



**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



Crossref



# №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**



**УУК 001 (062)**  
**КБК 72я43**

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

**"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар"** мавзусидаги республика 23-кўп 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 туган ўрни**

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

### **10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар**

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

### **11.Жисмоний тарбия ва спорт**

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

### **12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш**

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

### **13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши**

Бобохонов Олтибой Раҳмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

### **14.Тасвирий санъат ва дизайн**

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

### **15.Муסיқа ва ҳаёт**

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

### **16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар**

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

### **17.Физика-математика фанлари ютуқлари**

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

### **18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар**

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

### **19.Фармацевтика**

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

### **20.Ветеринария**

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

### **21.Кимё фанлари ютуқлари**

Раҳмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



## **22. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар**

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

## **23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари**

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)

*Тўпلامга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.*

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ  
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

<b>1. Mussinov Orif Shokirovich, Ruzimurodova Zilola Shukhratovna</b> IMPROVING THE SURGICAL OUTCOME OF PATIENTS WITH ACUTE PURULENT PERIOSTITIS OF THE UPPER AND LOWER JAW .....	7
<b>2. Халимова З.Ю. Ё.Х.Тўрақулов, Мирсаидова У.А.</b> АКТГ ГА БОҒЛИҚ КУШИНГ СИНДРОМИДА ГИПОФИЗНИ ТРАНССФЕНОИДАЛ АДЕНОМЭКТОМИЯСИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ.....	9
<b>3. Fayziyev F.Sh., Mirzayeva M.A.</b> THE ROLE OF RADIOTHERAPY IN SOFT TISSUE SARCOMA.....	11
<b>4. Вохидов У.Н., Шодиев Ж.А.</b> АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА .....	12
<b>5. Юсупов Шерали Хасанович, Ярмагов Сардорбек Абдуразок угли, Ирмагова Гузаль Махаммаджановна</b> НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПОЧКИ.....	14
<b>6. Alimova Dilrabo Kamolovna</b> ALLERGIK KASALLIKLAR HAQIDA TUSHUNCHALAR .....	15
<b>7. Матмуротов Зухроб Собиржонович, Хасанов Улугбек Саидакромович</b> СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.....	17
<b>8. Тошева Рохила Сунатовна, . Абдухакимов А.Н</b> ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ.....	20
<b>9. Тиллашайхова Рано Мирзагалевовна, Ярмагов Сардорбек Абдуразок угли, Ирмагова Гузаль Махаммаджановна .....</b>	22
РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОЧЕЧНО- КЛЕТОЧНОГО РАКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПАХ.....	22



## БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

### IMPROVING THE SURGICAL OUTCOME OF PATIENTS WITH ACUTE PURULENT PERIOSTITIS OF THE UPPER AND LOWER JAW

*Mussinov Orif Shokirovich  
Ruzimurodova Zilola Shukhratovna  
Samarkand State Medical Institute*

**Annotation.** The high prevalence of pathological conditions of the maxillofacial region, combined with their late detection, indicates the need to develop more accurate diagnostic methods. The most objective criterion for the development of a disease is a pronounced clinical picture, often at a late stage of development.

**Key words:** purulent periostitis, mandible and maxilla, comparative assessment

**Objective of the study:** To improve the effectiveness of the complex treatment of patients with acute purulent periostitis of the upper and lower jaw.

**Materials and methods of research.** We examined and treated 40 patients in order to achieve our objectives. The examined patients were aged 15-78 years old who were admitted to the department of maxillofacial surgery of the city hospital and the Samarkand Dental Polyclinic for GVHD of the craniofacial cavity. The study group consisted of 24 patients and control group consisted of 16 patients.

The inclusion and exclusion criteria were determined based on complaints, anamnesis, clinical manifestations and microbiological examination. The examined patients were between the ages of 60 to 75 years; among them 22 (56%) were men and 18 (44%) were women. The mean age of the patients was  $64.6 \pm 1.1$  years. The criterion for inclusion of patients in the study (subject to their consent) was the presence of a clinically established diagnosis of "acute purulent periostitis of the upper and lower jaw". Patients with cancer, rheumatic diseases, diabetes mellitus, infectious and inflammatory diseases in the acute stage, decompensated associated pathology, which could affect the clinical picture of the disease and treatment outcomes, were excluded from the study. All concomitant chronic diseases of the patients included in the study were in remission for at least 3 months.

**Results of the study.** The study was conducted at Samarkand City Hospital in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery from 2017 - 2020. Antibiotic therapy was given to all patients, with 43 cases of antibiotics administered to 44 patients. The route of administration was oral. A total of 42 patients (98.8%) were treated with a single drug, and a combination of 2 antibiotics was used in 2 patients (1.2%). Changing antibiotics was also done once (1.2%). The favoured drug was found to be lincomycin. Its use as both a monodrug and in combination was reported in 55.6% of cases (32 prescriptions). In all cases the route of administration was oral. Its dosage and mode of administration varied.

Results of treatment: 93.5% (38 persons) were discharged with recovery, 7.4% (3 persons) - with improvement. The duration of treatment of patients in this group averaged  $5.5 \pm 0.21$  days (from 4 to 16 days).



**Conclusions.** Thus, on the basis of the research carried out, it has been established that it is reasonable to justify the use of this method in the conservative treatment of patients suffering from purulent inflammatory diseases of the maxillofacial region.

#### Literature

1. Abdukadyrov, A. (2007). Improving reconstructive surgery in adult patients with juxtaposed jaw deformities. Author's thesis for the degree of Doctor of Medicine. 14.00. 21/A. Abdukadyrov,-Tashkent: 2007. -25 p.
2. Bezrukov, V. M. (2010). Clinic, diagnosis and treatment of congenital deformities of the middle zone of the facial skeleton. Moscow.
3. Belova, O. M., & Gunko, V. I. (2010). Analysis of errors and complications in the surgical treatment of patients with jaw deformities. Vestnik (Herald) of the Peoples' Friendship University of Russia.



