и методы.** В нашей работе мы анализировали результаты пластики сквозных и несквозных дефектов в области лица сформировавшихся после хирургических лечений злокачественных опухолей кожи носа. Реконструктивные операции кожным лоскутом на ножке взятыми из лобной части лица 31 больным с дефектами латеральной части носа, крыльев и спинки носа. Из них 7 больных (22,6%) с дефектом после ринотомии по поводу удаления рецидивирующей базалиомы, 24 больных (77,4%) с дефектом оставленным после разреза по Веберу-Фергюсону после удаления опухоли Верхнечелюстной области. Размер дефекта в основном был от 1 до 4 см. У одной больной с диагнозом рецидивирующей базалиомой правого крыла носа была произведена операция по удалению опухоли с удалением части хряща крыла носа. После радикальной операции появился сквозной дефект размером 1,5 на 2,0 см. Была произведена реконструкция кожным лоскутом на ножке взятым со лба. Длина лоскута составлял 8 см а ширина 1,5-2,0 см.

**Результаты.** 29 больных (93,5%) заживление ран первичное. У двоих больных наблюдался частичный, незначительный краевой некроз. Кроме этого, Практически у всех больных были получены желаемые функциональные и эстетические результаты.

**Вывод.** Кожный лоскут на ножке взятый со лба является оптимальным лоскутом для реконструктивно-пластических операций сквозных и несквозных дефектов латеральной части, спинки и крыльев носа. В первую очередь это обусловлено тем, что кожа лба обильно снабжена кровеносными сосудами из-за чего заживление раны протекает усиленно и с низким количеством осложнений. Кроме этого, хороший косметический эффект даёт и то что кожа лба имеет складки которые могут поспособствовать для достижения желаемого эстетического результата при закрытии дефектов складчатых частей носа.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

О.Ш. Низомов, Н.Э. Махкамова

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

**Введение:** Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) является наиболее распространенным пороком развития лица и челюсти, а с точки зрения выраженности анатомо-функциональных нарушений самый тяжелый из них. Орофациальные расщелины, входящие в «большую пятерку» уродств, по частоте занимают второе место. Расщелины губы и неба составляют 86,9% от всех врожденных пороков развития лица. Почти каждая пятая типичная расщелина является компонентом тяжелого синдрома.

**Цель исследования:** Определить частоту развития патологии гортани у детей с ВРГН в зависимости от формы расщелины.

**Материалы и методы:** Нами наблюдались 215 детей с ВРГН, которые находились на стационарном лечении в клиниках Ташкентского государственного стоматологического института.

В соответствии с классификацией врожденных пороков лица и челюсти, предложенной Л. Е. Фроловой, все дети были разделены на 4 группы: 1 группу составили 29 детей с изолированной расщелиной верхней губы; 2 группа – дети с изолированной расщелиной неба (69); 3 группа – со сквозной односторонней расщелиной верхней губы и неба (86); 4 группа – со сквозной двусторонней расщелина верхней губы и неба (31)

**Результаты:** Жалобы на нарушение голосовой функции (гнузавость, охриплость различной степени выраженности) предъявлял 151 (70,2%) ребенок, из них 99 (37,1%) детей 4-й и 3-й групп, 52 (24,2%) – 2-й и 1-й, а остальные - 24 (11,2%) ребенка говорили с придыханием.

Всем больным после сбора анамнеза проводились ото-, рино-, фаринго- и ларингоскопия и эндоскопические исследования ЛОР-органов с видеозаписью и фотографированием.

Функциональная дисфония выявлена у 92 (42,8%) детей, из них 63 (29,3%) 3-й и 4-й групп. Органическая патология (узелки, гипертрофия, отек, трещины, асимметрия голосовых складок при фонации и др.), т.е. вторичная функцио-

нальная дисфония имела место у 59 (27,4%) пациентов, из них 36 (16,7%) 3-й и 4-й групп. Лишь у 64 (29,8%) детей патологии гортани не обнаружено.

У 11 (5,1%) детей диагностирован отек истинных голосовых складок, у 14 (6,5%) – отек надскладочного отдела гортани различной выраженности. У 5 детей был отек межчерпаловидного пространства, у 3 – отек в области черпаловидных хрящей, у 6 – диссеминированный отек вестибулярных складок. Узелки истинных голосовых складок, локализованные в основном в средней трети голосовых складок (т.н. вибрационный центр), обнаружены у 13 (6,1%) пациентов. У 12 (5,6%) обследованных установлена двусторонняя гипертрофия и гиперемия истинных голосовых складок, у 7 (3,3%) выявлено несовпадение складок при фонации и у 2 (0,9%) отмечалась задняя трещина голосовых складок. У ряда больных наблюдались сухость, истонченность и субатрофичность слизистой оболочки гортани.

Функциональное состояние гортани после проведенной хейло-, урано- и вейлопластики оценивали через 6–12 месяцев, а также в течение последующих 3 и 6 лет.

При обследовании через 6–12 месяцев после устранения дефекта губы и неба охриплость и гнусавость сохранялись у 62 (28,8%) детей. При исследовании гортани в сроки от 1 года до 3 лет после уранопластики охриплость выявлена у 35 (16,3%) детей. У 5 (2,3%) детей сохранялся отек истинных голосовых складок, у 4 (1,9%) – отек надскладочного отдела гортани. При повторном исследовании гортани в сроки от 3 до 6 лет охриплость выявлена у 18 (8,4%) больных. У 3 (1,4%) пациентов сохранялся отек истинных голосовых складок, у 3 (1,4%) – надскладочного отдела гортани. Несмотря на восстановление небо-глоточного клапана после устранения врожденной расщелины губы, твердого и мягкого неба, многие дети нуждались в голосовой терапии для уменьшения гиперназальности и носовой эмиссии. Этим пациентам были рекомендованы занятия с логопедом-фонопедагогом, голосовой режим, а также комплексное медикаментозное и гомеопатическое лечение, направленное на улучшение состояния слизистой оболочки и нервно-мышечной проводимости гортани.

Выводы: Результаты наших наблюдений показали, что нет необходимости в срочном хирургическом вмешательстве по поводу узелков и другой патологии голосовых складок у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Они исчезали через 2-6 лет после операции, а также по мере роста ребенка.

## ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Нуржабов А.И.<sup>2</sup>, Умирзаков А.Ш.<sup>2</sup>, Расулов А.Э.<sup>1</sup>

*Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность. Среди методов хирургического лечения рака пищевода, в настоящее время доминирующее положение занимают экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой с формированием анастомоза на шее. Существующая разноречивость взглядов на эффективность применяемых методов лечения рака пищевода обосновывает важность более глубокого изучения недостатков, свойственных для каждого из них. В связи с этим, изучение причин ошибок и опасностей, развития осложнений при выполнении операций на пищеводе, а также мер эффективного их предупреждения в современных условиях, приобретает важное практическое значение.

Цель: Выбрать наиболее оптимальный метод оперативного вмешательства при раке пищевода.

Материалы и методы. За период с 2015г по 2017 г. выполнено 78 одномоментных резекций пищевода с лимфодиссекцией (ЛД) и гастропластикой при раке, у 40 (51,2%) мужчин и 38 (48,8%) женщин, в возрасте от 24 до 77 лет. Стадии опухоли: Па,б – 36 (46,2%), III – 42 (53,8%). Опухоль локализовалась в верхнегрудном отделе пищевода (ВГОП) у 8 (10,2%) больных, среднегрудном (СГОП) у 40 (51,2%) и у 30 (38,6%) в нижнегрудном (НГОП). Операция McKeown выполнена 13 (16,7%) больным, операция Льюиса 15 (19,3%), а ТХЭ 50 (64,1%) больным. Из 50 больных у 36 (72%) мобилизация СГОП и ВГОП, медиастинальная лимфодиссекция во время ТХЭ выполнялась с применением видеоассистирования (VATS). В 42 случаях ТХЭ и 11 операции McKeown ЭГА на шее наложен «конец в бок».

Результаты. Ранние общие послеоперационные осложнения отмечены у 22 (28,2%) больных: после операции McKeown у 4 (30,8%) больных, операции Льюиса у 6 (40,0%) и ТХЭ у 12 (24,0%). Послеоперационная летальность отмечена у 5 (6,4%) больных: 1 (7,7%), 2 (13,3%) и 2 (4,0%) соответственно. Рубцовый стеноз ЭГА отмечен у 7 (8,9%) больных: 1 (8,3%), 2 (15,4%) и 4 (8,3%) соответственно. Наложение антирефлюксного ЭГА на шее по «конец в бок» позволило снизить частоту развития в позднем послеоперационном периоде рубцового стеноза с 5,1 до 1,2%. ( $p < 0.05$ )

Выводы. Правильный выбор оперативного доступа, применение VATS при ТХЭ позволяют уменьшить число интра-послеоперационных осложнений. Формирование ЭГА на шее по «конец в бок», позволяет избежать грозных осложнений резекций пищевода. Отдаленные онкологические результаты VATS ТХЭ сопоставимы с результатами операций Льюиса и McKeown.

## РЕНТГЕНОГРАФИЯ И СОНОГРАФИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Нурмаматзода О.А., Акрамова Н.А.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. В настоящее время проблема повреждений нижней челюсти не теряет своей актуальности - за прошедшие 10 лет структура травм стала носить более сложный и тяжелый характер. На современном этапе развития челюстно-лицевой хирургии не менее важным представляется вопрос о диагностике и лечении пациентов с переломами нижней челюсти. Становится очевидной необходимость точной диагностики переломов с выбором наиболее чувствительной лучевой методики.

Целью исследования является оценка возможностей сонографии в диагностике переломов нижней челюсти с использованием функциональной пробы с открытием и закрытием рта.

Материалы и методы

Было обследовано 87 больных с переломами нижней челюсти. Возраст больных составил от 6 до 59 лет. Всем пациентам была проведена сонография, рентгенография и мультиспиральная компьютерная томография.

Результаты. У 87 больных с травмами нижней челюсти МСКТ выявила 192 перелома. Из них рентгенологически были выявлены 172, сонографически 180 (таблица №1)

Таблица № 1

Область перелома	Всего	Рентген	Сонография
ВНЧС	16	13	16
Мышелковый отросток	36	32	36
Венечный отросток	12	11	12
Ветвь	20	19	19
Угол	33	32	32
Тело, парасимфиз	48	48	48
Симфиз	12	12	12
Альвеолярный отросток	5	5	5
Всего	182 (100%)	172 (94.5%)	180 (98.9%)

Рентгенологически переломы нижней челюсти сопровождались прямыми признаками в виде линии перелома у 32 больных, смещение костных отломков у 50 больных, у 19 из них с образованием диастаза костных отломков, наличием костных фрагментов у 17 больных. У 7 больных с переломами нижней челюсти наряду с прямыми признаками, также наблюдались косвенные признаки: у 2 наблюдалось появление головки нижней челюсти на рентгенограмме в прямой проекции, у 5 деформация контура нижней челюсти.

Сонографически переломы нижней челюсти также проявлялись прямыми и косвенными признаками: прерывание контура кости без смещения костных отломков у 9, со смещением костных отломков у 74 больных и деформации наружного контура кости у 2. Костные фрагменты визуализировались у 17 больных. Еще 21 переломов были обнаружены при дополнительном исследовании с применением функциональной пробы с открыванием рта. В 1 случае эта методика не позволила выявить несмещенный перелом угла нижней челюсти.

Рентгенологически были выявлены 19 переломов ветви, и не был выявлен перелом ветви в 1 случае. Проведенная сонография, с функциональной пробой в виде открывания рта, у этого больного также не выявила перелом ветви. Рентгенологические не были выявлены 3 внутрисуставных перелома, один перелом венечного отростка, 4 перелома основания шейки суставного отростка. Проведенная сонография у этих больных подтвердила наличие переломов головки и шейки мышелкового отростка.

Как показали наши данные то есть чувствительность рентгенографии составила 93.9%, сонографии 97.5% соответственно.

Выводы: На сонограммах переломы нижней челюсти проявляются прерыванием наружного кортикального слоя с или без смещением костных отломков, смещением костных отломков при использовании функциональных нагрузок; медиальный вывих головки суставного отростка отсутствием контура её в проекции суставной ямки. Использование сонографии с функциональными пробами на нижнюю челюсть повышает чувствительность метода в диагностике переломов.

## АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ У ДЕТЕЙ

Орозалиев И.Э., Кимбилетова Т.А., Абдурасулова З.Р.

Ташкентская Медицинская Академия

Введение: Одной из наиболее часто встречающихся врожденных аномалий в детской колопроктологии является атрезия ануса и прямой кишки (более 85% всех аноректальных пороков). Частота колеблется в пределах 1:500 - 1:5000 новорожденных и, не имеет тенденции к снижению. Несмотря на достижения колопроктологии, и современных возможностей реабилитации неудовлетворительных результатов в различных клиниках мира составляет 10-60%. Из них недержание кишечного содержимого у 30-60% больных с аноректальными пороками в отдаленном катамнезе, что приводит к тяжелым моральным и физическим страданиям, исключает ребенка из активной общественной жизни, ставит в сложные взаимоотношения с семьей и окружающими.

Цель исследования: изучить частоту различных форм аноректальной аномалии и ближайшие результаты хирургического лечения.

Материалы и методы исследования: нами изучены 149 истории болезни детей с врожденными пороками развития прямой кишки, пролеченных в отделении колопроктологии ГДКБ СМП г. Бишкек. Больным проводились изучение общего состояния, локального статуса, общеклинические анализы, УЗИ, обзорная и ретроконконтрастные исследования органов брюшной полости.

Результаты и их обсуждение: из 149 больных мальчики составили – 74 (49,6%), девочки 75 (50,4%). В возрасте до 6 месяцев 3 (2%), от 6 месяцев до 1 года 5 (3,4%). Из 149 пациентов, первичные больные были - 102 (68,5%), из них по форме порока развития атрезия прямой кишки отмечено: безсвищевая - у 66 (64,7%), со свищом в преддверье влагалище 19 (18,6%), со свищом в промежность у 14 (13,4%), свищ в уретру - 2 (2%), со свищом в мочевого пузыря 1 (0,98%). В периоде новорожденности 121 прооперированы в ГДКБ СМП, им проведено первый этап - «колостома», а 15 больных - в других стационарах, где наложена «колостома». В 8 (5,4%) случаях дети поступали из дома, где в ЦСМ и ГСВ первично диагностированы пороки аноректальной области в возрасте от 2-х до 6 месяцев, что указывает на ненастороженность врачей в роддомах и плохую диагностику пороков аноректальной зоны. Из них у 2 больных была атрезия прямой кишки со свищом в преддверье влагалище, в 2-х случаях со свищом в промежность, 4 случаях стеноз анального канала. У детей родители стали отмечать беспокойство, затрудненный акт дефекации после прикорма, из-за чего обращались в ЦСМ, ГСВ. В клинике принята тактика трехэтапного хирургического лечения. Всего вторым этапом проведено операции 64 проктопластики из числа первичных больных (62,7%), из них брюшно-промежностная проктопластика у - 13, проктопластика по доступу Пенья у 11. При наличии свищей одновременно проводили иссечения свищей, пластика влагалища в 1



случае. Операцию «реколостомия» перед вторым этапом, вынуждены были произвести у 5 (7,8%) больных, прооперированных в периоде новорожденности в других детских хирургических клиниках. Показанием к «реколостомии» явилось данное контрастного исследование дистального конца атрезированной кишки, когда обнаруживалась недостаточная длина отводящего конца, чтобы произвести радикальную аннопластику. Третий этап операции «внутрибрюшинное» закрытие колостомы произведено у 30 больных. Ближайшим осложнением после проктопластики явилось явления «энкопреза» у 46 (30,9%).

Выводы: При атрезии прямой кишки эффективным методом является тактика трехэтапной хирургической коррекции. При одномоментных операциях отмечаются явления энкопреза у 30,9%. Необходимо в роддомах тщательно проводить осмотр промежности на пороки прямой кишки для своевременной диагностики.

## SAFER ABORTION. TECHNOLOGY OF THE XXI CENTURY

Okhunova Shahnoza Botirzhon Kizi, Sadikova Dilfuza Ravshanbekovna

*Tashkent Medical Academy*

Introduction: Millions of women prefer medical abortion, because they do not want to undergo surgery, or they consider this method more natural. In addition, they believe that this method provides greater independence and confidentiality. It is very important that all women have the opportunity to choose a medical abortion, however, in conditions of lack of resources and in places with limited access to qualified abortion care, this method can significantly reduce maternal morbidity and mortality associated with unsafe abortions.

Objective: To draw parallels between the methods of medical abortion in order to assess economic efficiency.

Materials and research methods: we examined 60 women who underwent medical abortion in the gynecological department No. 1 of the II TMA clinic. A medical abortion was performed according to the protocol of the National Standard of the Ministry of Healthcare and Social Development by two methods. I method: misoprostol 400 mg every 3 hours sublingually until complete expulsion of the fetus. Method II: Mifepristone 200 mg peros after 36 hours Misoprostol 400 mg every 3 hours sublingually until the expulsion of the fetus. Women are divided into groups according to the method of medical abortion.

The results of the study and their discussion. The age group in the examined groups is the same: in Group I (n = 30) ranged from 18-27 years old (average age was 22.5 years), while in Group II (n = 30) it ranged from 18-27 years old (average age was 22.5 years). Groups I and II, in turn, were divided into subgroups depending on the period of gestation. Pregnant women belonging to the 1a group (n = 8) 3 (37.5%) of them are primiparous, and 5 (62.5%) are repetitive. Pregnant women included in group 1b (n = 22) 6 (27%) primiparas, 16 (73%) of which are multiparous. Pregnant women entering the first group of 15 from the householder 15. Group 1 includes 8 pregnant women with a gestation period of up to 12 weeks, 40% of them had a non-developing pregnancy indication for a medical abortion, 40% of them had fetal abnormalities (hydrocephalus and meningocephaly), and 20% of them had testimony from the mother (heart disease). Group 1 includes 22 pregnant women whose gestational age is up to 12 weeks, 73% of them had an undeveloped pregnancy indication for a medical abortion, 18% of them had fetal abnormalities (hydrocephalus and meningocephaly), and 9% of them had indications from the mother (heart disease). A comparative analysis of groups I and II by age, parity, type of activity and according to indications for medical abortion showed that they are identical in these indicators.

Patients in group 1a took from 3 to 6 doses, an average of 4.5 doses, and in group 1b from 4 to 6 doses, an average of 5 doses. Induction in patients of group 2a occurred from 2 to 4 doses, an average of 3 doses, and 2b to a group of 3 to 5 doses, an average of 4 doses.

Findings. Analysis of the study showed that the use of Misoprostol in combination with Mifepristone reduces the duration of induction (by 6 hours), the number of drugs used (by 4 tablets), regardless of the period of gestation.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Б.М.ПУЛАТОВ, СУВОНОВ У.Х.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Повреждения верхней конечности составляют 4–6,6% всех травм опорно двигательного аппарата. В последние десятилетия в мире увеличивается распространенность переломов проксимального отдела плечевой кости (ППОПК), наблюдаются в 32–65% случаев всех повреждений плечевой кости, а среди ППОПК наиболее высок удельный вес переломов хирургической шейки – от 32 до 90%, у женщин встречаются примерно в 2-3 раза чаще.

Цель: Улучшить результаты лечения больных с ППОПК.

Материал и методы исследования: В 1-Республиканской Клинической Больнице с 2014-2017 гг. обращались по поводу ППОПК лечились 31 больных. Пол пациентов 11 (35,5%)-мужчины, 20 (64,5%)-женщины. Средний возраст пациентов – 60,4 года (45 – 72 года), мужчин – 62 года (50 – 72 года), а женщин – 59 лет (45 - 72).

Пятнадцать больным (48,4%) со стабильными переломами без смещения или с минимальным смещением проводили консервативные мероприятия.

Одиннадцати больным (35,5%) со смещением костных отломков проводили остеосинтез проволоками, т.е. модифицированным методом по Веберу, заключающимся в интрамедуллярном проведении спицы с дополнительной наkostной фиксацией восьмиобразной проволокой и компрессией.

При оскольчатых переломах со смещениями костных отломков у 3 больных (9,7%) пожилого возраста пользовались методикой чрезкожной фиксации спицами.

Осложнения наблюдались у 1 (3,2%) больного с чрезкожной фиксацией костных отломков спицами наблюдался аваскулярный некроз головки плечевой кости.

Таким образом, мы считаем консервативные методы лечения при ППОПК приемлемы при наличии тяжелых сопутствующих патологий. Хирургическое лечение по методу Вебера при ППОПК дает 95% хороших результатов.

Выводы: Основные задачи лечения являются анатомической репозиции и стабильной первичной фиксации по методу Вебера. Консервативные лечения являются при наличии тяжелых сопутствующих патологий.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ – ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Пулатов Маъруфжон., Тўрақулов З.Ш

*Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: Изучению нарушений порто-печеночного кровообращения у детей с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) посвящено много /исследований.

Однако, недостаточно изученными остаются диагностические критерии тромбоза и посттромботической реканализации воротной вены и ее ангиоматозной трансформации

Цель: эффективность дуплексного сканирования для диагностики внепеченочной портальной гипертензии.

Материалы и методы: Нами проведено исследование у 97 детей в возрасте от 3 до 15 лет, имевших в анамнезе рвоту со сгустками крови. У 25 детей кровотечение было первым, у 33 пациентов вторым, у 19- три и более раз.

Результаты исследования При проведении УЗИ в режиме серой шкалы наличие тромбоза воротной вены не вызвало сомнений только у 8 больных, то есть в просвете основного ствола и ее долевых ветвей определялись гиперэхогенные тромботические массы. У 89 больных были выявлены в различной степени выраженные ангиоматоз и кавернозная трансформация воротной вены в виде «сплетений» извитых анэхогенных тубулярных структур.

