

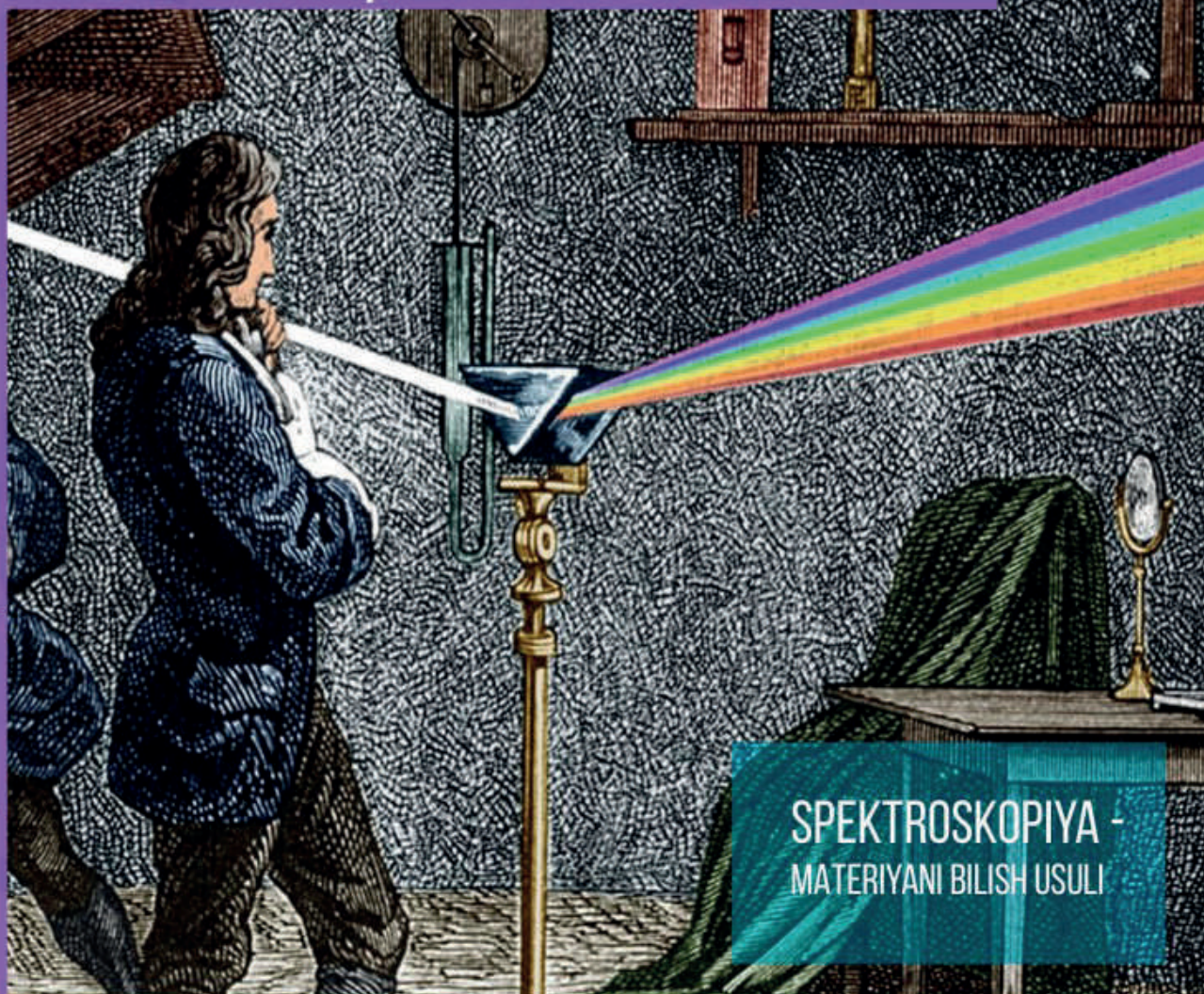
ANJUMAN | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES | RESPUBLIKA KO'P TARMOQLI ILMIIY KONFERENSIYA

YANGI O'ZBEKISTON: 2023

CONFERENCES.UZ

DAVRIYLIGI:
2018-2023

INNOVATSIYA, FAN VA TA'LIM



SPEKTROSKOPIYA -
MATERIYANI BILISH USULI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI VA XORUJY OLIV TA'LIM MUASSASALARI PROFESSOR-O'QITUVCHILARI, YOSH OLIMLAR, DOKTORANTLAR, MAGISTRANTLAR VA IQTIDORLI TALABALAR



TOSHKENT SHAHAR, AMIR
TEMUR KO'CHASI, PR.1, 2-UY.



+998 97 420 88 81
+998 94 404 00 00



WWW.TAQIQOT.UZ
WWW.CONFERENCES.UZ



YANVAR
№48

**ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН:
ИННОВАЦИЯ, ФАН
ВА ТАЪЛИМ
18-ҚИСМ**

**НОВЫЙ УЗБЕКИСТАН:
ИННОВАЦИИ, НАУКА
И ОБРАЗОВАНИЕ
ЧАСТЬ-18**

**NEW UZBEKISTAN:
INNOVATION, SCIENCE
AND EDUCATION
PART-18**

ТОШКЕНТ-2023



УУК 001 (062)
КБК 72я43

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” [Тошкент; 2023]

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” мавзусидаги республика 48-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 январь 2023 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2023. - 35 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар «Харакатлар стратегияси-дан – Тараққиёт стратегияси сари» тамойилига асосан ишлаб чиқилган етти устувор йўналишдан иборат 2022 – 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси мувофиқ:– илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий анжуманлари 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 истикболдаги режалари тахтил 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

Доцент Шакирова Шоҳида Юсуповна «Тараққиёт стратегияси» маркази муҳаррири

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

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



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети Хорижий тиллар факультети ўқув ишлари бўйича декан ўринбосари

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

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

19.Фармацевтика

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

20.Ветеринария

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

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Проф. Хамидов Мухаммадхон Ҳамидович «ТИИМСХ»

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

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

25.География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шаҳрам 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. Асланова Диловар Кодировна, Рахматуллаева Рушана Равшановна “ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛУБОКИХ РЕФЛЕКСОВ”	7
2. Mamazhonov K.H., Abdurakhmonov I.I. CLINICAL EFFICACY OF ELECTRET ELECTRIC FIELD IN SURGICAL TREATMENT OF HIP OSTEOARTHRITIS	10
3. Ганиева Нилуфар Хамраевна, Бахриев Ибрагим Исомадинович ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ОТНО- ШЕНИИ	11
4. Каххарова Зарнигор Тулкин кизи, Бахриев Ибрагим Исомадинович ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЛОС В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	13
5. Ташпулатова Фатима Кудратовна., Кулдошов Ахмаджон Шамсуддинович КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА	15
6. Ганихужаева Ясмина Дониёр кизи КОРРЕЛЯЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СО ШКОЛЬНОЙ УСПЕВАЕМОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ДЦП	17
7. Курбанов Алишер Хушбакович, Шамшиева Нилуфар Нигматуллаевна КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НЕСПЕЦ- ИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	19
8. Сулейманов Акром Алавханович, Бахриев Ибрагим Исомадинович ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИПОФИЗА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ АС- ФИКСИИ	21
9. Якубова Комила Тоир кизи, Атаходжаева Фатима Абдураимовна ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕ- ТРИТА У РОДИЛЬНИЦ	23
10. Soliyev.Z.S., Xidoyatova.M.R., Nabiyeva D.A NOSPETSIFIK AORTOARTERITDA VAZORENAL GIPERTENZIYA SINDROMI	27
11. Soliyev Zafar Sattor o'g'li, Xidoyatova Muxlisa Raxmatillaевна, Nabiyeva Dildora Abdumalikovna NOSPETSIFIK AORTOARTERITDA VAZORENAL GIPERTENZIYA SINDROMI	29
12. Хакимова Манзура Нурматовна, Мамадалиева Яшнар Мамасалиевна КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ	31
13. Хакимова Манзура Нурматовна, Мамадалиева Яшнар Мамасалиевна, Султонова Лайло Рустамовна, Абдуллаева Шахсанам, Юлдуз Фарходова ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯИЧНИКОВ	33



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

“ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛУБОКИХ РЕФЛЕКСОВ”

Асланова Диловар Кодировна,
Рахматуллаева Рушана Равшановна
Преподаватель Бухарского техникума общественного
здравоохранения имени Абу Али Ибн Сины

Аннотация: В клинической практике исследуют глубокие (на растяжение мышц) и поверхностные (кожные, со слизистых оболочек) рефлексы.

Глубокий (миотатический) рефлекс - непроизвольное сокращение мышцы в ответ на раздражение содержащихся в ней рецепторов мышечных веретён, которое, в свою очередь, обусловлено пассивным растяжением мышцы. Такое растяжение в клинической практике обычно достигается коротким отрывистым ударом неврологического молоточка по сухожилию мышцы.

Ключевые слова: рефлекторная дуга, чувствительный и двигательный волокон, периферический нерв, колебательное движение, приём Ендрасика, карпорадиальный, Ахиллов рефлекс, Рефлекс Бабинского.

Характеристики глубоких рефлексов отражают целостность всей рефлекторной дуги (состояние чувствительных и двигательных волокон периферического нерва, задних и передних корешков спинномозговых нервов, соответствующих сегментов спинного мозга), а также соотношение тормозных и активирующих надсегментарных влияний. Глубокий рефлекс вызывают лёгким быстрым ударом по сухожилию расслабленной и немного растянутой мышцы. При нанесении ударов кисть руки должна совершать свободное колебательное движение в лучезапястном суставе, рукоятку неврологического молоточку удерживают неплотно, чтобы молоточек мог совершать некоторое дополнительное колебательное движение вокруг точки его фиксации. Следует избегать «заколачивающих» движений рукой. Пациент должен находиться в достаточно расслабленном состоянии и не прилагать усилий к удержанию равновесия; его конечности должны располагаться симметрично. Если пациент напрягает мышцу, рефлекс снижается либо вообще исчезает. Следовательно, если рефлекс вызывается с трудом, внимание пациента отвлекают от исследуемой области: например (при исследовании рефлексов с ног), просят крепко сжать зубы либо сцепить пальцы обеих рук и с силой тянуть кисти в стороны (приём Ендрасика).

Выраженность глубоких рефлексов иногда оценивают по 4-балльной шкале: 4 балла - резко повышенный рефлекс; 3 балла - оживлённый, но в пределах нормы; 2 балла - нормальной выраженности; 1 балл - сниженный; 0 баллов - отсутствует. Выраженность рефлексов у здоровых лиц может значительно варьировать.

В норме рефлексы на ногах обычно выражены более чётко и вызываются легче, чем на руках. Небольшое двустороннее оживление глубоких рефлексов не всегда свидетельствует о поражении пирамидной системы; оно может наблюдаться и у ряда здоровых лиц при повышенной возбудимости нервной системы. Резкое повышение глубоких рефлексов, часто сочетающееся со спастичностью, свидетельствует о поражении пирамидной системы. Снижение или отсутствие рефлексов должно настораживать: нет ли у больного невропатии или полиневропатии? Двусторонняя гипорефлексия и гиперрефлексия имеют меньшее диагностическое значение по сравнению с асимметрией рефлексов, которая обычно свидетельствует о наличии заболевания.

Исследование глубоких рефлексов

- Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепс-рефлекс, сгибательно-локтевой рефлекс) замыкается на уровне C_5 - C_6 . Врач укладывает слегка согнутую в локтевом



суставе руку пациента на своё предплечье, обхватывает локтевой сустав четырьмя пальцами снизу, а большой палец располагает расслабленная верхняя конечность больного находится на животе, локтевой сустав опирается на постель сверху на сухожилия двуглавой мышцы. Наносят короткий и быстрый удар молоточком по большому пальцу своей руки. Оценивают сокращение двуглавой мышцы плеча и степень сгибания руки пациента.

