



Tadqiqot 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



**31 MART
№26**

CONFERENCES.UZ

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 26-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18 - ҚИСМ**

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

**MATERIALS OF THE REPUBLICAN
26-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 26-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 март 2021 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2021. - 18 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. Abdulaziz Shavkatjon o'g'li Otaboyev, Jahongir Madaminovich Toshmatov O'T PUFAGI KASALLIKLARI ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASI | 8 |
| 2. Халимова Замира Юсуфовна, Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна, Махмудова Фарангиз Батировна «ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕАКТИВНЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА»..... | 14 |
| 3. Халимова Замира Юсуфовна, Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна, Махмудова Фарангиз Батировна «КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С НАГ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ» | 16 |



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҶАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Абдулазиз Шавкатжон угли Отабоев

УЗИ-специалист, Врач-перинатолог

Маргиланская городская

многопрофильная поликлиника

Фергана. Узбекистан

a.otaboyev0707@mail.ru

Джахонгир Мадаминович Тошматов

УЗИ-специалист, Врач-перинатолог

Медицинского объединения

Куштепинского район

Фергана. Узбекистан

j.toshmatov2020@mail.ru

Аннотация. В последние годы в различных областях клинической медицины получил широкое распространение высокоинформативный метод ультразвукового исследования (синонимы: эхография, сонография, ультрасонография), диагностическая эффективность которого подтверждена результатами многочисленных научно-практических исследований [1,4].

Современные ультразвуковые аппараты работают в импульсном режиме, основанном на принципе эхолокации. Следует отметить, что эхография не связана с ионизирующим излучением, что является абсолютно безвредным методом по сравнению с другими инструментальными исследованиями (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) с радиационным фактором [2,5,8].

УЗИ имеет важное практическое значение в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний желчного пузыря. Показаниями к проведению УЗИ желчного пузыря являются: нарушение моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей, определение типа дискинезии, острый и хронический холецистит (определение функционального состояния желчного пузыря, его размеров, формы, наличия аномалий), выявление камней (конкрементов) в желчном пузыре, диагностика синдрома желтухи различной этиологии и панкреатита (дифференциальная диагностика типа паренхиматоза и механической желтухи). Использование эхографии позволяет в короткие сроки начать адекватное лечение (консервативную или хирургическую тактику) путем постановки правильного диагноза. [3,6,7].

Ключевые слова: эхография, сонография, ультрасонография, ультразвуковые аппараты, УЗИ желчного пузыря, острый и хронический холецистит, хронический калькулезный холецистит, желчнокаменная болезнь.



ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF GALLBLADDER DISEASES

Abdulaziz Shavkatjon ugli Otaboyev

Ultrasound specialist, Perinatologist
multidisciplinary polyclinic of the Margilon city
Fergana. Uzbekistan.
a.otaboyev0707@mail.ru

Jahongir Madaminovich Toshmatov

Ultrasound specialist, Perinatologist
Medical association Kushtepa district
Fergana. Uzbekistan.
j.toshmatov2020@mail.ru

Annotation. In recent years, in various fields of clinical medicine, a highly informative method of ultrasound examination (synonyms: echography, sonography, ultrasonography) has become widespread, the diagnostic effectiveness of which is confirmed by the results of numerous scientific and practical studies [1,4].

Modern ultrasound devices operate in pulsed mode, based on the principle of echolocation. It should be noted that echography is not associated with ionizing radiation, which is an absolutely harmless method compared to other instrumental studies (computed tomography, magnetic resonance imaging) with a radiation factor [2,5,8].

Sonography is of great practical importance in the diagnosis and differential diagnosis of gallbladder diseases. Indications for ultrasound of the gallbladder are: violation of the motor-evacuation function of the biliary tract, determination of the type of dyskinesia, acute and chronic cholecystitis (determination of the functional state of the gallbladder, its size, shape, presence of abnormalities), detection of stones (concretions) in the gallbladder, diagnosis of jaundice syndrome of various etiologies and pancreatitis (differential diagnosis of the type of parenchymatosis and mechanical jaundice). The use of echography allows to start adequate treatment (conservative or surgical tactics) in a short time by making the correct diagnosis. [3,6,7].

Keywords: echography, sonography, ultrasonography, ultrasound machines, ultrasound examination of the gallbladder, acute and chronic cholecystitis, chronic calculous cholecystitis, gallstone disease.