Результаты:Проведение ультразвуковой ангиографии в режиме дуплексного сканирования и цветового доплеро-ского картирования позволило выявить наличие тромбоза воротной вены у 23 детей и тромбоза долевых ветвей у 17 больных с уточнением их степени и распространенности Хорошо прослеживались основной ствол и ветви печеночной артерии и печеночной вены I и II порядка У 88 детей хорошо визуализировалась селезеночная вена По висцеральной и диафрагмальной поверхности селезенки определялись множественные расширенные и извитые сосуды с венозным спектром кровотока у 37 детей. У ряда больных прослеживались внутриселезеночные расширенные долевые вены, которые могли быть свидетельством раскрытия артериовенозных шунтов, направленных на увеличение перфузионного давления на блокированную воротную вену.

Выводы: Таким образом, дуплексное сканирование с цветным картированием, в отличие от эхосканирования в режиме серой шкалы, позволяет уточнить уровни и механизм формирования блокады воротной вены, пути и формы естественной компенсации портопеченочного кровотока, выраженность коллатерального сброса портальной крови, более детально прочитать ангиограммы портального бассейна.

## ОЦЕНКА ПОГТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ЦИРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Пулатов Маъруфжон., Тўрақулов З.Ш.

*Андижанский государственный медицинский институт*

Введение:Нарушение крово- и лимфообращения при циррозе печени являются результатом диффузно-прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточности. Блокирование значительной части синусоидального русла печени приводит к компенсаторному сбросу крови по внутри и внеорганным шунтам, минуя паренхиму органа.

Цель: нашего исследования явилась оценка портопеченочного крово- и лимфообращения у детей с циррозом печени.

Материалы и методы: В основную группу включен 81 ребенок в возрасте от 3 до 15 лет с внутривенной блокадой портального кровообращения, вызванной постгепатитным циррозом печени в различных стадиях его развития Все дети разбиты на 2 группы: младший возраст (3-7лет) и старший (8-15 лет), причем у детей младшей группы в анализе чаще отмечался асцит, а у детей старшего возраста - пшцеводно-желудочные кровотечения. Функциональное состояние печени оценивалось методами радиоизотопного сканирования и гепатографии, а портопеченочная гемодинамика - методом доплерометрии на ультразвуковом сканере, включающая: диаметр сосудов, среднюю линейную скорость кровотока и объемный кровоток воротной вены, селезеночной вены, общей печеночной и селезеночной артерий.

Результаты: Анализ радиоизотопного сканирования показал, что у детей младшего возраста было характерно центральное накопление радиоколлоида с выраженным «обеднением» по периферии и увеличением захвата радиоколлоида селезенкой. У детей старшего возраста радиоколлоид распределялся неравномерно по всей печени и незначительным его захватом селезенкой Оценка гемодинамики выявила уменьшение диаметра печеночной артерии и значительное увеличение диаметра воротной вены и селезеночной артерии. Увеличение кровотока по воротной вене связано с увеличением притока крови по селезеночной вене, что объясняется снижением общего периферического сопротивления в висцеральном бассейне и открытием артерио-венозных фистул. Эти изменения, связанные с повышением давления в портальной системе определяются не только с ограничением оттока крови, но и повышением притока венозной крови к печени.

Выводы: Таким образом, полученные результаты портопеченочной гемодинамики у детей с циррозом печени могут служить основанием для выбора хирургических вмешательство.

## CHOICE OF TREATMENT IN HYPOPHARYNGEAL CANCER

Rakhataliyeva Z.I., Gaziev L.T., Khudoyorov M.S.

*Tashkent Medical Academy*

Introduction. Laryngopharyngeal cancer is the most difficult and prognostically poor type of cancer with unspecific early symptoms, difficult anatomic and topographic structure, spread of lesions, low effectiveness of treatment and disabling character of combined surgical operations.

Aim of study. To improve follow-up results of treatment of patients with laryngopharyngeal cancer using individualized treatment measures.

Material and methods. Data of 256 patients with laryngopharyngeal cancer were analyzed. The analysis was based on disease histories, clinical, and some morphological data.

Results. The study group consisted of 245 (95.7%) men and 11 (4.3%) women (men to women ratio 23:1). Absolute majority of the patients was above 40 years of age. Fourteen patients had T2N0 — 3M0, 132 patients had T3N0 — 3M0, 110 patients had T4N0 — 3M0 cancer. Primary tumors of the laryngopharynx were distributed as follows: squamous-cell keratinizing cancer was found in 130 (50.8%), squamous-cell unkeratinizing cancer in 77 (30%), undifferentiated cancer in 18 (7%), poorly and moderately differentiated cancer in 31 (12.1%) patients. In 189 patients the tumor was surgically removed, in 131 of them the operation was combined with radiotherapy. Another

66 patients had chemotherapy with radiotherapy (combined chemo-therapy and radical gammatherapy).

Conclusions. Surgery in combination with radiotherapy is the most effective treatment in laryngopharyngeal cancer and is associated with a 5-year survival of  $66.4 \pm 2.9\%$ . The results of surgical treatment are not satisfactory, with the 5-year survival being  $58.6 \pm 3.1\%$ . Wide and combined operations can be done only in laryngopharyngeal cancer T3 — 4N0 — 1M0 (survival  $82.9 \pm 2.3\%$ ). Chemoradiotherapy with platinum, 5-fluoruracil and bleomycetin can be used for patients with laryngopharyngeal cancer. The 3-year survival is  $43.2 \pm 6.0\%$ .

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА. НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ

Тешаев О.Р., Рузиев У.С.

*Ташкентская медицинская академия*

Цель работы. Изучения результатов бариатрической и метаболической хирургии прооперированных больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы: нами прооперировано 42 пациента на базе городской клинической больницы №1 города Ташкента, в период 2015-2019 гг. В возрасте от 22-62 лет с различной формой ожирения и связанными с ним метаболическими нарушениями. Индекс массы тела варьировал в пределах 28-62. Все больные в той или иной степени выраженности имели симптомы метаболических нарушений. Нами ставилась цель максимального воздействия на процессы углеводного обмена нежелание лишь к снижению индекса массы тела. Больным выполнена модификация билиопанкреатического шунтирования (BPD/Duodenal switch) с резекцией желудка по Ру, лапароскопическое минигашунтирование (LMGB), гастрощунтирование по Ру (RYGB) с 180 см шунтирующей и 70 см алиментарной петлей, как самостоятельный метод оперативного лечения сахарного диабета 2 типа ассоциированного ожирением.

Результаты. Эффективность потери веса после слив резекции желудка составила 73%, после шунтирующих операций составило 89%.

Результаты больных с нарушениями углеводного обмена, их динамика в течении 3 месяцев после операции отмечалось снижения следующих параметров: глюкоза в крови среднем от 9,81 до 5,8, глюкоза крови после еды от 12,9 до 6,7, гликированный гемоглобин от 8,10 до 6,6, инсулин до еды от 20,4 до 0,2, инсулин после еды от 32,1 до 6,6, атерогенный фактор от 5,0 до 4,8, артериальное давление от 150/90 мм.рт.ст. до 130/80 мм.рт.ст.

В раннем после операционном периоде ведение больных требовало особого внимания (контроль и коррекция уровня глюкозы крови и других метаболических параметров) в течении первых несколько суток, в остальном все больные велись по принципу Fast Track Recovery. В дальнейшем все пациенты проходили постоянное наблюдение всех касательных показателей (таких как глюкоза крови, инсулин натощак и после еды, скорость потери веса и т.д.).

**ВЫВОДЫ:**

1. Гастрощунтирование (RYGB и MGB) является эффективным в лечении ожирений и ассоциированные метаболическими нарушениями в сравнении с слив резекцией желудка.

2. Гастрощунтирование показала свою эффективность даже у больных с сахарным диабетом 2 типа у больных с ИМТ до 30.

## EVALUATION OF THE FREQUENCY OF CARRYING OUT THE CESAREAN SECTION BY ROBSON CLASSIFICATION

F.R. Sayfutdinov., K.I. Ahn, N.A. Vorontsova, J.V. Sennikova

*Orenburg State Medical University*

Introduction. The increase in the frequency of cesarean section (C-section) is one of the urgent problems of modern obstetrics. An excessive increase in the frequency of C-sections causes concern around the world. Using one average indicator to assess the frequency of C-sections is not enough due to the different indications for surgery and the inhomogeneous distribution of patients between different hospitals. To obtain a more objective picture of the effectiveness of established practices and identify a reserve for improving the quality of obstetric care, in 2015, WHO recommended analyzing the frequency of the C-sections using the method proposed by Robson. This is an easy-to-implement method, which consists in dividing all cases of labor into 10 groups and counting the frequency of C-sections in each group separately.

Aim. To assess the use of the C-sections in the Regional Perinatal Center of the State Autonomous Medical Institution «Orenburg Regional Clinical Hospital №2».

Materials and methods. Retrospective analysis of childbirth histories at the Regional Perinatal Center for January-February 2019.

Results. Of the 959 births, 348 were C-sections, which was 36.3%. WHO calls the recommended figures 10-15% of all births in the country. The absolute leader in the percentage of the C-sections to the birth within the group was the 9th. Of course, for maternity hospitals in the Russian Federation, achieving 100% of C-sections in group 9 is not a problem - if the fetus is in the wrong position, a C-sections should always be available. It is important to consider that out of 36.3% of cesarean sections, only 0.2% are caused by pregnant women of this group.

The high frequency of C-sections in groups No. 6,8,9 is justified by modern obstetric approaches. The main contribution to the structure of the cesarean section is made by multiparous women with a scar on the uterus (group 5) - 85% within the group and 5.5% of all births.

The main reserve for reducing the cases of operative labor are groups №№ 1,3,4. Inside, the percentage was 33, 21, and 57%, respectively.

Conclusion. Correlating the frequency of the C-sections according to the recommendations of the WHO and in the perinatal center, we were able to identify the differences and their causes. In addition, we were able to determine the main reserves to reduce the frequency of the C-sections. It will be possible to come to this by improving the methods of induction of labor and revising the indications for the planned C-sections. In addition, the analysis of indications for a planned C-sections and the provision of the possibility of an independent delivery with a scar on the uterus can also be important ways to achieve a reduction in the frequency of C-sections.

## **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ МИКРО РНК**

Саттарова К.А., Аюпова Ф.М.

*Ташкентская медицинская академия*

Аннотация. Преэклампсия является одним из наиболее опасных осложнений беременности и основной причиной материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. Хотя клинические симптомы появляются поздно, их возникновение происходит рано, и, следовательно, обнаружение возможно уже в первом триместре. В текущем исследовании мы исследовали количество циркулирующих небольших некодирующих РНК в плазме беременных женщин в первом триместре, ища транскрипты, которые наилучшим образом отделяют образцы преэклампсии от образцов здоровых беременных женщин.

Цель. Раннее выявление преэклампсии с использованием циркулирующей микро РНК

Методы. Мы провели небольшое некодирующее РНК-секвенирование 75 преэклампсий и контрольных образцов.

Результаты. Мы выполнили небольшую последовательность определения микро РНК следующего поколения преэклампсии и контрольных образцов в рамках вложенного исследования случай-контроль, стремясь найти РНК, которые лучше всего разделяют преэклампсию и контрольные образцы, и оценить их прогностическую ценность для ранней диагностики преэклампсии.

Обсуждение. РНК была извлечена, и небольшие нкРНК были секвенированы из плазмы 75 беременных женщин: 35 женщин с ранним началом преэклампсии (который развивается до 34 недель беременности) и 40 женщин с нормотензивной неосложненной беременностью (т.е. контрольный набор), Все женщины были в конце первого триместра (гестационный возраст 11 + 0–13 + 6 недель). Все женщины в контрольной группе были женщинами без каких-либо ранее существующих заболеваний, с неосложненными беременностями, что привело к рождению фенотипически нормального новорожденного в срок и с нормальным весом при рождении для гестационного возраста при родах. Ни у одной из этих женщин не было хронической гипертонии. Случаи и контрольные случаи были сопоставимы по возрасту матери, нулевой принадлежности, полу плода, этнической принадлежности и статусу курения. Каждый из наиболее распространенных транскриптов в женской плазме был протестирован на дифференциальную экспрессию в образцах преэклампсии и контроле, и было обнаружено, что 25 транскриптов были дифференциально экспрессированы, 16 транскриптов были повышены, и 9 были понижены. Из них 7 транскриптов представляли собой тРНК и рРНК, кодируемые в митохондриях, 12 транскриптов были микроРНК, 4 транскрипта представляли собой длинные некодирующие РНК (linc), один транскрипт представлял собой рибосомную РНК. 12 из 25 дифференциально экспрессированных транскриптов были микроРНК, что важно, большинство из них ранее были связаны с известными механизмами в патогенезе ПЭ. Большинство оставшихся дифференциально экспрессированных микроРНК также ранее были связаны с ангиогенезом (miR-14345, miR-22147,48 и miR-18246), а также с другими механизмами патогенеза ПЭ, такими как воспаление (miR-22181), гипоксия ( miR-9949 и miR-151a50), регуляция артериального давления (miR-14351) и дифференцировка клеток, апоптоз и миграция / ремоделирование (miR-14352, miR-19153, miR-18246, miR-2554 и семейство let-755) ). Кроме того, подобно miR-10, измененная экспрессия miR-14382, -22183, -18246, -2584, -151a85,86,87 и -19184 была обнаружена в плацентах от преэклампсии во время предыдущих исследований. Две из 12 циркулирующих микроРНК: miR-18288 и miR-22166 также были показаны как дифференциально обильные в образцах плазмы PE в третьем триместре.

Таким образом, наше исследование предполагает потенциал циркулирующей малой нкРНК в качестве обнаруживаемых и точных биомаркеров, что должно быть дополнительно подтверждено в дополнительных исследованиях. Наши результаты закладывают основу для создания нового раннего неинвазивного диагностического инструмента для преэклампсии, который послужит эффективным вмешательством и, следовательно, уменьшит опасный для жизни риск как для матери, так и для плода.

## **МОДЕЛИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА МИНИ-СВИНЬЯХ**

Соколов М.Е., Мунасипов И.Азатович., Салихов А.Т., Галяутдинов И.Ф.,  
Хамитов А.М., Ваге А., Ким Е.С., Трофимов Д.А., Лисюков А.Н.,  
Измайлов А.А., Кузнецов М.С., Баширов Ф.В., Исламов Р.Р.

*Казанский Государственный Медицинский Университет (Россия)*

Несмотря на многочисленные эксперименты на животных и клинические испытания к настоящему времени эффективного терапевтического протокола лечения инсульта головного мозга в практической медицине не существует. При этом результаты, полученные на мелких животных (грызунах) не могут быть прямо транслированы на пациента, поэтому, требуется проведение доклинических исследований на крупных животных, анатомические особенности строения, а также физиологические и биохимические характеристики которых приближены к человеку. Для экспериментальной неврологии мини-свиньи имеют ряд преимуществ, таких как (1) анатомические особенности нервной ткани, например, длина нервных отростков у человека сопоставима с длиной нейритов у мини-свиней и в 100 раз превышает их длину у грызунов, или (2) фармакологические требования, связанные с дозировкой и способом доставки лекар-

ственного препарата к органу-мишени. Однако среди существующих экспериментальных моделей инсульта головного мозга на крупных животных отсутствует способ создания воспроизводимого инфаркта мозга ограниченного объема с характерными для ишемизированной области мозга поведенческими отклонениями. Создание такой модели позволит проводить доклинические испытания новых лекарственных препаратов с оценкой их эффективности на восстановленные «ишемической полутени» и поведенческих навыков и является крайне актуальной, как для фундаментальной, так и для практической медицины.

Цель исследования: разработка оптимального протокола моделирования церебральной ишемии, характеризующейся инфарктом мозга ограниченного объема и специфическими поведенческими отклонениями, отражающими изменения характерные для ишемизированной области мозга, на мини-свиньях.

Задачи исследования:

1. Создание фокальной ишемии мозга методом дистальной окклюзии средней мозговой артерии (СМА).
2. Анализ поведенческих тестов, оценивающих двигательную и чувствительную функции, в течении первой недели после моделирования инсульта.
3. Гистологическое исследование головного мозга через 7 суток после моделирования ишемического инсульта головного мозга.

Материалы и методы: для моделирования ишемического инсульта головного мозга использовались самки мини-свиней породы вьетнамские вислобрюхие (n=4), весом 20кг. Животных наркотизировали с помощью Zoletil@100 (Virbac Sante Animale, France), 3 мг/кг внутримышечно. Животных подключали к ингаляционному наркозному аппарату (Minor Vet Optima, Zoomed), по которому подавали изофлуран (Laboratorios Karizoo, S.A., Spain) в 2.0-2.5% в смеси с кислородом. Все хирургические манипуляции проводили в соответствии с правилами асептики и антисептики. Доступ к СМА осуществлялся через трепанационное отверстие в височной кости. После трепанации рассекали твердую мозговую оболочку и путем электрокоагуляции прижигали дистальную ветвь средней мозговой артерии под операционным микроскопом. В послеоперационном периоде все животные получали антибактериальную (Цефтриаксон внутримышечно 50 мг/кг, один раз в сутки) и обезболивающую терапию (Кеторол, внутримышечно 2,5 мг/кг, три раза в сутки). На шестые сутки после моделирования инсульта подопытных животных подвергали эвтаназии.

Результаты: В течение 6 суток после операции анализ поведенческих тестов у подопытных животных выявил двигательные и чувствительной нарушения в задних конечностях. Морфологический анализ головного мозга обнаружил мелкоочаговый ишемический инфаркт мозга, затрагивающий теменную и височные доли. Анализ поведенческих тестов и гистологическое исследование выявили характерные и воспроизводимые морфо-функциональные нарушения мозга через 6 суток после операции.

Обсуждение: Большинство экспериментальных работ, посвященных инсульту, характеризуются формированием крупноочаговых ишемических инфарктов мозга у грызунов. Преимуществом настоящей модели является формирование мелкоочагового инфаркта коры головного мозга у мини-свиней, позволяющего испытывать лекарственные препараты для сдерживания гибели нейронов в области ишемической «полутени».

Выводы: Результаты исследования позволяют предположить, что данный способ моделирования инсульта головного мозга у мини-свиньи позволяет вызвать ишемический инфаркт головного мозга ограниченного объема, затрагивающий теменную и височные доли, и соответствует специфическим поведенческим отклонениям у подопытных животных.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Султанов Д.Д., Солиев О.Ф., Джаборов Х.А., Сайдалиев Ф.Дж.  
Ташкентская медицинская академия

Цель : Анализ эффективности результатов миниинвазивных методов у больных с притоковой формой варикозной болезни.

Материал и методы: Проанализированы результаты флебосклерооблитерации и минифлебэктомии при лечении 26 больных с расширенным притоков от 3 до 9 мм в отделении хирургии сосудов ГУ РНЦССХ. Женщин было 20 (77,0%), мужчин –6 (23,0%). Возраст пациентов варьировала от 23 до 40 лет. Все обследованные были разделены на 2 группы по 13 человек. В первую группу пациентам было проведена пенная склеротерапия по методике Tessari, а второй группе применено минифлебэктомия по методике Варади.

Во всех случаях для оценки результатов после манипуляции проведено УЗДАС.

Результаты исследования. После проведения склерооблитерации с увеличением калибра склерозируемых вен у больных с притоковой формой варикозной болезни более 5 мм возросло частота развития гиперпигментации в 2,5 раза (22,7% и 55,6%), рецидива заболевания в 4,2 раза (10,5% и 43,8%). Во второй группе применение минифлебэктомии по методике Варади вен с диаметром более 5 мм приводило к снижению количества больных с гиперпигментацией (5% и 55,6%), рецидивами заболевания (10,5% и 43,8%) по сравнению с пациентов первой группе. Время процедуры склерооблитерации занимало 2 раза меньше чем минифлебэктомии, однако первая методика применяли 2-3 раза для одного пациента.

Заключение. Флебосклерооблитерация является простым, амбулаторным и малотравматичным методом лечения, который позволяет надежно облитерировать варикозные притоки диаметром до 5 мм. В лечении варикозных притоков с диаметром более 5 мм целесообразно использование минифлебэктомии.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

У.Х. СУВОНОВ., Б.М. ПУЛАТОВ

Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность: Переломо-вывих головки плечевой кости(ПК) является одним из сложных травм в травматологии и ортопедии и составляют от 1,3% до 2,1%. По современным литературным данным, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика переломо-вывихов проксимального отдела ПК не до конца изучены.

В настоящее время проблема перелома-вывихов головки ПК остается нерешенной и это является актуальной проблемой. На основании всего вышесказанного, мы перед собой поставили цель.

Цель исследования: улучшить результаты лечения перелома-вывихов головки ПК.

Материал и методы исследования: В период между 2014-2017 гг. в 1-Республиканской Клинической Больнице лечились 27 больных, из них 11 мужчин, 16 женщин. Из 27 больных, 13 (48,1%) лечились с передним переломо-вывихом, из них 7 (25,9%) с передним высоким переломо-вывихом и 4 (14,8%) с передним-нижним, у 3 (11,1%) больных выявлен задний вывих. Общее число больных 27, из которых 16 (59,2%) оперировали, 11 (40,8%) лечились консервативным путем.

Результаты: Перелома-вывихи проксимального отдела ПК встречаются редко, но их лечение требует особого подхода. При этом тактика лечения зависит от вида смещения костных отломков, т.к. при консервативном лечении репозиция имеет свои особенности. Передне-верхние вывихи в большинстве случаев вправляются по методу Кохера. При вывихах вперед-вниз методы вправления по Гиппократу и Мотта дали хорошие результаты. При вывихе головки ПК кзади, хороший результат дал метод по Джанелидзе.

