



Tadcqiqot UZ

**ЎЗБЕКИСТОН
ОЛИМЛАРИ ВА
ЁШЛАРИНИНГ
ИННОВАЦИОН
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТАДҚИҚОТЛАРИ
МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

2021

- » 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



**28 FEBRAL
№25**

CONFERENCES.UZ

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 25-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ**

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

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

ТОШКЕНТ-2021



УУК 001 (062)
КБК 72я43

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2021]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 25-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 28 февраль 2021 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2021. - 24 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)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги 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. Сафарова Шохсанам Машариповна, Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна ЧАСТОТА КОСТНО-СУСТАВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА.....	7
2. Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна, Махмудова Фарангиз Батировна «ВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ НАГ».....	9
3. Тухтаева Нигора Хасановна, Каримов Маъриф Шакирович КАСАЛЛИК ФАОЛИГИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА РЕВМАТОИД АРТРИТ БЕМОРЛАРИДА HELICOBACTER PYLORI БАКТЕРИЯСИНИНГ УЧРАШ СОНИ ВА ДАРАЖАЛАРИ.....	11
4. Matkarimova Matluba, Ibragimova Shaxodat YURAK ISHEMIK KASALLIGI VA METOBOLIK SINDROMINING BIR-BIRIGA BOG'LIQLIK LHATLARI.....	13
5. Саггаров Алишер Рахимович, Абдиев Шерзод Эргашевич, Кобилов Азизжон Орзикулович, Саидов Сохиб Саидмуродович НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	15
6. Норов Абдурахмон Убайдуллоевич, Саидов Сохиб Саидмуродович ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ.....	17
7. Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна, Махмудова Фарангиз Батировна «ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С НЕАКТИВНЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА».....	19
8. Юсупов Акмал Пўлатович БРУЦЕЛЛЁЗ ИНФЕКЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК НАЗОРАТНИНГ ПРИНЦИПЛАРИ.....	21
9. Кодиров У.Ф., Тухтасинов А.З., Азаматов Ф.А МАКРО И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ.....	23



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ЧАСТОТА КОСТНО-СУСТАВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Сафарова Шохсанам Машариповна,
Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна,

Младший научный сотрудник
РСНПМЦ Эндокринологии им.акад.Я.Х.Туракулова
Телефон:+998946111682
doctorsh@mail.ru

Аннотация: Акромегалия редкое хроническое нейроэндокринное заболевание, которое приводит к значительному бремени осложнений и сопутствующих заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, опорно-двигательные, респираторные, эндокринные и метаболические [1]. Частота опорно-двигательных осложнений (ОДО) акромегалии по данным различных исследований составляет 60-75% [2]. В Узбекистане выявлена высокая частота КСО у больных акромегалией с развитием у 69,4% больных остеопороза, у 59% больных - артропатий, у 36,6% - остеопоений [3]. При этом, могут быть затронуты любые суставы и варьируют от остеоартрита до артралгии и переломов [4], являясь причиной ранней инвалидизации больных.

Ключевые слова: акромегалия, остеоартроз, остеопороз, опорно-двигательные осложнения.

Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи развития костно-суставных осложнений акромегалии в зависимости от пола, возраста больных и давности заболевания. Объектом исследования явились 110 больных с соматотропными аденомами гипофиза, которые обращались в РСНПМЦЭ за период с 2000 по 2020гг и вошли в регистр больных акромегалией по РУз. Из них мужчины – 40 (33,37%), женщины – 70 (63,63%). Средний возраст пациентов составил (43±8,7 лет).

В молодом возрасте чаще наблюдались остеоартриты (49% против 10,5%, $p<0,001$) и остеопоения (33,9% против 13,2%, $p<0,01$). У пациентов с акромегалией наблюдается высокая частота осложнений опорно-двигательной системы, в структуре которых высокую частоту занимают остеопороз (60,9%) и остеоартроз (58,2%), с превалированием у лиц женского пола остеоартрозов (60,5% против 46,8%, $p<0,05$), а у мужчин – компрессионных переломов тел позвонков (12,8% против 5,5%, $p<0,001$).

С увеличением возраста больных, усугубляется тяжесть поражений костно-суставной системы, в виде остеопороза, остеоартроза и переломов. С увеличением длительности заболевания хроническая гиперсекреция ГР приводила к усугублению ОДО и росту частоты остеоартрозов (92,5% -с длительностью 10-19 лет, $p<0,001$ и 94,3%- с длительностью 20 и более лет, $p<0,001$) и остеопороза (91,2% -с длительностью 10-19 лет, $p<0,001$ и 98,3%- с длительностью 20 и более лет, $p<0,001$). Эти данные подтверждают необходимость раннего агрессивного лечения как основного заболевания, так и начинающихся осложнений опорно-двигательной системы, поскольку с увеличением возраста больных и длительности заболевания изменения суставов и хрящей становятся необратимыми.



Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Ana M. Ramos-Leví and Mónica Marazuela*Bringing Cardiovascular Comorbidities in Acromegaly to an Update. How Should We Diagnose and Manage Them? *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019; 10: 120. Published online 2019 Mar 7. doi: 10.3389/fendo.2019.00120
2. Bonadonna S, Mazziotti G, Nuzzo M, Bianchi A, Fusco A, De Marinis L, Giustina A. Increased prevalence of radiological spinal deformities in active acromegaly: a cross-sectional study in postmenopausal women. *J Bone Miner Res*. 2005;20(10):1837–1844.
3. Safarova Sh., Khalimova Z., Kholikova A., Ibragimova S., Mannapova U., Mirtuhtaeva M., Mirsaidova U. Clinical-Epidemiological Peculiarities of the Acromegalic Osseous-Articular Complications in the Republic of Uzbekistan, / *American Journal of Medicine and Medical Sciences*,10(5): 284-289doi:10.5923/j.ajmms. 20201005.02.
4. Wassenaar MJ, Biermasz NR, Hamdy NA, Zillikens MC, van Meurs JB, Rivadeneira F, Hofman A, Uitterlinden AG, Stokkel MP, Roelfsema F, Kloppenburg M, Kroon HM, Romijn JA, Pereira AM. High prevalence of vertebral fractures despite normal bone mineral density in patients with long-term controlled acromegaly. *Eur J Endocrinol*. 2011;164(4):475–483.



«ВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ НАГ»

Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна,
Махмудова Фарангиз Батировна.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.
Телефон: +998974111709
makhmudovafarangiz@gmail.com

Аннотация: Аденомы гипофиза - доброкачественные опухоли аденогипофиза, которые составляют около 15 % всех внутричерепных опухолей. На аутопсии аденомы гипофиза обнаруживают у 10-20% умерших от не связанных с поражением гипофиза болезней. Аденомы гипофиза, протекающие без клинических проявлений гиперсекреции гипофизарных гормонов, называют <неактивными> (non-active) аденомами гипофиза (НАГ). НАГ составляют 25-30 % всех опухолей гипофиза, тогда как при супраселлярной локализации их процент возрастает до 70%. Следует различать понятия НАГ и <инциденталомы>, последнее нередко встречается в зарубежной литературе. У женщин НАГ нередко сочетаются с патологией репродуктивной системы. У 88% женщин с НАГ выявляется синдром поликистозных яичников (СПКЯ), у 23% - вторичный гипогонадизм с аменореей [1].

Ключевые слова: Аденомы гипофиза, нарушение менструального цикла, фолликулометрия

Нами анализировались результаты визуализационных методов исследования. Нашем исследовании участвовали 60 женщин, из которых 37 (59,7%) имели микроаденому и 25 (40,3%) - макроаденому. У них локализация аденом гипофиза определялась с помощью МРТ у 53 (85%), КТ – 9 (15%) больных. Интраселлярная локализация без инвазии имела место у 22 больных (32%), инфраселлярный рост у 12 (19,3%) и инфра – параселлярный рост у 3 (4,8%). У больных же с макроаденомой гипофиза (25) выявлены следующие варианты роста образования: супраселлярный в 7(11,3%) случаях (но без компрессии хиазмы), параселлярный в 5 (8,%) , супра-параселлярный варианты роста - у 13 больных [2]. Результаты исследования показывают, что микроаденомы в преобладающем большинстве случаев имели локальный характер и не оказывали разрушительного действия как на нормальную гипофизарную ткань, так и на окружающие ее костные и мозговые структуры. В то время как макроаденомы, в основном, являлись инвазивными и агрессивными в плане роста и на ранних стадиях способствовали развитию гипопитуитаризма, нарушению зрения и интракраниальной гипертензии [3].

Нарушения функции репродуктивной системы при НАГ могут быть обусловлены аномальной, нециклической продукцией гонадотропинов или их субъединиц клетками аденомы. У женщин НАГ нередко сочетаются с патологией репродуктивной системы и у 88% женщин с НАГ выявляется ПКЯ, у 23% - вторичный гипогонадизм с аменореей, ввиду чего эти пациенты чаще обращаются к гинекологам [4]. Эти изменения зачастую являются результатом сдавления или повреждения гонадотрофов или лактотрофов гипофиза растущей опухолью.

УЗИ с фолликулометрией у наших пациенток проводилось на 12, 14, 16 дни сохраненного менструального цикла (МЦ) вагинальным способом или однократно в случае нарушения МЦ. При этом оценивались размеры матки, яичников, состояние эндометрия и динамика развития фолликула. При фолликулометрии обнаружено синдром хронической ановуляции (СХА) у 48 (80%) женщин, из них по типу атрезии фолликула у 37 (61,5%), персистенции фолликула у 14 женщин (23,3%) и у 20 пациенток (33,1%) был истощенный фолликулярный резерв с отсутствием их роста и развития. Подобное исследование позволило нам еще точнее оценить ситуацию и выявило следующие отклонения: аплазию матки- у 3% женщин, гипоплазию матки I-II степени – 37%, III степени - у 14%, СПКЯ – у 36%, СИЯ - у 10% пациенток [5].

Таким образом, независимо от размеров образования, женщины с НАГ проявляли нарушения функции высшей нервной деятельности со схожими эмоционально - волевыми



нарушениями, указывающими на непосредственное влияние избыточных уровней гормонов на высшую нервную деятельность.

Список использованной литературы.

1. H.K.Nasirova, Z.Yu. Halimova, F.B. Makhmudova. Review of the diagnosis and treatment of patient with clinically inactive pituitary adenoma,. Journal of Biomedicine and Practice 2020, Special issue, pp 172-184.
2. Насырова Х.К. Диагностика и лечение эндокринного бесплодия при аденомах гипофиза. Дисс. канд. мед. наук. Ташкент 2011, 62-103
3. Халимова З.Ю, Насырова Х.К, Махмудова Ф.Б, Наримова Г.Ж, Туланбоев Ж.Т. Результаты диагностики и лечения женщин репродуктивного возраста с клинически неактивной аденомой гипофиза . European Journal of Pharmaceutical and Medical Research (EJPMR).
4. Pituitary adenomas : clinic, diagnosis, treatment. Edited by B.A. Kadashev , Tver 2011;7(5):257-66 .
5. Arafah B., Nasrallah M. Pituitary tumors: pathophysiology, clinical manifestations and management//Endocrine-Related Cancer. - 2001. –Vol.8. – P.287–305.



КАСАЛЛИК ФАОЛИГИГА БОҒЛИҚ ХОЛДА РЕВМАТОИД АРТРИТ БЕМОРЛАРИДА HELICOBACTER PYLORI БАКТЕРИЯСИНИНГ УЧРАШ СОНИ ВА ДАРАЖАЛАРИ.

Тухтаева Нигора Хасановна

Тошкент Тиббиёт Академияси, PhD, ката уқитувчи

Телефон: +998901281831

Nigora_321@mail.ru

Каримов Маъриф Шакирович

Тошкент Тиббиёт Академияси, т.ф.д., профессор

Телефон: +998901853174

Nigora_321@mail.ru

Аннотация. Дунё микёсида бугунги кунда ревматоид артрит касаллиги турли ёшдаги аҳоли орасида учраши, клиник жиҳатдан оғир кечиши ва беморлар ҳаёт сифатини пасайишига олиб келиши жиҳатидан тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бирига айланиб келмоқда. РА даволанишида ялиғланишга қарши ностероид дори воситалар ва глюкокортикоид дори воситаларини кенг қўллаш, меъда ичак йўлида дисбиоз келиб чиқиши Helicobacter pylori инфекцияси билан боғлиқлигини асослаш, гастродуоденал соҳанинг шикастланишини аниқлаш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга йўналтирилган тадбирларни такомиллаштириш ҳозирги кунда мазкур муаммога қаратилган илмий-тадқиқотларнинг устивор йўналиши бўлиб қолмоқда. Тезисда юқоридаги муаммо ёритилган.