## АКТГ ГА БОҒЛИҚ КУШИНГ СИНДРОМИДА ГИПОФИЗНИ ТРАНСФЕНОИДАЛ АДЕНОМЭКТОМИЯСИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

*Тошкент Педиатрия Тиббиёт  
Институтининг профессори  
т.ф.д Халимова З.Ю.,  
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институтининг  
магистранти Кайыпназарова Г.Б.,  
Академик Ё.Х.Тўракулов номидаги  
РИИАТЭМ аспиранти Мирсаидова У.А.  
Телефон: +998(97)782 8226  
Ozodbek.allabergenov@gmail.ru*

**Аннотация.** АКТГ боғлиқ Кушинг синдроми- Гипофизни усмаси туфайли АКТГни сурункали гиперпродукциясига олиб келадиган оғир нейроэндокрин касаллик.[1-3]. Одатда АКТГга боғлиқ КС секин-асталик билан ривожланади ва касалликнинг яққолашувига қадар турли носпецифик белгилар билан кечиши мумкин. Бу ҳолат беморларнинг ҳолати оғирлашувига, оғир асоратларнинг вақтли ривожланишига ҳамда касалликларни кечиктирилган ташхисига сабаб булади. Адабиётларда келтирилишича КС билан касалланган беморнинг 5 йилга кечиктирилган ташхиси 50% беморларнинг улимлик ҳолатлари билан кечади. Шундай экан бу касалликнинг барвақт ташхиси, унинг уз вақтида оператив (ТА) усулда даволаниши КСнинг келажак башоратларида муҳим роль уйнайди. [2].

**Калит сузлар:** АКТГ боғлиқ Кушинг синдроми, трансфеноидал аденомэктомия, гипофиз, ремиссия, рецидив

**Текширув мақсади:** АКТГга боғлиқ булган Кушинг синдроми билан касалланган беморларда трансфеноидал аденомэктомия оқибатини ўрганиш ва уларни башоратлаш омилларини аниқлаш.

**Материал ва усуллар:** АКТГга боғлиқ Кушинг Синдроми билан касалланган ва ГТА ўтказган ёши ва жинсидан катий назар 80та бемор текширилди. Текшириш 2018-2020 йиллар мобайнида Я.Х.Тўракулов номидаги РИЕИАТМда нейроэндокринология ва нейрохирургия бўлимида олиб борилди.

**Натижалар:** Операция қилинган 80 та беморни 65(81%) тасида ремиссия кузатилди. 15(19%) тасида ремиссияга эришилмади. Ремиссия критериялари қилиб Америка Эндокринологлар Жамияти амалий тавсияларида курсатилган ( операциядан кейин бир hafta давомида 9 00 даги қондаги кортизол миқдори <138нмоль/л, ССКМ <28-56 нмоль/л) курсаткичларга кура ва касаллик симптомларининг регресси(клиник ремиссия) буйича баҳоланди.[3]. Бу курсаткичларга ремиссияга эришилган 65та беморни 48(74%) тасида эришилди. 17та беморда эса қондаги ва суткалик сийдикдаги кортизол миқдори >138нмоль/л, ССКМ >56нмоль/л булди ва айнан шу беморларда 3 йил муддат утиб касаллик қайталанди.

Шунингдек ГТАдан кейин 3(3,75%) та беморда асорат кузатилди: 1(1,25%) беморда улим( миокард инфаркти сабабли), 1(1,25%) пангипопитуитаризм, 1(1,25%)сида ликворея кузатилди. Пангипопитуитаризм кузатилган беморга гормонал урин босувчи терапия буюрилди. Ликворея кузатилган беморга ликворли фистула қуйилди .

### **Хулоса:**

1.Касаллик давомийлиги-ремиссия гуруҳида уртача 3 йилни, рецидив гуруҳида 4,5 йилни ташкил этди. Демак касалликни эрта ташхислаш ва ГТА амалиётини тез утказиш ижобий прогностик ахамиятга эга.

2.Усма улчами-рецидив берган касалларнинг 5(83,3%) тасида макроаденома аниқланди. Демак усма катта улчамда булса касаллик қайталаниши мумкин.

3.АКТГ миқдори- рецидив булган беморларнинг операциядан олдинги -65 нмоль/л ва кейинги 36нмоль/л АКТГ миқдори ,ремиссияга учраган (преоперация-58нмоль/л, постоперация-25нмоль/л) беморларниқидан баланд булган.

4.Қондаги кортизол миқдори ва суткалик сийдикдаги кортизол миқдори- Ремиссияга эришилган 65 та беморни 58тасида ГТАдан кнги эрта даврда Қондаги кортизол миқдори



уртача  $138,5 \pm 33,2$  нмол/л, ССКМ уртача  $55,6 \pm 24,36$  нмол/л рецидив гурухида эса Қондаги кортизол миқдори уртача  $350,5 \pm 42,3$  ССКМ уртача  $109,9 \pm 28,31$  нмол/л ташкил этади. Демак ГТА амалиётидан кейин қанчалик кам курсаткичларни курсатса шунча стабил ремиссияга эришамиз.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Марова ЕИ, Арапова СД, Белая ЖЕ и др. Болезнь Иценко-Кушинга: клиника, диагностика, лечение. Москва. 2012; стр 64. [Marova EI, Arapova SD, Belaya ZHE i dr. Bolezni' Icenko-Kushinga: klinika, diagnostika, lechenie. Moskva. 2012; s. 64].
2. Nieman LK, Biller BMK, Findling JW et al. The diagnosis of Cushing's syndrome: an endocrine society clinical practice guideline. Clin Endocrinol Metab. 2008;93:1526-1540. doi: 10.1210/jc.2008-0125.
3. Biller BM, Grossman AB, Stewart PM et al. Treatment of adrenocorticotropin-dependent Cushing's syndrome: a consensus statement. Clin Endocrinol Metab. 2008;93:2454-2462. doi: 10.1210/jc.2007-2734.