Вправления, которые не удалось достичь с помощью консервативного метода лечения, вправляются оперативным путем различными пластинами.

Заключение: При перелома-вывихах проксимального отдела ПК, исходя из состояния каждого больного, вида перелома частей и смещения выбираются альтернативные процедуры лечения. Благодаря этому достигают хороших результатов и предотвращается развитие осложнений.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Тилляшайхов М.Н<sup>1</sup>. Юсупов Ш.Х<sup>1</sup>. Жуманиёзов .М.М<sup>2</sup>.  
РСНПМЦО И Р МЗ РУз<sup>1</sup>. Ташкентская Медицинская Академия<sup>2</sup>

Цель исследования: анализ результатов различных радикальных хирургических вмешательств при лечении инвазивной формы рака мочевого пузыря.

Материалы и методы: Изучены истории болезней 65 больных раком мочевого пузыря в стадии T2-4aYo-1Mo, получивших лечение в онкоурологическом отделении РСНПМЦО и Р и отделении онкоурологии РСНПМЦ и Р Ташкентского городского филиала с 2016 по 2017 гг. Средний возраст больных составил 45-75 лет (61+5). Больные, включенные в исследование имели ряд осложнений и сопутствующих заболеваний, которые делали невозможным длительно протекающие травматичные оперативные вмешательства. В связи, с чем включенные в исследование больные подвергнуты оперативному лечению- радикальная цистэктомия с двусторонней уретерокутанеостомией. Контрольную группу (группа I) составили 30 (46,2%) больных, которым радикальная цистэктомия выполнялась лапаротомным доступом. Основную группу составили 35 (53,8%) (группа II) больных, которым цистэктомия выполнена экстраперитонеальным доступом- сохраняя целостность брюшины. Из анамнеза 93% из контрольной и 90% из основной имели гематурию, 33,3% и 45,7% дизурические явления (рези, никтурию, прерывистое мочеиспускание), 66,6% и 54,3% боли в надлобковой области. 5(16,6%) больных из I и 6(17,1%) больных из II основной имели уретерогидронефроз различной степени.

Результаты: Средняя продолжительность операции в I группе составила 2:35± 5мин, во II 2:25±6мин. Послеоперационные осложнения в виде нагноение операционной раны в I составил 3(10%) больных, во II 2(5,7%), кровотечение в последствие перитонит в I группе составил 1(3,3%) больных, во второй нет. Парез кишечника наблюдался у 4(13,3%) в I группе, во II не отмечен. Спаечный процесс в раннем и позднем послеоперационном периоде развился в 1(3,3%) случае в I и ни в одном случае во II. В послеоперационный период среднее время пребывания в стационаре составил в I - 12 дней, во II- 9 дней соответственно.

Выводы: Радикальная цистэктомия внебрюшинным доступом по длительности менее продолжительна относительно цистэктомии лапаротомным доступом. Экстраперитонеальная радикальная цистэктомия является методом выбора при раке мочевого пузыря с деривацией мочи через уретерокутанеостому. При экстраперитонеальном доступе отмечается снижение рисков и осложнений связанных с вмешательствами в брюшной полости.

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Султанов Д.Д., Кузиев Ф.Х., Джаборов Х.А., Солиев О.Ф., Юнусов Х.А.  
РСНПМЦО И Р МЗ РУз<sup>1</sup>. Ташкентская Медицинская Академия<sup>2</sup>

Цель исследования. Оптимизация методов хирургического лечения больных с острым тромбозом артерий нижних конечностей.

Материал и методы исследования. За последние 4 года (с 2013 по 2017 гг.) в отделении сосудистой хирургии ГУ РНЦССХ находились на лечении 42 пациентов с острым тромбозом артерий нижних конечностей в возрасте от 18 до 75 лет (мужчин- 18, женщин-24). Тромбоз магистральных артерий конечностей установлен у 42 (100%), больных. В первые 12 часов от момента заболевания поступили 10 больных, остальные больные (n=32) обратились в сроки от 24 до 72 часов, что составляет 80% от всего числа поступивших больных. Лишь 14 больных получили квалифицированную помощь в первые часы от момента заболевания. Острая ишемия I и II А-Б степени установлена у 28 (68%) пациентов, ишемия III степени установлена у 14 (32%) больных. У большинства больных были сопутствующие заболевания, отягчающие течение основного заболевания.

Результаты и их обсуждение. При острой ишемии IIА-IIIА-Б степеней на почве тромбоза, (7 больным) произведена экстренная ангиография с последующей тромбэктомией и реконструкцией пораженного сосуда. В 13 случаях при неудовлетворительном дистальном русле выполнена тромбэмболектомия с наложением артериовенозной фистулы между подколенной артерией и веной. В 2 случаях тромбэмболектомия дополнена симпатэктомией шейно- грудного отдела, в 6 – в поясничной области, в 4 случаях больным выполнена повторная тромбэктомия. Первичная ампутация нижних

конечностей (н/к) выполнена 5 больным с декомпенсацией кровообращения, а ампутация после реконструкции – двоим больным.

Диагностические и тактические ошибки при лечении больных с тромбозом периферических сосудов допущены у 4,8% больных.

Выводы: Результаты хирургического лечения больных с тромбозом зависят от давности заболевания, степени острой ишемии и сопутствующих заболеваний

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

Хамроева Д.М., Собирова Г.Н., Высогорцева О.Н.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение: Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) - является распространённым хроническим заболеванием, объединяющим клинико-морфологические изменения в печени: стеатоз, неалкогольный стеатогепатит, фиброз и цирроз. НАЖБП тесно ассоциирована с ожирением, особенно абдоминальным, и метаболическим синдромом, что повышает риск и отражается на заболеваемости, прогнозе и продолжительности жизни больных.

Распространенность НАЖБП составляет 20-30% взрослого населения западных стран (Е.А. Черкашина, Л.В.Петренко, А.Ю.Евстигнеева, 2014 г). На официальном сайте Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отмечено, что в 2014 г. в мире имели избыточную массу тела более 1,9 млрд взрослых, а более 600 млн страдают ожирением. К настоящему времени свыше 1/3 взрослых в мире имеют избыточную массу тела-36,9 % мужчин и 38% женщин, а каждый десятый в мире страдает ожирением (ИМТ>30кг/м<sup>2</sup>). К основным факторам риску развития НАЖБП отнесены: ИМТ>27 кг/м<sup>2</sup>, ожирение, СД, гиперхолестеринемия. Факторы риска выявлены у 92 % пациентов с НАЖБП (Д.И.Трухани, Д.С.Иванова, 2016 г). Данная патология чрезвычайно актуально и для Узбекистана.

Целью наших исследований явилось: оценка функционального состояния гепатобилиарной системы больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы: В исследование было включено 40 больных (17 мужчин, 23 женщина) с НАЖБП, средний возраст которых составлял 39,6+10,67 с индексом массы тела 25,0-34,9. Из них у 28 пациентов отмечался стеатогепатоз (СГ), а у 12 неалкогольный статогепатит (НАСГ). Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование печени с определением косоугольного вертикального размера печени, плотности паренхимы, состояния печеночных желчных протоков и сосудистого рисунка и проба с «желчегонным завтраком».

Результаты исследований: При анализе предъявляемых жалоб пациентами с НАЖБП (n=40) было установлено, что наиболее часто их беспокоили дискомфорт и боли в области правого подреберья (65%), общая слабость (60%) и повышенная утомляемость (40%), треть пациентов не предъявляли жалоб. Анализ данных ультразвуковых исследований печени у 40 пациентов с НАЖБП выявил наличие признаков повышенной эхогенности (100%), снижение сосудистого рисунка (35 % больных). Не было выявлено значимых различий в структуре предъявляемых жалоб и в ультразвуковой картине в группах СГ и НАСГ.

Как показал наши исследования, у большинства больных отмечались явления дискинезии желчного пузыря по гипомоторному типу. Это сопровождалось чувством тяжести в правом подреберье различной степени интенсивности. При оценке объема и периметра желчного пузыря пробой с «желчегонным завтраком», у больных с НАЖБП отмечается достоверное снижение сократительной способности желчного пузыря по сравнению со здоровыми лицами.

Выводы: Таким образом, у большинства больных с НАЖБП отмечались явления дискинезии желчного пузыря по гипомоторному типу, сопровождающиеся чувством тяжести в правом подреберье различной степени интенсивности.

## **ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Шек А.Б., Даминова Л.Т., Кодиров Ш.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз.*

Являясь одним из распространенных заболеваний язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) относится к числу сложных проблем современной гастроэнтерологии и кардиологии. Современные концепции патогенеза заболевания рассматривая основные механизмы развития язвенной болезни выделяют нарушение между факторами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Из множества известных факторов, угнетающих резистентность слизистой оболочки желудка и ДПК на первый план, выступает состояние местного кровообращения, которое в большей степени зависит от функциональной деятельности сердца и периферических сосудов. Исследователи, устанавливая ведущую роль в патогенезе ЯБЖ и ДПК, отдают предпочтение ишемии и микроциркуляторным нарушениям гастроудоденальной слизистой оболочки, которые вызывают обратную диффузию H<sup>+</sup>, ацидозу, истощению буферных систем, гибели и нарушению регенерации клеток эпителия. Немаловажную роль играют и факторы приема различных препаратов (клопидогрел, кардиомагнил, варфарин, тиклопидин, гепарин, аспирин) провоцирующие формирование и развитие язв. Антитромботические препараты, изменяющие гемореологические свойства крови, являясь необходимыми в лечении ишемической болезни сердца (ИБС), все же обладают и определенными отрицательными свойствами (внутренне и наружные кровотечения). Трагичность желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с ИБС заключается в том, что проводимая им гемостатическая терапия ухудшает реологию крови, способствуя тромбообразованию, что крайне нежелательно для этой категории больных

Целью исследования явилось установление частоты развития язв желудка и ДПК у пациентов с ИБС.

Материалы и методы. В исследование были включены 148 (средний возраст 60,13±0,75) больных с ИБС напряженной стенокардия III-IV функционального класса (ФК). Помимо общеклинических методов исследования изучены пока-

затели ЭКГ, суточного Холтеровского мониторинга ЭКГ, ЭхоКГ. Эзофагогастроуденоскопическое (ЭФГДС) исследование проведено аппаратом PENTAX 5000 и FUJINON 2500 (Япония).

Результаты и обсуждение. Согласно проведенному анализу из общего количества пациентов (148) наличие ЯБЖ и ДПК в анамнезе установлен у 81 (54,7%) больного. Среди сопутствующих заболеваний отмечены: дислипидемия у 34 (22,97%), остеохондроз у 36 (24,32%), сахарный диабет у 23 (15,5%) пациентов. Из общего числа обследованных антиагрегантную терапию клопидогрелом получали 73 (49,32%), кардиомагнил - 86 (58,1%), аспирин - 16 (10,81%); антикоагулянтная терапия осуществлялась варфарином - у 4 (2,7%), гепарином - у 14 (9,45%). Рассматривая комбинации принимаемых препаратов можно отметить, что монотерапию антиагрегантными препаратами получали 31 (20,94%), комбинацию из двух препаратов - 60 (40,54%) и трех препаратов - 14 (9,46%) пациентов.

Из выявленных патологий сердечно-сосудистой системы отмечено нарушение ритма сердечной деятельности у 24 (16,21%), проявления ИБС без перенесенного инфаркта миокарда у 38 (25,67%), ИБС с постинфарктным кардиосклерозом у 62 (41,89%), перенесенный острый инфаркт миокарда у 8 (5,4%), пороки сердца выявлены у 8 (5,4%), гипертоническая болезнь у 96 (64,86%).

Единичные язвы желудка при осуществлении эзофагогастроуденоскопии установлены у 26 (17,56%) из которых в кардиальном 3 (11,5%), антральном 19 (73%) и пилорическом 6 (23,07%) отделах. Множественные язвы желудка при осуществлении эзофагогастроуденоскопии установлены - у 77 (52,02%) обследованных, среди которых в кардиальном 12 (15,58%), антральном 68 (88,3%) и пилорическом 64 (83,11%) отделах. Эрозии и язвы ДПК в единичных вариантах установлены у 32 (21,62%), тогда как множественные - у 11 (7,4%) пациента. В свою очередь данные находки в бульбарном отделе ДПК выявлены у 41 (27,7%), в постбульбарном - у 2 (1,35%). Осложненная форма язв желудка и 12 п.к по Форресту 1в выявлено из общего количества больных у 1 (0,67%), Форресту 2в - у 17 (11,48%), Форресту 2с - у 24 (16,21%), Форресту 3 - у 1 (0,67%).

Закключение. На основании проведенных исследований можно заметить, что антральный отдел желудка у пациентов с ИБС является наиболее поражаемым участком, где образуются эрозии и язвы, формирующиеся на фоне нарушений локального кровообращения. В свою очередь именно бульбарный отдел ДПК является наиболее частым местом формирования эрозий и язв. У пациентов с ИБС наиболее частым осложнением ЯБЖ и ДПК являются кровотечения по Форресту 2с.

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Кодиров Ш.С., Даминава Л.Т., Шек А.Б.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз. Ташкентский государственный стоматологический институт*

Болевой синдром гастродуоденальной зоны (ГДЗ) при язвенных поражениях желудка и ДПК у пациентов с ИБС является одним из наиболее важных аспектов лечения. Именно воспалительно-атрофические изменения (ВАИ) ГДЗ являются наиболее распространенными экстракардиальными патологическими процессами, сопутствующие сердечной недостаточности. Современные исследования связывают формирование ВАИ ГДЗ при хронической сердечной недостаточности (ХСН) с влиянием целого ряда патологических реакций, среди которых отмечают нарушения конечного кровотока на фоне правожелудочковой недостаточности, изменениями желудочной секреции и моторики, сопутствующим атеросклеротическим процессом в системе верхней брыжеечной и селезеночной артерий, кантоминацией слизистой оболочки *Helicobacter pylori*.

Особенностью течения гастродуоденальных болей при язвах желудка и 12 п кишки, у больных с ИБС, является изменения секреторной и кислотообразующей функции желудка (17,1%), обсеменность хеликобактерной инфекцией (50%), болевым синдромом (50%), диспептическим синдромом (34%).

Цель исследования. Установить зависимость характер гастродуоденальных болей от локализации, размеров язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Исследование проведено у 148 больных (106 мужчин и 42 женщин) с ИБС напряженной стенокардией функционального класса (ФК) III-IV. Помимо общеклинических методов исследований, проведено ЭКГ, ЭхоКГ, ЭФГДС, суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ. Лабораторные методы исследований включали анализ результатов выявления *Helicobacter pylori*, кал на скрытую кровь, коагулограмму.

Результаты и обсуждение. У рассматриваемых пациентов (с ИБС) выявлялись характерные боли в области сердца грудной клетки с иррадиацией в левое плечо и лопаточной область. Данный болевой фактор был обусловлен ишемическим поражением коронарного сосудов, миокарда, перикарда. Длительное применение антикоагулянтов, антиагрегантов позволяло уменьшить указанный болевой синдром, в то время как развивался еще один из ведущих факторов риска - гастродуоденальные поражения слизистой оболочки желудка и ДПК, отличительным признаком которых были характерные боли в эпигастриальной области, в правом подреберье, протекающие на фоне диспептических симптомов, а ряды случаев - желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК).

Анализ исследований выявил характерные боли при язвенном поражении желудка, локализующийся в эпигастриальной области (25,67%) и диспептические симптомы (изжоги, вздутия живота, тошноты, отрыжки) (29,73%). Для язвенного поражения ДПК характерны ночные и голодные боли в эпигастрии иногда в правом подреберье (24,38%) и диспептические симптомы (изжоги, вздутия живота, тошноты, отрыжки) (27,63%). У 50 больных (33,78%) симптомы эпигастриальных болей отсутствовали.

С целью снижения интенсивности гастродуоденальной боли применялись ингибиторы протонной (ИПП) помпы (пантопразол, омепразол, рабепразол), антациды (пепсан р, алмагель) и мукоген. По показаниям, перед коронарографией, больным было проведено ЭФГДС, клиническая картина которая свидетельствовала о наличии эрозий и язв в различных отделах желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) формирующие болевой синдром.



Рассматривая частоту язвенного процесса, язвы желудка у мужчин выявлены в 48,64%, у женщин – в 22,9%, причем единичные язвы желудка установлены у 34,45%, множественные у 52% пациентов. В свою очередь язвы ДПК встречались у мужчин в 20,27%, у женщин – в 10,81%, единичные язвы ДПК выявлены у 21,62%, множественные – у 7,4% больных. Размеры язв, влияющие на интенсивность болей, определяемые ЭФГДС, были следующими: до 1 см установлено у 64,86% больных, от 1,0 до 1,5 см – у 16,21%, от 1,6- до 2,0 см – у 2%. Размеры язв ДПК определены до 1 см у 12,1%, от 1,0 до 1,5 см – у 6,08%, от 1,6-2,0 см – у 1,35%.

Соответственно размерам язв желудка и ДПК интенсивность болей была различна (ночные, голодные, длительные, ноющие), поддающийся плановому лечению ИПП и антацидам.

Выводы. Установлена прямо пропорциональная зависимость характера гастродуоденальных болей от локализации, размеров язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ишемической болезнью сердца. Немаловажную роль играет также расположение язв и эрозий. Наиболее эффективным лечением является применение противоязвенной и эрадикационной терапии.

## **МИНИИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА У ДЕТЕЙ**

Тиялков А.А., Ишкабулов Р.Ж., Тиялков А.Б.

*Самаркандский филиал Республиканского научного Центра*

Актуальность. Перелом шейки бедренной кости у детей составляют 16,6% от общего числа пострадавших госпитализированных по поводу повреждений различных отделов скелета. Переломы шейки бедренной кости составляют 0,5% общего числа всех переломов у детей. При классическом подходе лечение проводится в основном консервативным путем, вытяжением, при помощи лейкопластырного или скелетного вытяжения. Срок скелетного вытяжения длительный – 1,0 – 1,5 месяцев.

Цель. Улучшить результаты лечения переломов шейки бедра с помощью применения методики перкутанного остеосинтеза.

Пациенты. За 2009-2017 гг. под нашим наблюдением находилось 62 ребенка с переломом шейки бедра в возрасте от 5 до 17 лет. У 80,8% детей травма возникла в быту у 19,2% в результате дорожно-транспортного происшествия. 21 больного лечили лейкопластырным, скелетным вытяжением по обще- принятой методике. У 41 ребенка лечение проводилось оперативным путем. Больных распределяли на 2 группы. 1 – группа - открытое сопоставление костных отломков, у 3 детей фиксацией спицами; у 2 больных, компрессирующими винтами. Данный способ показан у больных с застарелыми переломами. 2 – группа - перкутанный остеосинтез (3,4 спицы) шейки бедра, с последующей гипсовой иммобилизацией.

Результаты лечения. Примененная нами методика перкутанного остеосинтеза позволила у 36 детей спицами стабильно удерживать костные отломки до их сращения. Осложнений процесса заживления перелома не наблюдали. Спицы в кости детьми переносились хорошо. Длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 10-12 дней.

Заключение. Таким образом, закрытый перкутанный остеосинтез переломов шейки бедра предусматривает репозицию костных отломков с помощью проведение чрескожно тонких атравматичных фиксаторов (спиц), которые щадят детской кости, а также зоны роста эпифиза бедра.

## **THE USE OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION**

Turakhonov A., Mamadaliev J., Faysullaev O., Mavlyanov F. Sh.

*Samarkand branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine*

The purpose of this study: To improve the results of treatment of patients with adhesive intestinal obstruction, to reduce the frequency of its recurrence.

Material and Methods: The experience of treatment of 1988 patients aged from 18 to 87 years old with acute intestinal obstruction who were admitted to Samarkand branch of Republican Research Center of Emergency Medicine in 2013-2017 was analyzed. Of these, women - 893 (44.9%), men - 1096 (55.1%).

The duration of the disease ranged from several hours to 4 days. From the anamnesis, 126 patients have not been operated previously, after a previous appendectomy 605 patients were admitted, after cholecystectomy-117, after stomach resection-53, after surgery of abdominal injuries-296, after previous surgery of intestinal obstruction-579, after gynecological operations -212. Of 1988 patients admitted with the clinical picture of acute intestinal obstruction, 1303 patients underwent one operation in anamnesis, 263 patients - two operations, 231 - three operations, 65 - four and more.

All admitted patients underwent general clinical examination, ultrasound and fluoroscopy of the abdominal cavity, passage of contrast along the gastrointestinal tract, and, if necessary, colonoscopy or irrigology, were performed. As a result of the conducted conservative therapy, 1001 patients were discharged for treatment at home after the relief of signs of acute intestinal obstruction,

Results: 987 patients were operated. Laparotomy with adhesiolysis of 539 patients, laparoscopy with adhesiolysis in 114, laparotomy with bowel resection and the imposition of an interintestinal anastomosis in 246, laparotomy with resection of the intestine and removal of intestinal fistula in 88 patients were performed.

Single adhesions in 399 patients, multiple adhesions in 549 and a shell-clad stomach in 39 were detected during the surgery. Patients were selected for laparoscopic operations according to the following criteria: no more than 2 postoperative scars; the presence of a free echogenic zone.

After laparotomy with adhesiolysis, relapse of adhesive intestinal obstruction was observed in 129 cases (23.9%), after laparoscopy with adhesiolysis in 3 patients (2.6%). The average duration of treatment of patients after laparoscopic adhesiolysis is 4.4 bed-days, after open surgery 9.2 bed-days.

