



Tadqiqot.uz

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2020

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



№23
25 декабрь

conferences.uz

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 23-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18 - ҚИСМ**

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

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

ТОШКЕНТ-2020



УУК 001 (062)
КБК 72я43

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

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 23-қўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 декабрь 2020 йил. - Тошкент: Tadqiqot, 2020. - 23 б.

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

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

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

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

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

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

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

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

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

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

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



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

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

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

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

19.Фармацевтика

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

20.Ветеринария

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

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

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

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

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

25.География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

1. Ш. Исмоилова, Нажмутдинова Д.Қ. ЮРАК ҚОН ТОМИР АСОРАТЛАРИ БУЛГАН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2- ТИП БЕМОЛЛАРДА ИНСУЛИН АНАЛОГЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ.	7
2. Кипчакова Хафиза Махамадахиловна, Алиханова Нодира Миршавкатовна ПЛАН ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА	9
3. Muhammadjon Osboyev TOKSIK GERATIT KASALLIGINING KELIB CHIQISHI VA DA'VOLASH USULLARI.....	10
4. Sharipova Malika Fakhridin qizi, Nasirova X.K. EMPTY SELLA SYNDROME: A CASE REPORT	11
5. Пулатова Кристина Самвеловна, Агабабян И.Р ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.	13
6. A.E.Rustamov, D.B.Eshmurodova, Sh.A.Eshmurodov SURGICAL FEATURES OF EFFICIENCY OF ILEOANAL ANASTOMOSIS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS	14
7. Ё.Н. Маджидова, Н.О. Эргашева, С.К. Мамарасулов КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	15
8. Сафоев Б.Б., Хасанов А.К ТРАНСТРАХЕАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ И БРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННЫХ БРОНХИАЛЬНЫМ СВИЩОМ.....	17
9. Широ́в Бобур Фуркатович КРИТЕРИИ УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	20
10. Юлдашева С.З, Аскарлова Ж.А, Кучкарова Д.А ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИНСЕМИНАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОЙ МЕТОДИКИ ВЫДЕЛЕНИЯ СПЕРМАТАЗОИДОВ.....	21



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ЮРАК ҚОН ТОМИР АСОРАТЛАРИ БУЛГАН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2- ТИП БЕМОРЛАРДА ИНСУЛИН АНАЛОГЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ.

Ш. Исмоилова
Тошкент Тиббиёт Академияси
эндокринология мутахассислиги магистри.
Илмий раҳбар Проф. Нажмутдинова Д.Қ.
Тошкент Тиббиёт Академияси
3- сон терапия ва эндокринология бўлими
Телефон: +998903294642
shani.94@inbox.ru

Аннотация. Биламизки, юрак қон томир асоратлардан улим ҳолати қандли диабет билан касалланганлар орасида етакчи уринни эгаллаб келмоқда. Бу асоратларни енгишда қонда адекват глюкоза назорати катта уринни эгаллайди. Шу сабабдан гликемик курсатгични меъёрга келтириш ва гликемик тебранишларни олдини олиш ҳозирги даврнинг долзарб муаммоларидан биридир. Имкон қадар қонда глюкоза миқдорини нормаллаштирувчи усулларни амалиётга жорий этиш асоратларнинг олдини олишда аҳамиятли. Шу муносабат билан ушбу мақолада мамлакатимизга энди кириб келган инсулин аналогларининг кардиоваскуляр асоратли қандли диабет 2 –тип билан оғ’риган беморларда та’сирини урганишда олинган натижаларга асосланган.

Калит сузлар: қандли диабет 2тип, инсулин аналоглари, инсулин левемир, инсулин детемир, макроваскуляр асоратлар, микроваскуляр асоратлар, гликирланган гемоглобин, қонда глюкоза курсатгичи.

2-тип қандли диабет диабет - бу микро ва макроваскуляр асоратларнинг ривожланиши билан боғлиқ бўлган оғир прогрессив касаллик. Ушбу асрнинг бошида дунё аҳолисида диабетнинг тарқалиши 2,8 фоизни ташкил этди, экспертларнинг фикрига кўра, 2025 йилга келиб 6,3 фоизни ташкил этади, шу билан бирга беморларнинг 2/3 қисми юрак-қон томир касалликларидан вафот этиши мумкин. 2 тип қандли диабет мавжуд беморлар диабетга чалинган беморлар умумий сонининг 90% ни ташкил этади

Ишни бажариш усули

Ушбу 24 ҳафталик 1: 1 рандомизатсияланган, параллел текширув юрак қон томир асоратли қандли диабет 2 тип билан касалланган 80 беморга эрталаб ва ётишдан олдин инсулин детемир ёки НПХ инсулини, овқатланиш вақти инсулин аспарт ёки оддий инсон инсулин тавсия этиш орқали амалга оширилди. Синовга кириш учун қуйидагилар эътиборга олинди: ёши -50-65 ёш, диабетнинг давомийлиги -7-10 йил, ТМИ -30-35 кг / м², HbA1C -12%, умумий кунлик инсулин дозаси <1,4 Ед / кг ва ҳар қандай базал -болус инсулин режими ёки камида 6 ой давомида икки фазали инсулин билан даволаш. Рўйхатга олинган беморлар кунига икки марта инсулин (ерталаб ва ухлаш вақтида) базал инсулин детемир (100 Ед / мл) ёки НПХ инсулини (100 Ед / мл; изофан инсулин) билан даволанди. Бундан ташқари инсулин детемир даволаш гуруҳига рандомизация қилинган беморлар овқатдан олдин дарҳол инсулин аспарт қабул қилишди (100 Ед / мл), НПХ инсулин қабул қилган беморлар гуруҳи овқатдан 30 дақиқа олдин мунтазам инсон инсулини (100 Ед / мл; Актрапид) ни қабул қилди. 6 ҳафталик титрлаш даврида беморлар базал инсулин дозалари плазмадаги глюкозанинг мақсадли курсатгичларига (нонуштадан олдидан ва кечки овқатдан олдин: 5,7-7,3 ммол / л) қараб титрланди.



Тадкикот натижалари

Ўртача HbA1c курсаткичи инсулин детемир / инсулин аспарт гуруҳида 24 ҳафталик даволанишдан сўнг НПХ / оддий одам инсулини гуруҳига қараганда анча паст бўлди (7,88% ва 8,11%). Наҳорги плазмасидаги глюкоза инсулин детемир / инсулин аспарт билан 18 ҳафталик даволанишдан сўнг НПХ / оддий одам инсулинига қараганда пастроқ бўлди (7,58 ммол / л ва 8,10 ммол / л). 24 ҳафталик даволанишдан сўнг, базал инсулиннинг ўртача суткалик дозаси 32,1 Ед (0,44 Ед / кг) инсулин детемирига нисбатан ; 28,2 Ед (0,38 Ед / кг) НПХ инсулини ташкил этди.