## THE ROLE OF RADIOTHERAPY IN SOFT TISSUE SARCOMA

*Fayziyev F.Sh., Mirzayeva M.A.*  
*PhD of oncology, department of*  
*General Oncology, Tashkent Medicaal Academy*  
*Master degree student of Tashkent Medicaal Academy*  
*matluba.mirzayeva@mail.ru*  
*+99899 397 77 40)*

**Annotation.** Radiation therapy uses high-energy rays or particles to kill cancer cells. Soft tissue sarcoma cells are not easily killed by radiation, so radiation therapy doesn't play a major role in treating this disease. Radiation therapy can be useful in some cases where the tumor can't be removed completely by surgery.

**Password.** Soft tissue sarcoma, radiotherapy, chemotherapy.

Local control of soft tissue sarcoma in patients for whom a resection with satisfactory margins is not achieved can be difficult. This study evaluated the efficacy of radiotherapy (RT) in this setting. We identified 30 patients in our sarcoma database with Soft tissue sarcomas that either were not resected or were excised with close or positive margins and who underwent RT with external beam photons and/or protons at our institution between 2015 and 2019. Patient charts were reviewed to assess local control, progression-free survival, metastasis-free survival, and overall survival. The anatomic sites treated were lower extremity in 24, spine in 4, pelvis in 2. Of the 30 patients, 23 (76.7%) had undergone gross total tumor resection, 5 (16.6%) subtotal resection, and 2 (6.6%) biopsy only. The radiation dose ranged from 10 to 80 Gy (median 66). Fifteen patients (42,8%) received a portion of their RT with protons. Chemotherapy was given to 30 patients (85.7%). Of the 30 patients, 18 (60%) were treated for localized disease at primary presentation, 9 (30%) for local recurrence, and 3 (10%) for metastatic disease. The overall local control rate at 5 years was 67% +/- 7.2%. Overall survival was better in patients treated at primary presentation (78.8% +/- 8.6% compared with 54% +/- 17.3% for recurrence). No definitive dose-response relationship for local control of tumor was seen, although the local control rate was 71% +/- 9% for 24 patients receiving doses > or =55 Gy vs. 53.6% +/- 20.1% for 6 patients receiving <55 Gy. Among patients who underwent gross total resection, the local control rate was 77.5% +/- 9.95% in 19 patients with negative margins vs 66.7% +/- 27.2% in 4 patients with positive margins. Two patients had unknown margin status. RT can help provide local control of soft tissue sarcoma for patients in whom surgical resection with widely, negative margins is not possible. It appears to be more effective in situations in which microscopic or minimal residual disease is being treated.

### Literatura:

1. Singer S, Maki RG, O'Sullivan B: Soft tissue sarcoma. In: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2011, pp 1533-77.
2. Malawer MM, Helman LJ, O'Sullivan B: Sarcomas of bone. In: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2011, pp 1578-1609.
3. Ordonez N, Ladanyi M: Alveolar soft part sarcoma. In: Fletcher CDM, Bridge JA, Hogendoorn P, et al., eds.: WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. 4th ed. Lyon, France: IARC Press, 2013, pp 218-20.
4. Gustafson P, Dreinhöfer KE, Rydholm A: Soft tissue sarcoma should be treated at a tumor center. A comparison of quality of surgery in 375 patients. Acta Orthop Scand 65 (1): 47-50, 1994. [PubMed]



## АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

*Вохидов У.Н., Шодиёв Ж.А.*

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

*Бухарский государственный медицинский институт*

*Тел: +99899-330-99-99*

*dr\_ulugbek@list.ru*

**Аннотация:** На данном тезисе обсуждена аудиологические особенности течения хронического экссудативного среднего уха. Таким образом, при экссудативном среднем отите развивается кондуктивная или смешанная тугоухость, как с преобладанием кондуктивного, так и нейросенсорного компонента.

**Ключевые слова:** хронический экссудативный средний отит, тугоухость, аудиометрия, отомикроскопия.

За последние десятилетия многие авторы отмечают рост заболеваемости экссудативным средним отитом (ЭСО) (Бурмистрова Т.В., 2006; Рыжов А.И., Вишняков В.В., 2006; Дмитриев Н.С., 2008).

**Целью данного исследования** явилось изучение эффективности консервативного лечения больных с хроническим экссудативным средним отитом.

**Материал исследования** составил больных с хроническим экссудативным средним отитом. У 29 больных процесс носил двусторонний характер. Таким образом, в исследование было включено 143 уха. Возраст больных составил от 14 до 83 лет, мужчин было 46 (59 ушей), женщин – 68 (84 уха). Поражение правого уха отмечено в 75 случаях, левого – в 68 случаях. Возникновение заболевания больными было связано с перенесенным ОРВИ (110 ушей) или острым средним отитом (33 уха). Длительность заболевания составила от 2 недель до 8 месяцев.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В зависимости от данных отомикроскопии на момент первого обращения больного, степени проходимости слуховой трубы исследуемого уха, данных тональной пороговой аудиометрии мы разделили всех больных на *три группы*. У больных *1-й группы* по данным комплексного обследования можно было предположить наличие в барабанной полости преимущественно серозного экссудата, у больных *2-й группы* - серозно-слизистого экссудата, у больных *3-й группы* - слизистого экссудата.

У больных *1-й группы* при тональной пороговой аудиометрии диагностировали кондуктивную тугоухость, при этом костно-воздушный интервал у больных *1-й группы* с наличием экссудата в барабанной полости ниже уровня *umbo pars tensa* был выражен по всему диапазону частот и максимален в высоком диапазоне. В разговорном диапазоне частот его величина составила  $12,1 \pm 0,9$  дБ, в высоком диапазоне –  $16,9 \pm 1,7$  дБ. У больных *1-й группы* с наличием экссудата в барабанной полости выше уровня *umbo pars tensa* костно-воздушный интервал был выражен по всему диапазону частот и не превышал 35 дБ. В разговорном диапазоне частот его величина соответствовала  $22,7 \pm 0,8$  дБ.