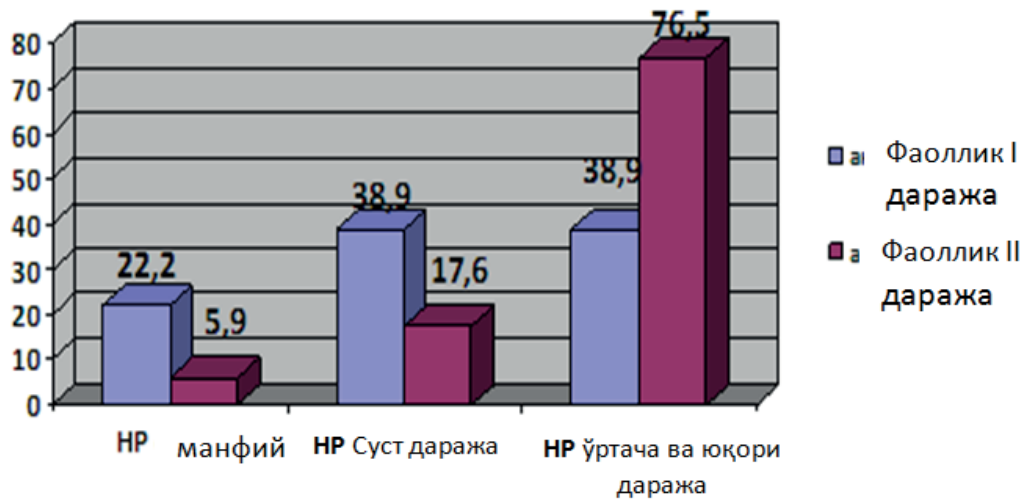
Калит сузлар. Ревматоид артрит, Helicobacter pylori.

Ривожланган мамлакатларда аҳоли ўртасида ревматоид артрит (РА) билан касалланиш даражаси 0,5-2% ташкил қилади ва бу кўрсаткич йил сайин кўпаймоқда [1]. РА аёлларда эркакларга нисбатан 2-3 маротаба кўп учраши, самарали даволанмаган аёллар умр кўриши 3 йилга, эркакларда эса 7 йилга қисқариши аниқланган [2]. РАда ички аъзолар орасида меъда ичак йўли шикастланишини учраши 13%-60% ни ташкил қилади. Ошқозон деворларининг (мукоз) флорасида мавжуд бактериялардан бири бу Helicobacter pylori (H.Pylori) бактерияси бўлиб, ҳозирда ошқозонга боғлиқ бўлмаган ва ошқозон касалликларининг ривожланишидаги этиологик аҳамияти шубҳа чақирмайди [3,4]. Шундай бўлса ҳам, қандай қилиб ошқозон мукоз флорасининг табиий вакили бошқа кўпгина касалликларнинг ривожланишида иштирок этиши ва патоген вазифасини бажариши мумкинлиги каби саволлар ҳалигача ўз жавобини топа олмаган.

Текшириш мақсади: РА беморларда H.Pylori бактериясининг уруғланиш даражаси ва тарқалиш частотасини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва методлари: ТМА ревматология булимида даволанаётган 22 та РА беморлар текширувдан утказилди. РА беморларда H.Pylori ни учрашини уреаз тест (ХЕЛИК тест) ёрдамида аниқланди.

Олинган натижалар: РА беморларда H.Pylori ни учраши 85% ни ташкил қилди, бу эса ревматоид артрит касаллиги билан H.Pylori ассоциацияси юқори даражада эканлигидан далолат беради. H.Pylori билан уруғланиш даражасини аниқлаш мақсадида РА билан касалланган беморларда уруғланиш даражасини кузатдик, 15% беморларда уруғланиш йуқлиги, 25% да эса минимал даражада, 60% да эса ўртача ва юқори даражада уруғланиш натижалари кузатилди. РА фаолигига боғлиқ H.Pylori экилиш даражаларининг таҳлил натижалари куйидагиларни кўрсатди (1 расм): РА беморларининг касаллик фаоллигини I даражасида 38.9% беморларда H.Pylori нинг уруғланиши юқори ва ўртача даражада, 22.2 % беморларда кузатилмади. РА фаоллигини II даражасида 76,5% беморларда H.Pylori нинг уруғланиши юқори ва ўртача даражада, 17,6% беморларда суст даражада уруғланиш ва 5,9% беморларда уруғланиш умуман учрамади.



1-расм. Касаллик фаолигига боғлиқ ҳолда РА беморларида H.Pylori бактериясининг учраш сони ва даражалари.

Шундай қилиб, **олинган натижалар** ошқозон шиллик қавати ва бўшлиғидаги микрофлора ҳолатини ўрганганимизда, РА беморларининг ошқозон биотопида *Helicobacter pylori* (*H.Pylori*) уруғланиш даражасига боғлиқ дисбиотик ўзгаришлар аниқланди. Ошқозондаги дисбиотик ўзгаришлар ва *H.Pylori* уруғланиш даражаси орасида тўғридан тўғри боғлиқлик мавжуд.

Адабиётлар.

1. Nizhnywich AA, Kuchina E.S., Ahmadeeva E.N. Meaning Anti-Caga serological immune response in children with gastric and duodenal ulcers associated with *Helicobacter pylori* / *Fundamental studies*. – 2012. – № 4-1. S. 212-215;
2. Sostres C, Gargallo CJ, Lanas A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper and lower gastrointestinal mucosal damage. *Arthritis Res Ther*. 2013;15 Suppl 3:S3. doi: 10.1186/ar4175. Epub 2019 Jul 24.
3. VI Национальные рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (VI Московские соглашения) // Приняты XVI съездом Научного общества гастроэнтерологов России и XI Национальным конгрессом терапевтов. Москва, 24-25 ноября 2016.
4. Распространённость хеликобактер ассоциированных заболеваний желудка в Узбекистане // *Гепатология и гастроэнтерология*. 2018.



YURAK ISHEMIK KASALLIGI VA METOBOLIK SINDROMINING BIR-BIRIGA BOG'LIQLIK JIHATLARI

Matkarimova Matluba, Ibragimova Shaxodat
Farg'ona shahar 2-tibbiyot kolleji o'qituvchilari

Annotatsiya: Maqolada semizlik, arterial gipertenziya (AG), giperlipidemiya, glyukoza bo'lgan tolerantlik va yurak-qon tomir kasalliklari o'rtasida bog'liqlik mavjudligiga qaratilgan bir qator keng miqyosli tadqiqotlar ma'lumotlari keltirilgan.

Kalit so'zlari: metabolik sindrom, arterialgi pertenziya, yurak ishemik kasalligi.

“Metabolik sindrom” (MS) yurak-qon tomir kasalliklari yoki diabet kasalligi bilan bog'liq xavf omillarini birlashtiradi. Bir necha mualliflarning fikriga ko'ra, MS bilan og'rikan bemorlarda asosiy yurak-qon tomir holatlari: qon tomir, o'tkir miokard infarkti (O'MI), to'satdan o'lim xavfi yuqori.

