

YANG O'ZBEKISTON: INNOVATSIYA, FAN VA TA'LIM

CONFERENCES.UZ

2023

DAVRIYLIGI: 2018-2023

DUNYODA BIRINCHI KASHF ETILGAN SAMOLYOT

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI VA XORIJU O'LYU TA'LIM MUASSASALARI PROFESSOR-O'QUVCHILARI, YOSH O'QUMLAR, DOKTORANTLAR, MAGISTRANTLAR VA IQTIDORLI TALABALAR

МОЩНОСТЬ ДВИГАТЕЛЯ **12 л.с.**
(8,8 кВт)

МАССА ДВИГАТЕЛЯ **77 кг**

МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ **48 км/ч**

ЭКИПАЖ **1 человек**

ПЛОЩАДЬ КРЫЛА **47 м²**

ДЛИНА **6,4 м**

РАЗМАХ КРЫЛЬЕВ **12,3 м**

ВЫСОТА **2,7 м**

ОСНОВНОЙ МАТЕРИАЛ **ДЕРЕВО**
(Ель)

МАССА:

- ПУСТОГО **274 кг**
- СНАРЯЖЁННОГО **338 кг**

Орвилл Райт

Уилбур Райт

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

APREL №51

**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 51-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 апрель 2023 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2023. - 25 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар «Харакатлар стратегиясидан – Тараққиёт стратегияси сари» тамойилига асосан ишлаб чиқилган еттита устувор йўналишдан иборат 2022 – 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси мувофик:– 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 истиқболдаги 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 Шохида Юсуповна «Тараққиёт стратегияси» маркази муҳаррири

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 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, DSc, Тошкент фармацевтика институти, Фармацевтик ишлаб чиқаришни ташкил қилиш ва сифат менежменти кафедраси профессори

20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, DSc, Тошкент фармацевтика институти, Фармацевтик ишлаб чиқаришни ташкил қилиш ва сифат менежменти кафедраси профессори

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 Муҳаммадхон 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)

Тўпلامга 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. Худайбердиев К.Т., Рахимжонов И.У. НЕСРАЩЕНИЕ ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПОМОЩЬЮ СКОБ.	7
2. Khudayberdiyev K.T., Rakhimjonov I.U. DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE HUMERUS. (CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT).	8
3. Тухтаева Нигора Хасановна Вирулентность Helicobacter pylori у больных с гастропатией при ревматоидном артрите.	9
4. Узакбаев Ыкласбай Омирбаевич, Джураева Н.М ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАКАХ ПОЧЕК.....	11
5. Узакбаев Ыкласбай Омирбаевич, Джураева Н.М ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧЕК.....	13
6. Шамансуров Шаанвар Шамурадович, Туляганова Нодирахон Маликовна, Абдуллаева Маъмурахон Нурбаевна РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ.....	14
7. Мамажонова Зебо Шокиржон кизи, Эгамбердиева Доно Абдусаматовна, Рузметова Ирода Арслановна СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И ИБС	16
8. Камалова Мехринисо Киличевна, Рахимов Содик Шавкатович АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ПРИЧИНЫ ВРОЖДЁННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА У ДЕТЕЙ.....	18
9. Урманова Ю.М., Миртухтаева М.Б., Ходжаева Ф.С. «О ЗНАЧЕНИИ ИНВАЗИИ И МАРКЕРОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МАКРО И ГИГАНТСКИМИ НЕАКТИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА».....	21
10. Файзиева Д.Б. Кўздаги рефракцион бузилишларда бўйин умуртка поғонаси патологиясини ўрганишнинг аҳамияти.	23



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

НЕСРАЩЕНИЕ ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПОМОЩЬЮ СКОБ.

д-р.м.н., профессор **Худайбердиев К.Т.**,
Магистр 3го курса **Рахимжонов И.У.**
Кафедра травматологии и ортопедии. А.Г.М.И.

Аннотация: Диафизарные переломы плечевой кости относятся к одним из наиболее тяжелых травм верхней конечности. По данным разных авторов диафизарные переломы плечевой кости составляют 0.5-2% от переломов костей, а среди всех внутрисуставных переломов 19%. Составляя небольшую часть среди пострадавших, эти пациенты требуют особого внимания. Это обусловлено как высокой трудовой активностью (большинство из них находятся в трудоспособном возрасте), так и значительным числом неудовлетворительных результатов лечения 8,3-67%. Исходя из этого мы решили оценить какие переломы диафиза плечевой кости склонны к несращению после функциональной фиксации.

Ключевые слова: диафизарный перелом, плечевая кость, хирургическое лечение, фиксация.

Цель: оценить, какие переломы диафиза плечевой кости склонны к несращению после функциональной фиксации, путем анализа пациентов, обращающихся за лечением несращения после лечения с помощью корсета.

Методы: 32 пациента, оперированных по поводу несращения диафиза плечевой кости после лечения функциональными корсетами, были проанализированы в отношении локализации и характера исходного перелома. Среди них было 21 женщина и 11 мужчин, средний возраст которых составил 53 года (от 23 до 84 лет).

Полученные результаты: Перелом затронул проксимальную треть диафиза у 17 больных, среднюю треть у 14 больных и дистальную треть у 1 больного. Характер перелома был косым или спиральным у 27 пациентов, фрагмент бабочки у 11 из этих пациентов. Только у четырех пациентов был поперечный перелом. Оперативная фиксация в конечном итоге привела к сращению у всех 32 пациентов, но потребовалась повторная процедура для ослабления фиксации или стойкого несращения у 3 пациентов старшего возраста. Функциональные результаты были хорошими или отличными у всех 32 пациентов.