У больных *2-й группы* при тональной пороговой аудиометрии определяли смешанную тугоухость I (24 уха) или II (12 ушей) степени с преобладанием кондуктивного компонента и костно-воздушным интервалом по всему диапазону частот, в большей степени выраженным в высоком диапазоне. Костно-воздушный интервал составлял в разговорном диапазоне частот  $28,9 \pm 1,3$  дБ, в высоком -  $33,9 \pm 1,7$  дБ. Повышение порогов слуха при костном звукопроведении, по сравнению со здоровым ухом (при одностороннем процессе) или с возрастной нормой (при двустороннем процессе), выявлено на частотах 2, 4 и 8 кГц и составляло  $10,3 \pm 2,8$  дБ;  $15,9 \pm 2,1$  дБ;  $12,8 \pm 2,9$  дБ соответственно.

У больных *3-й группы* при тональной пороговой аудиометрии выявляли смешанную тугоухость I (19 ушей) или II (5 ушей) степени с преобладанием нейросенсорного компонента. Костно-воздушный интервал у больных этой группы был выражен по всему диапазону частот, составляя в разговорном диапазоне  $15,1 \pm 0,7$  дБ. Повышение порогов слуха при костном звукопроведении было максимально выражено в высоком диапазоне частот и



составляло  $35,4 \pm 4,3$  дБ. У 13 больных 3-й группы костно-воздушный интервал был максимально выражен в высоком, а у 11 больных - в низком диапазоне частот ( $22,7 \pm 1,9$  дБ и  $21,4 \pm 0,7$  дБ соответственно).

Таким образом, следует **вывод**, что при экссудативном среднем отите развивается кондуктивная или смешанная тугоухость, как с преобладанием кондуктивного, так и нейро-сенсорного компонента.



## НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПОЧКИ.

*Юсунов Шерали Хасанович*  
*зав.отделением урологии Республиканского специализированного*  
*научно-практического центра онкологии и радиологии*

*Телефон: +998(90)9167396*

*gulzor34@bk.ru*

*Ярматов Сардорбек Абдуразок угли –*  
*Ташкентская Медицинская Академия,*  
*кафедра онкологии, резидент магистратуры*  
*Ирматова Гузаль Махаммаджановна*  
*- Ташкентская Медицинская Академия,*  
*кафедра онкологии, резидент магистратуры*

**Анотация:** Изучена и оценена диагностическая возможность ультразвуковой сонографии, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике раком почки у 88 больных. Было отмечено, что включение МСКТ и МРТ в комплексный план обследования больных повышает эффективность диагностики опухоли почки и дает выбрать самый оптимальный объем хирургической помощи.

**Ключевые слова:** рак почки, магнитно-резонансная томография, чувствительность, точность, специфичность

**Цель:** в сравнительном аспекте определить диагностические возможности неинвазивных методов визуализации рака почки

**Материалы и методы:** дана характеристика 88 пациентов с раком почки стадии T<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, которые получали лечение в отделениях урологии РСНПМЦОиР и его Ташкентского городского филиала с 2015 по 2017г.

**Результаты:** чувствительность УЗИ при обнаружении роста опухоли до 4 см составила 66,7%, 4-7 см - 68,9%, выше 7 см - 73,3%. Специфичность УЗТ до 4 см -81,1%, 4-7 см -85,7%, выше 7 см - 86,5%. . Диагностическая точность опухоли до 4 см составляет -84,2%, 4-7 см -80,8%, выше 7 см - 84,2%. Чувствительность КТ при опухоли до 4 см составила 90%, 4-7 см – 97,5%, Выше 7 см - 100%. Специфичность МСКТ при опухоли до 4 см -87,3%, 4-7 см -88,5%, выше 7 см - 100%. Диагностическая точность опухоли до 4 см составляет -87,6%, 4-7 см -89,9%, выше 7 см – 98,9%. Чувствительность МРТ при опухоли до 4 см составила 83,3%, 4-7 см – 100%, Выше 7 см - 100%. Специфичность МРТ при опухоли до 4 см -80,5%, 4-7 см -84,6%, выше 7 см - 95%. . Диагностическая точность до 4 см составляет -90,5%, 4-7 см -89,9%, выше 7 см – 95,5%.

**Вывод:** Данные нашего исследования позволяют предположить, что включение КТ и / или МРТ в комплексный план обследования пациентов с раком почки может повысить эффективность диагностики почечных изменений и выбрать самый оптимальный объем хирургической помощи.

Использованная литература:

1. Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А. Стандартизованные показатели онкоэпидемиологической ситуации 2016 г // Евразийский онкологический журнал. Том 6, №2, 2018. –С. 63-72.

2. Bream Matthew., Robert Abouassaly., et all. National utilization of retroperitoneal lymph node dissections among patients with kidney cancer and clinicak lymphadenopathy undergoing nephrectomy // The journal of urology. – 2016. - Vol. 195, №4.

3. Capitanio U., Stewart A., Larcher I. Ouzaid European temporal trends in the use of lymph node dissection in patients with renal cancer // EJSO. – 2017. –Vol. 43, №11. – P. 2184-2192.



## ALLERGIK KASALLIKLAR HAQIDA TUSHUNCHALAR

*Alimova Dilrabo Kamolovna*  
*TDAU Termiz filali 1-bosqich talabasi*  
*tel +998999548140*

**Annotatsiya:**Maqolada hozirgi kunda dolzarb bo'lgan va kundan kunga avj oliyotgan allergiya kasaligi haqida ma'lumot berilgan va bu kasallikni paydo bo'lish yo'llari, oldini olish va davolash choralari to'g'risida batafsil yoritib berilgan.

**Kalit so'zlar:** allergik kasalliklar, ekzogenallergenlar, diatez, mikroblar, bronxial astma, eshakem, dermatitlar, allergic tumov,gistamin,

Allergik kasalliklar (bronxial astma, pollinozlar, eshakem, allergic tumov, dermatitlar, dori va ovqatdan bo'ladigan allergiya) butun jahondat arqalgan bo'lib, tobora ko'payib bormoqda. Antibiotiklar va boshqa dorilar shunidek turli sintetik materiallar, bo'yoqlar va boshqa kimyoviy moddarning ko'p qo'llanishi shungas abab deb hisoblanadi. Juda xilma-xil moddalar – oddiy kimyoviy moddalar (brom, yod) dan tortib, eng murakkab birikmalar (oqsillar, polisaxaridlar va boshqalar) ham allergiyaga sabab bo'lishi, yani allergen bo'lib xizmat qilishi mumkin. Bularning ba'zilar organizmga tashqaridan kirsas (ekzogen allergenlar), boshqalari organizmning o'zida hosil bo'ladi (endogenlar yoki auto allergenlar). Ekzogenlari noinfeksion (uy changi, hayvonlar juni, dori preparatlari, kimyoviy moddalar, gul changi, turli masalliqalar) va infeksiion (bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar hamda bular hayot- faolyatining mahsulotlari) bo'lishi mumkin.