O'T PUFAGI KASALLIKLARI ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASI

Abdulaziz Shavkatjon o'g'li Otaboyev

UTT mutaxassisi, Perinatolog
Marg'ilon shahar ko'p tarmoqli poliklinika
Farg'ona. O'zbekiston.
a.otaboyev0707@mail.ru

Jahongir Madaminovich Toshmatov

UTT mutaxassisi, Perinatolog
Qo'shtepa tuman tibbiyot birlashmasi
Farg'ona. O'zbekiston.
j.toshmatov2020@mail.ru

Annotatsiya. So'nggi yillarda klinik tibbiyotning turli tarmoqlarida yuqori informativ ultratovush tekshiruv usuli (sinonimlari: exografiya, sonografiya, ultrasonografiya) keng tarqalgan bo'lib, bu usulning diagnostik samaradorligi ko'plab ilmiy-amaliy tadqiqotlar natijasi bilan tasdiqlangan [1,4].

Zamonaviy ultratovush apparatlari exolokatsiya prinsipiga asoslangan impuls rejimida ishlaydi. Shuningdek, exoografiya ionlashtiruvchi nurlanish bilan bog'liq emas, bu esa nurlanish omili bo'lgan boshqa instrumental tekshiruvlar (kompyuter tomografiyasi, magnit rezonans tamografiya) ga nisbatan mutloq zararsiz metod hisoblanadi [2,5,8].

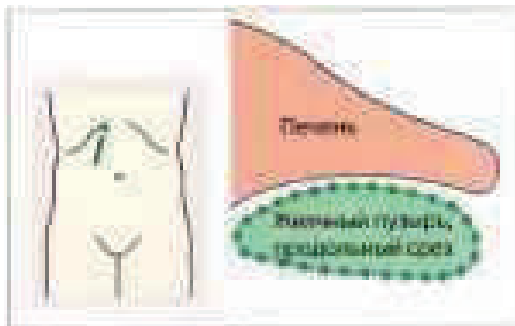


UTT o't pufagi kasalliklarini tashxislash va differensial tashxislashda muhim amaliy ahamiyatga ega. O't pufagining ultratovush tekshiruv uchun ko'rsatmalar quyidagilar: biliar trakt motor-evakuator funksiyasining buzilishi, diskineziya turini aniqlash, o'tkir va surunkali xoletsistit (o't pufagining funksional holatini, hajmini, shaklini, anomaliyalar mavjudligini aniqlash), o't pufagidagi tosh (konkrement)larni aniqlash, turli etiologiyali sariqlik sindromi va pankreatit diagnostikasi (parenximatoz va mexanik sariqlik turini differensial diagnostikasi). Exografiyadan foydalanish qisqa vaqt ichida to'g'ri tashxis qo'yish orqali adekvat davolash (konservativ yoki jarrohlik taktika)ni boshlash imkonini beradi [3,6,7].

Kalit so'zlar: exografiya, sonografiya, ultrasonografiya, o't pufagi ultratovush tekshiruv, o'tkir va surunkali xoletsistit, surunkali kalkulyoz xoletsistit, o't-tosh kasalligi.

So'nggi yillarda ultratovush tekshiruvining yangi usullari ishlab chiqildi, masalan, endoskopik ultratovush diagnostikasi - ixtisoslashtirilgan datchik yordamida biliar tizimni ultratovush tekshiruv bo'lib, bu ultratovush datchik bilan endoskopik zondning kombinatsiyasini o'z ichig oladi. Bunday usul yordamida jigardan tashqari safro yo'llarining tasvirlarini o'n ikki barmoqli ichak orqali olish imkonini beradi, bu xoledoxolitiazni aniqroq tashxislashda umumiy o't yo'lining retroduodenal qismidagi tosh (konkrement)larni yoki hajmli hosilalarning lokalizatsiyasini juda katta amaliy ahamiyatga ega. Tadqiqotning aynan shu turida Fater so'rg'ichi orqali bevosita umumiy o't yo'lini xususiyatlari o'rganishga imkon bo'ldi.

Planimetrik metodikadan foydalanib, o't pufagining atrofi bo'ylab nuqtalarni skanerlash orqali bo'ylama ultratovush kesmasining maksimal maydonini o'lchash mumkin (**1-rasm**).



1-rasm. O't pufagi planimetriyasi (sxema ko'rinishida).