- **Рефлекс с сухожилия трёхглавой мышцы плеча** (трицепс-рефлекс, разгибательно-локтевой рефлекс) замыкается на уровне C_7 - C_8 . Врач, стоя спереди от пациента, поддерживает его полусогнутую руку за область локтевого сустава и предплечья (либо поддерживает отведённое плечо пациента непосредственно над локтевым суставом, предплечье при этом свободно свисает вниз) и наносит удар молоточком по сухожилию трёхглавой мышцы плеча на 1-1,5 см выше локтевого отростка локтевой кости. Оценивают степень рефлекторного разгибания руки в локтевом суставе.

- **Запястно-лучевой (карпорадиальный) рефлекс** замыкается на уровне C_5 - C_8 . Врач свободно размещает руку пациента на своей кисти так, чтобы она была согнута в локтевом суставе под углом приблизительно 100° , а предплечье находилось в положении, среднем между пронацией и супинацией. Удары молоточком наносят по шиловидному отростку лучевой кости, оценивая сгибание в локтевом суставе и пронацию предплечья. У лежащего на спине пациента исследование проводят аналогично, но кисти его согнутых в локтевых суставах рук находятся на животе. Если рефлекс исследуют у больного в положении стоя, кисть его полусогнутой в локтевом суставе руки удерживается в необходимом (полупроницированном) положении рукой врача. При исследовании глубоких рефлексов на руке особое внимание следует обращать на зону распространения рефлекторной реакции. Например, при вызывании сгибательно-локтевого или карпорадиального рефлекса может возникать сгибание пальцев кисти, что свидетельствует о поражении центрального мотонейрона. Иногда наблюдают инверсию (извращение) рефлекса: например, при вызывании бицепс-рефлекса возникает сокращение не двуглавой, а трёхглавой мышцы плеча. Такое нарушение объясняется распространением возбуждения на соседние сегменты спинного мозга при наличии у больного повреждения переднего корешка, иннервирующего двуглавую мышцу плеча.

- **Коленный рефлекс** замыкается на уровне L_3 - L_4 . При проверке этого рефлекса у лежащего на спине пациента ноги должны находиться в полусогнутом положении, а стопы соприкасаться с кушеткой. Чтобы пациент смог расслабить мышцы бедра, врач подводит свои руки под его колени, поддерживая их. Если расслабление недостаточное, просят пациента с силой давить стопами кушетку или используют приём Ендрасика. Удары молоточком наносят по сухожилию четырёхглавой мышцы бедра ниже коленной чашечки. Оценивают степень разгибания в коленном суставе, отмечая, не распространяется ли рефлекторная реакция на приводящие мышцы бедра. При исследовании рефлекса у сидящего пациента необходимо, чтобы его пятки свободно соприкасались с полом, а ноги быть согнуты под тупым углом в коленных суставах. Одной рукой обхватывают дистальный отдел бедра пациента, второй - наносят удар молоточком по сухожилию четырёхглавой мышцы бедра. При таком варианте исследования рефлекторное сокращение мышцы можно не только увидеть, но и ощутить рукой, находящейся на бедре. Коленный рефлекс можно также исследовать, когда пациент сидит в позе «нога на ногу» либо когда сидит на высоком стуле так, что его голени свободно свисают, не касаясь пола. Эти варианты позволяют наблюдать плохо затухающий, «маятникообразный» коленный рефлекс (при патологии мозжечка) либо рефлекс Гордона (при хорее Гентингтона или малой хорее), заключающийся в том, что после нанесения удара по сухожилию четырёхглавой мышцы бедра голень разгибается и некоторое время задерживается в этом положении.

- **Ахиллов рефлекс** замыкается на уровне S_1 - S_2 . Суть этого рефлекса в том, что у лежащего на спине больного одной рукой обхватывают стопу исследуемой ноги, сгибают ногу в тазобедренном и коленном суставе и одновременно разгибают стопу. Второй рукой наносят удар молоточком по ахиллову сухожилию. Для исследования рефлекса в положении больного лёжа на животе сгибают его ногу под прямым углом в коленном и голеностопном суставах. Одной рукой удерживают стопу, слегка разогнув её в голеностопном суставе (тыльное сгибание), а другой - наносят лёгкий удар по ахиллову сухожилию. Можно также попросить пациента стать на колени на кушетке таким образом, чтобы стопы свободно



свисали с её края; удары молоточком наносят по ахиллову сухожилию, оценивая степень разгибания в голеностопном суставе.

При исследовании глубоких рефлексов с ног одновременно проверяют, нет ли клонусов стопы или коленной чашечки. Клонус - повторное произвольное ритмичное сокращение мышцы, вызванное быстрым пассивным растяжением самой мышцы или её сухожилия. Клонус возникает при поражении центрального мотонейрона (пирамидной системы) вследствие утраты супраспинальных тормозных влияний. Повышение глубоких рефлексов на нижней конечности часто сочетается с клонусом стопы и коленной чашечки. Для вызывания клонуса стопы у пациента, лежащего на спине, сгибают ногу в тазобедренном и коленном суставах, удерживая её одной рукой за нижнюю треть бедра, а другой рукой захватывают стопу. После максимального подошвенного сгибания внезапно и сильно разгибают стопу в голеностопном суставе, а затем продолжают оказывать давление на неё, удерживая в этом положении. У больного со спастическим парезом мышц эта проба часто вызывает клонус стопы - ритмическое сгибание и разгибание стопы вследствие повторных сокращений икроножной мышцы, возникающих в ответ на растяжение ахиллова сухожилия. Несколько колебательных движений стопы возможно и у здоровых лиц, но стойкий клонус (пять и более сгибательно-разгибательных движений) свидетельствует о патологии. Пробу на выявление клонуса коленной чашечки проводят у больного, лежащего на спине с выпрямленными ногами. Захватив большим и указательным пальцами верхний край надколенника, сдвигают его вместе с кожей вверх, а затем резко смещают вниз, удерживая его в крайнем положении. У пациентов с выраженной спастичностью такая проба вызывает ритмические колебания надколенника вверх и вниз, обусловленные растяжением сухожилия четырёхглавой мышцы бедра.

Список литературы

1. Шодмонов Х.Қ., Ашмурадова Х.Sh, Турсунов О.Т. "Нервные и психические заболевания". Ташкент, издательство "Учитель", 2009.
2. Полатова Ш.А., SaidovaX.X. "Сестринский уход у взрослых "Часть II, Ташкент, издательство" Чолпон", 2014.
3. Рахимбердиева Г. "Сестринское дело при неврологических заболеваниях". Ташкент, "Ворис-издательство", 2014.
4. Справочник Видаль. Москва, "Астрофармсервис", 2008.
5. Вернер Д. "Руководство по медицине хаммабоп "Ташкент, издательство" Гафур гулом", 2006.



CLINICAL EFFICACY OF ELECTRET ELECTRIC FIELD IN SURGICAL TREATMENT OF HIP OSTEOARTHRITIS

Mamazhonov K.H.,
Candidate of Medical Sciences,
associate professor
Abdurakhmonov I.I.
master of the 3rd course
Andijan State Medical Institute

Annotation. An important role in the pathogenesis of coxarthrosis, in addition to the violation of local microcirculation, functional overload of the joint, metabolic disorders, changes in the intensity and nature of energy metabolism belongs to the violation of bioelectric processes in chondrogenic and osteogenic structures. The possibility of effective correction of bioelectric processes in the structures of the affected joint on electrophysiological principles is pathogenetically justified and expedient.

Keywords: coxarthrosis, bioelectrogenesis, electrostatic field, electret, degenerative changes, osteoreparation, chondroreparation, implantation of a tantalum osteostimulator.

Purpose. Evaluation of the effectiveness of the electrostatic field of electret in the surgical treatment of hip arthrosis.

Materials and methods. A retrospective analysis of the results of surgical treatment of stage 1-3 coxarthrosis in 92 patients aged 26 to 80 years by means of an electrostatic electret field is presented. Patients were implanted with an electrostimulator of osteoreparation on based on tantalum oxide in the affected joint. The effectiveness of treatment was assessed by the dynamics of the clinical and functional index of WOMAC, data from complex clinical, laboratory screening and methods of radiation diagnostics.

Results. The positive effect of the electrostatic field of electret in hip arthrosis was manifested in a decrease in the severity of the symptoms of the disease, improvement of the functional activity of patients, slowing the progression of degenerative changes in the joint, improving the quality of life during the observation period. The influence of the electrostatic field is associated with the activation of reparative chondro- and osteogenesis, which allows to restore the altered bone-cartilage structures in coxarthrosis.

Conclusion. The clinical efficacy and safety of exposure to the electrostatic field of electret in the surgical treatment of coxarthrosis have been proven. It was noted that the severity of the positive effect increases by 3 months and reaches a maximum by 6 months after surgery.

Literature

1. Monsheri A, Bat M. An updated the pathophysiology of osteoarthritis. Ann Phys Rehabil Med 2016; 59 (Iss. 5-6): 333-9.
2. Zagorodny N.V. Osteoarthritis and its treatment. Opinion Leader. 2016; 1 (1): 25–33. [[Zagorodny N.V. Osteoarthritis and its treatment. Opinion Leader. 2016; 1 (1): 25–33 (in Russian).]
3. Month M, Jones L, Hungerford D. Current concepts review-Nontraumatic osteoporosis of the femoral head: ten years later. J Bone Joint Surg 2006; 88 (5): 1117–32.
4. Mon MA, Hungenford DS. Non traumatic osteonecrosis of the femoral head: ten year latercurrent content review. J Bone Joint Surgery 2006; 88: 1107-29.
5. Artemyev A.A., Rutsky V.V., Artemyev Al.Al. The effect of electretes on osteoreparation in intramedullary osteosynthesis. Orthopedist. traumatology. 1990; 7: 26-9.



ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ОТНОШЕНИИ

**Ганиева Нилуфар Хамраевна,
Бахриев Ибрагим Исомадинович**
Ташкентская медицинская академия,
кафедра Судебной медицины
и медицинского права

Актуальность. Травма органа зрения является одной из серьезнейших медико-социальных проблем. Особую актуальность она приобретает в связи с тем, что исходы повреждений глаз по-прежнему остаются основной причиной выхода на инвалидность по зрению. Многие аспекты этой проблемы довольно подробно рассмотрены в литературе, однако недостаточное внимание уделяется клиническому анализу исходов повреждений органа зрения, обусловивших первичную инвалидность. Несмотря на очень малые размеры глаза (всего около 0,15% общей поверхности человеческого тела), повреждения его составляют около 29% общего травматизма.

Более 30% тяжелых травм глаз, приводящих к слепоте и инвалидности, составляют тупые травмы. Они отличаются большим разнообразием, часто приводят к таким серьезным осложнениям, как вторичная глаукома, вывихи и подвывихи хрусталика, гемофтальм, отслойка сетчатки, субатрофия и атрофия глазного яблока. Учитывая то обстоятельство, что большую часть больных с этими травмами составляют люди трудоспособного возраста, можно говорить о важном социальном значении данной проблемы.

Травматическое повреждение тканей глаза зависит от двух основных факторов: силы и направления удара, а также от особенностей анатомической структуры глаза.

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и клинические варианты контузионных поражений глазного яблока.

Материал и методы исследования. Методом сплошной выборки были отобраны все случаи (121 случаев) контузий глазного яблока за 2019-2021 год (Ташкентского городского филиала РНПЦСМЭ). Изучались также обстоятельства и механизмы контузионного воздействия, возрастной, половой, социальный состав пострадавших. Был подробно изучен спектр клинических проявлений контузионной травмы глазного яблока.

Результаты исследования и обсуждение. Исследованием установлено, что из 121 пострадавших тяжелые контузии зафиксированы у 19 человек (15,7%), средней тяжести – 34 (28,1%), легкие – 68 (56,2%). Большинство травм было получено в домашних условиях (40,5%), на улице (37,2%) и на садовом участке (18,2%). Доля же производственных травм составила всего 4,1%. Данный факт объясняется современными особенностями регистрации производственных травм.

При рассмотрении обстоятельств получения травмы обращает на себя внимание то обстоятельство, что в большинстве случаев (55,6%) они стали результатом неправомерных действий других лиц (посторонних и знакомых).