Dori allergenlari. Amalda har qanday dori preparati allergiyaga sabab bo'lishi mumkin. Antibiotiklar, vitaminlar, sulfanilamidlar, novokain va boshqa preparatlar ishlatilganda allergic reaksiyalar ko'p uchrab turadi. Penisillin boshqa dorilarga qaraganda allergiyaga ko'proq sabab bo'ladi va ba'zi hollarda o'limga ham olib keladi. Shuning uchun doctor tavsiya etmagan dorini ishlatish juda xatarli.

O'simlik allergenlari. Ba'zi turdagi o'simliklar gulining change allergic tumov, konyunktivit va pollinozlarning boshqa ko'rinishlariga sabab bo'ladi.

Allergen organizmga tushganida bunga javoban spesifik reaksiya paydo bo'lishi mumkin. Spesifik reaksiya boshlanishidan oldin ma'lum bir davr o'tib bunda organizmning unga birinchi bor tushgan moddaga sezgirligi ortib boradi, bunga sensibilizatsiya deyiladi. Sensibilizatsiya yuzaga kelishi organizmda unga birinchi bor tushgan allergenga javoban alohida oqsil moddalar antitelalar yoki o'sha allergen bilano'zaro ta'sir qila oladigan limfositlar paydo bo'lishiga bog'liq. Mana shular paydo bo'lguncha allergen organizmdan chiqarib yuborilgan bo'lsa, hech qanday kasallik alomati paydo bo'lmaydi. Basharti, allergen chiqib ketmagan bo'lsa yoki chiqib ketganidan keyin organizmga takror tushsa, bu vaqtda u boyagi antitelalar yo kilimfositlar bilan o'zarot a'sirlashib, allergic reaksiyalarga sabab bo'ladi. Buning natijasida bir qancha bioximiyaviy proseslar boshlanib gistamin, serotonin kabi talaygina moddalar ajralib chiqadi va hujayralar, to'qimalar hamda organlarni zararlantiradi, shu tariqa spesifikyani faqat ilgari organizmga ta'sir qilgan allergenga javoban reaksiya ro'y berib, allergic kasallik paydo bo'ladi.

Nospesifikallergic reaksiyalar organism allergenga birinchi bor duch kelganida boshlanaveradi. Bunda sensibilizatsiya davri bo'lmaydi. Organizmga tushgan allergenning o'zi hujayra, to'qima va organlarni zararlantiradigan moddalarni paydo qiladi. Ko'pchilik hollarda odamda spesifikallergic reaksiyalar bo'ladi. Allergic reaksiyalar darhol va sekin boshlanadigan xillarga bo'linadi. Bemorga spesifik allergen ta'sir qilganida 15- 20 minutdan keyin badan terisi va nafas organlari, hazm yo'llarida paydo bo'ladigan reaksiyalar (badanga toshma toshishi, bronxlar torayishi, ich surishi va boshqalar) darhol boshlanadigan reaksiyalarga kiradi. Sekin boshlanadigan allergic reaksiyalar bir necha soat va ba'zan sutka davomida avj olib boradi. Bakteriyalarga ortiqcha sezuvchanlik (mas:sil, brusellez va boshqalarda) ximiya sanoati xodimlari, farmaseftlar, meditsina xodimlarida uchraydigan dermatitlar shular jumlasidandir. Organizm allergenlarga duch kelganida hamisha ham allergiya paydo bo'lavermaydi. Bunda irsiyat, nerv va endokrin sistemalar ahvoli katta ro'l o'ynaydi. Shu bilan birga, allergic kasalliklarning o'zi emas, balki ularga moyillik nasldan – naslgao'tadi. Allergenning turi va



organizmga qanday yo`l bilan tushganiga qarab, allergik kasalliklar bolada har qanday ko`rinishda nomoyon bo`lishi mumkin. Nerv va endokrin sistemasi funksiyalarining buzilishi, og`ir ruhiy kechinmalar allergiya paydo bo`lishiga yo`l ochadigan omillardir.

**Hulosa.** Allergik kasalliklarning oldini olish sezilarli darajada sensibillovchi ta`sirga ega bo`lgan moddalarning organizmga takror kirishiga yo`l qo`ymaslik va organism himoya reaksiyalarining buzilmasligi choralarini ko`rishdan iborat. Buning uchun, avvalo, dori- darmonlarni shifokor tafsiyasiga qarab ishlatish, uyda chang to`planishiga yo`l qo`ymaslik lozim.

Foydalanilgan adabiyot

1. T. Hasanov, X. H. Holmatov, X. Husanov, H.Shamsiyev. Salomatlik ensiklopediyasi.



## СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

*Матмуротов Зухроб Собиржонович*  
*Тошкент тиббиёт академияси PhD мустақил изланувчи*  
*Телефон: +998999475775*  
*zurobchik@mail.ru*  
*Илмий раҳбар:*  
*т.ф.д., Хасанов Улуғбек Саидакромович*

**Аннотация:** Сурункали фронтитни даволашнинг самарали усулларида бири пешона бўшлиғини зондлаш ва антисептик эритмалар билан ювишдир. Биз қўллаган пешона бўшлиғини узоқ муддатли дренажлаш усули яхши клиник самара бериб, беморларнинг касалхонада қолиш муддати 2-3 кунга қисқарди.