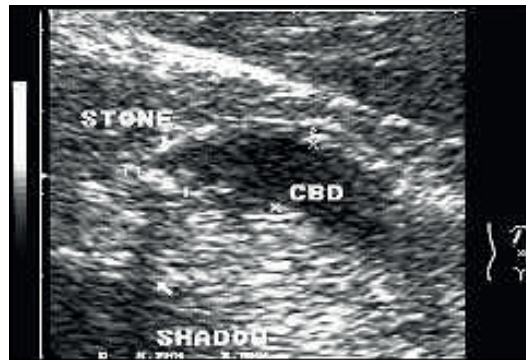
O't pufagi anomaliyalari bir nechta guruhlarini o'z ichiga oladi:

- 1) shakl anomaliyalari (qiyshiqiligi, ichki to'siqlar mavjudligi);
- 2) anatomik joylashish anomaliyalari (intragepatik), interpozitsiya, inversiya, distopiya, rotatsiya);
- 3) anomaliyalar soni (ageneziya, o't pufagi ikkilanishi, divertikullar);
- 4) hajmi anomaliyalari (gipogeneziya, gigant o't pufagi);

Ko'p hollarda o't pufagi yo'li (d.cysticus) kichik diametri va o'ziga xos topografiyasi tufayli-jigar darvozasi fonida ko'rinmaydi. Bunday hollarda o't pufagi kanalini nozik giperexogen devori atrofdagi yog' to'qimasi bilan qo'shilib ketganligi uning exografik ko'rinishini belgilab beradi. Barcha jigar ichi o't yo'llari, odatda, faqat darvoza venasining bifurkatsiyasi oldida yaxshiroq ko'rinvchi yuqori exogen devorga va kichik (1 mm dan 4 mm gacha) diametrga ega. Zamonviy rangli va impuls-to'lqinli dopplerografik tekshiruv yordamida ushbu tuzilmalarni doppler spektrining rangli signali orqali oson farqlash imkonini beradi.

Safro (o't suyuqligi) dimlanishining exografik belgilari

O't yo'lining kengaygan (diametri 9 mm dan ortiq bo'lgan) holati portal venaning old va yon tomonlaridan yaxshi ko'rinadi. Umumiy o't yo'lining distal segmenti duodenal gaz bilan yopilgan yoki proksimal intragepatik obstruksiya (masalan, jigar metastazlari) bo'lsa, bu patologiyalarni distal obstruksiya (masalan, Fater so'rg'ichida joylashgan konkrementdan yoki sohaning limfadenopatiya yoki oshqozon osti bezi saratoni)dan eng asosiy sonografik farqi bu-Proksimal turdagi obstruksiya hech qachon o't pufagi yoki umumiy o't yo'llari uzayib ketmaydi (2-rasm).



2-rasm. CBD (common bile duct) kengaygan umumiy o't yo'li; STONE Fater so'rg'ichi sohasidagi shakllangan konkrement; SHADOW tosh proyeksiyasi bo'yicha distal akustik soya

Intragepatik kichik o't yo'llari darvoza venasi tarmoqlariga parallel joylashgan bo'lib, bu tuzilmalarning to'qima zichlik darajasi bir xil bo'lganligi uchun, odatda, alohida shaklda ko'rish amaliy jihatdan juda qiyin. Ular asosan o't yo'llari obstruksiya hisobiga kengayganda yoki "qo'sh miltiq" simptomi (симптом двуствольного ружья) bilan asoratlanganda portal vena tomirlari bo'ylab sonografik ko'rinish beradi (3-rasm)



3-rasm. Xolelitiyaz patologiyasining exografik tasvirlaridan biri, jigarning chap bo'lagi intragepatik o't yo'llarida paydo bo'lgan mayda konkrementlar.

O't pufagi hajmini kattalashishi

Ba'zan tekshiruv paytida topilgan katta o'lchamli o't pufagi normal variantlardan biri bo'lishi mumkin. Umuman olganda, o't pufagi hajmini kattalashishining sabablari quyidagilar bo'lishi mumkin: uzoq vaqt davomidagi ochlik, atoniya(masalan, qandli diabet, keksa yosh, o't pufagi istisqosi, o't pufagi empiemasi). Agar tekshiruv vaqtida o't pufagi o'lchami $4\text{ sm} <$ bo'lsa, katta ehtimol bilan bu holat patologik jarayon bilan bog'liq bo'lishi mumkin (4-rasm)



4-rasm. O't-tosh kasalligining asorati sifatida rivojlangan o't qopi istisqosi, o't pufagi bo'yin qismiga tiqilib qolgan yagona konkrement fonida.