So'nggi o'n yillikda metabolik sindrom (MS) bilan og'rikan bemorlar sonining sezilarli darajada ko'payishi kuzatilmoqda, bu sog'liqni saqlashning global muammosi bo'lib qolmoqda va yurak-qon tomir va yuqumli bo'lmagan kasalliklar uchun yetakchi omil hisoblanadi. urak ishemik kasalligi va metabolik sindrom ko'p jihatdan bir-biri bilan bog'liqdir. Shuning uchun zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. O'z vaqtida tashxiz qo'yish va davolash nogironlik va o'limni kamayishiga olib kelisi mumkin. Ularning hayot davomiyligi uzaytirib va ish qobiliyatini saqlaydi. MS mamlakatning iqtisodiy, ijtimoiy va madaniy xususiyatlari va rivojlanishga bog'liq.

Metabolik sindrom shuningdek surunkali yurak yetishmovchiligi (SYY) rivojlanish xavfiga ta'sir qiladi. MS bilan og'rikan bemorlarda surunkali yurak etishmovchiligi metabolik kasalliklarsiz bemorlarga nisbatan ancha oldinroq rivojlanadi. Shvetsiyada o'tkazilgan tadqiqotga ko'ra, 50 yoshdan oshgan 2314 erkakda dastlab yurak etishmovchiligi bo'lmagan, miokard infarkti va yurak qopqog'i shikastlanishlari bo'lgan, tadqiqot boshlanganidan 20 yil o'tgach surunkali yurak etishmovchiligining umumiy chastotasi 1000 kishi boshiga yiliga 2,3 ni tashkil etgan. Bundan tashqari, MS bilan kasallangan erkaklar orasida bu ko'rsatkich MS bo'lmagan erkaklarnikiga nisbatan yuqori bo'lib, yiliga har 1000 kishiga 5,3 va 1,7 ni tashkil etgan. Ba'zi tadqiqotchilar ta'kidlashicha, MS bilan og'rikan bemorlarda yurak yetishmovchiligi sindromi bo'lmagan bemorlarga qaraganda og'irroqdir: so'rovnomalarga ko'ra, bunday bemorlarning hayot darajasi past. Shuningdek, MS bilan og'rikan bemorlarda ko'pincha NYHA ga muvofiq yurak yetishmovchiligining yuqori, biroq yurak yetishmovchiligining o'rtacha funksional sinfi ancha yuqori. Metabolik sindrom nafaqat koronar arteriyalarning soni va hajmiga jarohatlovchi ta'sir qiladi, balki davolanish paytida kechki asoratlar rivojlanishi uchun xavf omilidir. Bunday asoratlarga restenoz va yurak-qon tomir o'zgarishlari rivojlanishi kiradi. Restenoz - intima giperplaziyasi tufayli tomirning stentlangan qismining takroriy torayishi. 2-tip qandli diabet va insulinga rezistentlik miyokard revaskulyarizatsiyasi davrida ushbu asoratning bemorlarda rivojlanishi uchun ikkita asosiy xavf omillari bo'lib hisoblanadi. Metabolik sindromli bemorlarda restenozning rivojlanishi 12 dan 40% gacha bo'lib, glyukoza miqdoriga va insulinga rezistentlikning og'irligiga, shuningdek, davolanish uchun ishlatiladigan stent turiga bog'liq. Stone G. va boshqalarning meta-tahlilida metabolik sindromli bemorlarda restenoz bilan kasallanish koronar stentli bemorlardan 1,35 baravar yuqori ekanligi ko'rsatildi. Bir necha mualliflarning fikriga ko'ra, metabolik sindrom stentlangan bemorlarda umumiy o'lim va yurak-qon tomir kasalliklaridan o'lim ko'rsatkichlarini ko'paytiradi.

Xulosa. Shunday qilib, metabolik sindrom va yurak ishemik kasalligi ko'p jihatdan o'zaro bog'liq bo'lib mavjud bemorlarda zo'riqish stenokardiyasining III FS va surunkali yurak yetishmovchiligining III FS lari ko'proq aniqlangan. Uzoq prognozlariga MSning barcha komponentlari jiddiy ta'sir o'tkazadi, shuningdek AG va QD kabi komponentlarning alohida ta'siri ham sezilarli bo'ladi. Konsentrikgi pertrofiya va SYNTAX shkalasi bo'yicha yuqori ballar



ham uzoq prognozlarni yomonlashtiradi. 2-tip qandli diabet bilan og‘rigan bemorlar prognozi diabetsez MS bilan og‘rigan bemorlar bilan solishtirganda sezilarli darajada yomon. MS bilan yurak-qon tomir kasalliklarining birgalikda kelishi surunkali yurak yetishmovchiligining erta yuzaga kelishiga sabab bo‘ladi.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Bin, H. Impact of metabolic syndrome on clinical outcomes after drug-eluting stent implantation in patients with coronary artery disease / H. Bin [et al]// *Angiology*.- 2014.- Vol. 62.- P. 440-446
2. Barsukov, A. V. Left ventricular hypertrophy as a marker of adverse cardio-vascular risk in persons of different age groups/ A. V. Barsukov [et al]// *Advances in Gerontology*.- 2015.- Vol. 5, ¹ 2.- P. 99-106.



НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

Саттаров Алишер Рахимович

Д.м.н., зав. Отд. «Хозрасчетного отдела» НЦРПЛИ

Абдиев Шерзод Эргашевич

dr_ssnan@mail.ru

+998909850591

Врач травматолог ортопед «Хозрасчетного отдела» НЦРПЛИ

Кобилов Азизжон Орзикулович

Врач травматолог ортопед «Хозрасчетного отдела» НЦРПЛИ

Саидов Сохиб Саидмуродович

Врач нейрохирург «Хозрасчетного отдела» НЦРПЛИ

*Национальный Центр Реабилитации и Протезирования лиц с инвалидностью.
Ташкент. Узбекистан.*

Аннотация: Материал нашей работы составили больные, оперированные с неспецифическими спондилитами позвоночника поясничного отдела позвоночника в НЦРПЛИСИ МЗ РУз в Хозрасчетном отделении в период 2018-2020гг. Всем больным проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции с использованием транспедикулярных фиксирующих систем из титана. В нашей практике в основном встречалась гемолитическая стафилококковая инфекция. Декомпрессивно-стабилизирующие операции дали больным возможность ранней активизации и сокращение пребывания в стационаре.

Ключевые слова: неспецифический спондилит, декомпрессивно-стабилизирующие операции, ТПФ системы.

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения неспецифических спондилитов позвоночника поясничного отдела с использованием ТПФ систем.