Значительное число пациентов (44,6%) было травмировано в нетрезвом состоянии. Среди них примерно 2/3 (66,2%) пострадали в результате драки или избиения, а 26 (21,5%) – собственной неосторожности. В части случаев (17,8%) причину получения травмы выяснить не удалось.

Как и следовало ожидать, травмы чаще получали мужчины – в возрасте до 30 лет в 30,9% случаев, от 30 до 50 лет – в 34%. Общее же соотношение между женщинами и мужчинами того же возраста составило 1:3,6. Среди людей старше 50 лет травмы рассматриваемого вида встречались уже значительно реже (20,8% от общего числа), а показатель их соотношения между женщинами и мужчинами снизился до 1:1,85.

Клинические проявления травм глаза были весьма разнообразными. В конечном итоге они и определяли остроту зрения пострадавшего глаза на момент поступления пациентов в стационар и по завершению лечения. Несмотря на адекватное лечение, большинство пострадавших с тяжелыми контузиями либо полностью утратили зрение в заинтересованном глазу (33%), либо оно оказалось в зоне, оцениваемой экспертизой как слабовидение (21,8%). Остроту зрения более 0,3 в данной группе пострадавших имели пациенты, у которых



ведущим симптомом являлся периферический контузионный отек сетчатки. У большинства пациентов со среднетяжелыми контузиями (77,4%) острота зрения при выписке из стационара оказалась достаточно высокой (от 0,4 до 1,0), но осталась ощутимо низкой у 9 из них из-за причин, возникших ещё до получения травмы.

Следует отметить, что только 67 пациентов в момент происшествия были трезвыми. Остальные 54 находились в состоянии опьянения.

Выводы. Анализ результатов обследования и лечения 121 потерпевших с контузиями глазного яблока различной степени тяжести позволил выявить ряд особенностей этих травм, которые можно связать со сложившимся социальным укладом жизни. В частности, для них характерны следующие признаки: низкий удельный вес производственных травм (4,1%), и высокий – бытовых (95,9%); высокий удельный вес травм, полученных в результате агрессивных действий других лиц (55,6%); значительное количество травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения (44,6%).



ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЛОС В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Каххарова Зарнигор Тулкин кизи,
Бахриев Ибрагим Исомадинович
Ташкентская медицинская академия,
кафедра Судебной медицины
и медицинского права

Актуальность. Очень важную роль в досудебном расследовании уголовных производств и судебном процессе, связанных с преступлениями против жизни и здоровья человека, играет судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения. Одним из наиболее частых таких объектов являются волосы человека. Сегодня, во времена использования в экспертной мировой практике нано технологий, в практической деятельности лабораторий бюро судебно-медицинских экспертиз в нашей стране такие технологии практически представлены в очень малом количестве.

В последнее десятилетие результаты судебно-биологических исследований играют важную роль при расследовании тяжких преступлений. Исследование волос занимает достаточно важное место в работе экспертов судебно-биологических отделений. Часто экспертизы назначаются как дополнительные при уголовных делах особой сложности. Одним из основных вопросов, интересующих следователя, является способ отделения волос, то есть были они вырваны или выпали, либо отделены иным способом. Подавляющее большинство волос оказывается отжившими, выпавшими, довольно значительная часть оборвана быстрым или медленным движением, либо отделена предметом со свойствами тупого либо острого. Среди исследованного материала очень небольшая часть волос оказывается вырванными, имеет жизнеспособные луковицы, пригодные для цитологического или генетического исследования.

Материалы и методы. Из данных постановления следователя известно, что: “...в начале августа 2019 года гр. А. выехал на принадлежащую ему промисловую точку, расположенную на берегу оз. Рохат, после чего сведения о его местонахождении отсутствуют. 26.10.2019 г. в ходе осмотра домика гр. А., в котором он проживал в период пребывания на промисловой точке, на его кровати обнаружена и изъята простыня, обильно пропитанная веществом бурого цвета, похожим на кровь, и веществом коричневого цвета, похожим на гнилостную жидкость. Неподалеку от кровати обнаружено одеяло с пододеяльником, содержащее на себе аналогичные следы и пучок волос, похожих на волосы человека. В домике обнаружены следы пребывания животных (собак).

Следствием в числе прочих проверяется версия о том, что гр. А. скончался в домике, находясь на указанной кровати, после чего его труп подвергся гниению и впоследствии был унесен животными. Останки трупа в ходе осмотра обнаружены не были...”. Следователем были поставлены вопросы: “1. Являются ли представленные на исследование волосы (пучок волос), обнаруженные на пододеяльнике в домике гр. А., волосами, и если да, то принадлежат ли они человеку или животному? Если человеку, то с какой части тела происходят? Каким способом отделены данные волосы? Какова их групповая принадлежность? Имеются ли на волосах жизнеспособные луковицы?”

Результаты исследования и обсуждение. В судебно-биологическое отделение был доставлен соответствующим образом упакованный и промаркированный конверт, в котором находился большой пучок (клок) волос темнорусого цвета с проседью, длиной волос около 5 см, сильно загрязненный, с гнилостным запахом. Все волосы имели преимущественно одно направление.

При микроскопическом исследовании было установлено: “Длина волос от 2 до 5 см. Толщина волос от 92 до 120 мкм. Средняя максимальная толщина 102 мкм. Большинство волос дугообразной формы. Один волос седой, еще один волос седеющий. Цвет остальных волос от светлорыжевато-коричневого до коричневого цвета. Оптический край ровный. Кутикула средней сложности, типичная для человека. Корковое вещество в седом волосе серебристо-белого цвета, имеет много продольных трещин. Пигмент отсутствует. В остальных волосах фон коркового вещества серовато-коричневатый. Пигмент темно-коричневый, мелко- и среднезернистый, образует скопления в виде цепочек, нежных тяжелей. Пигмент



распределен равномерно по длине и толщине волоса. Сердцевина в двух волосах была представлена прерывистым тяжем, составляющим $1/5$ – $1/7$ толщи ствола. В остальных волосах сердцевина отсутствует. Периферические концы девяти волос имеют прямое сечение со сглаженными углами. Один волос игловидно истончен. Корневые концы всех волос конусовидной формы без влагалищных оболочек, напоминают кисточку, разволокнены...”.

На основании проведенного исследования был сформулирован вывод: “Волосы из пучка, обнаруженного на пододеяльнике в охотничьем домике гр. А., являются сходными между собой по всем морфологическим признакам волосами с головы человека. При определении групповой принадлежности в них выявлены антигены В и Н, что не исключает происхождения этих волос от лица с $B\alpha$ группой крови. Луковицы волос гнилостно изменены”.

Известно, что на 6-10 сутки после наступления смерти эпидермис отслаивается и может быть легко, при незначительном усилии, удален вместе с ногтями и волосами. Стержни волос очень долго не подвергаются гниению, сохраняясь после полного разложения мягких тканей, что дает возможность сделать некоторые выводы о личности умершего. Однако, луковицы волос под воздействием гнилостных процессов полностью разрушаются. Поскольку волос состоит из множества фибрилл, погруженных в аморфный матрикс, корневые концы приобретают характерный разволокненный вид.

Следовательно, дело, начатое по факту безвестного исчезновения человека, получило подтверждение версии о присутствии трупа в домике некоторое время, в течение которого произошли гнилостные изменения тела и отделение указанных волос. Не было исключено отделение волос, в том числе и при волочении трупа животными.

Выводы. Таким образом, приведенный пример демонстрирует возможности экспертной оценки данных исследования волос в судебно-медицинской практике, иллюстрируют экспертное подтверждение предположительных обстоятельств дела, а также раскрывают многообразие возможных способов отделения волос улик.



КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

Ташпулатова Фатима Кудратовна.,

Доктор медицинских наук,
доцент кафедры инфекционных болезней,
детских инфекционных болезней,
фтизиатрии и пульмонологии

Ташкентского Педиатрического медицинского института,
+998998827494

fatimusha.tashpulatova@yandex.com

Кулдошов Ахмаджон Шамсуддинович

ассистент кафедры инфекционных болезней,
детских инфекционных болезней,
фтизиатрии и пульмонологии

Ташкентского Педиатрического медицинского института,
+998909809010

Ahajon388@mail.ru

Аннотация

В целях изучения особенности клинического течения туберкулезного менингита и оценки факторов риска обследованы 58 больных с туберкулезным менингитом. Установлено, что в настоящее время преобладает туберкулезный менингоэнцефалит, отмечен рост сочетаний менингита с туберкулезом легких и внелегочными поражениями. Выявлены факторы риска развития, наличие которых позволяют выделить группу риска по возникновению туберкулезного менингита.

Ключевые слова. Туберкулез, менингит, фактор риска, клиническое течение.

Актуальность. Одной из самых тяжелых форм туберкулеза является туберкулезный менингит (ТМ), летальность от которого даже в настоящее время остается высокой. Своевременное его выявление (в срок до 10 дней) имеет место лишь у 25-30% пациентов [4]. Туберкулез мозговых оболочек относится к одной из наиболее тяжелых форм туберкулеза, являясь остро прогрессирующей формой, отличается высокой летальностью [1,5]. Согласно статистическим сведениям, даже в экономически развитых странах каждый 5 случай туберкулезного менингита заканчивается гибелью пациента. Основой профилактики туберкулезного менингита и менингоэнцефалита является их раннее выявление и лечение [2,3]. Ранняя диагностика туберкулеза мозговых оболочек зависит от настороженности врачей общей лечебной сети в отношении этой патологии, так как большинство больных впервые госпитализируются в инфекционные и общесоматические стационары [3].

В настоящее время применяются современные методы диагностики, такие как ВАСТЕС и молекулярно-генетические – Gen xpert, HAIN-test. Генотипические методы, такие как автоматизированная система анализа Xpert M. tuberculosis/рифампицин (MTB/RIF), улучшили диагностику туберкулезного менингита, так как результаты доступны в течение нескольких часов. Кроме того, анализ Xpert MTB/RIF определяет устойчивость к рифампицину Xpert MTB/RIF рекомендован Всемирной организацией здравоохранения для прямого использования спинномозговой жидкости в качестве начального диагностического теста [6,7].

Цель изучение особенностей клинического течения и оценка значения факторов риска развития туберкулезного менингита (ТМ) в современных условиях.

Материал и методы исследования. Обследовано 58 больных, поступивших в клинику центра фтизиатрии с диагнозом ТМ в период 2001 по 2019гг. Всем больным наряду с клиническими наблюдениями проводили общепринятые лабораторные обследования: общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, рентгенологическое, ультразвуковое и электрокардиографическое, полимеразная цепная реакция (ПЦР). 37(63,7±6,3%) больным проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных было 53,4±6,4% мужчин и 46,6±6,4%



женщин. Среди больных преобладали больные в возрасте 21 – 30 лет ($46,6 \pm 6,4\%$). Острое начало ТМ отмечено 17 ($29,3 \pm 5,9\%$), подострое у 41 ($70,1 \pm 5,9\%$) больных. Диагноз базилярной формы туберкулезного менингита установлен у 26, $3 \pm 7,1\%$, менингоэнцефалит- у $73,7 \pm 7,1\%$ больных. У 41 ($70,6 \pm 5,9\%$) больного туберкулез был выявлен впервые, из них у 30 ($73 \pm 6,94\%$) больных ТМ сочетался с туберкулезом легких, у 11 ($26,8 \pm 6,4\%$) - с внелегочным туберкулезом. Среди больных с активным легочным туберкулезом преобладал диссеминированный туберкулез легких $27(73 \pm 5,7\%)$.