Выводы: По сравнению с эпидемиологией острых диафизарных переломов плечевой кости несращения после функциональной фиксации с большей вероятностью следуют за спиральными/косыми переломами, затрагивающими среднюю или проксимальную треть диафиза. Оперативное лечение может привести к объединению и улучшению функции руки.

Литература.

1. Абдуразаков У.Л. Внутри- и околоуставные переломы и их оперативное лечение. // Автореферат диссертации на соискание степени доктора мед. наук.-Киев.-1988.-40с.
2. Аверкиев В.А. Остеосинтез компрессионно-дистракционным аппаратом дистального метаэпифиза плечевой кости / В.А. Аверкиев. // Ортопедия, травматология. – 1977.-№5.-С.73.
3. Аверкиев В.А. Лечение внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плечевой кости (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис, кан. мед. наук. – Л., 1979. – 16 с.



DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE HUMERUS. (CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT).

Doctor of Medical Sciences, Professor **Khudayberdiyev K.T.**,
Master of the 3rd course **Rakhimjonov I.U.**
Department of Traumatology and Orthopedics. A.S.M.I.

Annotation. Diaphyseal fractures of the humerus in adults account for 3% of all fractures and approximately 14% of fractures of the humerus with a frequency of 13 cases per 100,000 per year, while the nature of fractures is in principle distributed bimodally, differentiating between young men (high-energy trauma) and elderly patients (osteoporotic fractures).

Keywords: diaphyseal fracture, humerus, surgical treatment, trauma

Purpose. To evaluate modern and practical principles of surgical treatment of diaphyseal fractures of the humerus in adults.

Materials and methods. The study is a retrospective study that used a number of research methods and data sampling from medical records, clinical and paraclinical studies. The study was conducted on a sample of 82 patients aged 18 to 83 years with a fracture of the humerus diaphysis, hospitalized in the Department of Traumatology and Orthopedics of the Andijan Regional Hospital for treatment during 2021-2022.

The results were analyzed and systematized after filling in a special electronic file with the encoding of demographic, anamnestic, clinical, paraclinical data and the method of treatment of each patient for computerized statistical processing by analysis methods.

Results. Considering the disadvantages of conservative treatment, the current trend towards the treatment of fractures of the humerus diaphysis - surgical even in old age, when the bone structure undergoes significant changes. Among surgical methods of treatment, special attention is paid to osteosynthesis with a plate and screws, in particular (LC-DCP), a method with many specific advantages, such as how: anatomical reduction of the fracture line, rotation stability, the possibility of examining the radial nerve, does not require additional immobilization. This method of treatment also brings important benefits for the patient, as they are represented by early functional retraining of the area and lack of joint stiffness after treatment. Thus, we can say that the surgical treatment method safely and quickly solves the diaphyseal fracture of the humerus with very good subsequent results. The recovery of the postoperative patient occurs quickly with the possibility of its integration into the activity in the shortest possible time, which explains the current trend towards rapid treatment, effective for both the doctor and the patient - surgical treatment.

Conclusions. Based on the analysis of 82 studied cases and a special The following conclusions can be drawn from the literature:

1. Fractures of the humerus diaphysis are quite rare, the maximum occurrence occurs at age III.
2. In the active period, the male sex is more prone to the formation of fractures of the humerus diaphysis, and in old age the female sex.
3. In winter, the frequency of fractures of the humerus diaphysis is higher than in the rest of the year.
4. In young patients, fractures of the humerus diaphysis occur due to a large release of energy (accidents), while in older people the cause is a minor injury (falling from the same level).
5. The middle third of the humerus diaphysis is most affected by the fracture.
6. Approximately 12% of fractures of the humerus diaphysis are associated with damage to the radial nerve.
7. Primary osteosynthesis can be obtained with fractures of the humerus diaphysis in more than 90% of cases, if a suitable treatment method is chosen.
8. The most commonly used surgical treatment is lamellar and helical osteosynthesis.
9. Surgical treatment may also be accompanied by complications, including: radial nerve damage (most often), pseudoarthrosis and ostitis.



ВИРУЛЕНТНОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* У БОЛЬНЫХ С ГАТРОПАТИЕЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.

Тухтаева Нигора Хасановна

Ташкентская Медицинская Академия.

Телефон: +998901281831

Nigora_321@mail.ru

Актуальность: *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) является грамотрицательной жгутиковой спирально закрученной, микроаэрофильной бактерией, которая имеет уреазную активность, она характеризуется колонизацией слизистой оболочки желудка [1]. С *H.pylori* часто усугубляются хронические гастриты, гастродуоденальные язвы, опухоли желудка, MALT-лимфомы [2]. Кроме того, распространенность *H.pylori* часто связывают с региональными особенностями, социальными и экономическими факторами, возрастом и этнической принадлежностью. *H.pylori* чаще встречается в развивающихся странах и реже — в развитых. Существуют многочисленные исследования, связанные с изучением бактерии *H.pylori* однако как развиваются клинические формы гастродуоденальных заболеваний не изучены до конца [3]. Кроме того, известно, что вирулентные свойства и генетические особенности возбудителя влияют на клинические формы *H.pylori* связанные заболевания [4, 5].

Цель исследования – оценка роли и генотипические особенности *Helicobacter pylori* в формировании НПВС гастропатии у больных ревматоидным артритом

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 больных ревматоидным артритом (71 (84%) женщин и 11(16%) мужчин), находившихся на стационарном лечении длительно применявших НПВС.

Материалом исследования послужила геномная ДНК *H. pylori*., выделенная из биоптата антрального отдела желудка.