Материалы и методы- материал нашей работы составили 28 больных, оперированных в НЦРПЛИСИ МЗ РУз в Хозрасчетном отделении в 2018-2020гг по поводу неспецифического спондилита позвоночника поясничного отдела. В материале было 12(42,85%) женщин и 16(57,14%) мужчин. Средний возраст больных составил $36,1 \pm 1,8$ лет. Показаниями к хирургическому лечению явились наличие болевого синдрома, проводниковых и сегментарных нарушений и наличия костных деструкций тел позвонков и результатами неврологического обследования, анализов нейровизуализационных показателей позвоночника. Неспецифических спондилитов позвоночника поясничного отдела имели место у всех 23 больных. Всем больным проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции из заднего доступа поясничного отдела позвоночника.

По уровням больные распределились следующим образом:

L1-L2=1 больной, L2-L3=6 больных, L3-L4=2 больных, L4-L5=13 больных, L5-S1=6 больных соответственно. Для диагностики неспецифических спондилитов позвоночника мы воспользовались обзорной и функциональной рентгенографией позвоночника, МРТ, МСКТ исследования, ЭНМГ, для дифференциальной диагностики специфическими процессами - пробой Манту, гистологическое исследование и бактериологический анализ биоптата, чувствительность к антибиотикам инфекции пораженного очага.

Корешковая боль отмечалась у 19 больных, выраженная боль в поясничной области (с анталгической позой) у 21 больных, нейрогенная перемежающаяся хромота у 14 больных чувствительные нарушения у 19 больных и нарушение функции тазовых органов у 9 больных соответственно. Декомпрессия с последующей стабилизацией проведена во всех случаях. Показатели ВАШ до операции $9,2 \pm 2,4$, ВАШ после операции $3,2 \pm 1,5$ и ВАШ через 1 год после операции $1,7 \pm 1,3$ балл составили.

Результаты и их обсуждение.

Всем больным проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции. Из заднего доступа декомпрессия со стабилизацией ТПФ системой 10 больным, спондилодезом МЭШа



из титанового сплава из бокового доступа 10 больным, спондилодез с аутокостью с последующим цементированием 8 больным из заднего доступа. Все операции проведены под контролем С дуги. У всех больных получена прочная стабилизация, которая дала нам возможность ранней активизации в послеоперационном периоде. Больные со стабилизацией с ТПФ системой активизированы на третьи сутки после операции, со спондилодезом МЭШом на вторую неделю и спондилодез с аутокостью и цементированием на третьей недели. При контрольных послеоперационных рентгенологических снимках мы обнаружили прочную стабилизацию без миграции имплантов. В бактериологическом анализе выявлены стафилококки (hemolyticus, aureus). К чувствительности антибиотикам в основном определены цефтриаксон РЕО, ципрофлоксацин и авифлокс.

Полученные результаты у всех больных – в послеоперационном периоде были хорошими. В неврологии после операции у всех больных корешковые боли регрессировались. Остаточные рефлекторные явления сохранились у двоих больных. У всех больных восстановлена опорная функция позвоночника, которая дала больным вернуться к активному образу жизни. Результаты в послеоперационном периоде: у 7(25%) больных отличные результаты, у 18(64,28%) больных хорошие и 3 (10,7%) больных удовлетворительные результаты соответственно.

Мы воспользовались системами «Medyessey-KORA» (Корея) так как данная система очень прочна, удобна в установлении и соответствует требованиям современной спинальной хирургии. В наборе имеются все необходимые опции для различных маневрирования и создания различных конфигураций.

Заключение.

Декомпрессивно-стабилизирующие операции дают нам возможность ранней активизации и сокращения койко дней в стационаре.

Применение ТПФ системы, МЭШ и аутокость с цементом при неспецифических спондилитах расширяет возможности опороспособности позвоночника.

Список литературы.

1. Вишневский А.А. Неспецифический остеомиелит позвоночника у взрослых: клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. . д-ра мед. наук СПб, 2008. С. 39
2. Гарбуз А.Е. Реконструктивная хирургия позвоночника при распространенных формах туберкулезного спондилита и их последствиях: Автореф. дис. д-ра мед. наук. Л.: 1988.
3. Тиходеев С.А., Маничева О.А. Микробная флора при гематогенном остеомиелите позвоночника//Хирургия. 1997. № 9. С. 36-38.
4. Al-Sheikh W., Sfakianokis G.N., Mnaymneh W. Subacute and chronic bone infections: Diagnosis using ¹¹¹In, ⁶⁷Ga and ^{99m}Tc-MDP bone scintigraphy and radiography // Radiology. 1985. Vol. 155. p. 501-506.
5. Devereaux M.D., Hazelton R.A. Pyogenic spinal osteomyelitis its clinical and radiological presentation // J. Rheumatol. 1983. Vol. 10. P. 491-498.
6. Haase D., Martin R., Marrie T. Radionuclide imaging in pyogenic vertebral osteomyelitis // Clin. Nucl. Med. 1980. N 5 P. 533-538.
7. Nussbaum E.S., Rigamonti D., Standiford H. Spinal epidural abscess: a report of 40 cases and review // Surg. Neurol. 1992. N 38. P. 225-231.
8. Oya Umit Yemisci, Sacide Nur Saracgil Cosar, Pmar Oztop, et al. Spon-dylodiscitis Associated With Multiple Level Involvement and Negative Microbiological Tests // Spine. 2010 Vol. 35, N.19, P. E1006-E1009.
9. Wei-Hua Chen, Lei-Sheng Jiang, Li-Yang Dai. Surgical treatment of pyogenic vertebral osteomyelitis with spinal instrumentation // Eur. Spine J. 2007. 16:1307-1316



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ.

Норов Абдурахмон Убайдуллоевич
Д.м.н., доцент, Заместитель директора
по научным делам РСНПМЦН
Саидов Сохиб Саидмуродович
Свободный соискатель РСНПМЦН
dr_ssnan@mail.ru
+998935447549

Республиканский Специализированный Научно-практический
Медицинский Центр Нейрохирургии. Ташкент, Узбекистан.

Аннотация: Совершенствование хирургической техники, внедрение малоинвазивных микрохирургических методик удаления грыж, позволило лишь снизить частоту рецидивов болевого синдрома, но не исключило их полностью. Применение декомпрессивных и декомпрессивно-стабилизирующих оперативных вмешательств является методом выбора хирургического лечения синдрома оперированного позвоночника.

Ключевые слова: рецидив грыжи диска, нестабильность, стеноз позвоночного канала, декомпрессия, декомпрессивно-стабилизирующая операция, прогнозирование.

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения синдрома оперированного позвоночника при поясничном остеохондрозе путем совершенствования методов диагностики и дифференцированного хирургического лечения.