В процессе обследования установлено, что у $77,5 \pm 5,4\%$ больных отмечено повышенное давление в спинномозговом канале. Для большинства больных с ТМ $83 \pm 4,8\%$ было характерно наличие ксантохромии. У $93,1 \pm 3,3\%$ больных отмечено лимфоцитарный цитоз. У $58,6 \pm 6,4\%$ больных наблюдали выпадение «фибриновой» пленки. Повышенное содержание белка в спинномозговой жидкости до $2,3\text{г/л}$ отмечено у $89,6 \pm 4,0\%$ больных. Снижение глюкозы в спинномозговой жидкости установлено у $75 \pm 5,6\%$ пациентов. Если в мокроте МБТ обнаружены у 14 ($24,1 \pm 5,5\%$) больных, то в спинномозговой жидкости - у 5 ($8,6 \pm 3,5\%$), при ПЦР исследовании ликвора обнаружено МБТ также у 6 ($10,3 \pm 3,8\%$) больных. Полученные нами данные подтверждаются результатами полученных

У 44 больных были изучены факторы, способствующие развитию ТМ. Статистически обработаны анамнестические, субъективные, объективные, лабораторные данные. Больные были разделены на две группы: 1-я группы – 22 больных, у которых на фоне комплексного лечения наблюдалось развитие ТМ; 2-я группа – 20 больных, у которых процесс характеризовался отсутствием ТМ.

При математической обработке методом наибольшего правдоподобия была рассчитана вероятность появления того или иного фактора при ТМ, для каждого из них определены – коэффициент риска (КР) развития ТМ. Прогностически значимыми оказались такие факторы, как низкая эффективность предыдущего лечения- КР составляет 2,5, наличия черепно- мозговой травмы в анамнезе (КР-13), перенесенный туберкулез в детстве (КР-3), наличия диссеминированного туберкулеза легких (КР-7,13)5),наличие внелегочного туберкулеза легких (КР- наличия сопутствующих заболеваний ВИЧ (КР – 5).

Заключение. Таким образом, для ТМ в современных условиях характерны: преобладание туберкулезного менингоэнцефалита и уменьшения частоты изолированной базилярной формы, роста сочетаний менингита с туберкулезом легких и внелегочными поражениями. Установлены факторы риска развития ТМ такие как: наличие черепно мозговой травмы в анамнезе, перенесенный в детстве туберкулез, наличие диссеминированного туберкулеза легких, сопутствующие заболевания типа ВИЧ инфекции, наличие которых диктует о необходимости более длительного лечения и наблюдения пациентов.

Список использованной литературы:

1. Барканова О.Н., Гагарина С.Г., Калуженина А.А. Туберкулез мозговых оболочек: диагностика, клиническое течение, реабилитация // Лечение и профилактика. – 2015. – №34. – С. 73-76
2. Суменкова О.Н., Береснева Р.Е., Косарева О.А., Ставицкая Н.В. Комплексная диагностика туберкулеза мозговых оболочек, центральной нервной системы и их осложнений // Туберкулез и болезни легких. – 2014. - №7. – С. 25-31
3. Киселева Е.Л., Голубев Д.Н. В помощь практическому врачу: новые технологии диагностики туберкулезного менингита. – М.: 2018. – 467 с
4. Покровский В.И., Литвинов В.И., Ловачева О.В., Лазарева О.Л. Туберкулезный менингит. – М.: 2005. – 244 с.
5. Ракишева А.С., Сапиева Ж.А., Репина Ю.В., Тулепова Г.Э., Утаганова Т.К. Особенности клиники, диагностики и исходов туберкулезного менингита в современных условиях // Вестник КазНМУ. - 2015. - №2. – С.59-61.
6. Sonia Ahlawat, Renu Chaudhary. Advances in tuberculous meningitis diagnosis // Expert Review of Molecular Diagnostics. – 2020. - №8. – P. 54-61.
7. Nhu NT, Heemskerk D, Thu do DA, et al. Evaluation of GeneXpert MTB/RIF for diagnosis of tuberculous meningitis // J Clin Microbiol. – 2014. - №54. – P. 111-116.



КОРРЕЛЯЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СО ШКОЛЬНОЙ УСПЕВАЕМОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ДЦП.

Ганихужаева Ясмينا Дониёр кизи

студент магистратуры 3-курса кафедры Неврологии,
детской неврологии и медицинской генетики ТашПМИ.

Телефон: +998 (90) 7885799

yasmina.ibragimova@gmail.com

АННОТАЦИЯ: Обучения детей с ДЦП в школе требует углубленного изучения, так как возникает вопрос при каких формах болезни дети могут обучаться в общеобразовательной школе, а при каких формах нуждаются в специализированном обучении или обучении на дому. Неврологи и эксперты должны объективно решить вопрос обучения в зависимости от степени нарушения высших мозговых также двигательных нарушений. Поэтому мы решили досконально изучить этот вопрос и дать рекомендации специалистам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЦП (детский церебральный паралич), когнитивные функции, высшие корковые функции, шкала Векслера адаптированного для детского возраста.

Детский Церебральный Паралич (ДЦП)- собирательный термин, объединяющий группу хронических не прогрессирующих симптомокомплексов грубых двигательных нарушений, возникающих в перинатальном периоде и нередко приводящих к инвалидности. Этиология ДЦП многофакторная и действие повреждающих факторов на незрелый мозг определяет разнообразие сочетаний двигательных, сенсорных и в 85-90% когнитивных расстройств, что необходимо учитывать при социальной реабилитации этих больных.

Когнитивные функции необходимы для познания мира и обеспечения целенаправленного взаимодействия с ним, а также в процессах обучения и общения со сверстниками. В связи с этим изучения когнитивных расстройств при различных формах ДЦП является одним из актуальных медико-социальных задач. Однако, еще до настоящего времени остается открытым вопрос об особенностях взаимосвязи интеллектуального, двигательного и нервно-психического дефицита у детей с различными формами ДЦП, что определяет важность этой темы.

Цель исследования: Определение степени выраженности когнитивных нарушений в зависимости от формы болезни с целью определения их дальнейшего обучения.

Материалы и методы исследований:

- ✓ Обследовано 25 детей с различными формами ДЦП, дошкольного возраста.
- ✓ Анализ когнитивных функций с помощью специальной шкалы когнитивных функции Векслера приспособленного для детей с 4,0 по 6,5 лет.

Результаты : На базе ДЦП центра и 4- детской клинической больницы проведено исследование когнитивных функций по шкале Векслера адаптированного для детского возраста у 25 больных ДЦП не доминантного полушария (6 пациентов со спастической диплегией, 5 — с двойной гемиплегией, 5 — с гемипаретической формой, 5 — с гиперкинетической, 4 — с атонически-астатической) в возрасте от 4,5 года до 7 лет.

Обнаружено, что близкое к норме интеллектуальное развитие отмечается у 60% пациентов с гемипаретической формой, у 33% — со спастической диплегией, 40% — с гиперкинетической формой, 25% — с атонически-астатической и у 20% больных с двойной гемиплегией. Задержка психического развития наблюдалась у 50% детей с атонически-астатической формой, у 40% — с гемипаретической, у 16,7% — со спастической диплегией, у 20% — с гиперкинетической формой заболевания, у 20% — с двойной гемиплегией. Умственная отсталость различной степени тяжести отмечалась у 80% больных с двойной гемиплегией, у 70% пациентов с атонически-астатической формой, у 60% — с гиперкинетической формой и 50% — со спастической диплегией.

Вывод: Таким образом, анализ когнитивных функций у больных с различными формами ДЦП показывает: реже всего интеллектуальные расстройства отмечаются при гемипаретической форме заболевания при поражении недоминантного полушария и спастической диплегии, при этом преобладают пограничные нарушения и легкая степень умственной отсталости, а наиболее часто — при двойной гемиплегии (особенно



среднетяжелой и тяжелой формах) с преобладанием умственной отсталости. Исходя из этого:

- Детям со спастической диплегией и гемипаретической формой заболевания при поражении недоминантного полушария было рекомендовано обучение в общеобразовательных школах.
- Детям с атонико-астатической и гиперкинетической формой заболевания- в специализированных школах.
- Детям с двойной гемиплегией- обучения на дому.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Немкова, С. А. Когнитивные нарушения при детском церебральном параличе /С. А. Немкова. — М.: Триада-Х, 2013. — 440 с.
2. Кисилевская, Н. А. Особенности психомоторного развития детей раннего возраста с детским церебральным параличом и их медико-педагогическая коррекция /Н. А. Кисилевская //Сибирский медицинский журнал. — 2008. — С. 105–107.
3. Fennel, E. B. Cognitive and neuropsychological functioning in children with cerebral palsy /E. B. Fennel, T. N. Dikel //J.of Child Neurology. — 2001. — № 16 (1). — P. 58–63.
4. Стародубцев, А. И. Избранные вопросы частной неврологии детского возраста /А. И. Стародубцев, С. М. Карпов, А. А. Стародубцев, И. Н. Долгова и др. — Ставрополь: Издательство СтГМА, 2011. — 187 с.



КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Курбанов Алишер Хушбакович,

Ассистент кафедры инфекционных болезней,
детских инфекционных болезней,
фтизиатрии и пульмонологии

Ташкентского Педиатрического медицинского института,
+998974207102
aliserkurbanov02@gmail.com

Шамшиева Нилуфар Нигматуллаевна

ассистент кафедры инфекционных болезней,
детских инфекционных болезней,
фтизиатрии и пульмонологии

Ташкентского Педиатрического медицинского института,
+899998237989
Shamshieva nilufar 1979@mail.com

Аннотация. Обследованы 36 детей туберкулезом, из них 20 детей страдали неспецифическими заболеваниями легких. Установлено, что характерными особенностями течения туберкулеза у детей, страдающих неспецифическими заболеваниями легких, являются бессимптомное или подострое начало и замедленное течение заболевания, что необходимо иметь в виду врачам педиатрам.

Ключевые слова. Туберкулез, дети, сопутствующие заболевания, неспецифические заболевания легких.

Введение. Проблема туберкулеза (ТБ) как в мире, так и в Узбекистане является актуальной и приоритетной, несмотря на наметившуюся тенденцию к уменьшению заболеваемости среди населения. Дети являются индикатором заболеваемости взрослых и продолжают болеть туберкулезом при сохранении резервуара туберкулезной инфекции [4]. Важным для дальнейшего развития педиатрии и фтизиатрии является получение реальных данных об изменении структуры заболеваемости детским туберкулезом, распространенности и его связи с соматической и инфекционной патологией у детей.

Проблемы полиморбидности (множественности заболеваний у одного пациента) обсуждаются очень широко во взрослой практике. Взаимовлияние заболеваний способно изменить клиническую картину течения, усложнить их диагностику, увеличить количество осложнений и их тяжесть, ухудшить качество жизни и прогноз выздоровления. У детей сопутствующая патология встречается значительно реже, но также негативно отражается на диагностическом процессе. Соматическая патология весьма распространена среди детского населения, значительная часть ее имеет хроническое течение. Имеются все основания полагать, что сопутствующая патология способствует возникновению заболевания и отягощает течение туберкулеза, ухудшает переносимость ХТ ТБ [4]. Сопутствующие инфекции (микробные и вирусные), несомненно, затрудняют диагностический процесс, отрицательно влияют на эффективность лечения основного заболевания — туберкулеза. Имеющиеся нарушения микробного и вирусного пейзажа, с одной стороны, отражают особенности течения туберкулеза, с другой — могут сами оказывать влияние на развитие и прогрессирование туберкулезного процесса у детей [1,2,3].

Цель исследования. Изучить клиническое течение туберкулеза у детей, страдающих неспецифическими заболеваниями органов дыхания.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 36 детей, находящихся на лечении в детской фтизиатрической больнице города Ташкента. Все дети были разделены на 2 группы: 1-ю составили 20 человек, у которых в анамнезе отмечены частые простудные заболевания (ОРИ), пневмонии, бронхиты (3 раза в год и более), 2-ю — 16 человек, которые до заболевания туберкулезом считались здоровыми, редко болели простудными заболеваниями, пневмониями.

Результаты исследования. Изучение анамнеза показало, что контакт с больным



туберкулезом выявлен среди больных 1-й группы в 65,0 % случаев, во 2-й — в 43,8 % случаев. При этом в 1-й группе в 2 раза чаще имел место контакт с больным туберкулезом - массивным бактериовыделителем.