Полученные результаты. Проведенные нами исследования позволили провести подбор и оптимизацию работы систем олигопраймеров генов *H. Pylori*. Разработанная методология стала основой для генотипирования генов *H. Pylori* у больных РА с гастропатиями и без гастропатии, что позволило провести предварительные молекулярно-генетические исследования с определением частоты встречаемости аллельных вариантов вышеуказанных генов, среди условно здоровых доноров и больных. Оптимизация молекулярно-генетических способов детекции генов вирулентности *H. Pylori* помогут повысить результативность и снизить затратность исследования.

В результате молекулярно-генетического исследования не было установлено статистически значимых различий между группами пациентов по степени активности ($p > 0,05$). Но в то же время в группе пациентов со 2 степени активности РА спектр генотипов *H.pylori* существенно отличался, значительно чаще встречались *vacAm2*, *iceA2* и ген *HP*. Гены *capA*, *vacAm1*, *vacAs1*, *vacAs1a*, *vacAs1b*, *vacAs1c*, *iceA1* и *HP* *H. pylori* практически одинаково часто определялись у пациентов с 1 и 2 степенью активности РА. У пациентов, постоянно принимавших НПВС до терапией диклофенаком натрия и продолжавших их приём в дальнейшем, не приводила к изменению частоты спектра генотипов *H.pylori*.

Таким образом на основании исследования можно сделать следующий **вывод:** по данным молекулярно-генетического исследования у больных с РА 2 степени активности превалирует патогенный штамм *VacA m2*, *IceA 2*. Полученные нами предварительные результаты позволяют предположить, что гены *H. Pylori* *VacA m2*, *IceA 2* могут рассматриваться как дополнительные маркеры возникновения НПВС-гастропатии при ревматоидном артрите.

Литература:

1. Пиманов С.И., Семенова Е.В., Руселик Е.А. и др. Факторы риска и профилактика гастродуоденальных язв, индуцированных приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Мед. панорама. 2009; 9: 104–107. Оригинальные статьи.
2. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации / Е.Л. Насонов, Л.Б. Лазебник, В.Ю. Мареев и др. Москва, 2006. - 53 с.
3. VI Национальные рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых и



ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (VI Московские соглашения) // Приняты XVI съездом Научного общества гастроэнтерологов России и XI Национальным конгрессом терапевтов. Москва, 24-25 ноября 2016.

4. Авагимян А.А., Мкртчян Л. Г., Навасардян Г.А., Геворкян А.А., Ананян Э.А., Пашинян Н.Э., Абгарян К. Г. Роль *Helicobacter pylori* в механизмах кардио- и вазотоксичности. Российский кардиологический журнал. 2019;24(12):169–174 doi:10.15829/1560-4071-2019-12-169-174

5. Андреев Д. Н. Фармакологические основы применения ингибиторов протонной помпы/ Дичева Д. Т., Лебедева Е. Г., Парцвания-Виноградова Е. В. // Фарматека. –2014. – No14. –С.64-69.



ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАКАХ ПОЧЕК

Узакбаев Ыкласбай Омирбаевич

студент магистратуры кафедры
медицинской радиологии, ТашПМИ

Тел.: +998958831838

Iklauszakbayev@gmail.com

Джураева Н.М.,

Д.м.н., заведующая отделением

МР и КТ диагностики

РСНПМЦХ им. академика В.Вахидова

Тел.: +998907321198

АННОТАЦИЯ: Опухоли почек у взрослых составляют около 2—3% всех злокачественных новообразований, причем у мужчин они наблюдаются примерно в 2 раза чаще, чем у женщин. Заболеваемость им максимальна к 70 годам [1, 2, 3, 4].

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Почка, магнитно-резонансная томография, МРТ, компьютерная томография, КТ, ультразвуковое исследование, УЗИ.

Цель. Изучить информативности комплексных методов лучевой диагностики при раках почек.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены в РСНПМЦОиР Республики Узбекистан. В основу работы положены результаты обследования 52 больного с раком почек. Все пациенты были обследованы с помощью ультразвукового аппарата Mindray DC 60, мультиспиральной компьютерной томографии GE Revolution 128 и магнитно-резонансной томографии GE Evolution 1.5T.

Изучение УЗ-, КТ- и МРТ-семиотики опухолей почек, а также сопоставление информативности этих методов проводили по разработанным протоколам в соответствии с выделенными и систематизированными признаками опухолевого процесса.

Результаты исследования. У 52 обследованных больных был диагностирован рак почек. В большинстве наблюдений 84,6% (44 из 52 случаев) рак почек визуализировался в виде узлового образования, деформирующего наружный контур почки в 47 (90,4%) случаев при КТ, в 45 (86,5%) случаев при МРТ.

Узел имел частично четкие, частично нечеткие контуры в 35 (67,3%) случаев при КТ, в 26 (50%) случаев при МРТ. По данным МРТ образование было чаще неоднородной в 46 (88,5%) случаев, иногда кистозной структуры у 6 (11,5%). У одной трети больных у 17 (32,7%) из 52 диаметр опухоли составлял 2—4 см. Диаметр наименьшей выявленной нами при КТ и МРТ опухоли составлял 1 см (5 пациентов, 9,6%). Крупные опухоли (диаметром более 10 см) выявлены у 18 (34,6%) пациентов, при этом у 7 (13,5%) из них выявлено практически тотальное поражение почки, что одинаково отображалось при УЗИ, КТ и МРТ.

Следует отметить, при МРТ в 2 (3,8%) случаях диаметр узловых образований оказался несколько меньше, чем при КТ, что наиболее отчетливо определялось на T2-изображениях и соответствовало интраоперационным находкам. Подобное расхождение объяснялось тем, что при КТ границы опухоли выглядели менее четкими, чем при МРТ. Отмечено, что МРТ позволяет более четко, чем КТ, визуализировать мелкие интрапаренхиматозные опухоли (при КТ изменения формы почки не определялось у 3 (5,8%) больных, при МРТ — у 5 (9,6%)). Диффузная гиперплазия (неравномерное утолщение) практически всей почки (при значительном поражении) при УЗИ, КТ и МРТ визуализировалась одинаково. В 2 (3,8%) наблюдениях определявшиеся при УЗИ очаговые образования в почке не визуализировались при КТ. Отмечалось лишь локальное утолщение почечной паренхимы без четких границ. МРТ (T2-изображения) в обоих случаях позволила отчетливо выявить и саму опухоль, и ее внутреннюю структуру, и даже капсулу.