Conclusion: the use of laparoscopic intervention in patients with acute adhesive intestinal obstruction contributes to the early revitalization of patients and the appearance of intestinal motility, which contributes to the reduction of hospital days, and careful selection of patients for laparoscopic interventions with an acute intestinal obstruction increases the effectiveness of surgical treatment.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Турижанов У.Ж., Рахимзода Т.Э., Агзамов Р.В., Рахматалиев С., Ирназаров А.А.

*Ташкентская медицинская академия*

Цель исследования. Оценка непосредственных и отдаленных результатов различных способов хирургического лечения варикоцеле.

Материал и методы. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 160 пациентов за период с 2015 по 2019г. Возраст больных варьировал от 18 до 30 лет (в среднем 21,9±2). По виду хирургической коррекции сформированы 2 группы: 1-группа - 34 (21,2 %) больных после операции Мармара, 2-группа – 126 (78,8%) пациентов, которым выполнена лапароскопическое иссечение варикоцеле.

У 122 (76,3%) пациентов выявлен I тип (реносперматический) варикоцеле по Coolsaet, у 28 (17,5%) - II тип (илеосперматический), у 10 (6,2%) - III тип (смешанный). Бесплодием страдали 35 (21,9%) пациента. Кроме этого, у 12 больных сопутствующим паховыми грыжами были произведены симультанные операции – Лапароскопическая герниопластика и варикоцелэктомия. У 119 (74,4%) больных выявлено II степень варикоцеле, у 41 (25,6%) – III степень. Двустороннее варикоцеле было выявлено у 52 (32,5 %) больных.

Результаты. Период наблюдения составил от 3 до 48 месяцев (в среднем 12±2,8 мес.). В раннем послеоперационном периоде клиническое улучшение в виде уменьшения болевого синдрома, распираания и чувство тяжести в области мошонки отмечалась у всех (100%) больных. Рецидив варикоцеле у больных 1-группы не выявлено, но у 2 (5,8%) пациентов развилась водянка. У больных 2-группы рецидив заболевания выявлен у 6 (4,7%) больных, водянка мошонки не наблюдалась. Патоспермия выявлено у 46 (28,7 %) больных: в 1-группе у 9 (26,4%), во 2-группе у 45 (35,7%) пациентов. После хирургического и консервативного лечения во всех группах отмечена общая тенденция изменений показателей спермограммы (улучшение во всех составляющих показателей).

Выводы. Лапароскопическое иссечение варикоцеле показана при реносперматическом типе рефлюкса и при двусторонних поражениях, также при необходимости выполнения симультанных операций. При этом риск развития послеоперационной водянки снижается с 5,8% до 0%. При смешанном и илеосперматическом типе рефлюкса операцией выбора считается - операция Мармара, которая позволяет снизить частоту рецидивов с 4,7% до 0%. Важным моментом при выборе вида операции считается достоверное определение типа рефлюкса с использованием различных проб определяемых дуплексным исследованием.

## ФЛЕБОТРОМБОЗ И ТРОМБОФЛЕБИТ ПОДКОЖНЫХ ВЕН – ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Турсунов Саиджалол Адхамжонович

*Российский Университет Дружбы Народов*

Введение. Известно, что восходящие тромбофлебиты в системах большой и малой подкожных вен являются причиной до 3 % от всех тромбозов глубоких вен. При этом в экстренной практике сосудистой хирургии остаются спорными и до конца не решенными вопросы диагностики и лечения этой патологии.

Цель. Изучение вопросов подбора адекватного лечения на госпитальном этапе, применения современных методов диагностики, рассмотрение наиболее частых диагностических ошибок и их причины. Разработка алгоритма действий и лечебной тактики при флеботромбозах и тромбофлебитах

Методы. Ретроспективный анализ клинических случаев 40 пациентов с диагнозом тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей на базе Городской клинической больницы № 2 города Москвы.

Результат. Ежегодно в приемное отделение Городской клинической больницы № 2 из поликлиник и различных лечебных учреждений города Москвы доставляется до 40 пациентов с диагнозом тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей. После осмотра ангиохирургом и ультразвукового обследования в отделение сосудистой хирургии госпитализируется от 20 до 25 пациентов. Наиболее частой диагностической ошибкой, по причине схожей клинической картины, является рожистое воспаление нижних конечностей. Преобладающей причиной, приводящей к тромбозу и тромбофлебиту подкожных вен, являлась варикозная болезнь с выраженными нарушениями венозного оттока и грубыми морфологическими изменениями в стенках вен. В единичных случаях этиологическим фактором для развития венозного тромбоза стали онкологические заболевания, травмы нижних конечностей, длительные оперативные вмешательства с использованием миорелаксантов, различные дерматиты кожи либо тромбофилические состояния. В большинстве случаев в воспалительный процесс вовлекалась система большой подкожной вены, а случаи тромбоза малой подкожной вены были единичными. Возраст пациентов колебался от 38 до 71 года, из них 48 % всех пациентов были все же старше 55 лет. Среди общего числа поступивших женщины детородного возраста составили 11 %. Как правило пациенты крайне редко поступают в течение первых суток после проявления первых клинических проявлений. В срок от 2 до 5 суток (наиболее благоприятный для операции) поступило 50 %. От 5 до 10 суток — до 28 %, и в более поздние сроки — оставшиеся 22 %. Клиническая картина характеризовалась как общими признаками, так и местными признаками: гиперемия по ходу тромбированных вен, уплотнение по ходу подкожных вен, боль в месте уплотнения при пальпации или без нее, уплотнение мягких тканей вокруг вен. В случаях выраженного варикозного расширения вен и отсутствии адекватного и своевременного медикаментозного лечения требовалось всего несколько суток для распространения тромбоза до сафено-фemorального или сафено-поплитеального соустья с последующим формированием рыхлого флотурирующего тромба. В период с сентября 2018 года по февраль 2019 года в отделении сосудистой хирургии были прооперированы в срочном порядке 37 пациентов. Большинство операций были выполнены под местным обезболиванием. 20 больным была выполнена тромбэктомия из устья большой подкожной вены и удален рыхлый тромб, переходящий на бедренную вену. Неоднократно интраоперационно подтверждалось, что уровень тромбоза ствола подкожных вен всегда оказывался значительно выше (на 10–12 см) определяемого до операции визуально и пальпаторно. Клинически до-

становлено, что достоверно установленные случаи мелкоочаговой тромбозной легочной артерии после таких операций были единичными. Случаев массивной тромбозной легочной артерии после этих операций не отмечалось. Большинству больных в послеоперационном периоде проводилось комплексное медикаментозное лечение, включая использование низкомолекулярных гепаринов, и назначался активный двигательный режим.

Выводы.

1. Доля диагностических ошибок на догоспитальном этапе составляет до 50 %, что обуславливает дальнейшие тактические и лечебные ошибки.
2. Наиболее информативным видом обследования в процессе диагностики следует считать ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей.
3. Только медикаментозным лечением, без риска, следует ограничиваться в случаях тромбозов в системе поверхностных вен нижних конечностей.
4. Оперативное лечение необходимо считать единственно эффективным способом профилактики тромбоза глубоких вен только при условии достоверной диагностики тромбоза ствола большой или малой подкожной вены, достигающего до соустья с системой глубоких вен.
5. В случае диагностики флотирующего тромба общей бедренной или наружной подвздошной вены требуется выполнение стандартного доступа к магистральным венам и выделение их на достаточном протяжении.
6. Полноценная тромбэктомия из устья большой подкожной вены более чем через неделю от начала развития тромбоза чаще всего не удается из-за плотной фиксации тромботических масс к стенкам вены.
7. В случае наличия массивных тромбированных венозных конгломератов на голени и бедре без выраженного перивазального процесса целесообразно либо удалять эти конгломераты сразу, либо через небольшие венотомические отверстия эвакуировать тромботические массы.
8. В случае диагностики тромбоза на уровне устья большой подкожной вены у беременных и в сроки, не превышающие 2–5 суток оперативное лечение производить в срочном порядке.
9. Хирургический этап – это не финал лечения. В обязательном порядке после операции необходимо проводить комплексное медикаментозное лечение, так как иногда упускается из вида недиагностированный тромбоз перфорантных вен, которые тоже могут быть путями для распространения тромбообразования на глубокие вены.

## OPHTHALMIC COMPLICATIONS OF ENDOSCOPIC SINUS SURGERY

Shayhova X.E., Uzokov A.D.

*Tashkent medical academy*

**INTRODUCTION:** Orbital injuries from endoscopic sinus surgery are rare but potentially catastrophic. The most feared complications from sinus surgery include blindness and diplopia. Recent publications note that the rate of orbital complications has decreased when compared with the past, reflecting the use of endoscopes, better technology, and improved training. The sinus surgeon must have mastery over the procedure she or he plans to undertake and be aware of the specific potential for orbital injury given the patient's anatomy and disease. The sinus surgeon must also have expert knowledge of the appropriate and immediate medical and surgical management of orbital complications.

**OBJECTIVE:** The aim of this study was to determine the risk and type of ophthalmic complications among patients operated due to a chronic rhinosinusitis.

**METHODS:** This is a retrospective study of 263 patients who underwent endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis with or without polyps or mucocele. Surgeries were performed under general anesthesia in all cases and consisted of polyps' removal, followed by middle metal antrostomy, partial or complete ethmoidectomy, frontal recess surgery and sphenoid surgery if necessary. The ophthalmic complications were classified according to type, frequency and clinical findings.

**RESULTS:** In our material 32.68% of the patients required revision surgery and only 10.1% had been previously operated in our Department. Overall complications occurred in 8 patients (0.66%). Minor complications were observed in 5 patients (0.3%) with the most frequent being periorbital ecchymosis with or without emphysema. Major complications were observed in one patient (0.06%) and were related to a lacrimal duct injury. Severe complications occurred in 1 cases (0.3%), with 2 cases and referred to a retroorbital hematoma, optic nerve injury (1 cases) and one case of extraocular muscle injury.

**CONCLUSIONS:** Orbital complications of endoscopic nasal surgery are rare. The incidence of serious complications, causing permanent disabilities is less than 0.3%. The most important parameters responsible for complications are extension of the disease, previous endoscopic surgery and coexisting anticoagulant treatment.

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Муратова Н.Д., Умарова Р.Ш.

*Ташкентская Медицинская Академия*

**Введение.** Ожирение – одно из самых социально значимых хронических заболеваний, принявшее масштабы эпидемии, при этом все большее внимание привлекает ожирение беременных. Несмотря на постоянные усовершенствования системы антенатального наблюдения и родовспоможения, число беременных с ожирением в экономически развитых странах достигает 15,5–26,9% и постоянно увеличивается, в связи с чем актуальность этой проблемы приобретает особую значимость. Во время беременности создаются благоприятные условия для развития жировой клетчатки, биологический смысл которой заключается в метаболической защите будущего ребенка. С первых дней беременности начинаются гормональные изменения в организме женщины: повышенный синтез прогестерона, хорионического гонадотропина, пролактина и плацентарного лактогена, стимулирующих отложение жировой ткани в организме.

Цель исследования – изучение влияния избыточной массы тела у женщин на течение и исход беременности и родов, антропометрические показатели новорожденных.

**Методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни беременных женщин, поступивших в ГРК №9. Всем женщинам определяли индекс массы тела (ИМТ) по формуле:  $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$ . За начальные

показатели массы тела принимали массу тела в момент постановки на антенатальный уход. Интерпретация показателей ИМТ:  $\leq 16$  – выраженный дефицит массы тела; 16-18,5 – недостаточная (дефицит) масса тела; 18,5-24,99 – норма; 25-29,99 – избыточная масса тела; степени ожирения: 30-34,99 – I степень; 35-39,99 – II; 40 и более – III.

Результаты. Анализ историй родов обследованных женщин показал, что среди них 8 (27%) женщин были первобеременными и 22 (73%) – повторнобеременными. Анализ индекса массы тела показал, что чаще встречались женщины с I степенью ожирения – 23 беременные (76,6%), реже со II степенью – 20% и одна пациентка с III степенью ожирения (3,3%). Результаты изучения течения беременности и родов у женщин с ожирением показали, что часто наблюдались такие нарушения, как анемия (26,7%), гестационная гипертензия и преэклампсия (33,3%). Обращает на себя внимание исход беременности и родов у данных женщин. Так, нормальные роды без осложнений протекали у 6 (20%) беременных. У 18 (60%) пациенток роды также проходили через естественные родовые пути, но имели следующие осложнения: дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) наблюдался у 23%, разрывы промежности различной степени – у 23%, дефект последа с последующим ручным обследованием полости матки – у 16,6% беременных. Роды путем кесарева сечения закончились у 6 (20%) пациенток, показанием к операции было развитие осложнения – тазово-головной диспропорции. Все дети родились живыми. Изучение антропометрических показателей новорожденных, родившихся от женщин с ожирением, показало, что 10 (33,3%) из них имели повышенную массу тела, в среднем  $3885,3 \pm 87,7$  г (от 3600 до 4000 г), при этом средняя длина тела составляла  $52,3 \pm 0,68$  см; 9 (30%) новорожденных имели показатели крупного плода их масса тела составляла 4000,0 и более грамм. Количество детей с нормальной массой тела при рождении составило 11, что составило 37% от всех новорожденных.

Выводы. Ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является неблагоприятным фоном для развития и течения беременности, а также оказывает негативное влияние на исход родов. Это влечёт за собой не столько медицинские, но в большей степени экономические проблемы, которые связаны с увеличением частоты оперативного родоразрешения, увеличением расходов на медикаментозную терапию, и приводит к более длительному пребыванию пациентки в акушерском стационаре. Таким образом, женщинам с избыточным весом необходимо корректировать рацион питания для снижения рисков развития неблагоприятных перинатальных исходов.

## **ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗ НА ШЕЕ ПРИ ХИРУРГИИ РАКЕ ПИЩЕВОДА**

Нуржабов А.И.<sup>2</sup>, Умирзаков А.Ш.<sup>2</sup>, Расулов А.Э.<sup>1</sup>

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. На сегодняшний день общепринятым подходом к лечению больных раком пищевода является хирургический. Среди различных операций, выполняемых на пищеводе, основное место занимает его резекция с последующей пластикой, при которой для замещения удаленного пищевода используется сформированный из желудка трансплантат.

Цель: улучшение результатов лечения больных, перенесших экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой стелем из большой кривизны желудка и наложением ЭГА на шее.

Материалы и методы. В исследовании изучены данные результатов лечения 45 больных раком пищевода. Распределение больных по полу выглядело следующим образом: 32 (77,5%) мужчины и 13 (22,5%) женщин. По локализации: у 58% больных опухоль локализовалась в средней трети пищевода, у 33,1% в нижней трети и у 2,85% в верхней трети. 41 больным была произведена экстирпация пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой стелем из большой кривизны желудка и формированием ЭГА на шее.

Результаты. Из 41 больных у 7 (17,07%) была отмечена несостоятельность ЭГА на шее. У 26 (63,4%) больных, оперированных ранее без внедрения данного способа улучшения васкуляризации стенки пищевода, нижняя левая щитовидная артерия пересекалась в процессе мобилизации шейной части пищевода. Операция проводилась по стандартной методике. Несостоятельность шейного анастомоза развилась в данной группе у 8 (30,7%) больных. У 15 (36,5%) больных из 41 наложение ЭГА выполнили без пересечения нижних щитовидных артерий с целью сохранения адекватного кровотока в стенке пищевода. Несостоятельность ЭГА была отмечена в данной группе лишь у 2 (13,4%) больных. ( $P < 0,05$ )

Выводы: Сохранение нижних щитовидных артерий и, как следствие, адекватный кровоток в шейном отделе пищевода достоверно снижают количество несостоятельности ЭГА почти в три раза. Применение новой методики формирования ЭГА без пересечения нижних щитовидных артерий значительно уменьшает количество таких осложнений в послеоперационном периоде, как свищи и стриктуры ЭГА.

## **НАЛОЖЕНИЕ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ КЛАПАННОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗА НА ШЕЕ «КОНЕЦ В БОК» ПРИ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТРАНСХИАТАЛЬНОЙ ЭЗОФАГЭКТОМИИ**

Умирзаков А.Ш.<sup>2</sup>, Нуржабов А.И.<sup>2</sup>, Расулов А.Э.<sup>1</sup>

*Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность. Своевременная и адекватная коррекция белково-энергетической недостаточности у больных раком пищевода позволяет снизить риск оперативного вмешательства и возникновения таких осложнений, как недостаточность анастомозов, пневмония, нагноение кожных ран, медиастинит и сепсис. В этой ситуации огромное значение приобретает проблема компенсации различных обменных нарушений, разработка рациональных и эффективных методов дополнительного питания. Нутритивная поддержка рассматривается как один из важных компонентов интенсивной терапии раннего послеоперационного периода при реконструктивно-восстановительных операциях по поводу рака пищевода.

Цель. Изучить и оценить эффективность антирефлюксной клапанной эзофагогастроанастомоза (ЭГА) на шее «конец в бок».

Материалы и методы. За период с 2010 г по 2014 г выполнено 80 видеоассистированные трансхиатальные эзофагэктомии (ВАТХЭ) с наложением антирефлюксной клапанной эзофагогастроанастомоза (ЭГА) на шее «конец в бок». Мужчин было 52 (65%), женщин – 28 (35%). Возраст больных колебался от 35 до 70 лет, средний возраст составил –

52,6 лет. Степень дисфагии: I – 5(6,25%), II – 28(35%), III – 40(50%) и IV – 7(8,75%). Опухоль локализовалась в СГОП у 54 (67,5%) больных, а в НГОП у 26 (32,5%). Распределение больных по стадиям опухоли: IIa,b – 63 (78,75%), III – 17 (21,25%). Техника операции: этап мобилизации пищевода и медиастинальной лимфодиссекции во время ТХЭ осуществляется с применением видеоассистирования, эндохирургического инструментария (телескоп, эндодиссектор, эндожницы и др., вводятся через диафрагмотомное отверстие) и эндоскопической техники оперирования – выделение пищевода, лимфодиссекция, тщательный гемо- и лимфостаз осуществляется под эндовизуальным контролем. Остальные этапы ТХЭ осуществлялись по общепринятой технике с наложением ЭГА на шею по нашей методике через минигастростомное отверстие (на верхушке гастротрансплантата) на шею проводился гастроеюнальный двухпросветный зонд (в обход анастомоза), проксимальный конец которого выводился через контрапертуры на коже и фиксировался на шею.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 301,5 мин. Средняя продолжительность мобилизации пищевода с учетом типа операции ВАТХЭ данный показатель составил 40,1 мин. Интраоперационная кровопотеря составила около 407,5мл. У 9 (11,25%) больных отмечена недлительная лимфогея из средостения, которая ликвидировалась самостоятельно в период с 3 до 9 суток. Эмпиема плевры выявлена только у 1 больного (1,25%), послеоперационная пневмония – у 2,4% больных, что связано с отсутствием широкой торакотомии, (а также отсутствия назогастроэнтерального зонда в случаях наложения ЭГА на шею по нашей модификации). Каких либо серьезных осложнений, связанных с техникой наложения антирефлюксного ЭГА на шею мы не выявили. Показатели НША уменьшились с 10,2% до 2,8% по сравнению с традиционным, рефлюкс эзофагита с 32,5% до 1,4%, рубцовой стриктуры анастомоза с 19,6% до 2,2%. (p<0.05)

Выводы. Наложение антирефлюксного ЭГА на шею по предложенной нами методике, позволяет практически избежать НША, свести до минимума частоту стенозов, избежать в отдаленном периоде выраженного желудочно - пищеводного рефлюкса за счет создания клапанного механизма.

### EXPERIENCE OF APPLICATION OF EXTENDED RESERVATIONS FOR BILOBAR LESIONS OF LIVER CANCER

Urunov O.I., Ergashev I.U., Khaitov D.H., Abdusattorov R.A.,  
Tursunova N.I., Adylkhodzhaev A.A.

*Tashkent Medical Academy*

Relevance of the topic. According to WHO (2014), there is an increase in the incidence of primary liver cancer, which is mainly due to the wide spread of viral hepatitis. The bulk of the contingents of primary liver cancer (about 80%) is detected at stage III-IV, which is due to the hidden course of the clinic at the initial stage of the disease. The only radical treatment is surgical. This situation necessitates the use of aggressive surgical interventions, such as advanced liver resections. According to the 2000 IHPBA classification of Brisbane, the term extended liver resection refers to standard hemihepatectomy and additional resection of several segments of the liver. According to the literature, with various extensive liver lesions, the volume of the maximum removable part of the liver should not exceed more than 80% of the total mass of the liver.

Purpose. To study the indications and evaluate the effectiveness of extended resections for bilobar lesion in patients with liver cancer.

Material and methods. For the period of 2016 and 2018 In the abdominal department of the RSNPMTSOR, extensive liver resections were performed in 10 patients with bilobar liver cancer. Among them: right-sided extended resection in 3, left-sided extended resection in 2, paramedian resection with removal of the VI segment in 3, paralterectomy of the liver with removal of the V segment in 1, preservation of isolated segments in both lobes of the liver in 1 patient. With extended resection, the number of segments removed was from 5 to 6 segments of the liver. In this table the concept of hemihepatectomy I segment is not decisive because of its small size. The selection of this category of patients was carried out among those who previously considered the process unresectable and sent them to palliative chemotherapy or symptomatic treatment. It should be noted that the preserved part of the liver parenchyma, both visually and functionally, must be free of pathological abnormalities and correspond to the liver volume adequate for vital activity. In our opinion, paramedian and paralateral liver resection, supplemented with resection in one segment, is considered eligible for inclusion in the extended resection group. Paral lesions are extremely rare but, nevertheless, in one case the main focus was located in the right lobe, and solitary metastasis in the II-III segments of the liver. The preservation of isolated segments in both lobes of the liver was carried out with a deficiency of the liver mass on one side. When studying the immediate results, the most common postoperative complications were liver failure of varying degrees, which was accompanied by the appearance of mild yellowness, ascites, deviations of clinical and biochemical analyzes. In the postoperative period, varying degrees of liver failure were observed in 50% (in 5 out of 10) patients. Combined complications were observed in 4 patients. Only in one case developed severe degree of liver failure, which was fatal from hepatic coma. In addition, it should be noted that in these patients in the postoperative period the accumulation of fluid in the pleural cavities occurs in almost all. In the literature, some authors refer to pleural exudate as a complication, while others do not. This phenomenon is natural, but not a complication. Other complications, such as short-term release of bile from the drainage tube, ascites, pancreatitis, etc. were easily eliminated by conservative measures. Long-term results were not studied due to the short observation period and the small number of patients. During the observation period from 6 months to one year for 4 patients metastasis or continued tumor growth was not observed.