Гипогликемик эпизодлар

Бир йилда бир киши учун гипогликемик эпизодларнинг пайдо бўлиши инсулин детемир / инсулин аспарт гуруҳида НПХ / оддий одам инсулини гуруҳига қараганда анча паст бўлган . Гипогликемия хавфи инсулин детемир / инсулин аспарт гуруҳида НПХ / одатдаги инсон инсулин гуруҳига нисбатан 21 фоизга кам Ед, тахминий нисбий хавфи 0,79 . Умумий тунги ва катта тунги гипогликемия хавфи НПХ / га қараганда инсулин детемир / инсулин аспарт гуруҳида мос равишда 55% ва 83% паст эди. Шунга ўхшаш натижалар маълумотлар HbA1c учун ўрнатилганда ҳам эришилди.

Тана вазни

24 ҳафталик даволанишдан сўнг икки даволаш гуруҳи ўртасида ўртача тана вазнида сезиларли фарқ кузатилди . HbA1c нинг бошланғич даражаси ва ўзгариши учун тузилган, ўртача тана оғирлиги инсулин детемир / инсулин аспарт гуруҳида НПХ / оддий одам инсулин гуруҳига қараганда 1 кг паст бўлган .

Хулоса.

Ушбу синов инсулин аналоглари, инсулин детемир ва инсулин аспарт комбинатсияси НПХ / оддий инсон инсулинига қараганда сезиларли даражада HbA1C қийматини таъминлаганлигини ва ушбу аналоглар билан даволаш 2-тоифа қандли диабет беморларда гипогликемия хавфи пастлиги билан боғлиқлигини кўрсатди. Бундан ташқари, инсулин детемир / инсулин аспарт администрацияси натижасида НПХ / одатдаги инсон инсулинига нисбатан кундан-кунга ўзгарувчанлиги анча паст бўлган плазмадаги глюкоза даражаси ва тана вазнининг кўпайиши кузатилмади. Тажрибада инсулин аспарт ва инсулин детемир инсон инсулини ва НПХ инсулинига нисбатан клиник жиҳатдан яхшиланганлигини кўрсатди.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати

1. Сахарный диабет диагностика, лечение, профилактика //Муаллиф: И.И.Дедов, М.В.Шестакова.-2011.-221-236 бетлар
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3380549/>
3. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13300-019-00732-w>
4. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0195010>
5. https://www.researchgate.net/publication/262306499_Review_of_Insulin_and_its_Analogues_in_Diabetes_Mellitus



ПЛАН ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА

*Кипчакова Хафиза Махамадахиловна
Алиханова Нодира Миришавкатовна
Ташкентский Педиатрический
Медицинский Институт
Ташкент. Узбекистан*

Аннотация. Полноценное питание составляет основу жизнедеятельности человека и является одним из важнейших факторов, способствующих снижению риска развития алиментарно зависимых заболеваний, обеспечивающих активное долголетие, участвующих в формировании и реализации адаптационного потенциала организма.

Ключевые слова: здоровое питание, сахарный диабет второго типа, диета, избыточный вес

Цель исследования: Разработать план здорового питания при сахарном диабете второго типа

Материалы и методы исследования. Исследованию подверглись 20 пациентов, перенесших сахарный диабет 2 типа. Возраст больных составил от 45 – 60 лет. Из них 13 женщин и 7 мужчин. Диагноз устанавливали на основании характерных симптомов, клинических жалоб, антропометрии. Всем больным проводили биохимические анализы. Было произведено путем суточного мониторинга липидного спектра.

Результаты исследования. Нами разработан план питания при сахарном диабете второго типа. Где мы разрабатывали для больных с сахарным диабетом 2 типа, который основывается на полный пересмотр своего питания. Всем больным чтобы добиться максимально стабильных результатов на пути борьбы с избыточным весом, который основывается на 3 ключевых принципах:

1. Обилие овощей. Количество потребляемых овощей может зависеть от возраста, пола и частоты занятий спортом в неделю. Как правило, женщинам, которые ежедневно уделяют физическим упражнениям до 30 минут, рекомендуется ежедневно потреблять не менее 500 грамм овощей. При более интенсивных занятиях количество овощей рекомендуется увеличить до 800 грамм. Для мужчин рекомендуемое количество овощей составляет 600 и 1000 грамм соответственно.

2. Ненасыщенные жиры. Наличие в рационе адекватного количества полиненасыщенных и мононенасыщенных жиров позволяет поддерживать уровень холестерина в пределах нормальных значений и снижает риск развития сердечнососудистых заболеваний, одного из наиболее частых отдаленных осложнений диабета. Национальная служба здравоохранения рекомендует «увеличить количество потребляемой клетчатки и сократить потребление жиров (особенно насыщенных). Ненасыщенные жиры присутствуют во многих продуктах питания, включая орехи, авокадо, рыбу (тунец и скумбрию), а также оливковое масло.

3. Отказ от переработанных продуктов. Диетологи и врачи сходятся во мнении, что отказ от переработанных продуктов положительно влияет на здоровье. Из-за веществ, которые добавляются в целях обеспечения продолжительного срока годности, переработанные продукты, как правило, характеризуются высоким гликемическим индексом (ГИ). Регулярное потребление таких продуктов может негативно сказываться на здоровье диабетика.

Выводы. Таким образом, Один из важных аспектов, которые должна учитывать диета при диабете 2 типа, — влияние различных групп продуктов на уровень сахара крови. При составлении диеты на основе этой информации разработанная программа питания будет максимально соответствовать вашему образу жизни и учитывать то, как организм реагирует на углеводы, белки и жиры.

Литература:

1. Алексеева Р.И. Влияние диетотерапии с включением полиненасыщенных жирных кислот семейства оо-3 на клинико-метаболические показатели у больных сахарным диабетом 2 типа: Автореф. дисс. канд.мед.наук. М., 2002.

2. American Diabetes Association: Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications (Position Statement) // Diabetes Care. — 2003. — Vol.26. — P.S51-S61.



TOKSIK GEPATIT KASALLIGINING KELIB CHIQISHI VA DA'VOLASH USULLARI.

*Muhammadjon Osboyev.
Farg'ona davlat universiteti o'qituvchisi*

Annotatsiya; ushbu maqolada toksik gepatit kasalligining kelib chiqish va da'volanish bosqichlari haqida fikr yuritildi.

Kalit so'zlar; Toksik gepatit, hazm qilish organlar, yallig'lanish, alkogol.