Вывод. Таким образом, при использовании лучевых методов диагностики МРТ является ценным диагностическим методом, предоставляющим детальную информацию об особенностях опухолевого процесса в почках.



ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю. Г., Сеницын В. Е., Григорьев Н. А. Магнитно-резонансная томография в урологии. — М.: Практическая медицина, 2005. — 270 с.
2. Домбровский В. И. Магнитно-резонансная томография в диагностике опухолей и других заболеваний почек. — М.: Видар-М, 2003. — 286 с.
3. Coulange C., Brethean D. The annual national epidemiologic survey of tumors of the kidney. April 1993 – March 1994, 970 patients // Prog. Urol. — 1995. — Vol. 5, N 4. — P. 529—539.
4. Kim J. K., Kim T. K., Ahn H. J. et al. Differentiation of subtypes of renal cell carcinoma on helical CT scans // AJR. — 2002. — Vol. 178, N 6. — P. 1499—1506.



ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧЕК

Узакбаев Ыкласбай Омирбаевич
студент магистратуры кафедры
медицинской радиологии, ТашПМИ
Тел.: +998958831838
Iklasuzakbayev@gmail.com

Джураева Н.М.,
Д.м.н., заведующая отделением МР и КТ
диагностики РСНПМЦХ им. академика В.Вахидова
Тел.: +998907321198

АННОТАЦИЯ: Опухоли почки у взрослых составляют от 2 до 3% среди всех раковых заболеваний, а среди всех злокачественных новообразований органов мочеполовой системы занимают третье место, уступая по частоте раку предстательной железы и мочевого пузыря. Средний возраст больных, страдающих раком почки, составляет 60 лет: 59,3 года у мужчин и 61,8 – у женщин [1, 2, 3, 4].

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак почек, магнитно-резонансная томография.

Цель. Оценка возможности магнитно-резонансной томографии при раках почек.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены в РСНПМЦОиР Республики Узбекистан. В основу работы положены результаты обследования 52 больного с раком почек. Из них 28 (53,8%) мужчин и 24 (46,2%) женщин, средних возраст которых составил 60,5±2,4лет. Все пациенты были обследованы с помощью магнитно-резонансной томографии GE Evolution 1.5T.

Изучение МРТ-семиотики опухолей почек, а также сопоставление информативности этих методов проводили по разработанным протоколам в соответствии с выделенными и систематизированными признаками опухолевого процесса.

Результаты исследования. У 52 обследованных больных был диагностирован рак почек. Их 42 больных у 45 (86,5%) случаев при МРТ раках почек визуализировался в виде узлового образования, деформирующего наружный контур почки.

Граница узла имел частично четкие, частично нечеткие контуры в 26 (50%) случаев при МРТ. На МРТ образование было в большинстве случаев у 46 (88,5%) неоднородной, у 6 (11,5%) кистозной структуры. У одной трети больных у 17 (32,7%) из 52 диаметр опухоли составлял около 2—4 см. Диаметр наименьшей выявленной нами при МРТ опухоли составлял 1 см (5 пациентов, 9,6%). Крупные опухоли (диаметром более 10 см) выявлены у 18 (34,6%) пациентов, при этом у 7 (13,5%) из них выявлено практически тотальное поражение почки, что хорошо дифференцируются на МРТ.

В 2 (3,8%) случаях диаметр узловых образований оказался несколько меньше, чем при других методов лучевых методов диагностики (УЗИ, КТ), что наиболее отчетливо определялось на T2-изображениях и соответствовало интраоперационным находкам. МРТ позволило более четко, визуализировать мелкие интрапаренхиматозные у 5 (9,6%). МРТ (T2-изображения) во всех случаях позволила отчетливо дифференцировать раковую опухоль, и ее внутреннюю структуру, и даже внешнюю капсулу.

Вывод. Размеры, форма, границы раковых опухолей и их внутренняя структура при МРТ отображались столь отчетливо, что другие исследования (КТ, ангиография) для уточнения их местной и регионарной распространенности не требовались. При сопоставлении данных МРТ с интраоперационными находками отмечено полное совпадение результатов у всех оперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю. Г., Синицын В. Е., Григорьев Н. А. Магнитно-резонансная томография в урологии. — М.: Практическая медицина, 2005. — 270 с.
2. Домбровский В. И. Магнитно-резонансная томография в диагностике опухолей и других заболеваний почек. — М.: Видар-М, 2003. — 286 с.
3. Coulange C., Brethean D. The annual national epidemiologic survey of tumors of the kidney. April 1993 – March 1994, 970 patients // Prog. Urol. — 1995. — Vol. 5, N 4. — P. 529—539.
4. Kim J. K., Kim T. K., Ahn H. J. et al. Differentiation of subtypes of renal cell carcinoma on helical CT scans // AJR. — 2002. — Vol. 178, N 6. — P. 1499—1506.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

Шамансуров Шаанвар Шамурадович

д.м.н. профессор, заведующий кафедрой
детской неврологии Центра развития

профессиональной квалификации медицинских работников

Туляганова Нодирахон Маликовна

к.м.н., ассистент кафедры детской неврологии

Цentra развития профессиональной
квалификации медицинских работников

Абдуллаева Маъмурахон Нурбаевна

детский невролог Республиканского

Перинатального центра Ташкент, Узбекистан

p_serenity@mail.ru +998935286058

Аннотация: С каждым годом растет число родившихся детей с врожденными физическими и умственными патологиями, большая часть которых приходится на родственные браки. Как известно, родственные браки повышают вероятность рождения ребенка с наследственной патологией. Близкородственные браки для различных популяций создали проблемные часто встречаемые заболевания, которые являются их маркерами.