**Калит сўзлар:** *Сурункали фронтит, пешона бўшлиғини зондлаш, Озон терапияси.*

Аҳоли орасида бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиши кўп учрайдиган касаллик бўлиб, жумладан йирингли фронтит, касалликнинг тез-тез қайтарилиши ва сурункали шаклга ўтиши ушбу патология учун даволаш усулларида номукамаллигини кўрсатади. Пешона бўшлиғининг топографик ва анатомик хусусиятлари шундан иборатки, унинг яллиғланиши ва тўпланган экссудати орбитал ва интракраниал асоратлар манбаига айланиши мумкин [1, 4].

Синусит ривожланишидаги омиллар, сурункали бурун ва бурун халқум касалликлари, гипотермия, маҳаллий вазоконстрикторларни суистеъмол қилиш, турли касбий хавфлар, айниқса чанглар. Микрофлора, ўткир ва сурункали фронтитнинг сабаби сифатида микроорганизмларнинг бир тури билан ифодаланмайди. Кўпгина тадқиқотлар бактериал (*S.pneumoniae* 42%, *H.influenzae* 14.0%, *St. Epidermidis* 7.0%, *St. Aureus* 7.0%, *Moraxella catarrhalis* 9.0%, *Enterobacter* 7.0%) ва замбуруғли flora (*Aspergillus*, *Candida*, *Ascoraceae*, узоқ йиллар сурункали кечганда-*Aspergillus fumigatus, flavus*) замбуруғли ва бактериал флора уюшмаси мавжудлигини кўрсатади.

Хилпилловчи эпителийнинг транспорт функциясининг бузилиши, синусларда сероз ажралманинг димланиши анаэроб бактерияларнинг ўсишига ёрдам беради.

Бактериялар асосан шиллиқ ажралма ва камдан-кам ҳолларда шиллиқ пардада бўлади. Бурун ёндош бўшлиқларида газ таркибидаги ўзгаришлар лейкоцитларнинг бактерицид хусусиятларига салбий таъсир кўрсатади. Бактерияларнинг протеолитик фаоллиги шиллиқ йирингли ажралмага нисбатан йиринг таркибида анча юқори бўлади. Бундан ташқари, микроорганизмлар томонидан ишлаб чиқарилган токсинлар хилпилловчи эпителийни транспорт функциясини сусайишига сабаб бўлади. Шунинг учун синуситни даволашда асосий ва шошилиш даволаш тадбирларидан бири зарарланган синусдан йирингни шошилиш олиб ташлаш бўлиб, бактериялар ва протеолитик ферментлар сонини камайтиради [2, 3, 4].

Йирингли фронтитни даволашнинг самарали усулларида бири пешона бўшлиғини зондлаш ва антисептик эритмалар билан ювишдир. Алохида фронтитнинг ўзи кам учрайди. Деярли ҳар доим этмоидит, гайморит билан бирга учрайди.

Такроран текширишнинг олдини олиш учун қаттиқ ўтказгич ёрдамида дренаж найчани пешона бўшлиғига киритиш мумкин. Пешона бўшлиғига дренаж киритилгандан сўнг, ўтказгич олиб ташланади, найча синусда қолади (Г.З.Пискунов усули).

### **Тадқиқот материаллари ва усуллари.**

“Отларинголог” клиникасида бизнинг назоратимиз остида 11 ёшдан 60 ёшгача бўлган сурункали фронтит билан касалланган 60 бемор, шулардан 36 (60 %) эркактар ва 24 (40%) аёллар. 9 (15%) беморда фақат пешона бўшлиғининг яллиғланиши (бир - ёки икки томонлама), 51 (85%) беморларда комбинацияланган зарарланиш 9 (17.6%) юқори жағ бўшлиғи, 39 (76.5%) гайморит, 3 (5.8 %) беморда сфеноидит.

Ташхис бурун эндоскопия асосида, 0° ва 70° кесма бурчакли қаттиқ эндоскоп ёрдамида амалга оширилди. Эндоскопик текширув давомида бурун шиллиқ қавати, чиғаноқлар, бурун тўсиғи, остиомеатал мажмуаси ва пешона бўшлиғи табиий тешик ҳолати, шунингдек,



бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси ва компьютер томографияси баҳоланди.

Барча беморлар икки гуруҳга бўлинди: асосий гуруҳ 30 (50%) бемор, пешона бўшлиғига №0.6 ўлчамли полиэтилен катетер ёрдамида узок муддатга зонд кўйилди. Кунига 2 маҳал антисептик эритма Озон билан тўйинтирилган 100мл Натрий хлор 0.9%-100мл эритмаси билан ювилди, назорат гуруҳи 15 (50%) бемор, пешона бўшлиғига №0.6 ўлчамли полиэтилен катетер ёрдамида узок муддатга зонд кўйилди. Кунига 2 маҳал 100мл Натрий хлор 0.9%-100мл эритмаси билан ювилди

Ҳар иккала гуруҳда ювиш учун эритма сифатида 100 мл илик Натрий хлор 0.9% эритмаси, антибиотик (микроорганизмларнинг сезгирлигини аниқлагандан сўнг), антигистамин, химотрипсин, вазоконстриктор ва замбуруғга қарши препарат ишлатилган.

Асосий гуруҳдаги синусларни ювиш усули қуйидагича эди: синусга дренаж найчасини ўрнатиб, Проф. Г.З.Пискунов усули бўйича ўрнатилгандан сўнг, ювиш учун аралашма 30-40 дақиқа давомида томчи тизими орқали дренаж найчасига киритилди, ювилиб ажралган суюқлик бемор кўлидаги буйраксимон тоғорага тўкилди. Амалиёт кунига 2 марта 4-7 кун давомида амалга оширилди.

Натижалар ва муҳокама.

Биз бемор шикоятлари асосида иккала гуруҳда ҳам ушбу техниканинг клиник самардорлиги динамикасини баҳоладик (бош оғриғи, бурун битиши, бурундан ажралма ажралиши), риноэндоскопик текширишда (бурун шиллик қаватининг шиш, гиперемия ва ўрта ва пастки бурун чиғаноқлар шиш, гиперемия, ўрта бурун йўли ва бурун халқум орқа деворида шиллик йирингли ажрама борлиги) маълумотлар олинди.