Toksik gepatit-bu turli sabablar tufayli kelib chiqadigan, turli darajadagi jigar hujayra nekrozi va yallig'lanishi bilan xarakterlanuvchi va kamida 6 oy davomida yaxshilanmasdan kechuvchi jigar xastaligidir.

Virus tabiatli gepatitda virus jigar xujayralarda uzoq vaqt saqlanadi, biriktiruvchi to'qimaning yallig'lanish reaksiyasini rivojlantiradi. Parazit infeksiyalar birlamchi o't yo'llarini shikastlaydi. (angioxolit), keyinchalik patalogik jarayonga jigar parenximasi va mezenximalari ham qo'shiladi. Gepatotrop toksik moddalar gepatotsitlarni nekrobiozga bevosita shikastlaydi, so'ngra jigar mezenximasida ikkilamchi yallig'lanish reaksiyasi rivojlanadi. Toksik - allergik omillar ta'sirida ma'lum moddalarga jigar sezuvchanligining oshishi ahamiyatga ega. Ba'zi dori - darmonlarni qabul qilib olgach, o'ng yuqori chuqurlikda og'riq paydo bo'lishi mumkin. Buning sababi toksik gepatit yoki jigarning yallig'lanishi bo'lishi mumkin. Bu holda tananing o'zi ko'payishi mumkin va qonning biokimyoviy tahlillari juda katta o'zgaradi. Kasallikning sabablari; Kasallik ko'plab omillarning natijasi bo'lishi mumkin, masalan, spirtli ichimliklar ichish. Qanday foydalanayotganingizdan qat'i nazar, u hali jigarga olib keladi. Gepatitning o'tkir hujumi qo'ziqorinlarning zaharlanishi, masalan, sabzavotli zaharlarni keltirib chiqarishi mumkin. Ko'pincha, odamlar giyohvandlik bilan bog'liq zaharlangan gepatitni boshdan kechirmoqdalar, bu bir qator dori vositalaridan kelib chiqadi, masalan;

BISEPTOL: INTERFERON: PARASETAMOL: ASPIRIN: FENOBARBITAL.

Ko'p sonli kimyoviy moddalarni davolashda ishlatishga majbur bo'lgan odamlar alohida yondoshishga muhtoj. Misol uchun, toksik gepatit tez - tez kimyoviy davolanishdan so'ng paydo bo'ladi. Xavfli bo'lishi mumkin va ehtimol, butunlay bezarar ko'rinadi, masalan kontratseptiv vositalar. Og'zaki kontratseptivlarni qabul qilganidan keyin toksik gepatit paydo bo'lishi hollari kam uchraydi, bu nafaqat jigar buzilishiga olib kelishi, balki sariqlikning rivojlanishiga ham olib kelishi mumkin. Badanga va boshqa kimyoviy moddalarga sut berish natijasida kasallik holati; fosfor, pestitsidlar, fenollar, insektisit. Toksik gepatitning belgilari; Odatda, toksik moddalarni inson tanasiga kiritilganidan keyin 2 - 4 kundan so'ng paydo bo'lgan toksik gepatitning belgilari. Shu bilan birga, kasallikning o'tkir hujumi to'satdan tezkor namoyon bo'ladi. Surunkali toksik gepatit kamroq jonli, ammo uzoq muddatli simptomlar bilan xarakterlanadi. Kasallik o'ziga xos xarakterli xususiyatlarga ega; Og'riq, o'ng hipokondriyumda og'irlik; jigar kengayib, biroz chiqib ketadi; palpatsiya paytida o'tkir og'riq bor. Ko'tarilgan harorat.

Zaiflik, ko'ngil aynishi va qayt qilish. Burun yoki tishdan kichik qon ketish. Sariqlikning teriga va shilliq qavatidagi o'zgarishlar yuzaga kelishi mumkin. Toksik gepatitni davolash; ushbu kasallikni davolash ko'pincha shifokorlar nazorati ostida. Avvaliga jigarga salbiy ta'sir ko'rsatadigan omillarni bartaraf etishga harakat qiling. Mahsus tadbirlar o'tkaziladi.

1. Zahar qoldiqlaridan gastrik lavaj. Buning uchun kattalarning 10 litr suvga muhtojligini kutish bilan bir oz iliq suvdan foydalaniladi, zaharni tanadan plazmaferoz, faollashtirilgan uglerod yoki tomizish vositasi bilan olib tashlash uchun foydalaniladi.

Foydalanilgan adabiyotlar;

1. Virusli gepatit .1999. O'ZME. Tashkent.2000.



EMPTY SELLA SYNDROME: A CASE REPORT

Sharipova Malika Fakhridin qizi
2nd year master's degree

Department of Endocrinology and
Pediatric Endocrinology, Tashkent
Pediatric Medical Institute

Phone: +99890 3257405 drsharipovamalika@gmail.com

Nasirova X.K.,

candidate of medical sciences,
Department of Endocrinology and
Pediatric Endocrinology, Tashkent
Pediatric Medical Institute

Phone: +99890 3229956 hursh77@mail.ru

Abstract: Empty sella syndrome is a damaged pituitary gland. Either the gland has shrunk or has been crushed and flattened making it look like an empty sella on MRI scan. The reported prevalence of primary empty sella in general population is 8–35 %. The incidence is more in females, the ratio being 5:1 [3,5]. It is generally found in middle aged women who are obese and hypertensive. Here we report the case of a 41 years old patient who presented with persistent headache, giddiness and fatigue since 4 years and eventually was diagnosed to have empty sella syndrome.

Key words: Empty sella syndrome, sella turcica, persistent headache.

Introduction: Empty sella syndrome denotes the radiographic appearance of an enlarged sella turcica that is partially or completely filled with cerebrospinal fluid. This results in compression and displacement of the pituitary gland. It can be primary or may be secondary to pituitary surgery, irradiation, infarction or hemorrhage.

Case report: A 41-year-old multiparous obese woman came to us with menstrual irregularities, she also had numbness on the left side of her body (face, upper left limb and left lower limb) from 4 years. Symptoms are intermittent and associated with recurrent headache. and neck pain. She also complained of a recent onset of blurred vision. On examination, her blood pressure was 140/85 mm Hg. Art., And the pulse rate is 86 beats per minute. Examination of the cardiovascular and respiratory system is normal. Examination of the central nervous system was also unremarkable. The patient underwent an MRI of the cervical spine, she was diagnosed with a disease of the cervical spine. An MRI scan of the brain was performed, which showed the presence of a small number of lacunar infarctions in the high parietal region, and random empty Turkish saddle (Figure 1 and Figure 2). Ophthalmic examination showed normal vision with mild bilateral optic disc edema (Figure 3 and Figure 3).