Ключевые слова: наследственные болезни, близкородственные браки, неврологический дефицит, нейropsychические расстройства.

Актуальность. На современном этапе развития общества проблема неврологических расстройств у детей, рожденных от близкородственных браков является наиболее актуальной. Особую опасность возникновения нервно-психических заболеваний таят в себе браки между близкими родственниками. По мнению большинства специалистов этой области, частота мертворождений, спонтанных аборт, врожденных пороков ЦНС, ранней смертности среди детей значительно выше у детей при родственных браках.

Цель обследования. Изучить частоту и распространенность неврологических заболеваний у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Было отобраны 28 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 1 до 18 лет. Из них 17 мальчиков и 11 девочки.

Результаты и обсуждения. Нейropsychические нарушения у большинства детей отмечались в виде задержки речи и психомоторного развития, наличие судорожных припадков, аффективных расстройств, патологии поведения, признаков органического поражения центральной нервной системы, выражающихся в неврологическом дефиците различной степени выраженности.

При обследовании детей при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие нейropsychические расстройства: наибольший процент занимает задержки развития речи и психомоторной деятельности различной степени выраженности – 42%, вторая по частоте встречаемости патология – это эпилепсия и не эпилептические припадки – 29%, нарушения поведения наблюдались в 15% случаев, дети с органическим поражением ЦНС составили 14% случаев.

Выводы. Сочетание наследственной отягощенности и близкородственных браков среди родителей значительно повышает риск развития неврологических и психических расстройств у детей, они страдают нейropsychическими расстройствами большей тяжести, большей прогрессивностью течения и, соответственно, худшим прогнозом. Несмотря на наметившиеся тенденции к уменьшению частоты близкородственных браков во многих странах, эта проблема остается актуальной в связи с возможным риском нарушения здоровья детей, рожденных в таких семьях.

Список литературы:

1. Легкоева, М. В. Влияние близкородственных браков на генотип потомства // Молодой ученый. — 2021. — № 49 (391). — С. 309-311. — URL: <https://moluch.ru/archive/391/86277/>



(дата обращения: 30.07.2022).

2. Наследственные болезни в популяциях человека/ Под ред. Е.К. Гинтера. М.: Медицина, 2002. 303 с.

3. Genetics, Volume 199, Issue 4, 1 April 2015, Pages 1243–1254, [Электронный ресурс]. <https://doi.org/10.1534/genetics.114.173351>



СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И ИБС

Мамажонова Зебо Шокиржон кизи,
Терапевт
zebomamajonova92@mail.ru
+998974337175

Эгамбердиева Доно Абдусамадовна,
д.м.н., ТашПМИ
Кафедра Внутренних болезней,
нефрологии и гемодиализа
Рузметова Ирода Арслановна,
к.м.н. ТашПМИ
Кафедра Внутренних болезней,
нефрологии и гемодиализа

Аннотация: Статья посвящена проблеме ишемической болезни сердца (ИБС) с позиции взаимосвязи ее с минеральной плотностью костей, т.е. течение остеопороза у больных с ИБС и ожирением

Ключевые слова: Ожирение, остеопороз, денситометрия, ИБС

Актуальность. Ожирение является основным фактором риска (ФР) смертности и заболеваемости во всем мире [1]. За последние десять лет количество смертей, связанных с ожирением, увеличилось в 3 раза [2]. При этом почти 70% вызваны сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) [1].

Ожирение — это хроническое заболевание, связанное с различными метаболическими нарушениями, распространенность которых постоянно увеличивается как среди детей, так и среди взрослых. Эндотелиальная дисфункция является инициатором прогрессирования ССЗ при ожирении [3]. Из-за связи с другими ФР избыточный вес и ожирение способствуют развитию ССЗ и ишемической болезни сердца (ИБС), в частности [4].

Проблема остеопороза (ОП), как первичного, так и вторичного, на сегодняшний день также привлекает внимание многих исследователей, поскольку, согласно данным ВОЗ, входит в четверку заболеваний, лидирующих по смертности и инвалидизации населения, наравне с сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом и онкологическими заболеваниями [5]. Важно подчеркнуть, что ОП протекает бессимптомно до тех пор, пока не случится перелом.

Цель исследования. Выявить связь остеопороза с ожирением и ИБС.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе РСНПМЦТ и МР. Были обследованы пациенты в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $52,47 \pm 9,4$ года). Все больные ($n = 60$) были разделены на две основные группы: группа 1 — больные с ожирением и ИБС ($n = 30$), группа 2 — больные с ожирением ($n = 30$). Были включены больные с ИБС, стабильной стенокардией напряжения ФК I-го и II-го функционального класса соответственно классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ; 1996). Ожирение определяли с помощью антропометрических показателей, таких как ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ.

Остеопороз оценивали с помощью денситометрии согласно клиническим рекомендациям Российской Федерации по Минеральным и костным нарушениям при ожирении и ССЗ. Результаты ультразвуковой (УЗ) денситометрии оценивались по критериям ВОЗ (Нормальный показатель T-критерия от +2,5 до -1 стандартных отклонений от пиковой костной массы, остеопения -1 до -2,5 стандартных отклонений, остеопороз -2,5 стандартных отклонений и ниже, тяжелый остеопороз -2,5 стандартных отклонений и ниже с наличием в анамнезе одного и более переломов). Всем пациентам проводились лабораторные исследования, включающие в себя ОАК, липидный спектр, коагулограмму, кальций сыворотки и др.