Xolestaz o't suyuqligining xolestrin va kalsiy kristallari bilan to'yinishi va zichligi ortishi natijasida, ya'ni konsistensiyasining o'zgarishi tufayli rivojlanishi mumkin. Bu jarayonni qoldiq biliar suyuqlikning o'ta quyuvlashishi yoki «sladj» fenomeni deb ataladi va bu simptomning sonografik tasviri diagnostik to'lqin qalinligining artefaktidan farqlash kerak. Buning uchun bemorni aylantirgan holda qayta tekshirish va tekshiruv maydonini datchik yordamida biroz silkitish kerak bo'ladi (5- va 6-rasmlar).



5-rasm. Ko'ndalang yo'nalishdagi kesma va o't pufagining orqa devoridagi sladj (GALL) exotasviri yuqori va kichik gaz pufakchalari (GAS)ning devor bo'ylab reverberatsiya effekti.

6- rasm Masofaviy litotripsiya amaliyotidan keyingi davrda o't pufagi bo'shlig'ida hosil bo'lgan sladjning exotasviri.

O't pufagidagi sladj shakllanish jarayoning sonografik mezonlari:

1. Gipereksogen cho'kma borligi;
2. Hajmga ega bo'lish;
3. Harakatchanlik;

Kalkulyoz (toshli) va nokalkulyoz (toshsiz) xoletsistit

Xoletsistit - bu o't pufagi devorlarining yallig'lanishi natijasida rivojlanuvchi kasallik bo'lib, voyaga yetgan aholi qatlamining 7-10%i, rivojlangan davlatlarda esa 15-20% qismida uchraydi.

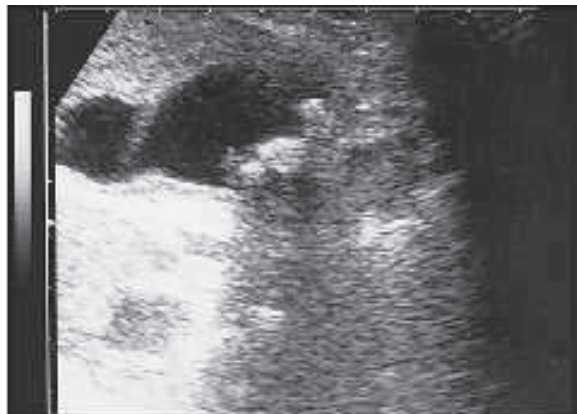
Xoletsistitning patologik mexanizmini 2 asosiy omil belgilaydi

Birinchi, o't pufagi bo'shlig'ida o't suyuqligining turib qolishi (xolestaz), ayniqsa u pufak ichidagi o't gipertenziyasi bilan bir vatda kuzatilsa, mikroshikastlanishlar paydo bo'lishiga, to'qimalarning trofikasi buzulishiga, o't suyuqligining tarkibi, zichligi, konsistensiyasi va to'yinganlik darajasining o'zgarishiga olib keladi va aseptik (noinfektsion) yallig'lanish rivojlanadi, bu esa shilliq qavatning infeksiyon agentlarga nisbatan tolerantligini pasaytiradi va jarayonni surunkali yoki og'irlashgan shakliga o'tishiga sabab bo'ladi. Ikkinchi omil, o't pufagi devori va o't suyuqligining infeksiyon agentlar tomonidan zararlanishi. O't pufagining yallig'lanishi odatda bakterial tabiatli bo'ladi, lekin ichakdan kelib tushadigan oddiy lyamblya va hatto gelmintlar (parazit chuvalchanglar) ham kasallik qo'zg'atuvchi bo'lishi mumkin. Lekin qo'zg'atuvchi gematogen yoki limfogen yo'l bilan ham kelishi mumkin.

O't toshlarining 80% aniqlanish holati, ular asorat (xoletsistit, xolangit, kolit, mexanik sariqlik) bergan paytga to'g'ri keladi. O't toshlari o't suyuqligining kiyoviy tarkibi o'zgarishi hisobiga ko'pincha o't pufagida hosil bo'ladi. Faqatgina UTTga asosan tosh tarkibini ishonchli baholash mumkin emas, lekin ularning kimyoviy tarkibiga bo'g'liq holda tovush to'lqinlari turli darajada exotasvirga aylanadi. Masalan: Konkrement xolestrin tarkibli bo'lsa tovush o't pufagi bo'shlig'ida "suzib yuradi", ko'p miqdorda kalsiy saqlovchi konkrementlarning esa faqat yuza chegaralarini ko'rsatadi. Bunday holatlarda klassik diagnostik ultratovush belgisi – anexogen bo'shlig' ichida joylashgan konkrement tomonidan tovush to'lqinlarini keskin qaytarilishi va bir vaqtda distal akustik soya paydo qilishidir (7- va 8-rasmlar).