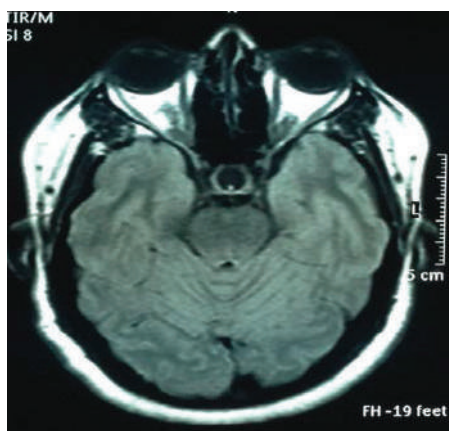


Figure 1. MRI brain (T2 FLAIR axial) showing empty sella.

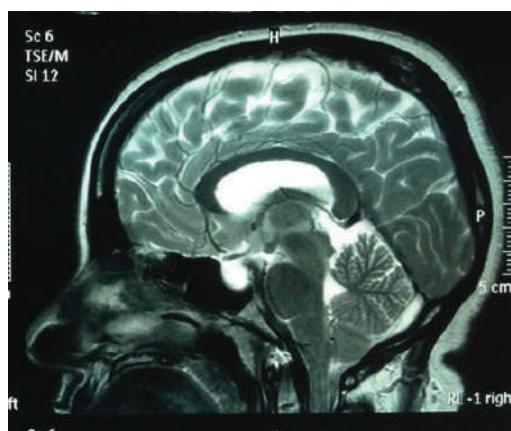


Figure 2. MRI brain (T2 sagittal view) - showing hyperintense signal intensity in the region of sella turcica suggestive of CSF filled sella.



In view of the finding of empty sella, pituitary hormonal studies were recommended. The TSH was 1.49 micro IU/mL (normal range: 0.27 - 4.2), prolactin levels was 198.9 micro IU/mL (normal range: 102 - 496), follicular stimulating hormone level was 10.06 micro IU/mL and lutenising hormone (LH) level was 3.59 micro IU/mL. All were within normal limits. Serum vitamin D level was 13.8 ng/mL (insufficient: 10 - 29). She was also detected to have impaired post-prandial blood glucose and dyslipidaemia. She was started treatment with vitamin D replacement, calcium supplements, statins and pregabalin. On follow up after 3 months, patient was symptomatically better. The left sided numbness had reduced and vision was also normal. She has been advised to continue the same treatment and to undergo follow-up MRI brain after 6 months.

Discussion: The term empty sella syndrome describes a distinct radiological and anatomical entity. The subarachnoid space extends significantly through an incompetent diaphragm sella into the sella turcica [1,7,4]. It is well known that the term Empty Sella is incorrect, because in these cases the sella is not empty. In fact, it is completely filled by the pituitary gland, with its stalk, the arachnoid, the CSF and occasionally, the optic system and the third ventricle. It occurs more commonly in middle aged females and is associated with several conditions such as obesity, hypertension, and migraine [3,5,7]. The most reasonable explanation for development of primary empty sella is that the condition arises in a patient who has either a transient or constant elevation in intracranial pressure and who has incompetent diaphragm sella that allows the subarachnoid space to be forced

into the sella by the hydrostatic pressure and pulsatile movement of CSF [6,8]. Secondary ESS is generally associated with a previous surgery, radiotherapy, or medical treatment for tumors of the sellar region [1].

Conclusion: Empty sella syndrome is an incidental finding which arises in a patient who has either a transient or constant elevation in intracranial pressure and who has incompetent diaphragm sella that allows the subarachnoid space to be forced into the sella by the hydrostatic pressure and pulsatile movement of CSF [4,7]. It is usually seen in obese patients with slight female preponderance. It should be kept as a differential diagnosis for patients presenting with non-specific headache especially in obese multiparous females.

References:

1. Mancall EL, Brock DG, Skull. Gray's Clinical Neuroanatomy. The Anatomic Basis for Clinical Neuroscience. Philadelphia USA: Elsevier Saunders; 2015. p. 150-5.
2. Bianconcini G, Bragagni G, Bianconcini Primary empty Sella syndrome. Observations on 71 cases. *Recenti Prog Med* 2012;90:73-80.
3. Saindane AM, Lim PP, Aiken A, Chen Z, Hudgins Factors determining the clinical significance of an "empty" sella turcica. *AJR Am J Roentgenol* 2013;200:1125-31.
4. Ghatnatti V, Sarma D, Saikia Empty Sella syndrome – Beyond being an incidental finding. *Indian J Endocrinol Metab* 2016;16:S321-3.
5. Braatvedt GD, Corral The empty Sella syndrome: Much ado about nothing. *Br J Hosp Med* 2017;47:523-5.
6. Maira G, Anile C, Mangiola Primary empty Sella syndrome in a series of 142 patients. *J Neurosurg* 2014;103:831-6.
7. De Marinis L, Bonadonna S, Bianchi A, Maira G, Giustina Primary empty Sella. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;90:5471-7.
8. Debnath J, Ravikumar R, Sharma V, Senger KP, Maurya V, Singh G, *et al.* 'Empty Sella' on routine MRI studies: An incidental finding or otherwise? *Med J Armed Forces India* 2016;72:33-7.



ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.

Пулатова Кристина Самвеловна
резидент магистратуры по кардиологии,
Кафедра терапии факультета последипломного образования,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доц. Агабабян И.Р.

Аннотация. В данной работе изложено результаты антигипертензивной терапии у людей с метаболическим синдромом. Исследования были проведены в отделении неотложной кардиологии РНЦЭМП и в лаборатории диагностической клиники «INNOVA». Всего было обследовано 70 больных и получены результаты.

Ключевые слова: метаболический синдром, гипертония, антигипертензивная терапия

Актуальность. Артериальная гипертония и связанное с ней ожирение различной степени – одна из наиболее актуальных проблем современной медицины, связанная с ведением нездорового образа жизни.

Цель исследования. Определить необходимость рационального подхода к выбору антигипертензивной терапии на основе данных о потенциальном влиянии специфических маркеров, активность которых нарушается у больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом.

Материалы: Работа будет выполнена в отделении неотложной кардиологии РНЦЭМП и в лаборатории диагностической клиники «INNOVA». Всего будет обследовано 70 больных. Из них 35 больных артериальной гипертонией с различной степенью ожирения в зависимости от индекса массы тела. Контрольную группу составят 35 больных с артериальной гипертонией с нормальным индексом массы тела. Все больные будут проходить обследование: ЭКГ покоя в 12 отведениях, ЭхоКГ. Лабораторные исследования будут включать общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением липидного профиля (триглицериды, общий холестерин, липопротеиды низкой плотности- ЛПНП, липопротеиды высокой плотности- ЛПВП), С-реактивный белок, фибриноген крови, протромбиновый индекс, протромбиновое время, уровень глюкозы натощак, гликолизированный гемоглобин, инсулин крови, индекс инсулинорезистентности.