Результаты. Результаты УЗ денситометрии свидетельствует о том, что почти у всех больных были зарегистрированы признаки остеопороза, лишь у лиц молодого возраста из второй группы, были случаи нормальной минеральной плотности кости.

Достоверных различий по результатам УЗ денситометрии T-критерию между мужчинами



и женщинами I группы выявлено не было ($t=0,12$; $p>0,05$), также при анализе результатов II группы достоверных различий УЗ денситометрии T - критерию между мужчинами и женщинами II группы выявлено не было ($t=0,13$; $p>0,05$). Корреляционный анализ между мужчинами и женщинами в группах провести не удалось, связи с малым количеством наблюдаемых больных.

Отмечалась слабая отрицательная связь ($r=-0,19$) между T - критерием и прогнозом ОХ, ЛПНП, то есть чем ниже были показатели T - критерия, тем выше был прогноз у больных I-й группы.

Слабая положительная связь ($r=0,08$) отмечалась между показателями кальция и T - критерия УЗИ денситометрии, по мере снижения T - критерия снижался уровень кальция крови лишь у больных ИМТ больше 35.

Исследование показателей МПКТ у больных с ожирением и ИБС выявило остеопороз у 14 (46,6%), остеопению - у 13 (43,3%), нормальную плотность костной ткани - у 3 (10%) обследованных. Показатели T – критерия по данным УЗ денситометрии между группами составил $p>0,05$.

Таким образом, рассмотренные показатели МПКТ у пациентов с ожирением и ИБС, определенные с помощью денситометрии являются весьма точными и эффективными в плане прогнозирования остеопороза. В то же время, существует ряд вопросов, связанных с недостаточной изученностью данного метода. Не до конца определена роль подкожно-жировой клетчатки в развитии остеопороза и больных с ожирением и ИБС. Поэтому, необходимы полноценные крупномасштабные эпидемиологические исследования для определения пороговых значений показателей ожирения среди различных возрастных групп. Необходимо также обратить внимание врачей и исследователей всех специальностей на проблему недостаточной диагностики ожирения и его осложнении с помощью различных методов.

Литература

1. Afshin A, Forouzanfar MH, GBD 2015 Obesity Collaborators, et al. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med.* 2017;377(1):13-27.
2. Ortega-Loubon C, Fernández-Molina M, Singh G, et al. Obesity and its cardiovascular effects. *Diabetes Metab Res Rev.* 2019;35(4): e3135.
3. Kwaifa IK, Bahari H, Yong YK, et al. Endothelial dysfunction in obesity-induced inflammation: molecular mechanisms and clinical implications. *Biomolecules.* 2020;10(2):291. doi:10.3390/biom10020291.
4. Katta N, Loethen T, Lavie CJ, et al. Obesity and coronary heart disease: epidemiology, pathology, and coronary artery imaging. *Curr Probl Cardiol.* 2020;46(3):100655. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2020.100655.
5. Roux Ch. The living skeleton. /Ed. Wolters Kluwer Health, 2007



АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ПРИЧИНЫ ВРОЖДЁННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА У ДЕТЕЙ

Камалова Мехринисо Киличевна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургической
стоматологии Бухарского государственного медицинского
института имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан.

ORCID 0000-0003-1603-9164

mexriniso.stomatolog@mail.ru

Рахимов Содик Шавкатович

Челюстно-лицевой хирург Бухарского областного
детского многопрофильного медицинского центра

+99891-412-29-21

АННОТАЦИЯ

Врождённые аномалии являются ведущей причиной заболеваемости, инвалидности и смертности детей. В том числе и врожденные дефекты неба относятся к большим порокам развития, т.к. может приводить к инвалидизации больного. На практике лечение больных со сложными проявлениями врожденных дефектов неба осуществляется «традиционными» хирургическими методами лечения. Однако эти методы не всегда обеспечивают полного устранения анатомо-функциональных нарушений. Становится очевидной необходимость оптимизации комплексного лечения при врождённых расщелинах нёба, максимально восстанавливающего анатомо-функциональных нарушений указанных анатомических структур. В этой статье обосновывается необходимость улучшения комплексной профилактики и лечения врождённых расщелин губы и нёба у детей.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки челюстно-лицевой области, врожденная расщелина верхней губы и нёба, факторы риска, методы профилактики.

Введение

По данным литературы, врожденные дефекты верхней губы и неба составляют 12-30% всех пороков развития человека и 86-88% аномалий челюстно-лицевой области. В научных публикациях отмечается, что дефекты встречаются в различных формах и в 69% случаев сопровождаются другими тяжелыми анатомо-функциональными нарушениями в организме. К сложным видам врожденных дефектов неба относятся асимметричные дефекты указанных структур [3, 6, 10]. По статистике рождений с врожденными дефектами верхней губы и неба в целом по миру наблюдается от 1:1000 до 5,38:1000, тогда как в Республике Узбекистан этот показатель составляет от 1:745 до 1:510 [8,11]. Правильная оценка дефектов и деформаций в челюстно-лицевой области, функциональных нарушений позволяет хирургу планировать и использовать рациональные методы уранопластики [5, 12]. На практике лечение больных со сложными проявлениями врожденных дефектов неба осуществляется «традиционными» хирургическими методами лечения. Однако эти методы не всегда обеспечивают полного устранения анатомо-функциональных нарушений [2,11]. Становится очевидной необходимость оптимизации комплексного лечения при врождённых расщелинах нёба, максимально восстанавливающего анатомо-функциональных нарушений указанных анатомических структур [8, 12].