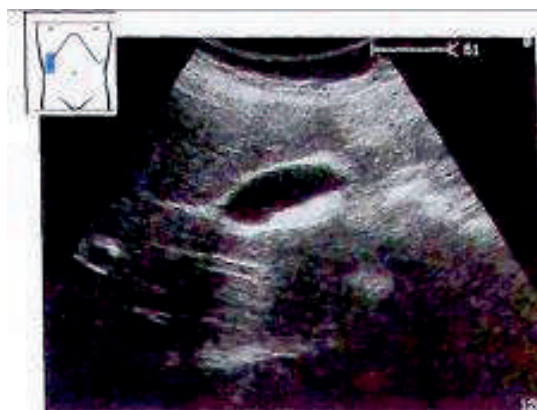


7-rasm. O't-tosh kasalligining tipik exografik tasviri. O't pufagi bo'shlig'ida zich kalsiy tuzlaridan iborat, intensiv akustik soyali konkrementlar



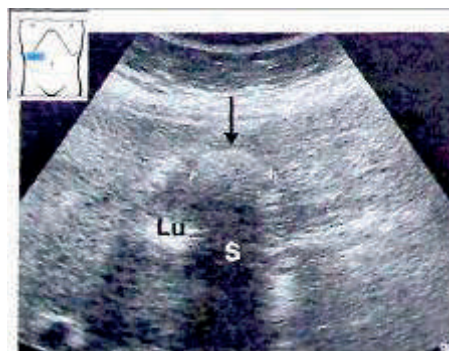
8-rasm. O't pufagi bo'shlig'ida asosan bilirubin va xolesterin saqlovchi «bo'sh» yoki «yumshoq» konkrementlar

Tekshiruv vaqtida o't pufagida tosh bitta bo'lsa oson aniqlanadi, lekin toshlar soni ko'p va hajmi turlicha bo'lsa, ularning miqdori va hajmlarini aniqlash imkonsiz, chunki katta toshlar soyasi o'rta va kichik hajmli toshlarni to'sib qo'yadi. O't pufagi deyarli butunlay toshlar bilan to'ldirilgan holatlarda toshlarning bir-biriga yaqin joylashganligi va devor burishishi sababli o't pufagi bo'shlig'ini aniqlash qiyinchilik tug'diradi. Eng kichik o'lchamli toshlar “qum” deb ataladi va ular sladjdan farqli o'laroq, bu zarralar cho'kma bo'lib, kuchsiz distal akustik soya beradi.



9- rasm. O't pufagidagi akustik soya beruvchi exogen cho'kma -“qumlar”.

Mexanik (o't yo'llari kengayadi) va parenximatoz (o't yo'llari diametri o'zgarmaydi) sariqlik differensial diagnostikasida UTTning samaradorligi 90% ni tashkil etadi. Lekin, klinik amaliyotda ba'zan 12 barmoqli ichakdagi gazni, kalsiyli konkrementlar bilan adashtirib qo'yiladi (10-rasm)



10-rasm. O't pufagidagi nogomogen xolestrinli tosh (v) S —distal akustik soya. Lu-12 barmoqli ichakdagi gaz.



О'т пufagida tosh bo'lishining yolg'on musbat diagnostikasi sabablari quyidagilardan bo'lishi mumkin: o'n ikki barmoqli ichakdagi gaz, kista soyasi, o't pufagi bo'yinidagi artefakt, poliqlar.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Клиническая ультразвуковая диагностика: Руководство для врачей в 2 т. Под ред. Н.М. Мухарлямова. - М.: Медицина, 1987. - Том I. - 328 с.
2. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / в 2-х томах под ред. В.В. Митькова./Том.М.:Видар,1996.-336с.
3. Weill FS. Ultrasonography of digestive diseases. Second edition. St. Louis - Toronto - London. The C.V. Mosby Co, 1982.
4. Дворяковский И.В., Чурсин В.И., Сафронов В.В. Ультразвуковая диагностика в педиатрии.-Л.:Медицина,1987.-160с.
5. Бурков С.Г. Изменения желчевыделительной системы /по данным эхографии/ у пациентов пожилого и старческого возраста // Рус. мед. журнал. - 1996. - Том. 4. - №7. - С.418
6. Marschall HU, Einarsson C. Gallstone disease. *J Intern Med* 2007; 261(6): 529-542.
7. Zubovski GA. Radio and Ultrasonic Diagnosis of Biliary Tract Diseases. Moscow: Medicine, 1987: 36-174.
8. Turumin JL. Mechanisms of development of morpho-functional disturbances in the gall-bladder and liver in the pathogenesis of cholesterol cholecystolithiasis: Thesis ... DMSci. Irkutsk, 2000: 1-258.



«ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕАКТИВНЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА»

Халимова Замира Юсуфовна

Заместитель директора по научной работе РСНПЦЭ.

Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна,

Махмудова Фарангиз Батировна.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Телефон: +998974111709

makhmudovafarangiz@gmail.com

АННОТАЦИЯ. Аденомы гипофиза, в последнее время называемые нейроэндокринными опухолями гипофиза в соответствии с нейроэндокринными опухолями (НЭОГ) из других органов, являются распространенными новообразованиями, составляющими от 10% до 20% внутричерепных опухолей [1]. Значительная часть аденом гипофиза (от 22% до 54% по данным разных авторов) будет иметь признаки и симптомы масс-эффекта, а не чрезмерной секреции гормонов, и определяются как клинически нефункционирующие аденомы гипофиза (НАГ) [2]. Термин «немая аденома гипофиза» относится к опухолям, которые экспрессируют один или несколько гормонов передней доли гипофиза или их факторы транскрипции с помощью иммуногистохимии, но не секретируют гормоны на клинически значимом уровне [3].

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Аденомы гипофиза, беременность.

Целью исследования явилось изучение гормональных особенностей у женщин с 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. Пролактотропная функция гипофиза у больных с НАГ показала следующее: средние значения уровня пролактина у женщин с микроаденомой составила $8,14 \pm 2,15$ нг/мл ($p < 0,08$), с макроаденомой - $42,8 \pm 15,4$ нг/мл ($p < 0,001$) в сравнении с контрольными значениями - $6,78 \pm 1,16$ нг/мл. Тиреоидный статус в обеих подгруппах был в пределах нормы, но хотелось бы отметить, что цифры были выше «комфортных» показателей ТТГ, что зачастую является причиной бесплодия и/или невынашивания беременности. Отмечалась гипопрогестеронемия как в первую, так и во вторую фазы менструального цикла, гипоэстрогенемия, что указывает на таргетную причину репродуктивных неудач при данной патологии. Возможно, данную ситуацию обусловил относительный гипогонадизм ФСГ ($p < 0,001$) и практически, абсолютный – по уровню ЛГ ($p < 0,001$) (менее 1 МЕ/л в раннюю фолликулиновую фазу). Уровень общего тестостерона не претерпевал значительных колебаний по сравнению с контрольными значениями в обеих подгруппах. Уровень кортизола был ниже значений контроля, без колебаний в сравнении в подгруппах, но достоверной разницы мы не получили.

Гонадотропы гипофиза экспрессируют бетагликан и проявляют высокую эффективность ответа на ингибин А. Напротив, типы клеток гипофиза, отличные от гонадотропов, не проявляют измеримой чувствительности к ингибину А, но все же экспрессируют бетагликан. Было высказано предположение, что локализация иммунореактивности бетагликана в мембранах гонадотропов зависит от сигналов обратной связи ингибина А во время менструального цикла. Возможно этим можно объяснить достоверное подавление секреции ингибина А у пациенток с НАГ за счет относительной гипоэстрогенемии и гипопрогестеронемии. Так, при макроаденоме эта разница составила $1,59 \pm 0,85$ нг/мл, при микроаденоме - $1,78 \pm 0,76$ нг/мл в сравнении с контрольными значениями - $12 \pm 1,86$ нг/мл. Две основные формы ингибина образуются в результате ассоциации общей α -субъединицы ингибина, либо с ингибином βA (ингибин А), либо с ингибином βB (ингибин В) [4]. Внутри репродуктивной оси ингибины выполняют важную функцию обратной связи как ингибиторы