Будет применяться липофильный блокатор АРА лозартан в дозе 50-100мг 1 раз в сутки

Результаты: К окончанию исследования у большинства пациентов на фоне терапии лозартаном отмечалось снижение массы тела и выраженности абдоминального ожирения. Масса тела и ИМТ достоверно снизились по сравнению с исходными значениями в среднем с $92,75 \pm 11,03$ кг до $90,15 \pm 11,57$ кг ($p < 0,05$) и с $33,02 \pm 3,48$ кг/м² до $32,08 \pm 3,47$ кг/м² ($p < 0,05$) соответственно. Также значительно уменьшился ОТ – с $107,95 \pm 6,82$ см до $105,55 \pm 7,3$ см ($p < 0,05$). Снижение массы тела и ОТ отмечалось у 14 (70%) больных, принимавших лозартан. При этом на протяжении всего исследования пациенты не использовали специальных гипокалорийных диет и препаратов для снижения массы тела.

Терапия лозартаном оказывает выраженное гипотензивное действие. На фоне приема лозартана отмечается значимое снижение массы тела и ОТ. Более того, у 80% пациентов отмечалось небольшое повышение массы тела и, соответственно, ИМТ и ОТ. Терапия лозартаном вызвала достоверное уменьшение гиперинсулинемии, особенно значимо постпрандиальной. В группе лозартана улучшились показатели ОХС, ХС ЛПНП и ХС ЛПВП, при этом уровень ТГ значимо не менялся.

Список литературы:

1. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Основные факторы развития артериальной гипертонии и ожирения у неорганизованного населения Самаркандской области / Волгоград – 2018. Журнал «Медикус» №2 (2). С. 30-31.
2. Агабабян И.Р. Влияние каптоприла на течение хронической сердечной недостаточности // World science: problems and innovations, 2017. С. 180-182.
3. Агабабян И.Р., Адиллов А.С. Антагонисты кальция в лечении хронической сердечной недостаточности // Вестник врача. С. 12.
4. Костантинов В.В., Деев А.Д., Капустина А.В., и др., - Распространенность избыточной массы тела и её связь со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний и др. «Кардиология», 2013 10: 15-19



SURGICAL FEATURES OF EFFICIENCY OF ILEOANAL ANASTOMOSIS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

A.E.Rustamov, D.B.Eshmurodova, Sh.A.Eshmurodov.
Department of surgical diseases of Tashkent Medical Academy
Senior professor.
Masters degree student
+998973424111
dilnora.net@mail.ru

Abstract. Radical surgery for severe ulcerative colitis (UC) is total colectomy with the formation of an ileoanal anastomosis with an ileum reservoir (pouch) .

However, such an operation is often accompanied by complications and undesirable consequences. Some surgeons suggest performing multi-stage interventions along with powerful anti-ulcer therapy . There are supporters of one-stage radical operations in this category of patients. Therefore, the overall and postoperative mortality remains high, averaging 10-12 %, respectively, without a tendency to decrease.

Key words : ulcerative colitis, reservoir-anal anastomosis, ileostomy

Materials and methods. In the department of Coloproctology of 1st Republican Clinical Hospital of the Republic of Uzbekistan over the past 5 years, 172 patients underwent various surgical interventions for UC . 78 (45.3%) patients underwent planned surgical interventions. One stage operations were performed in 56 (71.7%) patients, and in 22 (28.3%) multistage interventions were performed. During the formation of the “ pouch ” reservoir, a “ J ” shaped form was used 38 patients , S-pouch anastomosis was 2 patient and W –pouch anastomosis was used for 1 patient , being 92 per cent , 4.8 per cent and 2.4 per cent respectively. Given the minimal and moderate activity of the inflammatory process in terms of preparation, the operation was carried out with local antiulcer treatment. Treatment measures were effective in 44 (25.6%) patients who underwent simultaneous surgery .

Due to the serious condition in 9 patients who had a preventive ileostomy after improvement after 6 months, 5 patients underwent ileostomy closure, laparotomy, total colectomy, anterior rectum resection with the formation of low ileorectal anastomosis. And the remaining 4 patients with high activity of the inflammatory-ulcerative process in the rectum underwent total colectomy with the formation of terminal ileostomy. Of 51 patients after total colectomy with terminal ileostomy, in 11 patients ileostomy was closed with the formation of a pouch-anal anastomosis.

Results and discussions. In the postoperative period, 4 complications were noted in 4 (9 , 8%) patients . In 2 (1.7%) patients, anastomotic suture failure was observed. After application of a reservoir-anal anastomosis in 2 (1 , 7 %) cases, fiber suppuration occurred in the presacral region. We studied the intraluminal pressure in the reservoir by balloon manometry on the 10-12th day and 12 months after the operation. In the early postoperative period, manometry indicators amounted to 12 mm of water. Art., after 12 months - 29 mm of water. Art. This tendency to increase intraluminal pressure in the reservoir indicates its direct dependence on the restoration of the function of the anal sphincter.

Conclusion By analyzing the obtained functional results and total colectomy , the anterior rectal resection with the application of a low or ultra-low reservoir- rectal anastomosis is the method of choice for the surgical treatment of UC , as it allows achieving satisfactory medical and social rehabilitation of patients.

References

1. Farouk R, Pemberton J H, Wolff B G, Dozois R R, Browning S, Larson D. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. Ann Surg. 2000;231:919–926.
2. Joyce MR, Kiran RP, Remzi FH, Church J, Fazio VW. In a select group of patients meeting strict clinical criteria and undergoing ileal pouch-anal anastomosis, the omission of a diverting ileostomy offers cost savings to the hospital. Diseases of the colon and rectum. 2010;53(6):905–10. Epub 2010/05/21. pmid:20485004.
3. Maya AM, Boutros M, DaSilva G, Wexner SD. IPAA-related sepsis significantly increases morbidity of ileoanal pouch excision. Diseases of the colon and rectum. 2015;58(5):488–93. Epub 2015/04/09. pmid:25850835.
4. Köhler L W, Pemberton J H, Zinsmeister A R, Kelly K A. Quality of life after proctocolectomy. A comparison of Brooke ileostomy, Koch pouch and ileal pouch- anal anastomosis. Gastroenterology. 2011;101:679–684.



КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ё.Н. Маджидова, Н.О. Эргашева, С.К. Мамарасулов
Профессор Ташкентского педиатрического медицинского института
Доцент Ташкентского института усовершенствования врачей
Соискатель Ташкентского института усовершенствования врачей
Телефон +998909163298
nissoran921@gmail.com

Тезис посвящен проблеме вертебро-базиллярной недостаточности с синдромом головокружением. Представлены применение методы народной медицины при лечении синдрома головокружения у больных с вертебро-базиллярной недостаточностью.

Ключевые слова: вертебро-базиллярная недостаточность, иглорефлексотерапия, фитотерапия.

Введение. По данным статистической литературы люди с вертебробазиллярной недостаточностью чаще всего подвержены к возникновению инсультов около 25-30% и транзиторных нарушений мозгового кровообращения в 65-70%. Пациенты с вертебро-базиллярной недостаточности нередко жалуются на головокружение.

Цель исследования. В связи с актуальностью проблемы лечения головокружение при вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН) важным является разработка эффективных лечебных мероприятий с включением и немедикаментозных методов лечения, в частности иглорефлексотерапии (ИРТ) и фитотерапии (ФТ).

Материал и методы исследования. Проведено исследование эффективности ИРТ и ФТ при нарушении кровообращения вертебро-базиллярной бассейне с синдромом головокружения. Из 36 обследованных больных с вертебро-базиллярной недостаточностью (головокружение, боли в шеи, онемение верхних конечностях) у 19 проводили ИРТ и ФТ (основная группа), у 17 (группа сравнения) ИРТ и ФТ не проводили. Контрольную группу составили 10 человек одинакового пола и возраста. В основной группе больных, помимо медикаментозного лечения, было проведено 10 сеансов акупунктуры с применением точек: GI16, VB21, T14, V11, GI4. Выбор точек осуществляли ежедневно на основе диагностики по пульсу и языку.

В качестве базисных немедикаментозных методов терапии важно применение иглорефлексотерапии и фитотерапии. Из методов рефлексотерапии использовали приемы корпоральной акупунктуры, поверхностного иглоукалывания. Что касается последовательности применения различных видов лечебного воздействия, то практически во всех случаях целесообразно начинать с иглорефлексотерапии, затем при необходимости проводить фитотерапии. Лечение головокружения народными средствами предполагает соблюдать следующие принципы фитотерапии: - использование лекарственного раствора на протяжении длительного времени (курсом на 1-3 месяца); - чередование трав от головокружения друг с другом, если они использовались в качестве монотерапии (1 вид лекарственной травы); - не следует применять травяной препарат очень долго (3-12 мес.), так как он может вызвать аллергическую реакцию или осложнения (болезни пищеварительного тракта и другие); - готовить лекарственный препарат нужно строго соответственно рецепту, соблюдая дозировки, способы приготовления (отвар, процеживание, настаивание); - пить лекарственный раствор нужно по инструкции, чтобы избежать передозировки; - перед использованием народных средств при головокружении необходимо обратиться к лечащему врачу. Эффективным методом лечения считаются сборы. Для сбора можно применять боярышник, плоды шиповник, цветы таволги, пустырник. Составляющие сбора смешиваются в равных количествах (1 столовая ложка), заливаются 1 литром прокипяченной горячей воды. Раствор выстаивают на протяжении 24 часов.

При использовании иглорефлексотерапии воздействия осуществлялись в соответствии с основными меридианами, причем использовались как основные, так и дополнительные (отдаленные точки) меридианов. Манипуляции проводились не только в области шейного отдела позвоночника, но и на верхних конечностях.



При проведении классической акупунктуры применяли рецептуры, рекомендуемые при лечении вертеброгенных синдромов.

Результаты исследования. При анализе данных исследования установлено, что уменьшение головокружения, боли в шеи и онемение верхних конечностей с применением ИРТ происходит в среднем на 5,2 сутки заболевания, тогда как в группа сравнение – на 10,3 сутки. Улучшение мозгового кровотока, при включении ИРТ происходит более быстрыми темпами, что обусловило достоверный прирост линейной скорости кровообращения по ультразвуковой доплерографии на 5-е сутки лечения.

Следовательно, оценка неврологических нарушений по шкале Hoflenberth в процессе комплексной терапии больных ВБН свидетельствует о значимой ($p < 0,001$) более выраженной положительной динамике неврологических синдромов в основной группе. Наряду с динамикой неврологических синдромов оценивали данные УЗ-показателей по результатам ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных сосудов в процессе комплексной терапии у 35 больных, средний возраст $56,1 \pm 2,7$ года.

Анализ доплерографических показателей позволил установить, что у 18 (94,7%) больных основной группы наблюдались статистически значимое выраженное восстановление цереброваскулярного резерва и уменьшение коэффициента асимметрии по сравнению с показателями в группе сравнения, в которой восстановление цереброваскулярной реактивности установлено лишь у 7 (41,2%) больных, а динамика уменьшения коэффициента асимметрии была значимо меньше.

Выводы. 1. Комплексная терапия при вертебро-базиллярной недостаточности с синдромом головокружения, должно базироваться на рациональном сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

2. На этапах диагностики и лечения необходима тщательная клиническая и инструментальная оценка состояния больного, позволяющая обеспечить оптимальный выбор терапии и контролировать ее эффективность.

3. Проведенное акупунктуры обеспечивает не только купирование головокружения постоянные или преходящие, но и способствует значительному улучшению кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне.

4. Предложенная схема комплексного лечения ВБН, основной которой является сочетание иглорефлексотерапии и фитотерапии, характеризуется высокой эффективностью, ограниченным применением медикаментов и может быть рекомендована к широкому практическому применению.

Литература.

1. Аманова Н.З., Зупарова Л.М., Гафуров Б.Г. Эффективность иглорефлексотерапии в комплексном лечении больных с ишемическим инсультом в остром периоде заболевания / Журнал Неврология, №3-4, 2008, стр. 45.

2. Тянь В. Транскраниальная доплерография при вертебрально-базиллярной недостаточности/Журнал Врач, №2, 2015, стр. 35-39.

3. Moser N., Mior S., Noseworth M., Cote P., Wells G., Behr M., Triano J. Effect of cervical manipulation on vertebral artery and cerebral haemodynamics in patients with chronic neck pain: a crossover randomized controlled trial. BMJ Open. 2019may 28;9(5).



УДК: 616.24.3-002-089

ТРАНСТРАХЕАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ И БРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННЫХ БРОНХИАЛЬНЫМ СВИЩОМ.