Целью нашего исследования является, достижение восстановления анатомических, функциональных и косметических качеств челюстно-лицевой области детей с вторичными деформациями врожденных дефектов неба, путем оптимизации хирургического лечения и диагностики детей с указанными патологиями.

Материалы и методы исследования: Изучена современная научная литература по врождённым расщелинам нёба, предшествующим факторам риска к вторичным деформациям указанных структур. Поиск проводился в системах Pubmed, e-library и других по ключевым словам: дети, 2-14 лет, организация медицинской помощи, вторичные деформации врождённых расщелин нёба, факторы риска вторичных деформаций врождённых расщелин нёба. Всего по теме исследования критически проанализированы 50 работ, опубликованных по теме исследования на русском и английском языках в период с 2012 по 2022 гг.



Результаты исследования и их обсуждение.

Проведённые анализы современной литературы позволили определить основные факторы риска приводящих к вторичным деформациям врождённых расщелин нёба у детей и предложить комплексную профилактику и лечения данной патологии. Очевидно, что активное наблюдение за ребенком с ВРГН необходимо с момента рождения. Учитывая выраженные анатомические, функциональные, косметические проблемы, а также наличие сопутствующей патологии, необходимо динамическое наблюдение и лечение у разных специалистов - челюстно-лицевого хирурга, оториноларинголога, стоматолога, педиатра, логопеда. Только объединение усилий врачей разного профиля позволяет достичь хорошего результата в лечении таких детей [8, 10]. Наличие ВРГН сопровождается выраженными нарушениями формирования анатомических образований средней зоны лица [4,12]. Отрицательное влияние на психоэмоциональную сферу такого больного оказывают психологические расстройства, формирующиеся в результате осознания собственного дефекта и появления с возрастом чувства собственной неполноценности [9, 11]. В современной литературе часто встречается утверждение о том, что при корректном ведении больных с ВРН возможно достижение полной реабилитации в 95 % случаев, в то же время частота рецидивов и развития неблагоприятных функциональных результатов по прежнему достигает 30-90 % случаев. Часто уделяется недостаточное внимание дооперационной подготовке, а также элементам комплексного ведения, таким как ортодонтическое лечение, занятия логопедом и т.д. Соблюдение основных принципов реабилитации детей с врождённой расщелиной нёба не только значительно улучшает эстетические и функциональные результаты лечения, но и сводит до минимума количество повторных исправляющих операций. Несомненным является факт приоритета хирургических операций в комплексе мероприятий при лечении ВРН. Однако это только одно звено из множества звеньев в комплексе проводимых мероприятий. Учитывая выше изложенные факты, многие специалисты, занимающиеся решением проблемы оптимизации хирургического лечения больных с ВРГН, предлагают вместо поиска и разработки новых методов, применявшихся ранее, предпочтительнее разработать и оптимизировать показания к уже имеющимся методам хирургических операций, в зависимости от размеров дефекта, возраста, нарушения определённых функций больного и т.д.

Выводы: Проводимая нами исследовательская работа выявила следующее: многочисленные исследования изучают влияние факторов риска ВРГН по группам «генетические факторы», «окружающая среда» и «образ жизни», но практически не изучена группа факторов риска вторичных деформаций ВРН. Это определяет значимость исследований факторов риска вторичных деформаций ВРН, с целью дальнейшей разработки программ комплексного лечения данной патологии, повышению качества комплексной медико-социальной реабилитации таких пациентов и работы с семьями детей с врождённой расщелиной губы и нёба.

Литература:

1. Kamalova M.K. (2019). Maktabgacha yoshdagi bolalarda tish kariesini davolashda stomatologik yordamni tashkil qilish [Organization of dental care in the treatment of dental caries in preschool children]. *Biologiya va tibbiyot muammolari xalkaro ilmiy jurnali*. - № 4.2 (115). 221-224.
2. Камалова М.К., Маслак Е.Е., Каменнова Т.Н., Осокина А.С., Афонина И.В., Огонян В.Р. (2020.) Результаты лечения очаговой деминерализации эмали временных резцов у детей раннего возраста // «Tibbiyotda yangi kun» научно - реферативный, культурно - просветительский журнал. - Бухара, - №3(31). - С. 355-357.
3. Kamilov N.P., Kamalova M.K. (2018). The use of laser therapy in the treatment of chronic recurrent herpetic stomatitis in children // *Scientific journal European science review Vienna*, - No. 7-8.- pp. 120-121.
4. Маслак Е.Е., Камалова М.К. (2020). Проблемы организации стоматологической помощи детям дошкольного возраста // *Biomeditsina va amaliyot jurnali*. - Tashkent, - No. 1. - pp. 26-32.
5. Vokhidov U.G., Kamalova M.Q. (2020). The use of various techniques in the treatment of traumatic injuries of the oral mucosa in children // *European Journal of Molecular & Clinical*



Medicine. - England, - Vol. 7. Issue 7. - P. 3743-3748.

6. Камалов Х.П., Камалова М.К. (2018). Современные подходы в лечении хронического рецидивирующего герпети-ческого стоматита у детей // «Достижения науки и образования» Международный научный журнал. - Москва, - №3 (25). - С. 46-48.

7. Kamalova M.K., Maslak E.E. (2022). Can Dental Screening of Preschoolers with or without Education of the Parents Improve Children's Oral Health? The Longitudinal Study Results // Integrative dentistry and maxillofacial surgery. - Tashkent, - № 1(1). - P. 58-62.

8. Камалова М.К. (2020). Оценка экономической эффективности программ профилактики лечения кариеса зубов у детей дошкольного возраста // «Tibbiyotda yangi kun» научно - реферативный, культурно - просветительский журнал. - Бухара, - №4(34). - С. 173-176.