У большей части больных обеих групп отмечалось бессимптомное начало заболевания (в 1-й группе у 45,0 %, во 2-й у 50,1 % человек), чаще подострое (у 35,0 и 18,7 % соответственно) и острое (у 20,0 и 31,2 %). Различие клинической картины заболевания в группах можно объяснить снижением реактивности организма, часто болеющего простудными заболеваниями или длительно страдающего неспецифической патологией органов дыхания, и неадекватной реакцией организма на инфекционный процесс.

У больных 1-й группы реже, чем во 2-й, встречались первичные формы туберкулеза, при этом были выявлены, как правило, формы распространенного и осложненного характера. Отмечено, что у больных детей, наблюдавшихся по поводу пневмонии, выявлялись в основном осложненный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

У больных 1-й группы чаще, чем во 2-й, выявлялись симптомы интоксикации (соответственно в 75,0 и 56,2 % случаев). Следует отметить, что у детей 1-й группы среди изменений со стороны бронхиального дерева ведущее место занимал неспецифический катаральный эндобронхит (65 %), в то время как во 2-й группе преобладали туберкулезные изменения в бронхах как осложнения первичных форм туберкулеза — туберкулез бронха, рубцовые стенозы, фиброзные деформации.

Следует отметить более медленную положительную динамику процесса у детей 1-й группы по сравнению с таковыми у детей 2-й группы.

В целом, комплексная терапия позволила добиться хороших результатов лечения и детей, страдающих повторными неспецифическими поражениями легких, и у детей безотягощенного (в плане бронхолегочной патологии) анамнеза. Преобладали незначительные остаточные изменения (в 1-й группе у 65,0 %, во 2-й у 68,7 % больных), умеренно выраженные и выраженные остаточные изменения имели место 25% и 6,2 % больных соответственно).

Выводы:

1. Характерными особенностями течения туберкулеза у детей, страдающих неспецифическими заболеваниями легких, являются бессимптомное или подострое начало и замедленное течение заболевания.

2. Дети, имеющие в анамнезе хронические или часто повторяющиеся неспецифические заболевания органов дыхания, и во время лечения туберкулеза подвержены ОРИ. Внутрибольничная инфекция (ОРИ, грипп) нередко приводит к обострению туберкулезного процесса. Это требует индивидуального подхода к лечению с использованием наряду со специфической химиотерапией противовирусных и общеукрепляющих препаратов.

Список использованной литературы.

1. Богданова Е.В., Киселевич О.К., Юсубова А.Н., Панова О.В. и др. Сопутствующие инфекции у детей, больных туберкулезом // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2008. – № 7. – С. 59–65
2. Мордык А.В., Цыганкова Е.А., Подкопаева Т.Г. и др. Факторы риска развития туберкулеза у детей (обзор литературы). Жизнь без опасностей. Здоровье. Профилактика. Долголетие 2014; 9: 1: 92–95.
3. Романова М. А., Мордык А. В., Леонтьева Е. С. Возрастные особенности сопутствующей патологии у больных туберкулезом детей // Мать и дитя в Кузбассе. - 2015. - № 1. - С. 39-43
4. Туберкулез у детей и подростков / Под ред. В. А. Аксеновой, учебное пособие. М: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 270 с.



ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИПОФИЗА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ

Сулейманов Акром Алавханович,
Бахриев Ибрагим Исомадинович
Ташкентская медицинская академия,
кафедра Судебной медицины
и медицинского права

Актуальность. В последние годы проблемы влияния кислородного голодания на организм человека и животных привлекают внимание представителей различных теоретических и клинических специальностей. В настоящее время достаточно подробно изучены морфофункциональные аспекты адаптации и повреждающее действие асфиксии на организм.

Механическая асфиксия занимает одно из главных мест среди причин насильственной смерти. Ее судебно-медицинская диагностика в настоящее время, как и сто лет назад, основывается на данных осмотра места происшествия, общеасфиктических признаках и проявлениях конкретного вида МА. Однако исследования последних лет показали неправомерность такого подхода.

Экстремальные факторы различного рода, воздействующие на организм, запускают компенсаторно-адаптационные механизмы, которые соответствующим образом изменяют обмен веществ и функциональное состояние органов и тканей. Однократное или кратковременное воздействие этих факторов, как правило, не приводит к стабильной перестройке механизмов регуляции гомеостаза, тогда как длительный и многократный стресс может стать основой стрессиндуцированного развития патологии.

В то же время любая значительная травма стимулирует комплекс нейроэндокринно-метаболических реакций, характерных для экстремальных состояний различного генеза и подчиняющихся общим законам стресса. Аfferентные импульсы, возникающие в связи с повреждением тканей, активируют комплекс гипоталамо-гипофизарных структур, осуществляющих интеграцию метаболических эффектов стресса. Этот интегральный неспецифический ответ на повреждение затрагивает, как правило, все гипофизарные механизмы и в острой стадии практически всегда носит приспособительный характер.

Цель исследования. Изучить морфофункциональные изменения микрогемодикуляторного русла и железистых клеток аденогипофиза при механической асфиксии.

Материалы и методы исследования. В соответствии с задачами в работе были применены гистологические, гистохимические, морфостереометрические методы изучения. Образцы тканей гипофиза фиксировали в 10% нейтральном формалине с последующей обработкой в спиртах возрастающей концентрации, заключением в парафин и приготовлением срезов толщиной 5-7 мкм согласно общепринятым методикам. Срезы окрашивали гематоксилином-эозином, по ван-Гизон, перийодатом-Шиффа с докраской гематоксилином, на щелочную фосфатазу. Все гистологические и морфометрические исследования проводились с применением исследовательского микроскопа и микроскопа МИК Мед-1.

Морфологическое описание срезов органов проводили на гистологических и просветленных препаратах. Морфометрические исследования структурных единиц органов выполнялись с помощью винтового окуляр-микрометра МОВ-1-15х, объект-линейки, окулярной точечной сетки, окулярной вставки на стандартной площади среза (0,074мм).

В аденогипофизе на стандартной площади среза подсчитывали количество железистых клеток, измеряли диаметр клеток и их ядер (мкм), по формулам вычисляли площадь их поперечного сечения и ядерно-цитоплазматический индекс. По точечной сетке Г.Г.Автандилова (1980) определяли относительную площадь железистой ткани, сосудов (%).

Результаты исследования и обсуждение. Морфологическая картина аденогипофиза представлена железистыми клетками (аденоцитами), расположенными в виде тяжей или гроздей, разделенных синусоидными капиллярами. Основную массу аденоцитов составляли хромофобы (56,5±0,4% от общего числа) полигональной формы с бледно окрашивающейся цитоплазмой. В меньшем количестве отмечены ацидофилы (32,3±0,1%). Клетки округлой или



полигональной формы, с крупной зернистостью ярко розового цвета в цитоплазме, круглым светлым ядром. Базофилы составляли всего $11,2 \pm 0,2\%$. По своим морфометрическим показателям ацидофилы занимают как бы промежуточное положение между базофилами и хромофобами. Капилляры тесно примыкают к железистым клеткам. Стенки капилляров, окрашенные пикрофуксином и ШИК-позитивным веществом, отчетливо прослеживались на всем протяжении. Ядра эндотелиальных клеток расположены параллельно стенке капилляра.

На просветленных препаратах аденогипофиза выявлена картина полнокровия паренхимы железы, что характеризуется расширением просветов ряда сосудов, увеличением их численной плотности по отношению к контролю. Соответственно, увеличена их суммарная площадь поперечных сечений. Относительная площадь сосудистого русла превышала контроль на $8,1\%$, а индекс васкуляризации на $34,6\%$. Гистологическая картина аденогипофиза характеризуется полнокровием сосудов. В отдельных полях зрения синусоиды расширены с признаками эритростаза, плазменным пропитыванием стенок, развитием паравазального отека. Количественное соотношение железистых клеток изменяется в сторону увеличения ацидофилов и уменьшения хромофобов.

Выводы. При механической асфиксии микрогемоциркуляторное русло в аденогипофизе имеет однонаправленный характер в сторону увеличения и носят реактивный характер. С увеличением срока асфиксии реактивность сосудов микрогемоциркуляции в аденогипофизе снижается, но стабилизируется на более высоком против контроля уровне в сочетании с признаками напряжения железистых клеток.



ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА У РОДИЛЬНИЦ

Якубова Комила Тоир кизи,
Атаходжаева Фатима Абдураимовна,
Ташкентская медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии-2

Аннотация: В статье приведены результаты когортного перспективного исследования, куда вошли 26 беременных высокого инфекционного риска, которые в послеродовом периоде были разделены на 2 группы: I – основная (n=14) и II – группа сравнения (n=12). Группы были сопоставимы по возрасту, данным соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Комплексное обследование включало оценку анамнестических данных и результатов клинических, микробиологических, инструментальных методов исследования.

Ключевые слова: внутриматочная инфекция, послеродовый эндометрит, антибиотикопрофилактика.

Актуальность. На сегодняшний день многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями доказана роль инфекционной патологии репродуктивного тракта женщины в генезе большого спектра акушерских осложнений. Вызывая локальный и системный воспалительный ответы, инфекционные агенты могут стать причиной прерывания беременности на любом сроке, формирования плацентарной недостаточности, патологии плода и новорожденного. При этом если ранее при изучении данной проблемы в основном обсуждались вопросы, связанные с инфекционной патологией нижнего отдела гениталий, сегодня появляется все больше сообщений о роли внутриматочной инфекции (ВМИ) в генезе преждевременных родов и неблагоприятных перинатальных исходов [2, 4, 5]. Реализация ВМИ у беременных женщин может быть следствием восходящего инфицирования при наличии инфекции нижнего отдела репродуктивного тракта, а также персистенции микроорганизмов в эндометрии у женщин с хроническим эндометритом в анамнезе [1, 3].

Учитывая, что точная верификация ВМИ возможна только при патоморфологическом исследовании последа, в настоящее время нет единого мнения в отношении терминологии, критериев диагностики и тактики ведения таких пациенток. Продолжается поиск неинвазивных критериев диагностики ВМИ во время беременности с целью своевременного назначения лечебно-профилактических мероприятий.

Известно, что динамика развития, степень выраженности и последствия любого инфекционного процесса, вызванного патогенными или условно-патогенными микроорганизмами, зависят от многих факторов, важнейшим из которых является состояние иммунной системы макроорганизма. Одни и те же инфекционные агенты, в одних случаях вызывают осложнения беременности, а в других - практически не влияют на ее течение. Таким образом, во время беременности, не менее важными, чем непосредственное влияние возбудителя, становятся реакции материнской иммунной системы. Именно иммунным механизмам отводится исключительная роль в развитии и сохранении беременности [3, 5, 6].

Цель исследования. Снижение частоты послеродового эндометрита (ПЭ) у родильниц инфекционного риска на основе разработки методов прогнозирования и совершенствования профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Проведено когортное перспективное исследование, куда вошли 26 беременных высокого инфекционного риска, которые в послеродовом периоде были разделены на 2 группы: I - основная (n=14) и II - группа сравнения (n=12). Группы были сопоставимы по возрасту, данным соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Комплексное обследование включало оценку анамнестических данных и результатов клинических, микробиологических, инструментальных методов исследования. Забор материала для микробиологического исследования проводился на сроке 12-16 недель беременности. Критериями включения служили обострение генитальных и экстрагенитальных заболеваний инфекционной природы во время беременности.

Родильницам основной группы в послеродовом периоде для профилактики инфекционных



осложнений внутриматочно вводился формованный сорбент одновременно с внутривенным введением антибиотика. Размер пористого аппликатора: длина 6 см, ширина 1 см, толщина 1 см. В группе сравнения проводилась только традиционная антибиотикопрофилактика послеродовых гнойно-септических осложнений.

Оценка микрофлоры родовых путей у пациенток проводилась методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), микробиологическое исследование проводилось по стандартной методике. Материалом для исследования служило отделяемое влагалища, цервикального канала, аспират из полости матки. Забор материала осуществлялся в асептических условиях. При проведении аспирата из полости матки использовались стерильные проводники в виде силиконовой трубки, исключающие возможность загрязнения пробы вагинальной и цервикальной микрофлорой.

Определение субпопуляционного состава лимфоцитов проводилось на проточном цитофлюориметре с пробоподготовкой образцов, а содержание цитокинов – методом иммуноферментного анализа на тест-системах.