*Сафоев Б.Б., Хасанов А.К.,
Бухарский Государственный
Медицинский Институт*

Резюме: Анализ полученных результатов выявил, что, хотя транстрахеальное дренирование гнойного очага легкого является более эффективным способом чем консервативный метод лечения с применением бронхоскопической санации легкого, но и имеет свои недостатки в виде осложнений таких как: нагноение мягких тканей в области микротрахестомии 12,5%, острого трахеобронхита 20,8%, бронхоспазма 8,3%, в 16,7% случаях отмечается самостоятельная экстрадиция дренажа в бронх, выпадение микродренажа из гнойной полости 8,3%.

Ключевые слова: транстрахеальное дренирование, бронхоскопическая санация, абсцесс легких.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF TRANSTRACHEAL DRAINAGE AND BRONCHOSCOPIC DEBRIDEMENT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH LUNG ABSCESES COMPLICATED BY BRONCHIAL FISTULA

*Safoev B.B., Khasanov A.K.
Bukhara State Medical Institute*

Resume: The analysis of the obtained results revealed that although transtrachial drainage of the purulent focus of the lung is a more effective method than the conservative method of treatment with the use of bronchoscopic lung debridement and has its drawbacks in the form of complications such as: in the form of suppuration of soft tissues in the area of microtracheostomy up to 12.5%, acute tracheobronchitis 20.8%, bronchospasm 8.3%, in 16.7% cases, there is an independent extrusion of drainage in the bronchus, loss of microdrainage from the purulent cavity 8.3%.

Key words: transtracheal drainage, bronchoscopic debridement, lung abscess

Данные авторов исследований показывают, что процент развития легочно-плевральных осложнений при абсцессах легких колеблется от 30 до 70%, а частота развития гангренозных форм от 28 до 74 % [Бисенков Л.Н., Охунов А.О.]. Высоким остается и уровень летальности, составляя в целом при различных формах гнойно-некротического процесса в легких от 12,7% до 77,8% [Геллер Д.Б., Гостищев В.К. и др.]. Абсцесс легкого обычно лечат длительной антибиотикотерапией. Из-за отсутствия безопасной и простой методики лечения.

Современные методы лечения абсцессов и гангренов легких направлены на удаление гнойного содержимого из полостей малоинвазивными способами.

Новые технологии в диагностике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний легких, позволили на протяжении последних десятилетий незначительно снизить заболеваемость, что подтверждают существующие литературные публикации, однако поиск наиболее эффективных и малотравматичных путей лечения крайне актуален.

Цель исследования: выявить эффективность и недостатки транстрахеального дренирования и санации при лечении больных с абсцессом легкого осложненного бронхиальным свищом.

Проанализированы данные обследования и лечения 92 больных с абсцессами легкого осложненного бронхиальным свищом различной этиологии, находившихся на лечении в гнойном хирургическом отделении клинической базы Бухарского государственного института в 2010-2019 гг.



Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: Контрольная I группа, составила 68(73,9%) больных, получивших традиционные методы лечения - консервативное, антибактериальное, общеукрепляющее симптоматическое лечение с применением ежедневной эндобронхиальной санацией просвета бронхов. Во II – основную группу включены 24(26,1%) больных, которым консервативное лечение дополнялось транстрахиальным дренированием гнойного очага с антибактериальными и разжижающими препаратами (трипсин, химотрипсин).

У всех больных как критерии оценки состояния, изучены лабораторные показатели признаков эндогенной интоксикации из периферической крови (концентрация гемоглобина, лейкоцитоз, СОЭ, ЛИИ, ЛИ, МСМ), качественного состава микрофлоры мокроты, продолжительности пребывания пациента в стационаре. На момент поступления и в процессе лечения состояние больных оценивалось по клиническим признакам, по данным лабораторно-инструментальных методов обследования, а также с использованием рентгенологических методов исследования.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких I группы сравнения выявили нижеследующие изменения, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $39,3 \pm 0,410^{\circ}\text{C}$. Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем $9,9 \pm 0,46 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,199 \pm 0,010$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ. В процессе лечения динамика всех этих показателей имела тенденцию к нормализации с медленными темпами. К 14-15 суткам наблюдения, все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы. При анализе контрольных рентгенологических снимков и МСКТ грудной клетки установлено, что у I группы больных в день поступления, размеры полостей гнойного очага составили в среднем $6,8 \pm 0,66$ см. В динамике на протяжении всего периода наблюдений размеры полости гнойного очага плавно уменьшались. К 18-20 суткам лечения размеры полостей сократились до $3,1 \pm 0,35$ см, то есть на 45,6% от исходного размера.

Анализ проведенных исследований I группы выявили ежедневное длительное бронхоскопическое исследование имеет и свои недостатки такие как: при длительном ежедневном проведении бронхоскопического исследования отмечалось осложнения в виде трахеобронхита до 23,52%, охриплости голоса до 2,94% случаев, все эти осложнения возникали вследствие раздражения и травматизации голосовой связки, трахеи и бронхов, которые при соответствующей консервативной терапии были устранены.

Показатели интоксикации организма и размеры гнойных полостей больных II-группы в первые сутки лечения были аналогичными, как и у контрольной группы. Но, однако в отличие от контрольной группы, у II группы больных все эти показатели к 14-15 суткам лечения улучшились, что опережает на 3-4 сутки контрольную группу. Скорость сокращения размеров полостей также у больных II группы было быстрее, чем у I группы. К 16-18 суткам лечения размеры полостей при лечении с использованием постоянной катетеризации гнойных полостей, размеры сократились до $2,5 \pm 0,37$ см, то есть на 35,2% от исходного размера, что у больных I группы на этом сроке были равны до $3,1 \pm 0,35$ см то есть на 45,6%. Как отсюда видно, процесс спадания гнойных полостей у больных II группы протекал значительно быстрыми темпами чем у контрольной группы.

Следует отметить что, хотя и был положительный эффект в отличие от консервативного лечения, у больных при применении постоянной катетеризации гнойных полостей были отмечены некоторые осложнения данного способа. Осложнения наблюдались в виде нагноения мягких тканей в области микротрахеостомии 3(12,5%), острого трахеобронхита 5(20,8%), бронхоспазма 2(8,3%), в 4(16,7%) случаях в процессе лечения отмечались самостоятельная экстрадиция дренажа в бронх (выход конца катетера в бронх) который с помощью бронхоскопа повторно введен в полость абсцесса. У 2(8,3%) больных отмечалось самостоятельное выпадение микродренажа, где возникала необходимость повторного его установления соответствующим способом.

-Средняя продолжительность консервативного лечения абсцесса легкого, осложнённого бронхиальным свищом с применением транстрахиального дренирования составляет $14 \pm 1,8$ суток что опережает на 3-4 дня контрольную группу.