активин-зависимой экспрессии и секреции ФСГ. У женщин яичниковые ингибины А и В экспрессируются и секретятся циклически в ответ на гонадотропины, причем циркулирующий ингибин В преобладает во время лютеиновой фазы и ранней фолликулярной фазы с последующим повышением циркулирующего ингибина А, которое достигает пика при овуляции, что и объясняет значительно низкие цифры в условиях ановуляции. Но уровень ингибина В также имел аналогичную тенденцию, но с меньшей интенсивностью: $48,5 \pm 3,19$ пг/мл при микроаденоме и $48,3 \pm 3,24$ пг/мл при макроаденоме в сравнении с контрольными значениями - $56,8 \pm 5,5$ пг/мл ($p < 0,03-0,001$). Активин действует в синергии с отдельными импульсами гипоталамического ГнРГ и под влиянием сигналов обратной связи гонад, таких как стероиды и ингибин, для регулирования выработки ФСГ. У самок грызунов действие активина на бета-субъединицу ФСГ совпадает с дифференциальным повышением секреции ФСГ, которое происходит в конце менструального цикла и необходимо для созревания фолликулов. В нашем исследовании слабая паракринная регуляция активина приводила к более слабому импульсу ФСГ [5]. Так уровень активина при микроаденоме составил $3,41 \pm 2,83$ пг/мл, при макроаденоме - $3,58 \pm 3,18$ пг/мл, а в контрольной группе - $6,67 \pm 0,76$ пг/мл ($p < 0,001-0,02$). Уровень АМГ имел достоверную разницу со значениями контроля со сдвигом на снижение, указывая на проблему фолликулярного резерва. Так в подгруппе НАГ микроаденомы уровень составил $1,67 \pm 0,58$ нг/мл, в подгруппе с макроаденомой - $1,27 \pm 0,39$ нг/мл, а в контроле - $3,49 \pm 0,85$ нг/мл ($p < 0,001$).

Таким образом, активин и ингибин, играют решающую роль в передней доле гипофиза, способствуя дифференциальной продукции ФСГ и тем самым осуществляя косвенный контроль фолликулогенеза и фертильности. Контррегуляторные механизмы, которые контролируют активин, также могут иметь решающее значение для предотвращения патологических состояний, которые вызывают опухоли гипофиза.

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. 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
5. . Petraglia F, Hartmann B, Luisi S. Low levels of serum inhibin A and inhibin B in women with hypergonadotropic amenorrhea and evidence of high levels of activin A in women with hypothalamic amenorrhea. Fertil Steril 70 (5): 907-12.



«КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С НАГ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ»

Халимова Замира Юсуфовна

Заместитель директора по научной работе РСНПЦЭ.

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].

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Аденомы гипофиза, Ингибины.

В нашем исследовании только 34% пациенток с микроаденомой и 33,3% пациенток с макроаденомой смогли забеременеть на фоне патогенетического лечения, что значительно ниже группы с пролактиномами -85,7% и 91,3% соответственно. Данный факт еще раз указывает на возможное позднее обращение или диагностические сложности неактивных аденом гипофиза. Беременность у пациенток с микроаденомой прервалась в 11,7% случаев, с макроаденомой в 20% случаев, но хотелось бы отметить относительно высокий процент срочных родов через естественные родовые пути – практически каждые две пациентки из трех с микроаденомой родили в срок естественным путем и в 40% случаев при макроаденоме. Слабость родовой деятельности отмечена в 5,8% случаев в первой подгруппе и в 20% случаев во второй, с таким же процентным соотношением оказался показатель оперативных родов путем кесарева сечения. В течении родового процесса несвоевременное излитие околоплодных вод отмечено у 40% пациенток с макроаденомой, кровотечение в раннем послеродовом периоде у 20% из них же. Функциональная и морфологическая оценка состояния фетоплацентарной системы отражает в дальнейшем состояние плода после рождения. Согласно, полученным нами данным, средний уровень пролактина в 32-33 нед гестации у больных с НАГ превышал соответствующий показатель у здоровых беременных, причем выраженная разница отмечена у пациенток с макроаденомой. По данным гормонального исследования во время беременности, то явно продемонстрирована гиперпролактинемия на протяжении всего периода гестации, причем достоверно высокие цифры отмечены при макропролактинеме, что дает основание предположить активацию пролактотрофов во время беременности при условии неактивного состояния аденомы до наступления беременности. Уровень прогестерона в первом триместре составил у пациенток первой подгруппы - $17,5 \pm 3,24$ нмоль/л, во второй подгруппе - $15,5 \pm 2,15$ нмоль/л, что в разы ниже, чем у здоровых беременных - $143 \pm 17,3$ нмоль/л ($p < 0,0001$). Коррекция приемом прогестерона позволила пролонгировать беременность, но более чем в 30% случаев мы наблюдали потерю беременности. Во втором триместре цифры составили - $71,1 \pm 13,13$ нмоль/л в первой подгруппе, $68 \pm 5,9$ нмоль/л во второй подгруппе по сравнению со здоровыми беременными - 187 ± 59 нмоль/л ($p < 0,0001$). В третьем триместре имели аналогичную тенденцию, но уже в меньшей степени - $192,8 \pm 8,9$ нмоль/л при микроаденоме, $185,5 \pm 8,37$ нмоль/л при макроаденоме в сравнении со здоровыми беременными - $370 \pm 105,8$ нмоль/л ($p < 0,0001$). Так уровень эстрадиола в первом триместре у пациенток с микроаденомой составил $140,22 \pm 5,7$ пг/мл, в группе с макроаденомой $139 \pm 8,6$ пг/мл против значений контроля - $435,8 \pm 171,3$ пг/мл; во втором триместре - 1622 ± 100 пг/мл и $1662,6 \pm 83,2$ пг/мл против 5189 ± 2502 пг/мл соответственно, в третьем триместре также наблюдалась гипозэстрогемия - $1150,72 \pm 5,4$ пг/мл и $1149,44 \pm 4,51$ пг/мл против значений контроля - 5611 ± 2325 пг/мл ($p < 0,0001$). Секреция трансформирующих факторов роста при беременности выглядела