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA-6, стандартных математических таблиц Microsoft Excel. Для характеристики показателей, посвященных ретроспективному анализу историй родов беременных. Для отбора наиболее информативных признаков был использован точный критерий Фишера.

Результаты исследования и обсуждение. Проведенный анализ гинекологических заболеваний у родильниц группы инфекционного риска показал, что наиболее часто встречались воспалительные заболевания органов малого таза – у 49,6% наблюдаемых; острый вагинит был отмечен у 38,5%; цервицит – у 23,9%; перенесенные оперативные вмешательства на маточных трубах зарегистрированы у 8,5%; нарушения менструального цикла – у 7,7%; миома матки – у 3,4%; бесплодие в анамнезе встречалось у 3,4% женщин.

Среди экстрагенитальной патологии у данной группы пациенток преобладали анемии (59,0%); на втором месте по частоте были хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей (27,4%); ожирение (17,1%); артериальная гипертензия (10,3%); патология щитовидной железы (5,1%); сахарный диабет в 2,6% случаев.

При проведении сонографического исследования во время беременности были выявлены следующие маркеры внутриутробного инфицирования: маловодие диагностировалось в 42,9% случаев; нарушение плодово-плацентарного кровотока – в 39,5%; многоводие – в 17,9%; утолщение плаценты, превышающее соответствующие нормативы для данного срока беременности, выявлялось в 15,5%.

Наиболее частым осложнением течения беременности у наблюдаемых пациенток была рецидивирующая угроза прерывания (46,7%), которая сочеталась с воспалительными изменениями во влагалище. На втором месте по частоте было преждевременное излитие околоплодных вод (42,7%). Преэклампсия разной степени тяжести встречалась у 41,9% наблюдаемых, в том числе в сочетании с задержкой роста плода в 26,5% случаев. Обострение инфекционных заболеваний мочевыводящих путей отмечено у 17,9% беременных.

Исследование вагинального биотопа у наблюдаемых пациенток на этапе беременности показало преобладание следующих микроорганизмов: Enterococcus (faecalis, faecium) – 33,9%; E. coli – 27,4%; Staphylococcus (epidermidis, haemolyticus, chromogenes) – 17,4%; дрожжеподобные грибы рода Candida – 15,8%; Ureaplasma urealyticum – 12,7%; сочетание возбудителей наблюдалось у 83,2%. В цервикальном канале наблюдался рост тех же возбудителей: Enterococcus (faecalis, faecium) – 28,2%; E. coli – 22,5%; Ureaplasma urealyticum – 10,3%. Обострение вирусной инфекции отмечалось у 33% наблюдаемых. При исследовании методом ПЦР отделяемого цервикального канала во время беременности были выявлены следующие возбудители: вирус Эпштейна–Барр – 17,2%; вирус простого герпеса (ВПГ) 6-го типа – 8,0%; ВПГ 1-го типа – 4,6%; ВПГ 2-го типа – 2,3%; цитомегаловирус – 2,3%; ротавирус – 2,3%.

При оценке иммунного статуса у беременных были получены данные, свидетельствующие о напряжении клеточного звена иммунитета, которые проявлялись в изменении соотношения лимфоцитов при сниженном иммунорегуляторном индексе ($p=0,0040$) на фоне повышения активности провоспалительных цитокинов (интерлейкина (ИЛ)-1 β). У 33% беременных с активацией вирусной инфекции отмечается более высокий уровень Т-NK клеток ($p=0,001$),



что по нашему мнению свидетельствует об усиленной киллерной активности лимфоидных клеток.

Всем пациенткам перед родоразрешением проводилась санация родовых путей местными антисептиками. В послеродовом периоде, в первые сутки, проводился посев из полости матки с целью оценки наличия патогенной микрофлоры. По результатам первичных посевов в течение 24 ч оценивалась степень обсемененности полости матки.

Результаты первичных посевов пациентки обеих групп были сопоставимы: в основной группе массивный рост патогенной микрофлоры определялся в 67,3% случаев, умеренный – в 26,5%, скудный – в 6,1%; в группе сравнения массивный рост определялся в 55,9% случаев, умеренный – в 27,9%, скудный – в 16,2%. При этом в 29,9% случаев определялась *Ureaplasma urealyticum*; в 23,1% случаев – *Staphylococcus (haemolyticus, chromogenes)*; на третьем месте по частоте выявлялся *Enterococcus faecalis* – 16,2%; *E.coli* составила 7,7%; *Corynebacterium* – 6,8%; *Mycoplasma hominis* 6,8%; *Enterobacter cloacae* – 2,6%; *Klebsiella* и *Pseudomonas aeruginosa* – 1,7%.

В основной группе моноинфекция встречалась в 37,5% случаев; в группе сравнения – в 36,8%. Наиболее часто наблюдались ассоциации *Enterococcus* и *Ureaplasma urealyticum* (12,5%), *Enterococcus* и *Staphylococcus* (8,1%), *Enterococcus* и *Candida* (6,8%), *Enterococcus* и *E. coli* (2,7%).

При проведении проб на чувствительность к антибиотикам была выявлена высокая частота резистентности патогенной флоры: *Enterococcus faecalis* в 66,7% случаев проявлял устойчивость к азитромицину, в 47,6% – к бензилпенициллину и ко-тримоксазолу, в 42,8% – к доксициклину. *Staphylococcus haemolyticus* в 72,2% случаев проявлял резистентность к бензилпенициллину, в 66,7% – к эритромицину, в 55,6% – к офлоксацину и в 33,3% – к цефотаксиму. *Ureaplasma urealyticum* в 74,5% проявляла устойчивость к джозамицину, в 29,5% – к кларитромицину, в 22,9% – к эритромицину и в 14,8% была резистентна к клиндамицину.

На основе полученных данных была разработана шкала прогноза инфекционного риска, основанная на подсчете индивидуального количества баллов с учетом данных анамнеза, сонографического исследования, показателей иммунореактивности, как во время беременности, так и в родах, бактериологического исследования.

В послеродовом периоде родильницам основной группы проводилась комплексная профилактическая терапия: традиционная антибиотикопрофилактика и внутриматочные аппликации формованного сорбента. Сорбент в полость матки вводился трехкратно. Длительность однократной аппликации составила 24 ч, после чего использованный сорбент извлекался и вводился новый. В то же время в группе сравнения проводилась только традиционная антибиотикопрофилактика.

Антибиотикопрофилактика в обеих группах проводилась цефалоспорином II поколения по схеме: 1,0 г антибиотика внутривенно капельно однократно за 30 мин до начала родоразрешения.

У родильниц основной группы проводилось три контрольных посева из полости матки после извлечения каждого сорбента. После извлечения первого сорбента через 24 ч у 21,7% пациенток сохранялся массивный рост патогенной микрофлоры, у 43,5% был выявлен умеренный и у 34,8% – скудный рост микроорганизмов. После извлечения второго сорбента у 52,2% пациенток роста микрофлоры обнаружено не было, у 39,1% сохранялся умеренный и у 8,7% – скудный рост микрофлоры. В контроле посевов после извлечения третьего сорбента роста микроорганизмов не было выявлено в 100% случаев. У родильниц группы сравнения в контрольном посеве гравидарного эндометрия через трое суток после антибиотикопрофилактики патогенная микрофлора продолжала определяться у 66,2% родильниц.

Проблема профилактики и лечения гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний осложняется и тем, что накапливающиеся при воспалительном процессе в полости матки провоспалительные цитокины, а также токсины, выделяемые возбудителями, приводят к нарушению процессов местного гемостаза, снижению перфузии ткани и к дополнительному развитию гипоксии ткани, затрудняя регенерацию и эпителизацию эндометрия. В связи с этим проводилось определение уровня провоспалительных цитокинов и лактоферрина в аспирате из полости матки. Забор материала проводился до начала и после завершения



профилактической терапии. Также оценивался объем полости матки, ультразвуковое исследование проводилось на 1-е и 3-и сутки послеродового периода.

При анализе полученных данных отмечено достоверное ($p=0,01172$) снижение активности острофазового белка лактоферрина в 1,3 раза и провоспалительного цитокина ИЛ-1 β в 2,3 раза ($p=0,01252$) в аспирате из полости матки у пациенток основной группы в сравнении с аналогичными показателями группы сравнения. Показатели количества лейкоцитов и лейкоцитарного индекса интоксикации периферической крови после проведенного профилактического лечения одинаково снижались в обеих группах. В основной группе после использования формованного сорбента отмечено уменьшение объема полости матки в 1,2 раза, в то время как при применении традиционной антибиотикопрофилактики имело место уменьшение объема полости матки в 1,05 раза.

Выводы.

1. В развитии гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц группы инфекционного риска наибольшее значение имеет микст-инфицирование, при котором ведущая роль в формировании патологии принадлежит бактериальной грамположительной микрофлоре с высоким уровнем антибиотикоустойчивости, в результате чего традиционная антибиотикопрофилактика оказывается малоэффективной.

2. Для беременных группы инфекционного риска доказано наличие напряжения иммунной системы вследствие перенесенных во время беременности воспалительных заболеваний генитального тракта или обострения соматических хронических инфекционных заболеваний.

3. После проведения традиционной антибиотикопрофилактики, несмотря на снижение лейкоцитов и лейкоцитарного индекса интоксикации в периферической крови, в посевах из полости матки продолжает определяться патогенная микрофлора более чем в 50% случаев, и в то же время сохраняется высокая активность местных провоспалительных цитокинов, что свидетельствует о риске развития отсроченного, вялотекущего эндометрита.

4. Предложенный способ профилактики послеродового эндометрита у родильниц с инфекционным риском с помощью внутриматочного введения формованного пористого углеродного сорбента является более эффективным по сравнению с традиционным подходом и позволяет снизить частоту ПЭ.

Литература.

1. Долгушина В.Ф., Долгушин И.И., Курносенко И.В., Лебедева Ю.В. Клинико-иммунологические критерии внутриматочной инфекции //Акушерство и гинекология, 2017, №1, С. 40-45.
2. Лебедева О.П. Прогнозирование, ранняя диагностика и обоснование профилактики инфекционно-воспалительных осложнений гестационного процесса //Автореферат дисс ... к.м.н., М., 2014, 28 с.
3. Самчук П.М. Гнойно-воспалительные осложнения в послеродовом периоде: Прогнозирование, ранняя диагностика, лечение, профилактика //Автореферат дисс ... д.м.н., Иркутск, 2002, 54 с.
4. Christodoulakos G. Pathogenesis of endometriosis: The role of defective immunosurveillance /G.Christodoulakos, A.Augoulea, I.Lambrinoudaki [et al.] //Eur. J. Contr. Reprod. Health Care, 2007, Vol. 12, №3, P. 194-202.
5. Donders G. Aerobic vaginitis in pregnancy / G.Donders, G.Bellen, D.Rezeberga //Br. J. Obstet. Gynecol. 2011, Vol. 118, №10, P. 1163-1170.
6. Higgins R.D. Evaluation and Management of Women and Newborns With a Maternal Diagnosis of Chorioamnionitis / R.D.Higgins, G.Saade, R.A.Polin [et al.] //Obstet. Gynecol, 2016, Vol. 127, № 3, P. 426-436.



NOSPETSIFIK AORTOARTERITDA VAZORENAL GIPERTENZIYA SINDROMI

Soliyev.Z.S., Xidoyatova.M.R., Nabiyeva D.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi. Nospestifik aortaarterit (Takayasu kasalligi) – aorta va uning asosiy shoxlarini okkluziyasi rivojlanishi bilan kechuvchi granulematoz yallig'lanish va bir yoki ikkala qo'lda pulsning bo'lmashidir. Asosan 40-50 yoshdagi ayollar kasallanadi. Kasallik birinchi bor 1908 yilda Takayasu tomonidan aniqlangan. Kasallik 1000000 aholiga 1,2-3,6 ta xolatni tashkil etadi. Vazorenal gipertenziya (VRG) – buyrak arteriyalarida magistral qon oqimini buzilishi oqibatida va buyrak parenximasini, siydik chiqaruv yo'llarining birlamchi zararlanishi bilan bog'liq bo'lmagan simptomatik arterial gipertenziya turlaridan biridir. Barcha arterial gipertenziya turlari orasida vazorenal gipertenziya 2-5% ni tashkil etadi. VRG negizini buyrak arteriyalarining yoki uning segmentar tarmoqlarining bir yoki ikki tomonlama torayishi yoki okklyuziyasi tashkil qiladi. Natijada arteriyaning patologik toraygan qismi orqali buyrakka qon kelishi anchagina kamayadi, bu o'z navbatida buyrak to'qimasining ishemiyasiga sabab bo'ladi. Ishemiyaning darajasi arteriya stenozining darajasiga bevosita bog'liq bo'ladi.