Выводы:

- 1.- При гнойных заболеваниях легких, у больных в основном из патогенной микрофлоры доминирует *St.aureus* и *Pneumococcus*.
- 2.- При лечении больных с абсцессами легкого, осложненного бронхиальным свищом с применением в комплексе лечения эндотрахеобронхиальную катетеризацию гнойных полостей легкого с санацией антибиотикотерапией, является эффективным способом по сравнению с консервативным лечением.
3. Транстрахеобронхиальная катетеризация гнойной полости легкого не лишена недостатков, таких как трахеобронхит 20,8%, нагноения мягких тканей в области микро-трахестомии 12,5%, бронхоспазм 8,3%, самостоятельная экстрадиция дренажа из гнойной полости 16,7%, и выпадение микродренажа 8,3%.
4. Необходимо усовершенствование методов дренирования гнойных полостей легкого, которые не имеют своих осложнений.

Список литературы

1. Григорьев Е.Г. Хронические нагноительные заболевания легких (лекция) // Acta Biomedica Scientifica. 2014. №4 (98).
2. Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Судовых И.Е. Эндоскопическая клапанная бронхо-блокация при лечении бронхоплевральных свищей и утечки воздуха. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;(5):49-57.
3. Охунов А.О., Пулатов У.И., Охунова Д.А. Инновационный взгляд на патогенез хирургического сепсиса. Результаты фундаментальных исследований. // Издательство: LAP LAMBERT Academic Publishing RU, 2018. 145 с.
4. Петухов В. И., Русецкая М. О., Шаврова С. В. Роль классических рентгенологических методов исследования и компьютерной томографии в диагностике гнойных заболеваний легких и плевры // Проблемы здоровья и экологии. 2010. №1 (23). –С.
5. Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш., Мирсолиев Ш.Г. Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных гнойными заболеваниями легкого //Новый день в медицине.-2020.-№3 (31).-С.149-155.



КРИТЕРИИ УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

*Широв Бобур Фуркатович
Самаркандский Государственный
медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан*

Введение. Врождённые нарушения формирования тазобедренного сустава такие как дисплазия тазобедренного сустава, подвывих и вывих бедра относятся к наиболее распространённым нарушениям опорно-двигательного аппарата, составляющим до 15% в структуре ортопедической патологии, приводящим к статико-динамическим нарушениям и к ограничению жизненно важных функций и ранней инвалидизации.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, опорно-двигательного аппарата, дисплазия

Цель исследования: Повышение качества диагностики нарушений формирования тазобедренного сустава у детей 1-го года жизни, на основе внедрения усовершенствованной методики ультразвукографии

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящей работы послужили данные многократного комплексного клинко-ультрасонографического обследования 40 детей в течение первых 8 месяцев жизни. Проанализировано 120 тазобедренных суставов на разных этапах развития в норме и при различной степени дисплазии, от простых форм до высокого подвздошного тератогенного вывиха бедра. Ультрасонография тазобедренных суставов выполнялась каждые 2 недели от 0,5 до 8 месяцев жизни, причем исследовались как свободно развивающиеся суставы, так и суставы, находящиеся под влиянием отводящего приспособления, используемого в процессе консервативного лечения. Предварительный диагноз был поставлен всем детям в возрасте 2 недель. Окончательный диагноз устанавливался на основании клинического и ультра-сонографического обследования в течение первых 1,5 месяцев жизни ребенка. В процессе консервативного лечения дисплазии тазобедренного сустава отводящее приспособление мы были вынуждены применить у 27 детей.

Результаты исследования: Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов детей первых месяцев жизни является диагностическим стандартом. Основным показанием к применению этого метода являются клинические признаки дисплазии суставов у детей первых месяцев жизни. В 70% случаев у матерей во время беременности наблюдались различные патологии (ОРЗ, нефропатии, токсикозы) в 1-ом триместре беременности. Наиболее характерный и постоянный признак дисплазии тазобедренного сустава – укорочение (относительное) одной или обеих ног ребенка, наличие складки на задней поверхности бедра, ограничение подвижности пораженного сустава. При проведении исследования показаниями к ультразвуковому обследованию являлись ограничение подвижности тазобедренного сустава, наличие данной патологии у близких родственников, а также наличие характерной кожной складки у обследованных нами детей. При фронтальном срезе УЗ картинка примерно соответствовало изображению переднезадней рентгенограмме. При ультразвуковом исследовании определяли смещение головки бедра во время движения. Из числа всех обследованных дисплазия тазобедренного сустава была выявлена у 40 детей, что составило 24%. Из них двустороннее поражение суставов отмечалось у 30 (50%); левого сустава – у 12 (20%); правого сустава – у 18 (30%). Число мальчиков составляло 33 (55%), девочек – 27 человек (45%).

Выводы. Таким образом, Использование нового способа ультрасонографической диагностики дисплазии тазобедренного сустава у детей первых месяцев жизни позволило выявлять данную патологию на самых ранних этапах развития, точно определять ее формы и стадии.

Литература :

1. Абдуллаев, Н.М. Ультразвуковой скрининг и распространенность дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных в условиях сельской местности (на примере Сурхандарьинского вилоята) : автореф. дис. . канд. мед. наук / Н.М. Абдуллаев. М., 2004. -19 с.
2. Авилова, А.П. Эхографическая характеристика сердца, вилочковой железы и почек у детей в возрасте до одного года с дисплазией тазобедренного сустава: автореф. дис. . канд. мед. наук/ А.П.Авилова. Астана, 2008. - 21с.



ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИНСЕМИНАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОЙ МЕТОДИКИ ВЫДЕЛЕНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ

Юлдашева С.З

Аскарлова Ж.А, Кучкарова Д.А

*Кафедра акушерства и гинекологии,
детской гинекологии, ТашПМИ*

Телефон; +998977121224

jadyaskarova92@gmail.com

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

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

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

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

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

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

Литература

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



4. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар. Пер. с англ. Нерсеяна Р.А. М.: МедПресс. 1997;10-91. 1997;10-91.
5. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. Fertil Steril. 2009;92:1520-1524. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>
6. Артымук Н.В., Ушакова Г.А. Гипоталамический синдром и репродуктивное здоровье женщин // Акуш. и гин. — 1997. №4. - С. 3-6.
7. Локшин В.Н., Джусубалиева Т.М., 2005). Василевская Л.Н. (2005) и Подзолкова Н.М. (2005)
- 8 . Исмаилов С.В., Халимова З.Ю., Урманова Ю.М., Алиева Д.А., Сафарова Ш.М., Бабаходжаева Ш.А., Гулямова Х.Р.Международный эндокринологический журнал, ISSN 2224-0721 № 3(59) • 2014

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 23-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

(18-қисм)

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

Эълон қилиш муддати: 31.12.2020

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

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