Conclusion. The increase in the incidence of primary liver cancer with a consistent increase in the number of neglected cases requires extensive use of extended resections as the only radical method of treating these patients. To further explore the effectiveness of using this method and long-term results, it is necessary to continue research.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Урунов О.И., Эргашев И.У., Хаитов Д.Х., Абдусатторов Р.А.,  
Турсунова Н.И., Адылходжаев А.А.

*Ташкентская Медицинская Академия*

**Введение.** За последнее десятилетие отмечается неуклонный рост частоты периамппулярных опухолей (ПАО). Неразрывная анатомо-функциональная взаимосвязь головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка и терминального отдела холедоха, а также из наиболее общих клинических проявлений опухолевого поражения – механической желтухи (МЖ) – дает основание объединить эти опухоли понятием «периамппулярные». Необходимо отметить, что средняя продолжительность жизни пациентов с опухолями головки поджелудочной железы после появления первых симптомов составляет 6-8 месяцев. При этом, около 30% больных умирают в течение 2-3 месяцев после установления диагноза и только 1% из них доживают до 5 лет.

**Цель исследования.** Определена эффективность усовершенствованного подхода к диагностике и лечению периамппулярных опухолей, осложненных механической желтухой.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 159 пациентов ПАО, осложненными МЖ. Арсенал лечебно-диагностических мероприятий включал УЗИ, МР-панкреатохолангиография, МСКТ -ангиография, антеградные и ретроградные эндобилиарные вмешательства, диагностическую лапароскопию и оперативные вмешательства. Так, этапная чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) выполнена 122 (76,7%) больным. В 37 (23,3%) наблюдениях выполнено эндоскопическое стентирование желчевыводящих путей (ЖВП), в одном случае, из-за неэффективности стентирования, выполнено ЧЧХС. После стабилизации состояния и определения возможности радикального лечения, в 26 (16,4%) случаях выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). В зависимости от способа дренирования протоковой системы, пациенты были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу основной группы вошли 8 пациентов, которым панкреатикодигестивный анастомоз был наложен с внутренним дренированием главного панкреатического протока или же без дренажа. Вторую подгруппу основной группы составили 18 больных, которым выполнено наружное дренирование главного панкреатического протока по предлагаемой методике. Диагностическая лапароскопия произведена 12 (7,5%) больным, причем двум пациентам выполнена конверсия с выполнением ГПДР, в двух наблюдениях были выполнены паллиативные анастомозы, в остальных случаях вмешательства ограничены диагностической лапароскопией. В 21 (13,2%) случаях выполнены паллиативные анастомозы. При этом гепатикоюностомия по Ру выполнена у 9 (45%) больных, 11 (55%) пациентам наложен гепатикоюноанастомоз с гастроэнтероанастомозом. анастомозов не было, 3 (8,3%) больных умерло после ГПДР.

**Результаты.** Анализ результатов хирургического лечения в отдаленном периоде каких-либо достоверных отличий в исследуемых группах не выявил. Проведенная сравнительная оценка показала, что разработанные лечебно-диагностические мероприятия позволили улучшить результаты лечения ПАО, осложненных МЖ, за счет чего отмечено достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности. Это свидетельствует о том, что разработанная лечебно-диагностическая тактика в исследуемых группах приемлема, хотя необходимо продолжить поиск путей улучшения результатов.

**Выводы.** Разработанный способ наружного дренирования главного панкреатического протока при ГПДР позволяет предотвратить попадание панкреатического сока в область ПДА, проводить санацию протоковой системы ПЖЖ, определить дебит панкреатического сока, его качественный состав и прогнозировать риск развития ПФ.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Усманова М.С., Абдуллаева Н.Н.

*Ташкентская Медицинская Академия*

**Цель работы:** Оптимизировать современный подход к лечению детей с папилломатозом гортани.

**Материал и методы исследования:** В клинике LOR Medical Service обследовано 40 детей в возрасте от 3 до 12 лет с папилломатозом гортани. Всем больным проведено клиничко-лабораторное обследование. Иммунологическое и вирусологическое исследования проведены в НИИ иммунологии и аллергологии РУз в динамике лечения.

**Результаты исследования.** После соответствующей подготовки, всем больным, под общим обезболиванием проведено эндоларингеальное удаление папиллом гортани с помощью щипцов и СО2 лазера. Операцию заканчивали обработкой гортани проспидином. В после операционном периоде больные в течение 10 дней получали небулайзер-терапию проспидином, 3 месяца интерферон  $\alpha$  (в дозе от 1,5 до 3 млн МЕ внутримышечно или подкожно), затем при отсутствии рецидива внутрь таблетки амиксина (125 мг) по схеме.

После комплексной терапии, спустя 3-4 недели, у больных наблюдался полное восстановление дыхательной функции отмечено практически у 100% больных, а значительно улучшение голосовой функции зарегистрированы у 90% больных. У 10% детей голос все еще оставался несколько хриплым. Наступление рецидива заболевания отмечено в среднем через 7-9 месяцев у 9%, у 13% через год, у 67% через 1,5 года. В 11% случаев удалось добиться стойкой ремиссии одной операцией и разработанной схемой лечения.

Таким образом, все вышеуказанное свидетельствует о том, что разработанный метод лечения обеспечивает длительный противорецидивный эффект и позволяет рекомендовать его как базисную терапию папилломатоза гортани у детей.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Файзиматов М.А., Сувонов Ж.Б., Мирзаев А.Б.

*Республиканский центр детской ортопедии*

**Актуальность.** Согласно данным ВОЗ, в странах Центральной Азии врожденный вывих бедра (ВВБ) встречается в среднем в 3-4 случаях на 1000 родившихся детей. Как показывает мировой опыт, лечение ВВБ бывает эффективным в

том случае, если оно начато на ранних стадиях заболевания, а также при проведении на этапе предоперационной подготовки консервативных методов. Являясь одним из наиболее распространенных и тяжелых пороков развития опорно-двигательного аппарата, ВВБ в 37-60% приводит к развитию диспластического коксартроза. Поэтому становится очевидным не только медицинская, но и социальная значимость исследования проблемы. Несмотря на многих огромных исследований в области лечения данного заболевания, подходы к консервативной терапии остаются совершенно разными на разных странах мира.

Цель. Сопоставление результатов и оценка в различных группах больных с ВВБ результатов лечения в зависимости от времени начала консервативной терапии.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты консервативной терапии, проведенной с 2013 по 2016 год на базе республиканского центра детской ортопедии. На обследовании находились 140 больных ВВБ, из них 110 девочек и 30 мальчики, средний возраст – 2,5 года. Первая группа, 62 больных были в возрасте 1-3 месяцев, вторая группа, 31 – от 4 до 6 месяцев, третья группа, 60 – от 7 до 12 месяцев. На первом этапе лечения была использована подушка Фрейка на 1-3 мес., на втором этапе – шина Мирзоевой на 2 мес., на третьем – шина Виленского на 2 мес. В период между переводом с подушки Фрейка на шину Мирзоевой было проведено массаж ягодичных и бедренных мышц в течении 10 дней.

Результаты. В результате лечения в 1-й группе вправление тазобедренного сустава удалось осуществить у всех (100%) наблюдаемых детей, во 2-й группе – у 82%, в 3-й – у 18,5%.

Выводы. Как показали полученные результаты, раннее консервативное лечение позволяет достичь полного вправления сустава, тогда как лечение, начатое в более поздние сроки, даже при его сочетании с хирургическим вмешательством, даёт плохой результат.

## **ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

Халикова О.М., Касимов У.К.

*Ташкентской медицинской академии*

Клиническое течение хирургической инфекции мягких тканей у больных сахарным диабетом протекают атипично, когда нет характерных признаков явного гнойного процесса, и больные лечатся у других специалистов. Это является причиной поздней диагностики данной патологии, когда в первичном звене нет возможности провести инструментальные методы исследования. Больные с данной патологией диагностируются в запущенных случаях, когда развиваются явления сепсиса с полиорганной недостаточностью.

Цель: поиск путей или способа ранней диагностики гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей при сахарном диабете.

Материал и методы: Нами разработана бальная шкала (рационализаторское предложение № 765 от 23.11.18) и были изучены 32 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями различной локализации. При этом все больные, до поступления в клинику находились на стационарном лечении в других учреждениях. Из них 9 лечились по поводу тромбоза нижних конечностей, 12 по поводу рожистого воспаления, 5 по поводу хронической почечной недостаточности и 6 больных по поводу инфильтрата мягких тканей. Эти больные были переведены в наше отделение в результате неэффективности проводимого лечения.

Результаты: По результатам данной шкалы у больных, набравших более 25 баллов, согласно алгоритму есть абсолютные показания к вскрытию очага. Вместе с тем, динамические наблюдения свидетельствуют тому обстоятельству, что при наличии уже 4 признаков необходимо подозревать наличие некротического процесса в мягких тканях у больных с сахарным диабетом и применить его бальную оценку, с последующими углубленными инструментальными исследованиями.

Вывод: Своевременная ранняя диагностика и выявление хирургической инфекции мягких тканей у пациентов с сахарным диабетом имеет важное значение для оценки риска прогрессирующего гнойно-некротического процесса и предупреждения развития сепсиса. Описанный метод диагностики прост и доступен специалистам всех звеньев, в особенности на уровне первичного звена и является одним из эффективных методов диагностики, применяемый у лиц с сахарным диабетом.

## **DISCRIMINANT ANALYSIS PREDICTION MODEL OF COMPLICATED SUPRAVESICAL OBSTRUCTION DURING PREGNANCY**

Khasanov Mardon Mukhammadikulovich

*Tashkent medical academy*

Introduction: Complicated supravvesical obstruction (CSO) is the most common complications of obstructive uropathy while pregnancy (Kadimova Sh 2015). The epidemiologic aspects of the clinical presentation of renal colic in pregnancy, limited data are available on the utility of using clinical signs and symptoms or laboratory parameters to distinguish between colic secondary to a stone vs physiological hydronephrosis or other causes (Stothers and Lee 1992, Parulkar, Hopkins et al. 1998). However, its specificity was poor. This is consistent with the knowledge that microscopic hematuria can be due to normal changes associated with pregnancy, including vascular dilatation and rupture of renal veins or pyramids, as well as its nearly universal presence in cases of pyelonephritis (Stothers and Lee 1992, Parulkar, Hopkins et al. 1998). Physiological hydronephrosis is more pronounced on the right side because of a dextro-rotating enlarged uterus and a dilated uterine vein compressing the right collecting system (Biyani and Joyce 2002, Lewis, Robichaux et al. 2003). Shokeir and Abdulmaaboud found that resistive index measurements had 77% sensitivity and 83% specificity in diagnosing unilateral complicated obstruction (Opdenakker, Oyen et al. 1998, Shokeir, Mahran et al. 2000). At present, there is no reports about complicated supravvesical obstruction risk prediction.

Aim: to predict the risk of CSO in pregnant women, build risk prediction model by discriminant analysis based on risk factors.

**Material and methods:** A hospital-based pilot case-control study was conducted with 20 cases of complicated and 20 non-complicated supravescical obstruction. Logistic regression models were used to analyze the factors of CSO, and a stepwise Fisher discriminant analysis was subsequently used to construct the prediction model.

**Results:** In the univariate analysis, 45 influencing factors were related to CSO, of which the following 12 influencing factors as predictors determined the discriminant prediction model: complaints, affect side, length of disease, temperature, white blood cells in urine, bacteriuria, white blood cells in blood, index of leucocyte intoxication, Erythrocyte Sedimentation Rate, maximal-anterior-posterior diameter of pelvis, levels of urea and creatinine in blood serum. The model had statistical significance ( $\lambda = 0.77$ ,  $\chi^2 = 80.1$ ,  $df = 8$ ,  $P < 0.05$ ). Self-verification showed that 81.3 % of the participants were correctly predicted to be CSO cases or controls with a sensitivity of 74.3 % and a specificity of 83.5 %. The area under the receiver operating characteristic curve (AUC) was 0.793.

**Conclusions:** The prediction model that was established using the risk factors of supravescical obstruction can be useful for predicting the risk of complicated supravescical obstruction. Further research is needed to improve the model, and confirm the validity and reliability of the model.

## ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ – ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хушвактов Бобур Гайбуллаева Д.Ф.

Ташкентская медицинская академии

**Актуальность.** Невынашивание беременности является серьезной и социальной проблемой в Республике Узбекистан и по различным причинам достигает уровня 12%-15% среди патологии I триместра беременности. Последние два десятилетия доказано, что женщины, страдающие привычным невынашиванием, имеют те или иные приобретенные нарушения гемостаза. Установлено, что гипергомоцистеинемия - фактор риска сосудистой патологии. Исследователи полагают, что повышение содержания гомоцистеина может сопровождать многие осложнения беременности, характеризующиеся повреждением эндотелия и нарушением коагуляционного потенциала.

Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи гипергомоцистеинемии и случаев прерывания беременности.

**Методы исследования.** Проведено проспективное обследование 52 женщин, среди которых у 62%(32) произошло прерывание беременности и 20(38%) женщин без патологии. В основной группе 28%(P=0,17) женщин страдали привычным невынашиванием, в 63%(P=0,38) отмечался самопроизвольный выкидыш и в 9%(P=0,05) диагностировали неразвивающуюся беременность.

Всем женщинам проводили УЗИ беременности в I триместре беременности, определяли уровень гомоцистеина ИФА-методом.

**Результаты и обсуждения.** Возраст женщин контрольной группы составил  $22 \pm 1,25$  и основной группы  $26 \pm 1,02$ . ( $P < 0,05$ ). Более старший возраст в основной группе объясняет проявление изучаемой патологии в связи с наличием экстрагенитальной патологии. В основной группе 28%(P=0,17) женщин страдали привычным невынашиванием, в 63%(P=0,38) отмечался самопроизвольный выкидыш и в 9%(P=0,05) диагностировали неразвивающуюся беременность. Во всех трех случаях неразвивающейся беременности уровень гомоцистеина превышал 16,5 мкмоль/л. Согласно литературным данным, уровень гомоцистеина в крови у небеременных женщин составляет 12,0 мкмоль/л. Для беременных этот показатель в норме несколько ниже - 5,1 мкмоль/л. В группе с самопроизвольным выкидышем уровень гомоцистеина составил  $13 \pm 2,34$  мкмоль/л. ( $P < 0,05$ ). В контрольной же группе уровень гомоцистеина составил  $6,32 \pm 1,45$  мкмоль/л.

**Выводы.** 1. Состояние невынашивания беременности сопровождается значительно повышенным уровнем гомоцистеина у беременных в I триместре беременности.

2. Всем женщинам, имеющим в анамнезе случаи прерывания беременности, необходимо определение уровня гомоцистеина до зачатия и на ранних этапах беременности в целях подготовки к зачатию и, в последующем, осуществлять контроль гомоцистеина в течение беременности для выработки тактики и дальнейшего ведения.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИИ

<sup>1</sup>Шнейдер В.Э., <sup>2</sup>Алекберов Р.И., <sup>3</sup>Ганжара И.С., <sup>4</sup>Агасиев М.В.

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

<sup>3,4</sup>ГБУЗ ТО ОКБ№ 1г

**Введение.** Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по распространенности занимают одно из ведущих мест в современной гастроэнтерологии. Несмотря на многолетний опыт антирефлюксных операций, процент рецидивов после различных видов фундопликаций остается достаточно высоким от 12 до 30, а при анализе долгосрочных результатов (3-5 лет) количество рецидивов, по некоторым данным, доходит до 50%. Основными причинами рецидива ГПОД после фундопликации считают прорезывание швов на ножках диафрагмы и при формировании желудочной манжеты, соскальзывание фундапликационной манжеты и повторные операции. Имеются данные, что в отдаленном периоде количество рецидивов не зависит от методики и хирургического доступа. Поэтому риск развития осложнений связан и с исходными или предрасполагающими факторами, такими как, стигмы эмбриогенеза (признаки дисплазии соединительной ткани), избыточная масса тела, сахарный диабет, хронические заболевания легких и другие факторы.

**Цель.** Выявить факторы риска развития рецидива ГПОД, после лапароскопической эзофагофундопликации. Определить факторы, наиболее значимо связанные с рецидивом заболевания.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 147 пациентов с ГПОД, в ГБУЗ ТО ОКБ№1 г. Тюмень в период с 2016 по 2017 год. В исследование включены больные, которым выполнена в плановом порядке лапароскопическая фундопликация и круорофия. Проведен сравнительный анализ причин и факторов риска рецидива в двух группах. В первую группу вошли пациенты с рецидивом ГПОД, а вторую группу без рецидива



ва. Изучены возрастные особенности, гендерные признаки, стигмы дисэмбриогенеза (наличие грыж, патология скелета, сосудов, дивертикулы и т.д.) и коморбидный фон (ожирение, СД, другая сопутствующая патология).

Результаты. Причинами рецидива, в 8 случаях (29,6%) послужила несостоятельности манжеты, у 4 пациентов (14,8 %) несостоятельность швов на ножках диафрагмы, в 10 случаях (37 %) растяжение ПОД при правильно выполненной круорографии и сохранение швов, у одного пациента (3,7 %) прорезывание швов произошло из-за несоблюдения режима, в остальных случаях причина не определена. В группу сравнения вошло 120 человек (без рецидива). Наиболее сильная связь определена с влиянием на рецидив грыжи избыточной массы тела. Так ИМТ более 30 выявлен у 48,1% в первой группе и только у 18,3% в группе сравнения ( $p=0,002$ ). Из фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани наиболее часто встречался в группе с рецидивами факт наличия в анамнезе грыж различной локализации в 29,6% случаев, во второй группе этот фактор риска встретился у 9,2% человек ( $p=0,011$ ), также сочетание 3 и более стигм эмбриогенеза у 18,5% при рецидивах и у одного пациента (0,8%) в группе сравнения ( $p<0,001$ ). При анализе сопутствующей патологии оказалось преобладание в первой группе пациентов с сахарным диабетом – 14,8% против 5,8%, хотя разница статистически не значима ( $p=0,23$ ).

Выводы: Из результатов проведенного исследования было выявлено, что появлению грыжи пищеводного отверстия диафрагмы оказывают наличие наиболее частых сопутствующих заболеваний - артериальная гипертензия и абдоминальное ожирение, являющиеся маркерами метаболического синдрома, и заболевания желчевыводящих путей. Наибольший пик заболевания определяется в возрастной группе 46-60 лет, причиной чему является возрастное ослабление связок диафрагмы. Основные проявления заболевания - диспепсический синдром, а также болевой синдром.

## ON ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF DAMAGES OF CHEST AND LUMBAR DIVISIONS OF THE SPINE IN INJURED CHILDREN

Shukurov F.M., Turaev S., Sayidrahmonov S., Yuldashev Sh.S.

*Samarkand branch Republican Research Center of Emergency Medicine*

Relevance. There are various neurological disorders on damages of thoracic and lumbar region of spine in children in 70% of cases. The principle of surgical treatment of complicated spinal injuries in children is the complete recovery of the spinal column, timely decompression of the spinal cord and its roots, as well as reliable fixation of the damaged segment.

Purpose. Improve the results of surgical treatment of injuries of thoracic and lumbar region of spine in children. There were 24 children with isolated damage of thoracic and lumbar region of spine. Age from 10 to 16 years. Boys were - 18, girls - 6. Most often spinal injury was observed at the level of ThXI-XII in 11 cases, ThVII-VIII in 6 cases, L1 in 3 cases and LIII-IV in 4 cases.

The results of the study. In 14 cases on damage of posterior structures and displacement of bone fragments into the spinal canal, posterior decompression of the spinal cord and stabilization of the vertebral segments with pedicle clamps were performed. In 10 cases, on damage of vertebral bodies, anterior decompression of the spinal cord with transthoracic or transabdominal access was performed with the implementation of corporodesis and / or interbody fusion with autograft.

In the postoperative period, lumbar punctures with liquorodynamic tests were performed on all affected children. Dynamic lumbar punctures with liquorodynamic tests showed that the patency of the subarachnoid space of the spinal cord was restored within 2-3 days after surgery.

Conclusion. Thus, timely surgical intervention aimed at preventing the compression of the spinal cord, reliable stabilization with complicated injuries of the thoracic and lumbar spine, contributes to early restoration of the subarachnoid space of the spinal cord, improving neurological symptoms and reducing the disability of patients.

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ПРИ РАКЕ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОСКОПИИ

Эргашев Илхомжон Уктамович, Урунов Ориф Исакулович,  
Хаитов Дадажон Хасанович, Абдусаттаров Равшан Абдурауфович.,  
Турсунова Нодира Исраиловна., Адылходжаев Аскар Анварович.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. Опухолевый генез формирования билиарной гипертензии встречается у 40–67 % пациентов и часто осложняется развитием механической желтухи. Последняя наблюдается в 75–95 % случаев в зависимости от локализации поражения. Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) составляют 15 % всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к увеличению. БПДЗ является одной из наиболее труднодоступных для оперативного вмешательства локализаций злокачественных опухолей. Тесное соседство в небольшом пространстве многих жизненно важных органов, магистральных сосудов, быстро вовлекаемых в опухолевый процесс, является частой причиной невозможности выполнения радикального оперативного вмешательства.