Асосий гуруҳ беморларда даволашнинг 2 кун бош оғриғини камайиши ва бурундан нафас олишни енгиллашиши кузатилди, 3-5 кундан бош оғриғи йўқолди, бурундан нафас олиш раво; бурундан ажралма характери 1-2 кун йиринг ёки йиринг шиллик аралаш, 3-4 кундан ажралма шилимшиқ сероз ажралма, 5 кун ювилган сувда патологик ажралма деярли аниқланмади.

Риноэндоскопик кўриниши: 3-4 кун Бурун шиллик қават ва чиғаноқларда шиш, гиперемияси пасайган, пешона бурун канали шиллик қават шиши камайиши ҳисобига канал кенгайган, ажралма миқдори кўпайган, 7 кун бурун бўшлиғи ва ўрта чиғаноқ шиллик қават пушти ранг, ўрта чиғаноқ ўлчамлари кичрайган, ўрта бурун йўлида патологик ажралма аниқланмади.

Назорат гуруҳидаги 30 та бемор (фақат озонсиз эритма билан)асосий гуруҳга ишлатилган бир хил компонентларини ўз ичига олган эритмаси билан 4-7 кун давомида, полиэтилен катетер № 0,6 ёрдамида пешона бўшлиғи ювилди.

Динамикада клиник кўринишларнинг яхшиланиши асосий гуруҳга нисбатан 2 кундан 4 кунгача фарқ қилди.

Пешона ва бошқа синусларнинг комбинацияланган зарарланиши аниқланган беморларга қуйидаги чора-тадбирлар билан даволанди: Проетц усулида бурун ёндош бўшлиқларини ювиш, юқори жағ ва асосий бўшлиқлар зондланди.

**Хулоса.** Шундай қилиб, сурункали фронтит билан оғриган беморларни узок муддатли синус дренаж ва Озон билан бойиталган эритма билан бурун ёндош бўшлиқларини санация қилиш даволашда яхши клиник таъсир кўрсатди, бу эса беморларнинг даволаниш вақтини 2-3 кунга камайтиришга имкон берди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Агеенко И.В., Агеенко Л.И. Медикаментозная полипотомия полости носа и околоносовых пазух с использованием ямик-процедур // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. — 2015. — Т. 21, № 2. — С. 10-13.

2. Шамсиев, Д. Ф. Современный взгляд на диагностику и лечение хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух / Д. Ф. Шамсиев, У. Н. Вохидов, О. М. Каримов. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2018.

3. Н.Э. БОЙКОВА, ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России», Москва 2018

4. Пальчун, В.Т. Параназальные синуситы / В.Т. Пальчун, Ю.А. Устьянов, Н.С. Дмитриев. - М.: Медицина, 2012. - 152 с.



5. Kristian I. Macdonald, Shaun J. Kilty, Carl van Walraven. Development and validation of an administrative data algorithm to identify adults who have endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis// J Otolaryngol Head Neck Surg. 2017; 46: 38.

6. «ОСТРЫЕ ФРОНТИТЫ У ДЕТЕЙ» Клинические рекомендации д.м.н., проф. Н.А. Дайхес, д.м.н., проф. А.С. Юнусов, к.м.н. Молчанова Е.Б., д.м.н., проф. Рыбалкин С.В. Москва-2015

7. Т.М. Бархоткина, Р.С. Томашевский ОЗОНОТЕРАПИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ. Национальный технический университет «Харьковский политехнический институт», Харьков, Украина. Биорадикалы и Антиоксиданты 2017 Том 4, №3 55



## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ.

*Магистр 2-го курса медицинской радиологии  
ТМА Тошева Рохила Сунатовна  
Научный руководитель к.м.н. Абдухакимов А.Н  
e-mail rokhila.tosheva@inbox.ru*

**Аннотация** проблемы связана с неуклонным ростом злокачественных лимфом во всем мире, и имеет серьезную медико-социальную значимость из-за экономического ущерба, обусловленного заболеваемостью и смертностью лиц трудоспособного возраста. Болезнь Ходжкина составляет 0.5-1% всех вновь выявленных злокачественных опухолей у взрослых. Неходжкинские злокачественные лимфомы среди всех вновь выявленных раков составляют 3%. Прогноз заболевания при злокачественных лимфом зависит от точности и своевременности диагностики, определяющей выбор адекватного лечения. Трудности ранней и точной диагностики злокачественных лимфом определяют необходимость использования современных диагностических технологий.

**Annotation:** of the problem is associated with the steady growth of malignant lymphomas all over the world, and has serious medical and social significance due to the economic damage caused by the morbidity and mortality of people of working age. Hodgkin's disease accounts for 0.5-1% of all newly diagnosed malignant tumors in adults. Non-Hodgkin's malignant lymphomas among all newly diagnosed cancers account for 3%. The prognosis of the disease in malignant lymphomas depends on the accuracy and timeliness of the diagnosis, which determines the choice of adequate treatment. Difficulties in early and accurate diagnosis of malignant lymphomas determine the need for the use of modern diagnostic technologies.

**Ключевые слова** . лимфома Хожкина, Нехожжинская лимфома, диагностика, рентгенография, УЗИ, КТ, МРТ, ПЕТ-КТ, лимфоаденопатия

**Keywords.** Khozhkin's lymphoma, Nechozhkin's lymphoma, diagnostics, X-ray, ultrasound, CT, MRI, PET-CT, lymphadenopathy

**Цель исследования** изучение возможностей и сравнительный анализ эффективности методов УЗИ и КТ в диагностике Болезнь Ходжкина и НЕХОДЖКИНСКИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ с составлением оптимальных диагностических алгоритмов.

Материал и методы обследования Обследовано 32 пациентов( 19 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 5 до 44лет с лимфомой Хожкина и нехожжинской лимфомой получившихся лечение в РОНЦе с июня 2019 по декабря 2019года. Морфологический 33% больных имеется нехожжинская лимфома у 67% больных диагностируется лимфома Ходжкина

Всем больным до лечения проводилось комплексное лучевое обследование, включающая в себе рентгеноскопию, УЗИ, МРТ, КТ .