Tadqiqot maqsadi: Klinik xolatni o'rganish va nospestifik aortaarteritda ba'zis va gipertenziv davoni samaradorligini baholash va bemorni davolashda kamchiliklarni aniqlash.

Klinik holat.

Umumiy ma'lumot: Ayol kishi 1997-yilda tug'ilgan.

Kasallik tarixidan: 2015 yilda "Nospestifik aortaarterit" tashxisi qo'yilgan. 2020 yil "Torakofrenolyumbotomiya, abdominal aorta va chap buyrak arteriyasini protezlash" amaliyotini o'tkazgan.

Shikoyatlari; Tana bo'ylab og'riklar, qo'l oyoqlarida uvishish, qo'l va oyoq panjalari muzlashga, bosh aylaninishi va bosh og'rigi. qon bosimi ko'tarilishi, umumiy xolsizlikka

Obyektiv ko'rik; Umurtka pog'onasi va badan bo'ylab palpatsiyada og'riqli nuqtalar aniqlanadi. Nafas olish tizimi Shikoyatlari: xarakatda xansirashga. Chap qo'lda arterial qon bosim (AQB) 180/60 mm.sim.ust ga teng, o'ng qo'lda AQB 160/60 mm.sm. ust teng. Ich kelishi qabziyatga moyil. bel soxasida operatsiyadan keyingi chandik. Auskultatsiyada abdominal aorta, chap va o'ng buyrak arteriyalari ustida shovqin aniqlanadi. Xozirgi paytda qabul qilayotgan dori vositalari: Prednizolon 5 mg 1 tabletka; Amlodipin 10 mg 1 tabletkadan 1 maxal; Telmisartan 80 mg 1 tabletkadan 1 maxal; Klopidoqrel 75 mg 1 tabletkadan 1 maxal.

Laborator - instrumental tekshiruvlar:

UTT tekshiruvi: Jigar-jigar parenximasida biroz o'zgarish exobelgilari. Buyrak- o'ng buyrak gipoplaziyasi. Chap tomonlama pielonefrit, tuzli diatez.

EKG: Chap qorincha gipertrofiyasi, miokardda gipoksik o'zgarishlar.

Qonning bioximik taxlili: C-reaktiv oqsil - 32-mg/l; Revmotoid omil – 7 IU/ml;

Antistreptolizin O – 420 IU/ml; Umumiy xolesterin – 3,9 mmol/l; Mochevina – 12,8 mmol/l; Kreatinin – 202,0 mmol/l; Koptokchalar filtratsiyasi tezligi - 61 ml/min/1,73 m²

Qonning umumiy taxlili: gemoglobin – 74 g/l; ECHT – 24mm/soat

Klinik tashhis: Asosiy: Nospestifik aortaarterit. Abdominal aorta infrarenal soxasi okklyuziyasi. O'ng buyrak arteriyasi okklyuziyasi. Chap buyrak arteriyasi kritik stenoz va okklyuziyasi. Ikki tomonlama umumiy uyqu arteriyasi kritik stenoz. Torakofrenolyumbotomiya, abdominal aorta va chap buyrak arteriyasini protezlashdan keyingi xolat. Buyrak arteriyasi angioplastikasi

Asorati: Burushgan buyrak. SBK 2. Vazorenal gipertenziya og'ir daraja.

Tavsiya etilgan davo; Statsionar sharoitda bemorga pulsterapiya o'tkazildi (Ciklofosfan bilan); Gipotenziv davo sifatida: Indap 2,5 + Nebivalol 5 mg 1/2 + Amlodipin 10 mg + Telmisartan 80 mg; Bazis davo: Azotioprin 50 mg 2 mahal; Autoimmun yallilanishga qarshi: Prednizolon 5 mg 1 tab 1 mahal; Kurantil 25 mg 1 tab 3 mahal

1 oydan keying ko'rik. Shikoyatlari: xarakatda xansirash kuzalilmaydi. Chap qo'lda AQB 140/60 mm.sim.ust ga teng, o'ng qo'lda AQB 130/60 mm.sm. ust teng. Ich kelishi qabziyatga moyil. Auskultatsiyada abdominal aorta, chap va o'ng buyrak arteriyalari ustida shovqin aniqlanadi. C-reaktiv oqsil - 16-mg/l; Umumiy xolesterin – 3,9 mmol/l; Mochevina – 10,2 mmol/l; Kreatinin – 124,0 mmol/l

Xulosa: Nospestifik aortaarteritli bemorlarda uzoq vaqt davomida bemorlarning ahvoli



qoniqarli bo'lib qoladi, bu esa kollateral qon aylanishining rivojlanishi bilan bog'liq. Ushbu sindromda o'limning eng ko'p uchraydigan sabablari: insult, miyokard infarkti, kamroq tez-tez aorta anevrizmasining yorilishidir. Kamchiliklardan biri bemorlarni davolashda, operativ davodan so'ng, asosiy basis davoni olib borilmasligidir.

Shuning uchun bu bemorlarda to'g'ri olib borilgan basis davo va AQB korrektsiyasi yomon oqibotlarni oldini oladi.



NOSPETSIFIK AORTOARTERITDA VAZORENAL GIPERTENZIYA SINDROMI

Soliyev Zafar Sattor o'g'li

Toshkent tibbiyot akademiyasi

1-son Davolash ishi fakulteti 4-kurs talabasi

Телефон: +998909609006

zafarsattorivich@mail.ru

Xidoyatova Muxlisa Raxmatillaevna,

Toshkent tibbiyot akademiyasi,

1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası dotsenti, t.f.d.

Телефон: +998909609330

khidoyatova.m@mail.ru

Nabiyeva Dildora Abdumalikovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi,

1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası mudiri, t.f.d.

Телефон: +998903597515

dil_nab@mail.ru

ANNOTATSIYA: Nospestifik aortaarteritda o'limning eng ko'p uchraydigan sabablari: insult, miyokard infarkti, aorta anevrizmasining yorilishidir. Ushbu kasallikda bemorlarni davolashda kamchiliklardan biri, operativ davodan so'ng, asosiy bazis davoni olib borilmasligidir.

KALIT SO'ZLAR: nospestifik aortaarterit, vazorenal gipertenziya

Mavzuning dolzarbligi. Nospestifik aortaarterit (Takayasu kasalligi) – aorta va uning asosiy shoxlarini okkluziyasi rivojlanishi bilan kechuvchi granulematoz yallig'lanish va bir yoki ikkala qo'lda pulsning bo'lmasligidir. Asosan 40-50 yoshdagi ayollar kasallanadi [1]. Kasallik birinchi bor 1908 yilda Takayasu tomonidan aniqlangan. Kasallik 1000000 aholiga 1,2-3,6 ta xolatni tashkil etadi. Vazorenal gipertenziya (VRG) – buyrak arteriyalarida magistral qon oqimini buzilishi oqibatida va buyrak parenximasi, siydik chiqaruv yo'llarining birlamchi zararlanishi bilan bog'liq bo'lmagan simptomatik arterial gipertenziya turlaridan biridir [2]. Barcha arterial gipertenziya turlari orasida vazorenal gipertenziya 2-5% ni tashkil etadi. VRG negizini buyrak arteriyalarining yoki uning segmentar tarmoqlarining bir yoki ikki tomonlama torayishi yoki okklyuziyasi tashkil qiladi. Natijada arteriyaning patologik toraygan qismi orqali buyrakka qon kelishi anchagina kamayadi, bu o'z navbatida buyrak to'qimasining ishemiyasiga sabab bo'ladi. Ishemiyaning darajasi arteriya stenozining darajasiga bevosita bog'liq bo'ladi.

Tadqiqot maqsadi: Klinik xolatni o'rganish va nospestifik aortaarteritda ba'zis va gipertenziv davoni samaradorligini baholash va bemorni davolashda kamchiliklarni aniqlash.

Klinik holat.

Umumiy ma'lumot: Ayol kishi 1997-yilda tug'ilgan.

Kasallik tarixidan: 2015 yilda "Nospetsifik aortaarterit" tashxisi qo'yilgan. 2020 yil "Torakofrenolyumbotomiya, abdominal aorta va chap buyrak arteriyasini protezlash" amaliyotini o'tkazgan.

Shikoyatlari; Tana bo'ylab og'riklar, qo'l oyoqlarida uvishish, qo'l va oyoq panjalari muzlashga, bosh aylaninishi va bosh og'rigi. qon bosimi ko'tarilishi, umumiy xolsizlikka

Obyektiv ko'rik; Umurtka pog'onasi va badan bo'ylab palpatsiyada og'riqli nuqtalar aniqlanadi. Nafas olish tizimi Shikoyatlari: xarakatda xansirashga. Chap qo'lda arterial qon bosim (AQB) 180/60 mm.sim.ust ga teng, o'ng qo'lda AQB 160/60 mm.sm. ust teng. Ich kelishi qabziyatga moyil. bel soxasida operatsiyadan keyingi chandik. Auskultatsiyada abdominal aorta, chap va o'ng buyrak arteriyalari ustida shovqin aniqlanadi. Xozirgi paytda qabul qilayotgan dori vositalari: Prednizolon 5 mg 1 tabletka; Amlodipin 10 mg 1 tabletkadan 1 maxal; Telmisartan 80 mg 1 tabletkadan 1 maxal; Klopidoqrel 75 mg 1 tabletkadan 1 maxal.

Laborator - instrumental tekshiruvlar:

UTT tekshiruvi: Jigar-jigar parenximasida biroz o'zgarish exobelgilari. Buyrak- o'ng buyrak gipoplaziyasi. Chap tomonlama pielonefrit, tuzli diatez.

EKG: Chap qorincha gipertrofiyasi, miokardda gipoksik o'zgarishlar.

Qonning bioximik taxlili: C-reaktiv oqsil - 32-mg/l; Revmotoid omil – 7 IU/ml;



Antistreptolizin O – 420 IU/ml; Umumiy xolesterin – 3,9 mmol/l; Mochevina – 12,8 mmol/l; Kreatinin – 202,0 mmol/l; Koptokchalar filtratsiyasi tezligi - 61 ml/min/1,73 m²

Qonning umumiy taxlili: gemoglobin – 74 g/l; ECHT – 24mm/soat

Klinik tashhis: Asosiy: Nospetsifik aortoarteriit. Abdominal aorta infrarenal soxasi okklyuziyasi. O'ng buyrak arteriyasi okklyuziyasi. Chap buyrak arteriyasi kritik stenozi va okklyuziyasi. Ikki tomonlama umumiy uyqu arteriyasi kritik stenozi. Torakofrenolyumbotomiya, abdominal aorta va chap buyrak arteriyasini protezlashdan keyingi xolat. Buyrak arteriyasi angioplastikasi

Asorati: Burushgan buyrak. SBK 2. Vazorenal gipertenziya og'ir daraja.