Материал и методы. Работа основана на анализе данных обследования 147 пациентов с синдромом оперированного позвоночника (первично оперированных по поводу удаления грыж поясничных межпозвоночных дисков) находившихся на лечении в Республиканском Специализированном Научно-практическом Медицинском Центре Нейрохирургии за период с 2009 года по 2018 год. Все больные прошли полное клиническое и инструментальное обследование, оперированы по поводу сдавления нервно-сосудистых образований позвоночного канала.

Нами были установлены основные причины возобновления болевого синдрома в обследуемой группе больных: рецидив грыжи межпозвоночного диска на прежнем уровне или с противоположной стороны - 58 (39,4%), из них рецидивы на противоположной стороне - 14 (9,5%); рецидив грыжи межпозвоночного диска смежного с ранее оперированным - 17 (11,5%); эпидуральный фиброз в зоне первичной операции - 4 (2,7%); ошибка хирурга (остаточный фрагмент, ошибка уровня) - 7 (4,7%); стеноз позвоночного канала - 31 (21%); сегментарная нестабильность - 28 (19%); псевдоменингоградикулоцеле - 2 (1,7%).

Больные разделены на основную и контрольную группы с целью сравнения предлагаемого алгоритма диагностики и дифференцированного хирургического лечения.

Результаты. Все оперативные вмешательства производились из заднего доступа. Из них выполнено: интерламнарных удалений грыжи диска - 80; декомпрессивных ламинотомий - 8; декомпрессивных ламинэктомий - 3; декомпрессивных ламинэктомий с транспедикулярной фиксацией (ТПФ) - 21; декомпрессивных ламинотомий с транспедикулярной фиксацией - 15; декомпрессивных ламинотомий с транспедикулярной фиксацией и задним межтеловым спондилодезом - 15; менингоградикулолиз - 3; удаление псевдоменингоградикулоцеле с герметизацией твердой мозговой оболочки - 2.

Хороший результат при выписке был отмечен у 53 (60,9%) больных основной группы и у 27 (45,0%) контрольной группы, удовлетворительный результат у 17 (14,9%) больных основной и у 13 (14,9%) больных контрольной группы, относительно удовлетворительный результат у 13 (14,9%) основной и у 24 (23,3%) контрольной группы, неудовлетворительный у 4 (4,6%) больных основной и у 6 (10%) контрольной группы. Через 3-6 месяцев хороший и удовлетворительный результат хирургического лечения отмечен у 61 (70,1%) и 17 (19,5%) больных основной группы, также у 30 (50%) и 14 (23,3%) больных второй группы. Неудовлетворительный результат хирургического лечения отмечен при выписке у



4 (4,6%) больных основной группы и у 6 (10%) контрольной группы. Через 3-6 месяцев этот показатель снизился до 1,2% у больных основной группы и 6,7% у больных контрольной группы, а через 12-24 месяцев этот показатель в основной группе остался без изменений (1,2%), а в контрольной снизился до 6,7%.

Выводы.

1. Применение декомпрессивных и декомпрессивно-стабилизирующих оперативных вмешательств является методом выбора хирургического лечения СОП.

2. Результаты хирургического лечения больных с синдромом оперированного позвоночника и в ближайшем и в отдаленном периоде значительно лучше в основной группе, чем в контрольной.

Список литературы:

1. Байкалов А.А. Хирургическое лечение рецидивов болевых синдромов: Автореф. Дисс канд. мед. наук. -Н., 2006.-20 с.

2. Бакланов, А.Н. Диагностика и лечение синдрома оперированного позвоночника: Дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2004. – 116 с.

3. Борзунов А.А. Анализ рецидивов и хирургическая профилактика осложнений грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне: Автореф. Дисс...канд.мед. наук. - М.,2006.- 29 с.

4. Бротман М.К., Ткач А.И. Диагностика клинических синдромов поясничных дископатий при различных вариантах послеоперационного течения. // Остеохондрозы позвоночника. - Новокузнецк. - 1966.-Вып.2. - С. 533-542.

5. Гельфенбейн М.С. Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника “Pain management’ 98» (Failed back surgery syndrome) // Нейрохирургия. -2000. -№1-2. - С.65.

6. Норов А.У., Ж.Ж. Марданов. К вопросу лечения послеоперационного дисцита // Вестник экстренной медицины.-2016.-№4.- С. 18-19.



«ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С НЕАКТИВНЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА».

Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна,
Махмудова Фарангиз Батировна.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Телефон: +998974111709

makhmudovafarangiz@gmail.com

Аннотация. Гормонально-неактивная аденома гипофиза — неоднородная группа, состоящая из различных опухолей. Встречаются в 25-40% среди всех АГ. Частота в популяции — 10 новых случаев на 1 млн. населения [1]. Влияние аденомы гипофиза на нарушения менструального цикла и репродуктивной функции остаётся актуальной проблемой современной эндокринологии. Аденомы гипофиза подразделяются на активные и неактивные в зависимости от наличия или отсутствия клинических синдромов, возникающих в результате гормональной гиперсекреции [2]. После визуализации эти опухоли могут быть далее классифицированы как микроаденомы (<10 мм) или макроаденомы (≥ 10 мм) в зависимости от размера [3]. Приблизительно 30% аденом гипофиза клинически не функционируют, и большинство пациентов обращаются за медицинской помощью для выявления признаков и симптомов, возникающих в результате массового воздействия на окружающие структуры, то есть зрительного перекреста, черепных нервов и ножки гипофиза [4].

Ключевые слова: Аденомы гипофиза, каберголин, НМЦ

Целью исследования явилось изучение результатов лечения и клинических особенностей у женщин с гормонально-неактивными аденомами гипофиза.