следующим образом: ингибин А на протяжении всей беременности был в подавленном состоянии, но ингибин В был на одинаковом уровне в первом триместре, повышен во втором триместре и снижен в третьем триместре. Такой результат можно объяснить тем, что субъединица β экспрессируется исключительно функционально неактивными аденомами, в то время как α субъединица была обнаружена в функционирующих опухолях, хотя и в значительно меньшем количестве [4]. Так уровень ингибина А в I триместре у пациенток с микроаденомой составил – $11,2 \pm 1,5$ нг/мл в сравнении с контролем - $22 \pm 1,4$ нг/мл ($p < 0,001$), во II триместре $17 \pm 1,5$ нг/мл против $31,3 \pm 2,1$ нг/мл ($p < 0,001$), в III триместре - $10,5 \pm 2,3$ нг/мл в сравнении - $42 \pm 1,9$ нг/мл ($p < 0,001$). У пациенток с макроаденомой наблюдалась аналогичная тенденция. Но цифры по сравнению с подгруппой микроаденомы были ниже, но не достоверно. Уровень ингибина В в первом триместре был практически одинаковым в трех подгруппах сравнения - $60,16 \pm 10,5$ пг/мл при микроаденоме, $62,92 \pm 10,5$ пг/мл при макроаденоме, $61,7 \pm 1,05$ пг/мл в контрольной группе ($p = 0,5-0,9$). Но во втором триместре цифры были выше - $100,41 \pm 10,8$ пг/мл в подгруппе с микроаденомой, $98,26 \pm 10,8$ пг/мл в сравнении с контрольными значениями - $62,1 \pm 1,8$ пг/мл ($p < 0,001$), что связано с активным расцветом плацентарной ткани и увеличением количества рецепторов к данному фактору роста. А в третьем триместре цифры были ниже контрольных ($62,2 \pm 1,6$ пг/мл контрольной группы; $53,29 \pm 5,1$ пг/мл при микроаденоме и $51,26 \pm 6,8$ пг/мл при макроаденоме), что также связано с функциональным «старением» плаценты [5]. Уровень активина был ниже в первом триместре, но данные не достоверны, во втором и третьем триместре не отличались от уровня контрольных значений. Цифры уровня АМГ не имели колебаний как в сравнении по подгруппам и контрольными значениями, так и в сравнении по триместрам беременности ($p = 0,1-0,5$).

Таким образом, для пациенток с неактивными аденомами гипофиза характерно более чем в 90% случаев развития сложно регулируемых форм ановуляции, пониженная секреция гонадотропинов, трансформирующих факторов роста – ингибина А, активина; на фоне проведенной патогенетической терапии отмечается относительная гипоэстрогения и гипопрогестеронемия до и во время беременности; а во время беременности ведущими симптомами было внутриутробная гипоксия плода. Выявлена положительная взаимосвязь между ингибином А и ФСГ, что является предиктором развития бесплодия, а также эстрадиолом и ингибином А, что может указывать на патологию трофобласта, а в дальнейшем на сниженную функцию плаценты.

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. 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
5. Welt CK, Pagan YL, Smith PC et al. Control of follicle-stimulation hormone by estradiol and the inhibins: critical role of estradiol at the hypothalamus during the luteal-follicular transition. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88: 1766-71.

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 26-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

(18-қисм)

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

Эълон қилиш муддати: 31.03.2021

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