Tavsiya etilgan davo; Statsionar sharoitda bemorga pulsterapiya o'tkazildi (Ciklofosfan bilan); Gipotenziv davo sifatida: Indap 2,5 + Nebivalol 5 mg 1/2 + Amlodipin 10 mg + Telmisartan 80 mg; Bazis davo: Azotioprin 50 mg 2 mahal; Autoimmun yallylanishga qarshi: Prednizolon 5 mg 1 tab 1 mahal; Kurantil 25 mg 1 tab 3 mahal

1 oydan keying ko'rik. Shikoyatlari: xarakatda xansirash kuzalilmaydi. Chap qo'lda AQB 140/60 mm.sim.ust ga teng, o'ng qo'lda AQB 130/60 mm.sm. ust teng. Ich kelishi qabziyatga moyil. Auskultatsiyada abdominal aorta, chap va o'ng buyrak arteriyalari ustida shovqin aniqlanadi. C-reaktiv oqsil - 16-mg/l; Umumiy xolesterin – 3,9 mmol/l; Mochevina – 10,2 mmol/l; Kreatinin – 124,0 mmol/l

Xulosa: Nospestifik aortaarteritli bemorlarda uzoq vaqt davomida bemorlarning ahvoli qoniqarli bo'lib qoladi, bu esa kollateral qon aylanishining rivojlanishi bilan bog'liq. Ushbu sindromda o'limning eng ko'p uchraydigan sabablari: insult, miyokard infarkti, aorta anevrizmasining yorilishidir. Kamchiliklardan biri bemorlarni davolashda, operativ davodan so'ng, asosiy bazis davoni olib borilmasligidir.

Shuning uchun bu bemorlarda to'g'ri olib borilgan basis davo va AQB korrektsiyasi yomon oqibotlarni oldini oladi.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Цыганкова О.В., Байрамова С.С., & Ахмеджанов Н.М. Неспецифический аортоартериит как причина расслоения аорты у мужчины среднего возраста. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2022. 18 (2), 183-190.

2. Бради, А. С., Иоселиани, Д. Г. Вазоренальная гипертензия: диагностика и принципы лечения. Лечебное дело. 2006. №4. С.11-17.



КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ

Хакимова Манзура Нурматовна,
студент магистратуры кафедры
медицинской радиологии, ТашПМИ
Тел.: + 998977664543

hakimovaa.manzura@mail.ru

Мамадалиева Яшнар Мамасалиевна,
Д.м.н., профессор, заведующая
курсом ультразвуковой диагностики ЦРПКМР
Тел.: +998903450366

АКТУАЛЬНОСТЬ: Рак яичников составляет 4-6% в структуре общей женской заболеваемости злокачественными опухолями и занимает в ней 7 место, а среди гинекологических опухолей третье - после рака тела и шейки матки. В структуре смертности рак яичников находится на 4-м месте, опережая рак тела и шейки матки.

Ежегодно в Узбекистане более 3 тысяч женщин заболевают раком яичника. К сожалению, у большинства женщин рак яичников сегодня диагностируют уже на запущенных стадиях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Рак яичников, современные методы исследования, ультразвуковые исследования.

Цель исследования. Совершенствование диагностики рака яичников, путем использования современных методов ультразвуковых исследований.

Материал и методы исследования. Исследования проведены на базе кафедры ультразвуковой диагностики ЦРПКМР, Ташкентском областном онкологическом диспансере.

Ультразвуковые исследования проводилось с помощью ультразвуковых приборов экспертного класса (General Electric), XD Clear S8 (MINDRAY), MINDRAY DS-8 с использованием конвексного датчика 1-6 МГц, линейного датчика 9-11 МГц, вагинального датчика 3-12 МГц и объемного датчика 1-8 МГц.

Результаты сопоставлены с лабораторными данными ФСТ, ЛГ, С-125, а также МРТ.

Результаты исследования. При ультразвуковом исследовании новообразование яичников выявлено во всех 10 наблюдениях. При морфологическом исследовании в 3 случаях подтверждено синхронное поражение тела матки и яичников и в 4 случаях — РТМ с метастазами в яичники. В группе с синхронным РТМ и яичников чаще выявлялись односторонние солидно-кистозные с неровными четкими контурами новообразования, размерами >6 см, при компрессионной эластографии — 4-й тип эластограммы. Метастатические опухоли яичников были как двусторонними, так и односторонними, представлены солидными образованиями с четкими ровными контурами, размеры яичников не превышали 7 см

Выводы. При ультразвуковом исследовании больных с диагнозом РТМ важно тщательное изучение структуры яичников для своевременной диагностики опухоли. Дальнейшая разработка дифференциально-диагностических критериев макromетастазов и синхронных опухолей яичников с использованием современных ультразвуковых технологий является перспективной задачей, поскольку эта информация необходима для коррекции объема операции у данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Думанский Ю.В., Шкарбун К.Д., Шкарбун Л.И. Роль ультразвукового исследования в выборе тактики лечения рака яичников // Український журнал хірургії. 2013;2(21):8–13. [Dumansky Yu.V., Shkarbun K.D., Shkarbun L.I. The role of ultrasound in the choice of tactics for the treatment of ovarian cancer, // Ukrainian Journal of Surgery. 2013;2(21):8-13].

2. Думанский Ю.В., Шкарбун К.Д., Шкарбун Л.И. Ультразвуковой алгоритм исследования органов малого таза у женщин с подозрением на злокачественный процесс в яичниках // Архив клинической и экспериментальной медицины. 2014;23(1):3–7. [Dumansky Yu.V., Hrych K.D., Hrych L.Y. Ultrasonic algorithm for the study of pelvic organs in women with



suspected malignant process in the ovaries // Archive of clinical and experimental medicine. 2014;23(1):3–7].

3. Михайлина А.Е., Белозерова И.С., Воронцова Н.А., Чуркина С.О., Савинова Е.Б., Гаждонова В.Е. Метод соноэластографии в выявлении рака яичников и мониторинге лечения. // Вестник Российского научного центра рентгенрадиологии. 2011;4 (URL: http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v11/papers/congr/mihailiae_11.htm). [Mikhaylina A. E., Belozerova I. S., Vorontsova N.A., Churkina S. A., Savinova E. B., Gazhonova V. E. The method of sonoelastography in the detection of ovarian cancer and monitoring of treatment. // Bulletin of the Russian Scientific Center of Radiology. 2011;4 (URL: http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v11/papers/congr/mihailiae_11.htm)].

4. Халмухамедова А.Е. Оптимизация алгоритма диагностики опухолей яичников с помощью ультразвуковой эластографии. // Кремлевская медицина. М. 2017;3:52-63. [Hal-mukhamedova A. E. Optimization of the algorithm for diagnosing ovarian tumors using ultrasound elastography. // Kremlin medicine. M. 2017;3:52-63].



ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Хакимова Манзура Нурматовна,

студент магистратуры кафедры
медицинской радиологии, ТашПМИ

Тел.: + 998977664543

hakimovaa.manzura@mail.ru

Мамадалиева Яшнар Мамасалиевна,

Д.м.н., профессор, заведующая курсом
ультразвуковой диагностики ЦРПКМР

Тел.: +998903450366

Султонова Лайло Рустамовна,

ассистент кафедры медицинской радиологии ТашПМИ

Тел.: + 998933874446

Абдуллаева Шахсанам,

студент магистратуры кафедры
медицинской радиологии ТашПМИ

Тел.: + 998934094067

Юлдуз Фарходова,

студент магистратуры кафедры
медицинской радиологии ТашПМИ

Тел.: + 998979070302

АННОТАЦИЯ: Проблема рака яичников является одной из самых сложных в онкологии. Среди злокачественных новообразований малого таза, рак яичника занимает 3-е место после тела и шейки матки. За последние 10 лет прирост заболеваемости составил 8,5%, а смертности 8,7%, т.е. смертность растет практически параллельно заболеваемости [1, 2].

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Рак яичников, современные методы исследования, ультразвуковые исследования.

Цель. Изучить информативности компрессионной эластографии при диагностике рака яичников.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены в Ташкентском областном онкологическом диспансере. В основу работы положены результаты обследования 42 женщин с раком яичников. Ультразвуковые исследования проводилось с помощью ультразвуковых приборов экспертного класса «General Electric», «XD Clear S8» (MINDRAY), «MINDRAY DS-8» с использованием конвексного (1-6 МГц), линейного (9-11 МГц), вагинального (3-12 МГц) и объемного (1-8 МГц) датчиков.

По данным классификации эластографических изображений [3, 4], адаптированных для гинекологических патологий, обследованные пациентки были разделены на 6 типов: 1-тип: характерен для жидкостных структур: Прямой тип - серозное содержимое; Обратный тип - геморрагическое содержимое. 2-тип: эластичные структуры, картирующиеся зеленым цветом: 2 «а» вид – содержат единичные жесткие включения синего цвета; 2 «б» вид – содержат единичные эластичные включения красного и желтого цвета; 2 «с» вид - содержат множественные высокоэластичные включения красного и желтого цвета. 3-тип: сложное мозаичное изображение с множественными участками разной плотности. 4-тип: структуры с жесткой (синего цвета) центральной частью и окаймляющей эластичной капсулой (красного цвета). Данному типу дано название – «blue-eye». 5-тип: жесткие структуры (синего цвета) с единичными мягкими включениями зеленого цвета. 6-тип: стабильно жесткие структуры, картирующиеся устойчивым синим цветом.

Результаты исследования. У 42 пациенток был диагностирован рак яичников, у 5 (11,9%) из них были метастазы рака в яичник. Первичный рак яичников был установлен у 37 (88,1%) больных. Метастаз рака в яичник (МТ) выявлен у 5 (11,9%) больных, при этом у 2 (40,0%), первичный очаг локализовался в желудочно-кишечном тракте, у 3 (60,0%) – в молочной железе. Результаты сопоставлены с лабораторными данными ФСГ, ЛГ, С-125, а



также МРТ.

В 92,9% (39 из 42) случаев рак яичников в режиме СЭГ картировался как образование высокой плотности, окрашиваясь стабильно синим цветом, что соответствовало 5 и 6 типу соноэластограмм по усовершенствованной классификации соноэластографии для гинекологии. У всех пациенток с метастатическим поражением яичников образования картировались стабильно плотно 6 типом соноэластограммы.

Вывод. Метод СЭГ является эффективным в дифференциальной диагностике доброкачественных образований и рака яичников, особенно малых размеров, так как В-режим и УЗ-ангиография не всегда могут однозначно ответить на вопрос о характере новообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шкарбун К.Д. Рак яичников: современные лабораторные и лучевые методы диагностики и оценки эффективности лечения // Новообразования. 2013;1(11):21–27. [Shkarbun K.D. Ovarian cancer: modern laboratory and radiation methods of diagnosis and evaluation of the effectiveness of treatment // Neoplasms. 2013;1(11):21-27].
2. Шкарбун К.Д., Шкарбун Л.И. Дополнительные возможности ультразвукового исследования при раке яичников // Медико-соціальні проблеми сім'ї. 2013;18;1:70–75. [Shkarbun K.D., Shkarbun L.I., Additional possibilities of ultrasound examination in ovarian cancer // Medico-social problems of the family. 2013;18(1):70-75].
3. Ашрафян Л.А., Бабаева Н.А., Антонова И.Б., Ивашина С.В., Люстик А.В., Алешикова О.И. Ультразвуковые критерии ранней диагностики рака яичников. Опухоли женской репродуктивной системы. 2015;11:1:53-60. [Ashrafyan L.A., Babaeva N.A., Antonova I.B., Ivashina S.V., Lyustik A.V., Aleshikova O.I. Ultrasound criteria for early diagnosis of ovarian cancer. Tumors of the female reproductive system. 2015;11:1:53-60].
4. Белозерова И.С., Халмухамедова А.Е., Мазаева И.Ю., Калашникова Е.В., Фидлер Н.Н., Гажонова В.Е. Диагностика заболеваний эндометрия с помощью компрессионной ультразвуковой эластографии при сопутствующей патологии миометрия. // Кремлевская медицина- М.; 2017;3:45-52. [Belozeroва I.S., Halmukhamedova A.E., Mazaeva I.Yu., Kalashnikova E.V., Fidler N.N., Gazhonova V.E. Diagnosis of endometrial diseases using compression ultrasound elastography with concomitant pathology of the myometrium. // Kremlin medicine - M. 2017;3:45-52].

ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН: ИННОВАЦИЯ, ФАН ВА ТАЪЛИМ 18-ҚИСМ

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

Эълон қилиш муддати: 31.01.2023

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