Материалы и методы исследований. Под нашим наблюдением находились 60 больных с гормонально-неактивными образованиями гипофиза, страдающих репродуктивными нарушениями в условиях отделения нейроэндокринологии РСНПМЦ Эндокринологии имени Академика Я.Х. Туракулова. Возраст больных колебался от 19 до 47 лет и в среднем составил 27,5 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин. Наблюдались они 3-6-12-24-36 мес. У всех больных были исследованы уровни ЛГ, ФСГ, СТГ, ПРЛ, АКТГ, кортизола, эстрадиола, прогестерона, тестостерона на 5, 7 и 21 день менструального цикла, УЗИ яичников и матки с фолликулометрией, измерение базальной температуры, был обследован офтальмологический статус (исследование глазного дна, полей зрения) и проводилась КТ/МРТ гипоталамо-гипофизарной области в динамике. Женщины в основном жаловались на головные боли 83,7%, бесплодие: первичное 45,5% и вторичное 56,2%, нарушение менструального цикла по типу олиго- и опсоменореи 44,2%, аменореи первичной 4,5% и вторичной 17,1%, нарушения зрения 25%. При обследовании гипоплазия матки I степени выявилась у 5 (15,1%) пациенток, II-III степени – у 8 (19,5%). при инструментальном исследовании гипофиза в большинстве случаев 26 (63,4%) аденома гипофиза имела супраселлярный рост, у 10 (24,4%) женщин – инфраселлярный и у 4 (9,8%) – параселлярный рост. У 19 (46,3%) пациенток с повышенной концентрацией пролактина в крови при клиническом обследовании страдали вторичной аменореей. Анализ гормональных изменений показал, что уровень ЛГ находился от 0,15 до 35,5 в среднем $8,86 \pm 1,42$ мМЕ/л, ФСГ от 1,05 до 114,6 в среднем $12,01 \pm 2,7$ мМЕ/л. Концентрация эстрадиола в сыворотке крови колебалась от 19,3 до 540,2 в среднем $95,86 \pm 15,02$ нг/мл, прогестерона от 0,1 до 3,93, в среднем $0,91 \pm 0,13$ нг/мл, тестостерона от 0,07 до 0,959, в среднем $0,51 \pm 0,04$ нг/мл.

Каберголин (К) является новым селективным, сильным и длительно действующим агонистом, который ингибирует секрецию ПРЛ более чем на 21 день у 95% больных после 2-х кратной дозы по 0,5 мг, восстанавливает уровень ПРЛ до нормы. Исследования показали, что через 3 месяца лечения нормализации клинических показателей достигли 21 (45,6%) женщин с НАГ. По результатам лечения в течении 36 месяцев было обнаружено, у 47% женщин клинические показатели были в норме, 75% больных восстановился МЦ и овуляция, у 55% больных наступила беременность, у 49% были роды, у 0,3% случился вы-



кидыш и 0.3% мед.аборт.

Таким образом, К был препаратом выбора в лечении у женщин с НАГ. К позволил нам управлять не только биохимическими, но и радиологическими и сонографическими показателями у женщин с бесплодием. Больные с НАГ проявляли торпидную реакцию, 12% случаев (6 больных) были интолерантны и характеризовались продолжением роста аденомы. Клинико-гормональная медикаментозная динамика у больных с НАГ был достигнут в 60,8% случаев к концу 18 месяца. В соответствии с протоколом исследования все пациентки после 12-18 месяцев терапии К в индивидуальном порядке были переведены на малые поддерживающие дозы БК постепенно, в целях осуществления индукции фертильности.

Список использованной литературы.

1. Н.К.Nasyrova, Z.Yu. Halimova, F.B. Makhmudova. Review of the diagnosis and treatment of patient with clinically inactive pituitary adenoma,. Journal of Biomedicine and Practice 2020, Special issue, pp 172-184.

2. 1. Насырова Х.К. Диагностика и лечение эндокринного бесплодия при аденомах гипофиза. Дисс. канд. мед. наук. Ташкент 2011, 62-103

3. Pituitary adenomas : clinic, diagnosis, treatment. Edited by B.A. Kadashev , Tver , 2011;7(5):257-66 .

4. Vax V.V. Inactive pituitary adenomas // Neuroendocrinology: Clinical essays; Edited by professor E.I. Marova. – Yaroslavl: DIA – press. 2009;23(5):625-38



БРУЦЕЛЛЁЗ ИНФЕКЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК НАЗОРАТНИНГ ПРИНЦИПЛАРИ

Юсупов Акмал Пўлатович

Республика ихтисослаштирилган
эпидемиология, микробиология,
юкумли ва паразитар касалликлар илмий-
амалий тиббиёт маркази Таянч докторанти
Телефон: +998(97) 776 71 68
akmal.yusupov.1989@mail.ru

Анотация Бруцеллёз инфекциясида эпизоотик ҳолатни ҳар томонлама ўрганиб, эпидемиологик таҳлилни бажариш ҳамда профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни режалаштириш мумкин.

Калит сўзлар бруцеллёз, эпизоотия, эпидемия, эпидемик жараён, инфекция манбаи, касаллик ўчоғи, вакцинация.

Антропоноз инфекциялардан фаркли равишда, зооноз инфекциялар, жумладан бруцеллёзда эпизоотик ҳолатни ҳар томонлама ўрганмасдан, эпидемиологик таҳлилни бажариб бўлмайди. Фақатгина эпизоотик ва эпидемик вазиятни чуқур ўрганибгина эпидемик жараённи таъминловчи омилларни билиш ҳамда ўтказилган профилактик ва эпидемияга қарши чора тадбирларни самарадорлигини баҳолаш мумкин.

Эпидемиологик таҳлилни ҳар куни касаллик ўчоғида маълум вақт оралиғида (ой, ярим йил, йил) ва ретроспектив олиб бориш керак. Бунинг учун эпидемиологик таҳлилнинг барча элементларидан фойдаланиш зарур: қаерда (жой, ҳудуд), қачон (ой, мавсумийлик), қандай (эпизоотик ўчоқда, эпидемик кўтарилди, эпидемия) ва ким (контингент, жинси, ёши) касалланди ёки бруцеллёзнинг юқиш хавфи мавжудлиги.

Касалликни эпидемиологик таҳлил қилишда профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирларда қуйидагилар ёритилиши керак:

1. Бир неча йиллар (5-10) оралиғидаги касаллик динамикаси ва унинг ҳудудлар (вилоятлар, туман, қишлоқ, шаҳар) бўйича таҳлили;

2. Инфекция манбалари (хайвон турига кўра) ва қўзғатувчининг юқиш механизмлари: бир йилда умумий таҳлил қилинганлардан қайд қилинганлар (чорак, ой) «инфекция манбаи аниқланган» лиги ажратилади; бу кўрсаткич эпидемиолог иши сифатини баҳоловчи мезон бўлиб хизмат қилади;

3. Беморлардаги ёш структураси (мутлақ кўрсаткичларда ва фоизда), 18 ёшгача бўлган болаларни ажратиш;

4. Аҳоли ўртасида касалланганларни контингент бўйича тақсимланиши, бунда юқиш хавфи юқори бўлган гуруҳларни ажратиш;

5. Эпидемиологик нуқтаи назаридан, энг хавфли даврни аниқлаш мақсадида касалликни ойлар бўйича динамикаси аниқланилади, бу эса мақсадли равишда ва ўз вақтида профилактик ҳамда эпидемияга қарши чора-тадбирлар ўтказиш учун зарур;