Результаты обсуждения: При стандартном рентгенологическом исследовании выявлены 38% больных имеют поражения грудных лимфатических узлов

При ультразвуковом обследовании и компьютерной томографии определяется увеличение шейного лимфатического узла нечеткой кардиомедулярной дифференциацией 14%, увеличения надключичных лимфатических узлов нечеткой кардиомедулярной дифференциацией 18% увеличение подвздошного лимфа узла 19% ,парааортального 9% ,подвздошного 18% подмышечной области 23% ,паракавального 17% паховой области 26%

Заключение: комплексное использование современных средств визуализации повышает эффективность лучевой диагностики направленную на раннюю диагностику злокачественных лимфом.

### Список литературы

1. Аносов Н.А. Компьютерно-томографическая диагностика неходжкинских лимфом (Военно-медицинская академия) // Автореферат. к.м.н. Спб., 1996.
2. Вуд М.Э., Бан П.А. Секреты гематологии и онкологии. М.: Бином, 2001. -С. 195-208.



3. Котляров П.М., Гамова Е.В., Нуднов Н.В., Кошелева Н.В., Мартынова Н.В. Магнитно-резонансная томография в визуализации органов дыхания, средостения и при некоторых патологических состояниях // Пульмонология. 1999. - № 4. - С. 26-29.
4. Кошечкина Н.А. Комплексная диагностика лимфосаркомы у детей // Материалы научно-практической конференции к 100-летию открытия рентгеновских лучей. -М., 1995. - С. 104-105.
5. Литваковская Н.Б. Комплексное лучевое исследование грудной клетки и шеи у больных со злокачественными лимфомами // Автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 1994. С. 21-22.
6. Ловягин Е.В., Шейдаков А.А. Шуст В.Ф., Кузнецов К.О. Клиникорентгенологическая диагностика диссеминированных поражений легких. В кн.: Актуальные вопросы диагностики и лечения диссеминированных процессов в легких. Ред. М.М.Илькович. Л. 1989. С. 39-44.
7. Нуднов Н.В., Кармазановский Г.Г. Интервенционные методы диагностики и лечения заболеваний внутренних органов. -М: «Русский врач», 2001.
8. Сапранов Б.Н., Гильмутдинов И.З. Диагностика лимфом методом компьютерной томографии // Тезисы докладов научно-практической конференции «Современные тенденции развития гастроэнтерологии». — Ижевск, 1995.-С. 169-170.



## РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПАХ

*Тиллашайхова Рано Мирзагалебовна –  
кандидат медицинских наук,  
научный сотрудник отделения урологии РСНПМЦОиР  
тел: +998909519683*

*Ярматов Сардорбек Абдуразок угли –  
Ташкентская Медицинская Академия,  
кафедра онкологии, резидент магистратуры  
Ирматова Гузаль Махамаджановна  
- Ташкентская Медицинская Академия,  
кафедра онкологии, резидент магистратуры*

**Аннотация:** Изучена непосредственные результаты хирургического лечения рака почки у 169 мужчин и 133 женщин. Было отмечено, при параректальном доступе к почке высока возможность развития в раннем послеоперационном периоде эвентерации органов брюшной полости, а в более позднем периоде грыжи, которым необходимо реоперации, ухудшая качество жизни пациентов. Люмботомия не отвечает стандартам онкологии так как нет возможности провести полный объем лимфодиссекции

**Ключевые слова:** рак почки, нефрэктомия, срединная лапоротомия, параректоальный хирургический доступ

**Цель:** Изучить непосредственные результаты хирургического лечения местно-распространенного почечно-клеточного рака при различных доступах к регионарным узлам.

**Материалы и методы:** Больные подвергались хирургическому лечению. Мужчин 169 (56,0%), женщин -133 (44,0%). Соотношение мужчин и женщин было 1,27:1 соответственно. Поражение правой почки отмечалось в 167 (55,3%), левой 135 (44,7%) случаях. Средний возраст составил 44,6±1,4 лет. Всего правосторонняя нефрэктомия произведена у 87 (52,1%) мужчин и 80 (47,9%) женщин. Левосторонняя нефрэктомия произведена у 82 (60,7%) мужчин и у 53 (39,3%) женщины. Срединным доступом осуществлено 109 операций, параректальным доступом 160, люмботомия проведена у 33 больных.

**Результаты:** Сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения рака почки показал достаточно невысокую частоту развития различных послеоперационных осложнений. Так только у 63 пациентов, что составило всего 20,9%, послеоперационный период протекал с развитием каких-либо осложнений. Наиболее часто встречались такие осложнения как эвентерация органов брюшной полости и развитие острой почечной недостаточности – в 8 (2,6%) и 10 (3,3%) случаях из 302. Эвентерация органов брюшной полости отмечено лишь у больных, которым была произведена нефрэктомия параректальным доступом.

**Выводы:** При параректальном доступе к почке высока возможность развития в раннем послеоперационном периоде эвентерации органов брюшной полости, а в более позднем периоде грыжи, которым необходимо реоперации, ухудшая качество жизни пациентов. Люмботомия не отвечает стандартам онкологии так как нет возможности провести полный объем лимфодиссекции

Использованная литература:

1. Варламов С. А. Комплексное лечение местно-распространенного рака почки / Варламов С. А., Шойхет Я. Н., Пустошилова Н. М., Лазарев А. Ф. // Российский биотерапевтический журнал. - №3. – 2016. – С. 161-166.
2. Карякин О. Б., Попов А. М. Паллиативное и симптоматическое лечение больных раком почки // Практическая онкология. - 2015. – Том 6, № 3. - С. 186-192.
3. Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М., Бойко Е.В., Тилляшайхова Р.М., Юсупов Ш.Х., Алоев Б.Б., Хашимов Р.А. Модификация хирургического доступа к регионарным лимфоузлам и магистральным сосудам при почечно-клеточном раке: Сб.: тезисов VI съезд онкологов и радиологов Казахстана. – Астана, 2017. - С. 60.

**"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](http://www.tadqiqot.uz)**  
ООО Tadqiqot, город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000

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