Цель исследования. Показать возможности эндоскопических методов в купировании механической желтухи опухолевого генеза в сравнении с хирургическими методиками.

Материалы и методы. За год на хирургические и терапевтические отделения Александровской больницы поступило 162 пациента с клиникой механической желтухи, механический характер которой был обусловлен опухолевым генезом. Из них женщин было — 86 (53 %), мужчин 76 (47 %) средний возраст  $71 \pm 0,6$  (от 28 лет до 88 лет). Выявлена следующая патология: рак головки поджелудочной железы 72,2 %, рак тела поджелудочной железы 3,3 %, рак ампулы фатерова соска 6,6 %, рак внепеченочных желчных протоков 14,6 %, рак поджелудочной железы 2,6 %, неуточненный 0,7 %, опухоль Клацкина 2,6 %. При проведении исследования выявлено, что только у 7,3 % пациентов была возможна радикальная операция. И у более 60 % пациентов выполнены операции по дренированию желчных протоков, а у более 20 % пациентов выполнение дренирующих операций не выполнялась по причине тяжести состояния. У 53 % от всех пациентов, поступивших с механической желтухой, выполнялась ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) и папилосфинктеротомия (ПСТ), у 10,6 % пациентов выполнялись операции по эндоскопическому дренированию.

Результаты. Все эндоскопические операции и исследования выполнялись с использованием рентгеновской установки Siemens Sireskop CX (Германия). Эндоскопические операции выполнялись дуоденоскопами фирмы «Olympus», «Pentax» (Япония). Канюляцию БДС выполняли при помощи папилотомов (сфинктеротомов) d 2,2>1,8 мм для канала d 2,8 мм, двухпросветного, с каналом для проводника с длиной режущей струны 20–30 мм, а также с использованием проводника устойчивого к перекручиванию из материала Nitinol фирмы «Endo-Flex» (Германия). Контрастирование желчных протоков выполнялось водорастворимым контрастом Гипак (Натрия амидотризоат) 20–50 мл 35 % раствора и Омнипак (Йогексол) 20–50 мл (240 мг/мл). Для стентирования холедоха применяли рентгеноконтрастные стенты 7–10 Fr 8–13 см из материала полиэтилен и тефлон, а так же назобилиарный дренаж фирмы «Endo-Flex» (Германия).

Выводы. При выявлении стриктуры внепеченочных желчных протоков опухолевого генеза всегда необходимо выполнять назобилиарное дренирование или стентирование независимо от дальнейшего плана. Эндоскопические операции по купированию механической желтухи опухолевого генеза необходимо применять для уменьшения инвазивности операций по дренированию желчных протоков как окончательного вмешательства у тяжелых неоперабельных больных, а так же как этап перед радикальной операцией.

### **CHOICE OF THE METHOD OF DRAINAGE OF THE BILEARY DUCTS AT THE MECHANICAL JAUNDICE CAUSED BY THE CANCER OF THE HEAD OF THE PANCREAS**

Ergashev Ilkhomjon Uktamovich, Urunov Orif Isakulovich, Khaitov Dadajon Hasanovich,  
Abdusattorov Ravshan Abduraufovich., Tursunova Nodira Israilovna., Adylkhodzhaev A.A.

*Tashkent Medical Academy*

Introduction. The increase in the number of malignant neoplasms of the hepatopancreatobiliary zone leads to the growth of patients with obstructive jaundice, when the surgical procedure has to be divided into two stages. First, biliary decompression is performed, after which the question of the possibility of performing radical or palliative treatment is decided

Purpose of the study. Improve the results of surgical treatment of patients with periampullar tumors complicated by obstructive jaundice.

Materials and methods. From 2012 to 2018, 283 drainage of the biliary tract under ultrasound control for obstructive jaundice caused by pancreatic head cancer was performed at the 2nd clinic of the Tashkent Medical Academy, as well as at the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid. External percutaneous-hepatic cholangiostomy was performed in 145 (51.2%) patients, percutaneous-transhepatic cholecystostomy - in 45 (15.9%), external percutaneous-perhepatic cholangiostomy - in 93 (32.9%). Patients are divided into 2 groups. The first group included 190 (67.1%) patients who underwent external drainage of the biliary tree (external percutaneous perhepatic cholangio-, cholecystostomy), the second - 93 (32.9%) patients who underwent external cholangiostomy, and in 58 (20.5%) of them, drainage was carried out in stages: first, an external cholangiostoma was formed, which after 2 weeks was changed to an external-internal one.

Results. All patients planned the second stage of the radical operation - pancreatoduodenal resection, which was performed in 77 (27.2%) patients. The remaining patients underwent palliative interventions due to the prevalence of the tumor process in 113 (39.9%) or severe comorbidities in 93 (32.9%). In the postoperative period of the draining operations a number of complications were revealed. Among patients who underwent external drainage of the GPV and gallbladder in the postoperative period, 2 (1.1%) patients developed drainage bleeding due to accidental traction. Drainage migration was observed in 5 (2.6%) patients. Among patients who immediately performed external-internal cholangiostomy, 17 (18.3%) developed symptoms of cholangitis, while in 3 (3.2%) purulent cholangitis was detected during the performance of PDR. Drainage migration was revealed in 8 (8.6%), drainage bleeding in 3 (3.2%) due to its traction. The following complications were revealed in patients undergoing bile duct drainage in two stages: cholangitis was observed in 3 (3.2%) patients, drainage migration in 5 (5.4%), drainage bleeding in 4 (%). Thus, the total number of complications in patients of the first and second groups was 7 (3.7%) versus 36 (38.7%), respectively ( $p < 0.05$ ). It was possible to cope with all the identified complications conservatively, without re-drainage of the biliary tract. In all cases, adequate drainage of the bile ducts with the achievement of normobilubinemia was performed.

Findings. The most effective method of biliary decompression of the GPV with mechanical jaundice of tumor origin is external percutaneous-hepatic cholangiostomy. If it is impossible to perform pancreatoduodenal resection or if it is postponed, it is recommended to conduct a drainage change to an external-external one.

### **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У ПОЖИЛЫХ**

Эшмуродова Д.Б., Эгамбердиева Э.Х., Эшмуродов А.Э.

*Ташкентская медицинская академии*

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения у пожилых больных с выпадением прямой кишки.

Материалы и методы исследования. За период с 2002 по 2018 гг. в отделении Колопроктологии РКБ №1 МЗ РУз было прооперировано 426 больных с выпадением прямой кишки, из них 19 больных были в возрасте выше 65 лет. При распределении больных по полу мужчин составило 32,6%, женщин 67,4%.

Длительность анамнеза заболевания у пациентов с выпадением прямой кишки, в подавляющем большинстве случаев, была от пяти до десяти лет.

Все больные были обследованы по стандарту, который включает наряду с общеклиническими, инструментальными (ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, ЭГДФС, УЗИ органов брюшной полости) и специальные (ректоскопия, колоноскопия, дефекография, ирригография, сфинктерометрия) методы исследования.

При распределении больных в группе с возрастом до 65 лет по степени выпадения прямой кишки 73 из 100 % составили больные с III степенью, 7% - с I и II степенью, 20% - с IV степенью, а в группе больных с возрастом выше 65 лет 5% с II степенью, с III степенью – 63% и с 32% - с IV степенью. Распределение пациентов по степени анальной инконтин-

ненции показывало, что больные с III степенью составляли 19%, без недостаточности и с I степенью – 45% и II степенью – 36% в группе с молодым и средним возрастом, тогда как в группе с пожилым возрастом преобладали больные с II степенью 63%, а больные с I степенью составляли 10,5% и с II степенью 26,5%.

Самой распространенной жалобой, встречающейся у 100% пациентов в обеих группах, было выпячивание из заднего прохода. Второй по частоте встречаемости (85%) было ощущение влажности в области ануса. Также часто отмечались боли в животе, усиливающиеся при выпадении прямой кишки во время акта дефекации, у 66% больных. У 65% больных отмечались жалобы на недержание кала и газов, связанные с недостаточностью анальной инконтиненцией. Остальные жалобы, такие как анальный зуд, выделение слизи, запоры встречались реже. Встречаемость жалоб не зависела от возраста больных.

Результаты исследования. В группе с возрастом до 65 лет больным были выполнены абдоминальные ректоскопии; 106 больных прооперировано по Фрикману-Голдбергу, 281 больной – ректоскопия по Кюммель-Зеренина по модификации ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ. А также производились и сеточные ректоскопии такие как операция Ripstein (4 больных) и операция Walles (6 больных). Отдаленном послеоперационном периоде у 2,2% больных встречались осложнения в виде запоров, и частота рецидивов составляла в 0,73%.

В группе с пожилым возрастом у пациентов и особенностями с выраженной сопутствующей патологией, применялась, из множества промежностных операций, перинеальная пликация выпавшей прямой кишки - операция Делорма. Послеоперационный период протекал с минимально выраженным болевым синдромом и ранним восстановлением самостоятельного энтерального питания, эвакуаторная функция прямой кишки не изменялась. Ни в одном из наших случаев не сформировалась послеоперационная стриктура заднего прохода. В отдаленном послеоперационном периоде функция держания улучшилась у 63% пациентов, рецидив, не приводящих к утяжелению общего состояния пациентов, диагностирован у 5% больных.

Выводы: 1. Хотя диагностика выпадения прямой кишки не вызывает затруднений, важным моментом является определить тип выпадений. Для уточнения этого нужно проводить дефекография и эндоскопические методы исследования.

2. Хирургическая тактика при выпадениях прямой кишки: в пожилом возрасте у которых имеются сопутствующие патологии оправданы промежностные операции типа Делорма, которые дают хорошие отдаленные результаты, в то время как у больных молодого и среднего возраста нужно выполнять внутрибрюшинные фиксирующие операции.

Ключевые слова: выпадение прямой кишки, дефекография, промежностные и внутрибрюшные операции

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА

Эшонходжаева Д.Д.

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. Преждевременные роды у женщин является одной из самых нерешенных проблем в акушерстве, т.к. связано с такими осложнениями, как привычное невынашивание, рождение недоношенного плода, перинатальная заболеваемость и смертность, ухудшение качества жизни женщины. В современном мире ежегодно преждевременно появляются на свет около 15 миллионов детей. Из них более миллиона погибают по причине недоношенности и осложнений преждевременных родов. Около 60-70% недоношенных детей гибнут уже в первые дни жизни.

Цель данного исследования: изучить перинатальные исходы у женщин с преждевременными родами в зависимости от срока беременности.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 42 беременные женщины, поступившие в родильный комплекс №9 с жалобами на излитие околоплодных вод без родовой деятельности, у которых было подтверждено наличие подтекания околоплодных вод. Для подтверждения преждевременного родового разрыва плодных оболочек (ПДРПО) проводили ультразвуковое исследование и тестирование характера отделяемого путем диагностического теста Актим-про, являющегося индикатором околоплодных вод. УЗИ фетоплацентарного комплекса и измерение длины шейки матки выявило у 83,3% из неподготовленные родовые пути,

Результаты исследования. Сроки гестации обследованных женщин при поступлении в стационар определяли с учетом критериев живорождения: 22-27 недель, 28-33 недели, 34-36 недель беременности. Исходя из этого, в 1 группу были включены 12 беременных в сроках гестации 22-27 нед, во 2 группу – 15 беременных в сроках 28-33 нед и в 3 группу - 15 женщин в сроках 34-36 недель. Проведение теста Актим-про позволило всем этим женщинам установить диагноз ПДРПО. Проведение УЗИ фетоплацентарного комплекса показало уменьшение объема амниотической жидкости в 100% случаев. Всем беременным в сроках до 34 недель была проведена профилактика дистресс-синдрома кортикостероидным препаратом бета-метазон согласно протоколу. Несмотря на проводимое лечение, роды наступили самостоятельно у 36 женщин (86,7±2,4%) в течение 2-4-х дней. У остальных 6 женщин подтекание вод самостоятельно прекратилось. Нами изучены перинатальные исходы преждевременных родов у этих женщин в зависимости от гестационного срока. В 1 группе женщин со сроком гестации 22-27 недель, несмотря на проведение профилактики дистресса плода, живыми родились 7(58,3±4,3%) детей с массой тела менее 1000гр, умерли в течение 3-х дней 3(25±4,7%) детей. Во 2 группе женщин со сроком гестации 28-33 недели родились живыми все, но в течение 3-5 суток умерли 5 (33,3±3,1%) новорожденных. При этом масса тела детей при рождении колебалась от 900 до 2000гр. В 3 группе женщин с гестационным сроком 34-36 недель показатели были наилучшими, т.е. из 15 родившихся детей только 2 умерли на 3-4 сутки. Таким образом, исследования показали, что выживаемость недоношенных новорожденных детей выше у женщин с гестационным сроком 34-36 недель, что можно связать с началом подготовки у них сурфактантной системы легких под влиянием кортикостероидов. Перинатальная смертность была выше среди детей с чрезвычайно малой массой тела.

Выводы. Преждевременный родовый разрыв плодных оболочек часто развивается у беременных без родовой деятельности. Выживаемость недоношенных детей значительно ниже среди новорожденных с чрезвычайно малой массой тела при рождении и гестационном сроке 22-27 недель.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА PLASMOLIFTING ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛИТА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Асилова С.У., Хужаназаров И.Э., Югай А.В., Ширинов Д.К., Ибрагимов Х.Б.

*Ташкентская Медицинская Академия*

**АКУАЛЬНОСТЬ.** Болевой синдром плечевого сустава является одной из наиболее распространенных причин нетрудоспособности населения и стоит на 3 месте по причине обращений за медицинской помощью. Адгезивный капсулит встречается с частотой 3—5% в общей популяции, повышаясь до 20% у больных сахарным диабетом, и является одним из самых частых заболеваний опорно-двигательного аппарата. Хотя ряд авторов описывают адгезивный капсулит как заболевание, самостоятельно проходящее в течение 1—3 лет, другие исследования указывают, что 20—50% пациентов испытывают ограничение движений в плече долгое время, в том числе свыше 10 лет. В абсолютном большинстве случаев капсулит встречается у лиц в возрасте от 50 до 70 лет. (Manske R. C., 2008). Консервативное лечение включает в себя применение нестероидных противовоспалительных препаратов, физиолечение, лечебная физкультура. Лечение направлено на снижение болевого синдрома и разработки движений в суставе. К сожалению, для достижения терапевтического эффекта необходимо длительное (до 6 мес) время, а оперативное лечение требует длительный период реабилитации. Одним из современных методов консервативного лечения является применение аутологичной тромбоцитарной плазмы. Аутоплазмотерапия суставов является инновационным методом, в процессе которого с помощью инъекций, обогащённых собственными тромбоцитами, стимулируются регенерационные восстановительные функции организма. На сегодняшний день этот метод. Благодаря своей высокой эффективности находит все более широкое распространение в травматологии и ортопедии. Нами применен метод Plasmolifting при терапии адгезивного капсулита.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование проведено в отделении Травматологии и ортопедии РКБ №1. В исследовании приняли участие 40 пациентов с достоверно диагностированным адгезивным капсулитом в возрасте от 35 до 55 лет (15 мужчин и 25 женщин). Из них с легкой степенью было 15 больных (8 женщин и 7 мужчин), средней – 22 больных (15 женщин и 7 мужчин) и тяжелой – 3 больных (2 женщины и 1 мужчина). Основными критериями оценки служили интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ и объем движений в пораженной конечности. Всем больным произведено введение аутологичной тромбоцитарной плазмы в объеме 5,0 мл в три точки: в область сухожильного влагалища длинной головки бицепса, в полость плечевого сустава и в полость подакромиальной сумки. Всего за курс лечения проведено 3 процедуры с промежутком 7 дней между процедурами. В последующем больным рекомендованы упражнения по стандартным методикам. Результаты оценивались после последней процедуры и через 1 месяц после последней процедуры.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Уже после первого введения отмечалось снижение болевого синдрома в среднем на 3-4 пункта по шкале ВАШ. После последней процедуры уровень боли оценивался больными не выше 3 баллов по шкале ВАШ. Через 1 месяц после лечения наблюдалось сохранение болевого синдрома на уровне 3-4 баллов у больных с тяжелой степенью адгезивного капсулита. У остальных больных уровень боли не превышал 2 баллов. Объем движений в пораженном суставе восстановился в среднем до 80% от должного (от 75 до 90%). Никаких осложнений в ближайшем и отдаленном периоде замечено не было. Больные хорошо переносили процедуры с минимальным дискомфортом.

**ВЫВОДЫ.** Процедура Plasmolifting показала себя как эффективная методика консервативного лечения адгезивного капсулита плечевого сустава и требует дальнейшего глубокого изучения. Применение аутологичной тромбоцитарной плазмы является безопасным методом с минимальным количеством осложнений и высоким уровнем эффективности.

## СВЯЗЬ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ

Юденкова О.А.

*Ташкентская медицинская академия*

**Введение.** Современные режимы терапии детей с различными видами онкологии улучшило общую выживаемость пациентов. Что делает актуальным изучение комплексной реабилитации детей с целью минимизации последствий химиолучевого лечения. Т.к. химиолучевая терапия не только блокирует процессы бурного деления патологических клеток, но и вызывает необратимое повреждение и гибель здоровых клеток.

Дефицит костной прочности может приводить к различным последствиям: системное заболевание скелета, приводящее к увеличению частоты переломов, риск развития остеопороза, мышечная гипотрофия, деформирующие дорсопатии, аваскулярный некроз.

Цель - изучить особенности снижения костной прочности у детей, перенесших разные виды онкологических заболеваний.

**Методы.** В ходе исследования осмотрен 271 ребенок 5-15 лет, находившихся в стойкой ремиссии. Проанализированы их истории болезни, собран анамнез жизни и заболевания. Состояние опорно-двигательной системы оценивали методом объективного осмотра, анализа заключений специалистов. Уровень костной прочности оценивался методом количественного ультразвукового исследования.

Скорость прохождения ультразвуковой волны вдоль кортикального слоя кости (Speed of sound - SOS) в абсолютных значениях (SOS, m/sec) или в виде интегрального показателя (Z-score, в единицах стандартного отклонения -  $\sigma$ ). Нормальные показатели SOS от -1 $\sigma$  до +1 $\sigma$ . Остеопения регистрируется при SOS от -1 $\sigma$  до -2,5 $\sigma$ . Выраженное снижение или остеопороз – при SOS ниже -2,5 $\sigma$ . Статистическую обработку результатов проводили в программе Microsoft Excel for Windows 8.

**Результаты.** По типу онкологии пациенты были разделены на следующие группы – первая – перенесено гематоонкологическое заболевание (n= 133, 49,1%), вторая - нейроонкологическое (n= 138, 50,9%). Пациенты с гематоонкологией получали специальную терапию: полихимиотерапию (n= 118, 88,7%), комбинированную (n=13, 9,8%), комплексную (n=2, 1,5%). Пациенты с нейроонкологией имели следующую терапию: полихимиотерапия (n= 9, 6,1%), оперативное лечение (n= 39, 28,2%), комбинированное (n= 33, 23,4%), комплексную (n= 57, 42,2%).

Признаки парестезии (жалобы на боли, чувство дискомфорта в конечностях, судороги, чувство «мурашек» в нижних конечностях, особенно в ночное время) чаще выявлялись у детей 1 группы (n=23 – 17,3%), чем у детей второй группы

( $n=13 - 9,4\%$ ) ( $p<0,05$ ). Установлено, что в анамнезе у детей, перенесших заболевания гематоонкологического профиля чаще наблюдались переломы (29 – 20,8%), чем у детей нейроонкологического профиля (8 – 5,8%) ( $p<0,05$ ). По результатам количественной ультрасонометрии, умеренное снижение костной прочности в конечностях чаще наблюдалось у второй группы ( $n=57, 41,3\%$ ,  $z\text{-score} = -1,67\pm 0,6$ ), чем в первой ( $n=38, 28,6\%$ ,  $z\text{-score} = -1,4\pm 0,4$ ,  $p=0,04$ ). Выраженное снижение также чаще встречалось у детей, перенесших нейроонкологию ( $n = 23, 16,7\%$ ,  $z\text{-score} = -3,6\pm 1,1$ ), нежели у детей, перенесших гематоонкологию ( $n = 15, 11,3\%$ ,  $z\text{-score} = -2,5\pm 1$ ) ( $p=0,03$ ).

Установлено - пик снижения костной прочности приходится на второй год ремиссии.

Выводы. У детей, перенесших гематоонкологию, чаще выявлены переломы в анамнезе (20,9%), а также признаки парестезий (17,3%), чем у детей, перенесших нейроонкологию (5,8% и 9,4% соответственно). Установлено, что дети нейроонкологического профиля заболеваний имеют показатели костной прочности достоверно ниже, чем дети гематоонкологического профиля (соответственно 6,7%,  $z\text{-score} = -3,6\pm 1,1$  и 11,3%,  $z\text{-score} = -2,5\pm 1,2$ ,  $p=0,03$ ). Выявлено снижение костной прочности у детей, перенесших онкологическое заболевание, особенно на втором году после окончания лечения.

Ранняя диагностика, лечение осложнений костно-мышечной системы, мультидисциплинарная реабилитация пациентов — главные факторы улучшения результатов лечения, коррекции сопутствующей патологии, повышения качества жизни и снижения инвалидизации детей, излеченных от злокачественных новообразований.