6. Ўчоқчилиги; бу кўрсаткичнинг таҳлили эпизоотик ўчоқнинг фаоллиги ва кескинлик даражасини ва эпизоотияга қарши ишлар сифати ҳамда даражасини баҳолаш имконини беради: ўчоқчилик кўрсаткичи қанча паст бўлса (қайтадан касалланиш), бруцеллёзга қарши ўтказилган чора-тадбирлар самарадорлиги шунча юқори бўлади;

7. Касалликнинг қисқача клиник тавсифи; қуйидаги маълумотларни таҳлил қилиш лозим: клиник шакли, кечиш оғирлиги ва ўчоқга тавсиф беради, у ёки бу инфекция манбаини устун бўлиши (майда ёки йирик шохли хайвон), ўчоқда айланиб юрувчи қўзғатувчининг вирулентлиги, ўз вақтида ташхис қўйиш, даволаш ишларининг сифати ва беморларнинг диспансеризацияси;

8. Инфекция манбаини бартараф (ликвидация) қилиш учун йўналтирилган чора-тадбирлар; аҳоли пунктлари, туман, вилоят миқёсида бруцеллёз билан касалланган хайвонлар сони таҳлил қилинади; хайвонларни касалланиш фоизи, патологик материалларни бактериологик текширишга камраб олиниши ва уни тасдиқланиши, касал хайвоннинг ҳаракатланиши (текширилган ва аниқланган касал хайвонлар сони, сўйишга топширилган,



тахлил пайтида қолганлари сони) кўрсатилади; алоҳида аҳоли пунктлари, фермаларда хайвонларнинг бруцеллёз билан касалланганлиги даражаси ва қишлоқ хўжалиги хайвонларини профилактика мақсадида вакцинация қилиш ҳолатини қамраб олиш фоизи, самарадорлиги таҳлил қилинади;

9. Инфекциянинг юқиш механизмига қарши чора-тадбирлар; бруцеллёзда кўп учрайдиган қўзғатувчи турининг юқиш омилларини зарарсизлантиришга қаратилган ишнинг ҳажми ва турига эътибор қаратиш керак: объектнинг санитария-гигиена ҳолати, ишчиларнинг шахсий ҳимоя воситалари билан таъминланганлиги, аҳоли ва ходимларнинг санитария маданияти, сут ва сут маҳсулотларини тўғри зарарсизлантириш ва фойдаланиш;

10. Эпидемияга қарши тадбирларда лаборатория усулида текшириш натижаларининг таҳлили.

Доимо бажариладиган эпидемиологик назорат натижалари, бруцеллёзга қарши мақсадли чора-тадбирларни режалаштиришнинг асосини ташкил этади. Бундан ташқари улар эпидемик ва эпизоотик ҳолатлар тенденциясини ўзгаришини аниқлаш имконини беради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Амირеев С. А., Грушина Т. А. Применение социально-экологической концепции эпидемического процесса в изучении и борьбе с бруцеллезом // Эпидемиология и инфекционные болезни. - М., 2008. - №1. - С. 35-38.

2. Отамуродова Н. Х., Джалалова Н. А., Закинов А. К., Атамухамедова Д. М. Социально-экономическая значимость бруцеллёзной инфекции // Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных заболеваний: Сб. тез. науч. -практ. конф. – Ташкент, 2011. – С. 103.

3. Отамуродова Н. Х. Ўзбекистон Республикаси шароитида болалардаги қора оқсоқ касаллигининг эпидемиологик таҳлили // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2011. –С. 50-52.

4. Профилактика инфекционных болезней, профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных // Вестник ветеринарии. М, 2011.- Т. 57,. № 2.- С. 3-22.



МАКРО И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ.

Кодиров У.Ф., Тухтасинов А.З., Азаматов Ф.А.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Кафедра: Анатомия человека и ОХТА

Аннотация: Изучение возрастной морфологии строения стенки разных отделов пищеварительного тракта и его сфинктерного аппарата представляет не только теоретический, но и практический интерес. Илеоцекальная заслонка, располагаясь на границе между тонкой и толстой кишкой, разделяет две функционально различные зоны пищеварительного тракта. Так как, от морфофункционального состояния илеоцекальной заслонки зависит возникновение и развитие многих заболеваний кишечника.

Ключевые слова: илеоцекальная область, илеоцекальное отверстие, циркулярная складка, морфофункциональное, фиксация

Цель исследования. Изучить строение структурных компонентов стенки илеоцекальной заслонки крысы и кроликов в раннем постнатальном онтогенезе.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования – послужили 36 препаратов илеоцекальной области взятых от кроликов. У кроликов новорожденного 10, 20 и 30 – х дневного. Все животные содержались в одинаковых условиях вивария. Забой производился под эфирным наркозом, после вскрытия брюшной полость изымалась илеоцекальная область. Полученный материал фиксировался в жидкости Буэна, затем органы проводили по спиртам восходящей концентрации и заливали в парафин. Срезы толщиной 8 – 12 мкм окрашивали гематоксилином – эозином, по ван Гизону, Вейгерту. При микроскопическом исследовании определяли форму илеоцекального отверстия у крыс. Измеряли диаметр илеоцекального отверстия у крыс.

Результаты исследования. У кроликов в илеоцекальной области место перехода подвздошной кишки в слепую кишку ограничено циркулярной складки. Она формируется при внедрении подвздошной кишки в слепую, и выступает над поверхностью слизистой оболочки слепой кишки. Циркулярная складка покрыта слизистой оболочкой. Со стороны просвета илеоцекального отверстия на ней располагаются ворсинки, они покрывают 2/3 просвета илеоцекального отверстия. А на противоположной стороне циркулярной складки имеются крипты. У новорожденных кроликов к 10 дневному возрасту диаметр просвета илеоцекального отверстия составляет 2 мм, толщина циркулярной складки 1 мм. У 20 дневных кроликов диаметр просвета илеоцекального отверстия равен 4 мм, толщина циркулярной складки 3 мм. В 30 возрасте у кроликов просвет диаметра илеоцекального отверстия колеблется 6 мм, толщина циркулярной складки 4 мм.

Выводы: Таким образом, методом окрашивания по ван Гизону, Вейгерту гематоксином – эозином можно изучить строение илеоцекальной области в сравнительном аспекте.

Список литературы

1. Толстая и Тонкая кишка. Анатомио – Физиологическое изменение кишечника О.А. Саблин, В.Б. Гриневич, Ю.П. Успенский, В.А. Ратников
2. Морфофункциональная характеристика тонкой и толстой кишки В.Д. Скрипко, Е.И. Дельцова, С.Б. Геращенко, М.Г. Гончар.
3. Физиология пищеварения. Полтырев С.С., Курцин И.Т

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 25-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

(18-қисм)

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

Эълон қилиш муддати: 28.02.2021

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