## РАЗНОВИДНОСТИ ТИПОВ ЭЭГ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧМТ

М.Ж. Якубова

*Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность темы: частота ЧМТ и их последствий в результате локальных войн, техногенных катастроф, бытовых и спортивных травм остается высокой. В зависимости от вида травмы последствия их часто проявляются в отдаленном периоде. Наличие этих нарушений у лиц, работающих в силовых структурах, связанных с вождением транспорта, с работой на высоте и движущимися механизмами могут привести к тяжелым последствиям как для самого пациента, так и для окружающих. Это определяет необходимость ЭЭГ исследования при профессиональном отборе и выборе лечения лиц, имеющих в анамнезе ЧМТ.

Цель исследования: изучение разновидностей типов ЭЭГ в отдаленном периоде у пациентов, перенесших черепно-мозговую травму.

Материалы и методы исследования: обследованы 32 пациента в возрасте от 17 до 68 лет (средний возраст - 41 лет); из них 21 (66%) лиц мужского пола и 11 (34%) лиц женского пола. Показаниями для проведения ЭЭГ была черепно-мозговая травма в анамнезе. Исследование проводилось в состоянии пассивного бодрствования с выполнением функциональных проб (реакция активации, ритмическая фотостимуляция, гипервентиляция в течение 3-х минут) на 16-канальном энцефалографе "NeuroCom Standart" (ХАИ-Med), применяли биполярную и монополярную монтажные схемы. При написании заключений использовали модифицированную классификацию Л.Р.Зенкова.

Результаты и обсуждения: Всем пациентам регистрация ЭЭГ проводилась через 6 месяцев и более после черепно-мозговой травмы, т.е. в отдаленном периоде.

У 3 их пациентов (9,3%) на ЭЭГ патологические изменения не зарегистрированы. Наиболее часто встречающимися типами ЭЭГ (12 пациентов - 38%) является сочетание условно-эпилептиформных феноменов и других картин ЭЭГ: сочетание дисфункции неспецифических срединных структур мозга с диффузными изменениями и условно-эпилептиформными феноменами - 6 (19%), сочетание диффузных изменений и условно-эпилептиформных феноменов - 2 (6,2%), сочетание дисфункции неспецифических срединных структур мозга и условно-эпилептиформных феноменов - 4 (12,8%).

Дисфункция неспецифических срединных структур мозга регистрировалась у 6-ти пациентов (19%), дизритмия – у 3-х (9,3%); эпилептиформная активность - у 2-х (6,2%), низкоамплитудная ЭЭГ – у 2-х (6,2%), диффузные изменения без локальности – у 1-го (3%), фокус патологической активности - у 1-го (3%), межполушарная асимметрия – у 1-го (3%), гиперсинхронный Альфа-ритм – у 1-го пациента (3%).

Вывод: 1. У 14 пациентов (44%) на ЭЭГ регистрируются условно-эпилептиформные феномены и эпилептиформная активность.

2. У пациентов с ЧМТ в отдаленном периоде самыми часто встречающимися типами ЭЭГ явилась микст-картина ЭЭГ (сочетание условно-эпилептиформных феноменов, дисфункции неспецифических срединных структур мозга и диффузных изменений), а также дисфункция неспецифических срединных структур мозга.

3. При решении вопроса о возможности выдачи водительских прав, разрешения на владение и использование огнестрельного оружия, а также при выборе медикаментозной терапии пациентам с ЧМТ в анамнезе необходимо проведение электроэнцефалографического обследования.

## CHARACTERISTICS OF SINUSITIS FLOW IN ACUTE AND CHRONIC LEUKEMIA

Yarmukhamedova N.F., Uzokov A.B.

*Tashkent Medical Academy*

Acute leukemia is 3% of human malignant tumors, however, among hemoblastosis, it occupies one of the leading places in terms of incidence. Pathological processes caused by diseases of the blood system, contribute to the violation of the processes of repair and regeneration of the mucous membrane of the upper respiratory tract and reduce their resistance to infections. This is due to a decrease in the immune system, a decrease in resistance to infections, the toxic effect of cytostatics and a slowdown in reparative processes. In this case, inflammatory processes worsen the condition and course of the underlying pathology, has a negative effect on clinical and laboratory blood parameters, lead to the progression of manifestations of hemorrhagic syndrome, limit or cancel the use of polychemotherapy.

Objective: to compare the manifestations of inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses in acute and chronic leukemia.

Material and methods. A total of 108 patients with acute and chronic leukemias who were in inpatient and outpatient treatment at the clinic of the Research Institute of Hematology and Blood Transfusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

---

were examined. The diagnosis was established together with hematologists on the basis of clinical manifestations, indicators of peripheral blood and bone marrow. Acute leukemia was detected in 38%, chronic - in 62% of the examined patients. The presence of inflammatory diseases of the paranasal sinuses was detected on the basis of clinical and instrumental studies. The control group consisted of 20 healthy individuals. To assess the degree of intoxication used calculated integral hematological parameters. A hemogram was performed on a hematology analyzer. Digital material processed by the method of variation statistics.

Results and discussion. Studies have shown that in acute hemoblastosis, especially during the induction of remission, purulent-inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses were detected in 59.4% of patients and proceeded with pronounced symptoms of a purulent process. When microbiological research, there was a predominance of the sowing of several microorganisms, often anaerobes. At the same time, chronic sinusitis proceeded in the form of purulent inflammation, inertly, poorly responded to treatment, often accompanied by nasal bleeding. Isolated lesions of one sinus were detected in 10% of the examined, poly-, hemi- and pansinusitis were found in 58; 10 and 22% of patients. At the same time, hematological indices of peripheral blood significantly deteriorated, the number of blast cells increased. When analyzing changes in the integral indices of peripheral blood leukocytes of patients, more pronounced changes were observed in patients with mixed pathology, which coincided with the clinical course of the underlying disease and the development of thrombohemorrhagic syndrome. During inflammation, mononuclear phagocytes contribute to a local increase in the coagulating properties of blood, tissue fluid, lymph, which is accompanied by thrombosis and impaired microcirculation, the fibrin formed in this process plays a protective role, limiting the region of inflammation. However, in parallel, in the area of inflammation, fibrinolytic activity increases, leading to the normalization of blood flow through the microvessels and, at the same time, stimulating the development of the destructive phase of inflammation.

On the basis of the data obtained, it can be said that, in chronic leukemia, purulent-inflammatory diseases proceeded with an erased clinical picture, and in acute cases, especially during the induction of remission, with severe symptoms of a purulent process and endogenous intoxication.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ИЗУЧЕНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ</b> Бахтиярова М., Болтаева Д.М., Ахмадалиева Н.О.....	4
<b>ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОБ АНТИБИОТИКАХ И ИХ ДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ</b> Бережная А.В.....	4
<b>МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ПОКД ПОСЛЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ</b> Гасанова Д.И. ....	5
<b>РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННЫХ ЮГО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ</b> Есмакова Л.Е., Назарбек Нуржигит.....	6
<b>ПОДВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ИНОСТРАННОГО ФАКУЛЬТЕТА ОРГМУ ПАССИВНОМУ КУРЕНИЮ</b> Иштокина А. А. 3 курс, Зиязетдинова Г.И., Тагирова К.В., Ширшов О.В., Исенгулова А.А., Тихонов В.В.....	7
<b>СТЕПЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ЗНАЧЕНИИ И ВЛИЯНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ АКТИВНЫХ ДОБАВОК НА ОРГАНИЗМ</b> Кашаева Р.Р, Жулаушинова А.М.....	7
<b>ОЦЕНКА ЭМОЦИЙ И УРОВНЯ АГРЕССИИ У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ</b> Кимбилетова Т.А., Асанбекова А.А.....	8
<b>ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ</b> Маливская Л.П.....	9
<b>ОТКАЗ ОТ ВАКЦИНАЦИИ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ХХІ ВЕКА</b> Марусина Мария Гаспаровна., Волкова Полина., Дубенская Валентина Андреевна.....	9
<b>НЕРИБОСОМАЛЬНЫЕ ПЕПТИДЫ ЦИАНОБАКТЕРИЙ, ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ</b> Немцева Е.К., Мамедова Э.И., Немцева Н.В.....	10
<b>ЦИАНОБАКТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОДУЦЕНТАМИ СТРУКТУРНО НОВЫХ ТИПОВ МЕТАБОЛИТОВ, ЧАСТЬ ИЗ КОТОРЫХ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ДЛЯ АНТИМИКРОБНОЙ, ПРОТИВОВИРУСНОЙ И ПРОТИОПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ</b> Пўлатов Маъруфжон., Джурраев Д.Д.....	11
<b>НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: АНАЛИЗ ПРИЧИН, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА</b> Салохова Д.К., Атаходжаева Ф.А.....	12
<b>СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ШКОЛЬНИКОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ПИЩЕВЫМ СТАТУСОМ</b> Сетко И.А., Булычева Е.В.....	12
<b>ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОЯВЛЕНИЕ АГРЕССИИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ</b> Ступина М.Ю., Сетко Н.П.....	13
<b>ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГЛАМЕНТАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ</b> Тошматова В.И.....	13

<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА И ПАРЕНХИМЫ ПРИ БЕЛКОВОЙ ДИЕТЕ</b>	
Тайникова Н, Бектурова Е, Мурадови, СакибоваМ.....	14
<b>ВЛИЯНИЕ ГЛИБЕНКЛАМИДА НА СЕРДЦЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ</b>	
Даниярова Линда.....	15
<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА ПОЧЕК У КРЫС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОТКРЫТОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ-35КВТ</b>	
Иванина В.А., Мадумаров Д.Н.....	16
<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕГКИХ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОТКРЫТОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ-35КВТ</b>	
Мадумаров Д., Иванина В.....	16
<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕГКИХ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОТКРЫТОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ-35КВТ</b>	
Мадумаров Д., Иванина В.....	17
<b>ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ДИЕТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЛЮКОЗЫ И ХОЛЕСТЕРИНА У БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС</b>	
Машанло Т., Абдулбакиев А., Шарова Е. В.....	18
<b>ИЗМЕНЕНИЕ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ И СТРУКТУРЫ МОЗЖЕЧКА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ</b>	
Жанузаков Дастан Замирович.....	18
<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА И ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УГЛЕВОДНОЙ ДИЕТЕ</b>	
Тохтиева Ф.Т., Биймурзаева Ч.С., Мирбеков Э.М., Турдиева Д.Т.....	19
<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ И КРОВЕНОСНОГО РУСЛА ПРИ УГЛЕВОДНОЙ ДИЕТЕ</b>	
Омурзакова А. А.- клинический ординатор, Бекболотова А. Б., Смаилова Ж. Н., Шинкарченко А.В.....	20
<b>ВЛИЯНИЕ ГЛИБЕНКЛАМИДА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА И ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА</b>	
Муратбекова У.М., Рахатбекова Н.Р.....	21
<b>ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ</b>	
М.С. Шувалова.....	21
<b>ҚВПЛАРДА “АЁЛЛАР МАСЛАХАТ ХОНАСИ”ДА ДОЯЛАР ФАОЛИЯТИ</b>	
Азизова Феруза Лутпуллаевна, Эрматова Азиза Комилжоновна, .....	22
<b>COMPARISON OF OPEN VERSUS LAPAROSCOPIC DISMEMBERED PYELOPLASTY IN PATIENTS WITH URETERO-PELVIC JUNCTION OBSTRUCTION</b>	
Nuriddinov Khusniddin.....	22
<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА И ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ЖИРОВОЙ ДИЕТЕ</b>	
Гусарова М.А., Гусарова Д.А., Супашева Ш.А., студентки 3 курса.....	23
<b>ROLE OF RESPIRATORY VIRAL INFECTION IN EXACERBATION OF BRONCHIAL ASTHMA</b>	
Shakarova M.Sh., Khabibullaeva B.R.....	24
<b>ОЦЕНКА ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ</b>	
Алламбергенова Р.Б. Адиллов. Ш.К. Высогорцева.О.Н.....	24
<b>ПРЕДИСПОЗИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ</b>	
Ф.И.О.: первый автор Хайдаров Хусан Анварович соавтор Аскарлов.А Каршиева.Д .....	25



<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ С НАЛИЧИЕМ МИОПИИ ИЛИ РИСКОМ РАЗВИТИЯ МИОПИИ</b>	
Абдикаримов Султанбек Куанышбай., Эгамбердиева Саида Мамаджановна .....	25
<b>ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ТРИГГЕРЫ НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</b>	
Абдумаликова Ф.Б. Абдумаликова Ф.Б.....	26
<b>FEATURES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA HAVING DIABETES MELLITUS AND VASCULAR PATHOLOGY</b>	
Abdurakhmonova Q.B., Rakhimbaeva G.S., Olmosov R.SH.....	26
<b>EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA</b>	
Abdurakhmonova Q.B., Nazarova J.A., Olmosov R.SH.....	27
<b>ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ПУТЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ</b>	
<sup>1</sup> Лебедев И.А., <sup>2</sup> Алекберов Р.И., <sup>3</sup> Яниева Ю.С., <sup>4</sup> Карпова А.А., <sup>5</sup> Ренев Я.Н., <sup>6</sup> Жилибина Ю.С., <sup>7</sup> Тяпкин А.В., <sup>8</sup> Соловьева Е.Н.....	27
<b>АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА</b>	
Алиева К.К., Хикматова Н.....	28
<b>ЎПКАНИНГ MDR/ТБ ФОРМАСИ БИЛАН ДАВОЛАНАЁТГАН БЕМОЛЛАРДА НОЎЖУЯ ТАЪСИРЛАРИНИНГ ХАРАКТЕРИ</b>	
Джурабаева М.Х., Анварова Е.В., Бабамадова Х.У., Рахманов Ш.А. ....	28
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ</b>	
Асанбекова А., Кимбилетова Т., Орозалиев И., Руководитель., Куватова Д.О.....	29
<b>ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ</b>	
Аскарлов Акмалжон Миртемир угли., Хайдаров Х.А.....	29
<b>КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ АССОЦИИРОВАННОЙ TORCH ИНФЕКЦИЕЙ</b>	
Атаева Д.Р., Хўжаниёзова М.Ю., Мадаминова М.Ш.....	30
<b>СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ВА ЮРАК ИШЕМИК КАСЛЛИГИ БИЛАН БЕМОЛЛАР ХАЁТ СИФАТИНИ БАХОЛАШ</b>	
Ахмедова Д., Хасанова Н.А., Зубайдуллаева М.Т.....	30
<b>БОЛАЛАРДА КЕЧАДИГАН ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИ ҲОЛАТИНИ ЎРГАНИШ</b>	
Даминов Т.О., Муминова М.Т., Ашурова С.Б., Каримов Д.А.....	31
<b>РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ С УЧЁТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>	
Бафоева З.О. ....	31
<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В ОСТРОМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДАХ</b>	
Бердиева К.А., Даминова Х.М., Тадженов М.С., Жураев Б.Э.....	32
<b>ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ</b>	
Д.Г.Иргашева, С.А.Китян, Н.Д.Касимова, З.В.Юнусова, М.М. Бобоев, Р.Н. Юлдашев.....	32
<b>КАТТА ТЕННИСДА СПОРТЧИЛАР ЭРИШГАН ЮТУҚЛАРИДА ТЕМПЕРАМЕНТНИ АХАМИЯТИ БОРЛИГИНИ ТЕКШИРИШ</b>	
Болтаева З.О.....	33

<b>ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭЛЕКТРОМЕХАНОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ</b>	
Болтаева Н.Р., Высогорцева О.Н.....	33
<b>ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА</b>	
Вахидова Г., Джемиллова Э., Солиев Г.....	34
<b>ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОД ВЛИЯНИЕМ ОБЩЕЙ КРИОТЕРАПИИ</b>	
Гаитов Ш.А., Высогорцева О.Н. ....	34
<b>COMPARISON OF IVABRADINE AND BISOPROLOL IN PATIENTS WITH ACUTE INFERIOR WALL MYOCARDIAL INFARCTION</b>	
Gayurova Umida Xolmurot kizi, Rahimova M. E. Razikov A. R.....	35
<b>ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАТЯЖНЫХ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ</b>	
Гопурова Г.Ф.....	35
<b>КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОГЕННЫХ ТРЕВОЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ</b>	
Гопурова Г.Ф.....	36
<b>PREVALENCE OF HEADACHES IN PATIENTS WITH EPILEPSY</b>	
Rakhmatullayeva G.K. Daminov D.Sh.....	36
<b>ПАРАМЕТРЫ PH-МЕТРИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА И ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ</b>	
Джулай Т.Е.....	37
<b>НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕВУШЕК С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ</b>	
Дильмуратова В.....	37
<b>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА</b>	
Жаббаров А.А.. Максудова М.Х. Дуйсенбаева А.И.....	38
<b>ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ</b>	
<sup>1</sup> Жмуров В.А., <sup>2</sup> Болотнова Т.В., <sup>3</sup> Жмуров Д.В., <sup>4</sup> Алекберов Р.И., <sup>5</sup> Соловьева Е.Н., <sup>6</sup> Тяпкин А.В.....	38
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КРАТКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ</b>	
Тадженев М.С., Жураев Б.Э., Бердиева К.А., Тураббаев М.Б.....	39
<b>ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ ВА ЭССЕНЦИАЛ ТРЕМОРНИНГ БЕМОРЛАР ЁШИ, ЖИНСИ БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИ ВА УЛАРНИНГ ИРСИЙ-ГЕНЕОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ</b>	
Жўраев Р.М., Муминов Б.А., Абдукадиров Э.И., Одинаев Ф.Н., Якубов А.Ч., Халимова Х.М., Матмуродов Р.Ж. ....	39
<b>EVALUATION OF VARIABILITY OF THE HEART RHYTHM IN PATIENTS WITH HYPERTONIC DISEASE</b>	
Juraeva D.M., Khasanova N.A., Zubaidullaeva M.T. ....	40
<b>ESTIMATE OF HEMODYNAMIC VARIABILITY IN PATIENTS UNDERGOING ISCHEMIC STROKE AND SUFFERING FROM CHRONIC HEART FAILURE, DEPENDING ON THE TIME OF EVENT</b>	
Ikromov Kh.S., Akhmedov Kh.S. ....	41
<b>ОБЕСПЕЧЕНИЕ БАЛАНСА САЛОТДЕЛЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА</b>	
ИСЛОМОВА Ф.К., ЮСУПОВА Ш.А.....	41

<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НГА</b> М.М. Исаметова, С.С. Жумабоев.....	41
<b>NONINVASIVE TREATMENT MODALITIES OF INFANTILE HEMANGIOMAS.</b> Yusupova Sh.A., Islomova F.K. <sup>1</sup> , Mun A.V.....	42
<b>ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ И ТЯЖЕЛЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ СЕМЕЙНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ</b> Ислимова Лола Раим кизи., Равшанов Жахонгир Азимжон угли.....	42
<b>EFFECTS OF ORAL ANTICOAGULANTS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION.</b> Jabbarov A.A., Maksudova M.H., Isomiddinov A.S.....	43
<b>КЎЙЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН УЧ ЁШГАЧА БЕМОР БОЛАЛАРДА КЛИНИК СИМПТОМЛАРИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ</b> Исраилова Д.М., Israilova D.M., Худайкулова Г.К., Khudaykulova G.K., Муминова М.Т., Muminova M.T.....	43
<b>БИР ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА ЭМЛАНИШ ДАРАЖАСИ ВА ПЕРИНАТАЛ КАСАЛЛИКЛАРИГА БОЎЛИҚ ҲОЛДА КЎЙЎТАЛНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</b> Исраилова Д.М., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т.....	44
<b>«SPECKLE-TRACKING» - ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИИ МИОКАРДА</b> Капарулина А. С.....	44
<b>THE INFLUENCE OF EDUCATION AND EMPLOYMENT ON ART ADHERENCE AMONG PLHIV AGED 25 TO 44 IN TASHKENT: AN EXPLORATORY RESEARCH</b> Karimov Doniyor Alisher o'g'li., Sadikov Humayun Mirzo Abdullayevich., Dinmuhamadiyev Nurlan Aktamovich., Ermatov Botir Sobirovich.....	45
<b>ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ У ДЕТЕ, СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ</b> КЛЮШКИНА М.С., Мустафин А.А. ....	46
<b>АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА</b> Е. А. Колесникова., Л. М. Шукшина .....	46
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРФЛЮСАЛ ФОРСПИРО ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ</b> Komolova Feruza Djamoliddin qizi, Akbarova Dilfuza Suratovna, Комолова Феруза Джамолиддин кизи, Акбарова Дилфуза Суратовна.....	47
<b>THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS ASSESSED WITH EQ-5D-5L</b> Costea Elena, Salaru Virginia.....	47
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДИАРЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ</b> Кузнецова В.В., Худайкулова Г.К., Гиясова Г.М., Муминова М.Т.....	47
<b>METABOLIC THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM</b> Лян Екатерина Михайловна .....	48
<b>БОЛАЛАРДА ОИВ ФОНИДА ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАР КЕЧИШНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ</b> Мавлонова З.Н., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т.....	48

<b>ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b> Мадаминова Малика Шавкатовна., Атаева Дилором Рахимжановна, Толипова Ноила Кудратовна, Юсупова Гулноза Амониллаевна, Хужаниезова Мафтуна Юсуфбоевна.....	49
<b>ОЦЕНКА ТЕРАПИИ «ПО ТРЕБОВАНИЮ» У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ</b> Максудов И.Ж., Собирова Г.Н., Высогорцева О.Н.....	50
<b>КЛИНИКО – ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВТОРИЧНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ</b> Мирзоев Ж.Б. ....	50
<b>ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ</b> Мусаев О.О., Абдуазизова Н.Х.....	51
<b>ИЗУЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ</b> Парпиев Ш.И., Рузиева Г.Х., Самирханов Э.Р.....	51
<b>СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА</b> Равшанов Жахонгир Азимжон угли, Исломов Лола Раим кизи .....	52
<b>АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В СОСТОЯНИИ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ</b> Мухаммадиев Й., Турдиева М.Э.....	52
<b>РОЛЬ УДАРНО – ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА</b> Рамазанов Ш.Ф., Адилов Ш.К.....	53
<b>STUDY OF THE ASSOCIATION BETWEEN ALIMENTARY OBESITY AND POLYMORPHISM OF LEPTIN RECEPTOR GENE GLN223ARG IN FEMALE OF REPRODUCTIVE AGE</b> Rasuleva Takhmina Abdualievna.....	53
<b>ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА</b> Расулова Садокат Олимжон қизи., Убайдуллаев Б.О.....	53
<b>ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ</b> Расяев Д., Ахмаджанова М.....	54
<b>ОПИЙГА ҚАРАМЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА АЛКОГОЛИЗМ БИЛАН АСОРАТЛАНИШИДА КОГНИТИВ ФУНКЦИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ</b> Ражапбоев Иномжон Шерипбоевич.....	54
<b>ОПИЙЛИ ГИЁҲВАНДЛИК НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ҲАВОТИРЛИ БУЗИЛИШЛАР</b> Зокиров Мирзохид Мирсобитович.....	55
<b>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА</b> Рахимбердиева З.А., Шагазатова Б.Х.....	55
<b>DYNAMICS OF RECOVERY OF MOVEMENT DISORDERS, DEPENDING ON THE TYPE AND SEVERITY OF STROKE</b> Rakhimova Sh., Rasulova D.....	56
<b>БОЛАЛАРДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИДА МЕЪДА- ИЧАК ТИЗИМИ ЗАРАРЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</b> Садуллаев С.Э., Туйчиев Л.Н., Муминова М.Т.....	56

<b>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</b>	
Саматов А.....	57
<b>DEPRESSION IN PATIENTS WITH BREAST CANCER</b>	
Samirkhanov E.R., Parpiev Sh.I.....	57
<b>К МОРФОЛОГИИ И ГИСТОХИМИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ГАШИШЕМ И АЛКОГОЛЕМ</b>	
С.Б.Султанов,Н.Х.Ганиева,И.И.Бахриев.....	58
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИХ СПОРТИВНЫХ ШКОЛ Г.ТАШКЕНТА</b>	
Таралева Татьяна Александровна., Усманходжаева Адипа Амирсаидоана.....	58
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ</b>	
Ташматова Г.А.....	59
<b>ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ</b>	
Тилавова З.Ш., Раззакова Н.С.....	60
<b>BURDEN OF NEONATAL SEPSIS IN CHILDREN WITH MENINGITIS AFTER INTRODUCTION OF AMPICILLIN AND THIRD-GENERATION CEPHALOSPORIN - A PROSPECTIVE POPULATION-BASED COHORT STUDY</b>	
AtayevaDiloromRakhimjanovna.....	60
<b>НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ</b>	
Сабилова Р.А., Турсунов Д.Х., Куралов С.Ж.,Турсункулов Ж.Н. ....	60
<b>ВЛИЯНИЕ ИНГИБИРОВАНИЯ НЕПРИЛИЗИНА НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК И СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА</b>	
Турсунова Л.Д., Султонов Н.Н.....	61
<b>КЛИМАТО – ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ КРАЙНЕГО СЕВЕРА НА БЕРЕМЕННОСТЬ</b>	
Тяпкин А.В., Алекберов Р.И., Соловьёва Е.Н.....	61
<b>ФЕНОТИПЫ И ЭНДОТИПЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ</b>	
Хамдамов С.У., Джумабаева С.Э.....	62
<b>АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА</b>	
Хикматова Н.К., Алиева К.К. ....	63
<b>EXPERIENCE OF THE APPLICATION OF THE ARAT SYSTEM IN THE RENABILITATION AFTER BRAINS STROKE</b>	
Khojjeva U.Kh. Anvarjonov A.A. Visogorseva O.N. Sattarova D.B. ....	63
<b>ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ</b>	
Худойбердиева Сайёра Аъзамжон кизи, Акбарова Дилфуза Суратовна.....	64
<b>ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАРНИНГ ТУЗИЛМАСИ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ</b>	
Ҳакимов Ж.Ҳ., Тўйчиев Л.Н., Муминова М.Т., Эралиев У.Э. ....	64
<b>ПРЕДИКТОРЫ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</b>	
Чечулин А. А.....	65

<b>ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b>	
Ширматов Ш.А. Алиджанова Д.А., Маджидова Ё.Н.....	65
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ МЫШЕЧНЫМИ ДИСТРОФИЯМИ</b>	
ШУКУРОВА М.Х.....	66
<b>БОЛАЛАРДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</b>	
Даминов Т.О., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Эрматов Б.С.....	66
<b>METASTATIC SPINE CORD INJURY AND ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT</b>	
Abduqodirov X.U., Ziyavidenova S.S., Polatova D.Sh.....	68
<b>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ УДАЛЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ И ГИДРОМ</b>	
Абдуолимов А.А., Исаков Б.М.....	68
<b>ОПЕРАЦИИ МИНИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ</b>	
А.А.Абдурахмадов., Д.Ш.Хожиметов.....	69
<b>ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ</b>	
Шамсиев Дж.А., Абубакри.А, И.Н. Джумаев, Л.Н.Бобиев.....	69
<b>РОЛЬ ЭНДОГЕННЫХ РЕГУЛЯТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА В РАЗВИТИИ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ</b>	
Азимбоева Одина., Акпербекова Ирина Сергеевна.....	70
<b>СПОСОБ МАЛОТРАВМАТИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>	
М.Р.Алибоев., М.М.Носиров.....	70
<b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ РАСТВОРОВ</b>	
Алимов С.У., Халиярова Г.Д. ....	71
<b>ЭКСТРАКОРПОРАЛ УРУҒЛАНТИРИШДАН (ЭКУ) СЎНГ ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИ</b>	
Mirzaeva D.B., Алимова С.Э.....	71
<b>CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE CHEMORESISTANT GASTRIC CANCER</b>	
N.K. Asamedinov, D. Egamberdiev, M. Djuraev, S. Kamishov, S.S. Khudayorov, K. Tuyev, M.T. Doschanov .....	72
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ВЗРОСЛЫХ</b>	
Атамбузов Г.Т.....	72
<b>ПРИЧИНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ</b>	
Ахмедов И.Ю., Мавлянов Н.Х., Аметов Э.Т., Мавлянов Ф.Ш.....	73
<b>МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ</b>	
Ахмедова Д.Ю., Турсункулова З.Б., Маматкулова М.А., Мавлянов Ф.Ш.....	73
<b>ОСОБЕННОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</b>	
Аъзамов А.Б, Норчаев Ж.А.....	74
<b>OPTIMIZATION OF THE METHODS OF TREATMENT OF POST- BURN CICATRICIAL ALOPECIA</b>	
Babajonov A.B., Sadykov R.R., Palymbetova D.N. ....	74

<b>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ</b>	
Юсуфбеков Д.А., Мадаминов Р.М., Бабажонов А.Б., Уринбоев Р. ....	75
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ КОЛЛАГЕНОВОЙ ГУБКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ</b>	
А.К.Каныбеков.,С.А.Маленкова.,А.Н.Бисен.....	76
<b>У НАРКОЗАВИСИМЫХ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ</b>	
Исакова Ф.Д., Ботиров С.....	76
<b>ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНОЙ МИКРОФЛОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК</b>	
Гадаева Г., Акпербекова Ирина Сергеевна.....	77
<b>LIVER TUMORS, CONTEMPORARY DIAGNOSIS AND TREATMENT</b>	
GrigoritaCristinaFiodor.....	77
<b>ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРАСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ЯИЧНИКОВ</b>	
Джуманиязова Г.М. Ахмедов Ф.Р.....	78
<b>ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ</b>	
Елемесов А. А., Едрешева Б.А., Оспанова М.....	78
<b>К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ И НЕБНЫХ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА</b>	
С.М. Зияев, Умаров Д.А.Н.Э. Махкамова.....	78
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОМОРБИДНЫЕ АССОЦИАЦИИ МАЛЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ</b>	
И. А. Зябрева .....	79
<b>ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 7 ТИПА КАК КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ</b>	
Ибрагимова С.М., Сейфуллаева Л.И., Чирьева М.Б., Грачёва Н.Д.....	80
<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА ПОЧЕК У КРЫС ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОТКРЫТОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ-35КВ</b>	
Иванина В.А., Мадумаров Д.Н.....	80
<b>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ</b>	
Икромова Л.И., Абдуразакова М.Д.....	81
<b>SURGICAL TREATMENT RESULTS OF FACIAL NERVE PERIPHERAL PARALYSIS AFTER REMOVAL OF THE ACOUSTIC NERVE NEUROMA</b>	
Ismailov Avaz Alisher o'g'li .....	81
<b>СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ</b>	
Каланова Н.У., Гайбуллаева Д.Ф.....	82
<b>ОТСРОЧЕННАЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОПЛАСТИКА, КАК ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА С БОЛЬШИМ ДИАСТАЗОМ</b>	
Калинин Илья Вадимович.....	82
<b>ЧАСТОТА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ</b>	
Комилова Дилдора Комиловна <sup>1</sup> , Разикова Камола.....	83
<b>ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ ПАРОТИТ – ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КЛИНОВСКАЯ АННА СЕРГЕЕВНА</b>	
Клиновская Анна Сергеевна.....	84

<b>КОНТРОЛИРУЕМАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ</b>	
Сиразитдинов Н.Д., Ключкина М.С.....	84
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	
Султанов Д.Д., Кузиев Ф.Х <sup>1</sup> ., Джабаров Х.А., Солиев О.Ф <sup>1</sup> ., Юнусов Х.А.....	85
<b>ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПХТ (ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ) БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ КОЖЕСОХРАНЯЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ТОРАКОДОРСАЛЬНО ЛОСКУТОМ (ТДЛ)</b>	
С.Б Курбанова, Г.Ш.Исмаилова .....	85
<b>MODERN METHODS OF THE TREATMENT OF CLOSED INJURIES OF PARENCHYMAL ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY IN CHILDREN</b>	
Mavlyanov N.Kh., Akhmedov I.Yu., Ametov. E.T., Mavlyanov F.Sh.....	86
<b>ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА</b>	
Бабаджановой Г.С., Узаковой М.К., Мансуровой М.Ю.....	86
<b>EXPERIENCE OF IMPLANTS USING OF CALCIUM - PHOSPHATE COMPLEX IN THE BONE PATHOLOGY</b>	
<sup>1</sup> Markov A.A., <sup>2</sup> Sergeev K.S., <sup>3</sup> Sitdikov I.R., <sup>4</sup> Alekberov R.I.....	86
<b>POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER VARIOUS VOLUMES OF PANICULECTOMY</b>	
Okhunov A.O.....	87
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ, СОЧЕТАННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ</b>	
Беркнов У.Б., Матмуратов Ж.К., Арзамов Р.В.....	87
<b>EFFECTS OF MANNITOL AND HYPERTONAL SOLUTION OF NATRII CHLORIDE ON INTRACRANIAL GYPERTENSION IN PATIENTS WITH BRAIN INJURY</b>	
Makhmudov Z.M., Murotov TM.N., Ramazanova Z.F. Zaripova E.Sh.....	88
<b>КИСТА БРОНХИАЛЬНОЙ РАСЩЕЛИНЫ: ОСОБЕННОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ С КЛИНИКО - ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕЛЯЦИЕЙ</b>	
Юнусова Л. Р., Мизомов Л. С.....	88
<b>ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ НАВИГАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПРИ УСТРАНЕНИИ СКЕЛЕТНЫХ ФОРМ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА</b>	
Митрошенков Пётр Павлович.....	89
<b>ТРУДНОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ НА ФОНЕ СУПЕРИНВАЗИОННОГО ОПИСТОРХОЗА (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)</b>	
<sup>1</sup> Митряков А.С., <sup>2</sup> Лазарев С.Д., <sup>3</sup> Алекберов Р.И.....	89
<b>ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ДОРОДОВОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</b>	
Ф.А. Музаффарова., К.А. Саттарова.....	90
<b>ЭКСТРАКОРПОРАЛ УРУҒЛАНТИРИШ (ЭКУ) МУОЛАЖАСИНИ ЎТКАЗИШДА ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ МАВЖУД АЁЛЛАРДА ФОЛЛИКУЛЯР РЕЗЕРВНИ БАҲОЛАШ</b>	
Муқимова Д.И., Мирзаева Д.Б.....	91
<b>COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE EFFECTS OF HYPEROSMOLAR THERAPY IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY</b>	
Murotov TM.N., Boymurotov Kh.A., Ramazanova Z.F., Muralimova R.S.....	91



<b>THE TECHNIQUE OF THE INTRAMEDULLARY NAILING: NEW OPERATION, NEW COMPLICATIONS</b>	
Karimov M.Y., Mukhamadiev A.Yu. ....	92
<b>ВЛИЯНИЕ МАННИТОЛА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА НА ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ</b>	
Мухсинов Х.Б., Муротов ТМ.Н.....	92
<b>ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНОГО-ПЕРЕМЕЩЕННОГО ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ СКВОЗНЫХ И НЕСКВОЗНЫХ РАН В ОБЛАСТИ ЛИЦА</b>	
Нигмонов О.О., Полатова Д.Ш.....	93
<b>ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА</b>	
О.Ш. Низомов, Н.Э. Махкамова.....	93
<b>ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА</b>	
Нуржабов А.И. <sup>2</sup> , Умирзаков А.Ш. <sup>2</sup> , Расулов А.Э. <sup>1</sup> .....	94
<b>РЕНТГЕНОГРАФИЯ И СОНОГРАФИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</b>	
Нурмаматзода О.А., Акрамова Н.А.....	94
<b>АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ У ДЕТЕЙ</b>	
Орозалиев И.Э., Кимбилетова Т.А., Абдурасулова З.Р. ....	95
<b>SAFER ABORTION. TECHNOLOGY OF THE XXI CENTURY</b>	
Okhunova Shahnoza Botirzhon Kizi, Sadikova Dilfuza Ravshanbekovna.....	96
<b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ</b>	
Б.М.ПУЛАТОВ, СУВОНОВ У.Х.....	96
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ – ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ</b>	
Пулатов Маъруфжон., Тўрақулов З.Ш.....	97
<b>ОЦЕНКА ПОГТОПЕЧЕПОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ЦИРОЗОМ ПЕЧЕНИ</b>	
Пулатов Маъруфжон., Тўрақулов З.Ш.....	97
<b>CHOICE OF TREATMENT IN HYPORHARYNGEAL CANCER</b>	
Rakhataliyeva Z.I., Gaziev L.T., Khudoyorov M.S. ....	97
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА. НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ</b>	
Тешаев О.Р., Рузиев У.С.....	98
<b>EVALUATION OF THE FREQUENCY OF CARRYING OUT THE CESAREAN SECTION BY ROBSON CLASSIFICATION</b>	
F.R. Sayfutdinov., K.I. Ahn, N.A. Vorontsova, J.V. Sennikova.....	98
<b>РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ МИКРО РНК</b>	
Саттарова К.А., Аюпова Ф.М.....	99
<b>МОДЕЛИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА МИНИ-СВИНЬЯХ</b>	
Соколов М.Е., Мунасипов И.Азатович., Салихов А.Т., Галяутдинов И.Ф., Хамитов А.М., Ваге А., Ким Е.С., Трофимов Д.А., Лисюков А.Н., Измайлов А.А., Кузнецов М.С., Баширов Ф.В., Исламов Р.Р.....	99
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ</b>	
Султанов Д.Д., Солиев О.Ф., Джаборов Х.А., Сайдалиев Ф.Дж.....	100
<b>ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ</b>	
У.Х. СУВОНОВ., Б.М. ПУЛАТОВ.....	100

<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</b>	
Тилляшайхов М.Н <sup>1</sup> , Юсупов Ш.Х <sup>1</sup> , Жуманиёзов .М.М <sup>2</sup> .....	101
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	
Султанов Д.Д., Кузиев Ф.Х., Джабаров Х.А., Солиев О.Ф., Юнусов Х.А.....	101
<b>ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ</b>	
Хамроева Д.М., Собирова Г.Н., Высогорцева О.Н.....	102
<b>ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</b>	
Шек А.Б., Даминова Л.Т., Кодиров Ш.С.....	102
<b>ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b>	
Кодиров Ш.С., Даминова Л.Т., Шек А.Б.....	103
<b>МИНИИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА У ДЕТЕЙ</b>	
Тиялков А.А., Ишкабулов Р.Ж., Тиялков А.Б.....	104
<b>THE USE OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION</b>	
Turakhonov A., Mamadaliev J., Faysullaev O., Mavlyanov F. Sh.....	104
<b>ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ</b>	
Турижанов У.Ж., Рахимзода Т.Э., Агзамов Р.В., Рахматалиев С., Ирناзаров А.А.....	105
<b>ФЛЕБОТРОМБОЗ И ТРОМБОФЛЕБИТ ПОДКОЖНЫХ ВЕН – ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ</b>	
Турсунов Саиджалол Адхамжонович.....	105
<b>ORBITALMIC COMPLICATIONS OF ENDOSCOPIC SINUS SURGERY</b>	
Shayhova X.E., Uzokov A.D. ....	106
<b>ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ</b>	
Муратова Н.Д., Умарова Р.Ш.....	106
<b>ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗ НА ШЕЕ ПРИ ХИРУРГИИ РАКЕ ПИЩЕВОДА</b>	
Нуржабов А.И. <sup>2</sup> , Умирзаков А.Ш. <sup>2</sup> , Расулов А.Э. <sup>1</sup> .....	107
<b>НАЛОЖЕНИЕ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ КЛАПАННОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗА НА ШЕЕ «КОНЕЦ В БОК» ПРИ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТРАНСХИАТАЛЬНОЙ ЭЗОФАГЭКТОМИИ</b>	
Умирзаков А.Ш. <sup>2</sup> , Нуржабов А.И. <sup>2</sup> , Расулов А.Э. <sup>1</sup> .....	107
<b>EXPERIENCE OF APPLICATION OF EXTENDED RESERVATIONS FOR BILOBARIAN LESIONS OF LIVER CANCER</b>	
Urunov O.I., Ergashev I.U., Khaitov D.H., Abdusattorov R.A., Tursunova N.I., Adylkhodzhaev A.A.....	108
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ</b>	
Урунов О.И., Эргашев И.У., Хаитов Д.Х., Абдусатторов Р.А., Турсунова Н.И., Адылходжаев А.А.....	109
<b>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ</b>	
Усманова М.С., Абдуллаева Н.Н.....	109
<b>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ</b>	
Файзиматов М.А., Сувонов Ж.Б., Мирзаев А.Б.....	109

<b>ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ</b>	
Халикова О.М., Касимов У.К.....	110
<b>DISCRIMINANT ANALYSIS PREDICTION MODEL OF COMPLICATED SUPRAVESICAL OBSTRUCTION DURING PREGNANCY</b>	
Khasanov Mardon Mukhammadikulovich.....	110
<b>ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ – ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	
Хушвактов Бобур Гайбуллаева Д.Ф.....	111
<b>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИИ</b>	
<sup>1</sup> Шнейдер В.Э., <sup>2</sup> Алекберов Р.И., <sup>3</sup> ГанжараИ.С., <sup>4</sup> Агасиев М.В.....	111
<b>ON ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF DAMAGES OF CHEST AND LUMBAR DIVISIONS OF THE SPINE IN INJURED CHILDREN</b>	
Shukurov F.M., Turaev S., Sayidrahmonov S., Yuldashev Sh.S.....	112
<b>МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ПРИ РАКЕ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОСКОПИИ</b>	
Эргашев Илхомжон Уктамович, Урунов Ориф Исакулович, Хаитов Дадажон Хасанович, Абдусаттаров Равшан Абдурауфович., Турсунова Нодира Исраиловна., Адылходжаев Аскар Анварович.....	112
<b>CHOICE OF THE METHOD OF DRAINAGE OF THE BILEARY DUCTS AT THE MECHANICAL JAUNDICE CAUSED BY THE CANCER OF THE HEAD OF THE PANCREAS</b>	
Ergashev Ilkhomjon Uktamovich, Urunov Orif Isakulovich, Khaitov Dadajon Hasanovich, Abdusattorov Ravshan Abduraufovich., Tursunova Nodira Israilovna., Adylkhodzhaev A.A.....	113
<b>ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У ПОЖИЛЫХ</b>	
Эшмуродова Д.Б., Эгамбердиева Э.Х., Эшмуродов А.Э. ....	113
<b>ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА</b>	
Эшонходжаева Д.Д.....	114
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА PLASMO LIFTING ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛИТА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА</b>	
Асилова С.У., Хужаназаров И.Э., Югай А.В., Широных Д.К., Ибрагимов Х.Б.....	115
<b>СВЯЗЬ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ</b>	
Юденкова О.А.....	115
<b>РАЗНОВИДНОСТИ ТИПОВ ЭЭГ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧМТ</b>	
М.Ж. Якубова.....	116
<b>CHARACTERISTICS OF SINUSITIS FLOW IN ACUTE AND CHRONIC LEUKEMIA</b>	
Yarmukhamedova N.F., Uzokov A.B.....	116

---

# ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

## СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского языка: Ж.Б. Аскарова

Редактор английского текста: Х.А.Расулова

Редактор-дизайнер: Ш.П. Аширова

С. Э. Тураева

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: **Ташкентская медицинская академия**

**Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации**

**Регистрационное свидетельство 02-00128**

**Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года реестром ВАК в раздел медицинских наук**

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять по адресу:

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2, Главный учебный корпус ТМА, 4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.