9. Камалова М.К. (2020). Медико-социальный и клинико-экономический анализ лечения и профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста // «Tibbiyotda yangi kun» научно - реферативный, культурно - просветительский журнал. - Бухара, - №3(33). - С. 79-80.

10. Камалова М.К. (2020). Социально-экономический эффективность программ профилактики и лечения кариеса зубов у детей дошкольного возраста // «Образование и наука в XXI веке» международный научно-образовательный электронный журнал. - Россия, - №9. - Т.3. - С. 149-155.

11. Камалова М.К. Оценка результатов внедрения программ профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста // «Журнал Медицина и инновации». - Ташкент, 2021. - №4. - С. 680-684.

12. Камалова М.К. (2021). Сравнительная оценка клинико-экономической эффективности программ профилактики лечения кариозных поражений зубов у дошкольников // «Журнал стоматологии и краниофациальных исследований» междисциплинарный подход по заболеваниям органов головы и шеи. - Самарканд, - Специальный выпуск, - С. 83-87.



« О ЗНАЧЕНИИ ИНВАЗИИ И МАРКЕРОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МАКРО И ГИГАНТСКИМИ НЕАКТИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА»

Урманова Ю.М., Миртухтаева М.Б., Ходжаева Ф.С.

Профессор кафедры эндокринологии,
Детской эндокринологии ТашПМИ,
моб. +99890-9040165
yulduz.urmanova@mail.ru

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра эндокринологии, детской эндокринологии, Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова, отделение нейроэндокринологии,
г. Ташкент, 100125, ул. Мирзо Улугбека 56

Аннотация. Аденомы гипофиза в большинстве своем доброкачественные и их первые симптомы связаны с гиперсекрецией гормонов или с гипопитуитаризмом, когда происходит сдавление нормальной ткани гипофиза [1, 2]. Однако, до сих пор нет четкого определения агрессивности. Некоторые авторы предполагают, что они часто являются рецидивирующими опухолями, имеющими большой объем, ускоренный рост, инвазию в соседние структуры и резистентность к мультимодальному (хирургическому, лучевому и фармакологическому) лечению [3,4,5, 6].

Некоторые типичные аденомы гипофиза демонстрируют агрессивный фенотип, а некоторые опухоли, считающиеся атипичными аденомами гипофиза, могут не рецидивировать или быть устойчивыми к фармакологическому лечению. Даже агрессивные неметастатические аденомы гипофиза могут иметь гистопатологические признаки, сходные с карциномами [7]. Эти опухоли следует диагностировать на ранней стадии, что требует тщательного клинического и рентгенологического мониторинга. В этих случаях следует рассмотреть протоколы интенсивного лечения.

Оценка Ki-67 с помощью иммуногистохимии, обычно с моноклональным антителом MIB1, является обязательной для оценки пролиферации. Исследования NF-PitNET показали, что пролиферативный индекс Ki-67 остается вторым параметром в прогнозировании рецидива после вторжения в окружающие структуры [7].

Все вышеуказанное подчеркивает актуальность данного направления

Ключевые слова: НАГ, гигантские аденомы гипофиза

Актуальность. Оценка Ki-67 и p53 с помощью иммуногистохимии, обычно с моноклональным антителом MIB1, является обязательной для оценки пролиферации у пациентов, подвергнутых трансназальной аденомэктомии гипофиза.

Цель исследования. Изучить прогностическое значение инвазии и маркеров пролиферации у пациентов с макро и гигантскими неактивными опухолями гипофиза.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 272 больных с макро и гигантскими НАГ. Из 272 больных с НАГ в исследовании принимали участие проспективно 151 больных (мужчин и женщин)

По размеру аденом гипофиза пациенты проспективного (151 больных) наблюдения были распределены на 2 группы : 1 группа – больные с макро НАГ – 55 лиц, 2 группа – больные с гигантскими НАГ – 96 лиц.

Методы исследования включали в себя: 1) обще-клинические (исследование эндокринного, неврологического статусов), 2) инструментальные (периметрия на все цвета, глазное дно, острота зрения, 3) ЭКГ, КТ/МРТ турецкого седла и надпочечников, 4)УЗИ внутренних и половых органов и др.), 5) гормональные исследования крови (СТГ, ИФР-1, ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, АКТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, кортизол и иммуногистохимические исследования.

Было проанализировано 20 иммуногистохимических исследований у 10 пациентов с макро НАГ и 10 пациентов с гигантскими НАГ в сравнении с данными МРТ гипофиза.

Результаты исследования. Наблюдаемая частота иммуноэкспрессии маркеров



пролиферации составила 40%/50% для p53 ($\geq 3+$), 50%/60% для Ki-67 ($\geq 2+$). Опухоли с иммуноэкспрессией не менее 2 маркеров с высоким индексом пролиферации наблюдались в 54% когорты и расценивались как пролиферативные аденомы.

Обзор иммуногистохимического анализа показал, что из всех случаев 76 % были нуль-клеточными аденомами гипофиза.

Далее нами был выполнен корреляционный анализ связи показателей МРТ и иммуногистохимии. Максимальный диаметр опухоли был связан с более сильным иммуноокрашиванием для Ki-67 ($p = 0,009$), но не было обнаружено значимой связи для p53 ($p = 0,062$). Параселлярная инвазия присутствовала в более 80% случаев; однако инвазия не была связана с пролиферативными маркерами.

Выводы. Гигантские неактивные аденомы гипофиза часто сопровождаются инвазивным ростом в окружающие анатомические структуры (более 80% случаев), что является основным фактором, ограничивающим радикальность оперативного вмешательства и увеличивающим число рецидивов.

Библиография

1. Kovacs K., Horvath E. Pathology of pituitary tumors. // *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 1987; **16**(3):529–551.

2. Cottier J.-P., Destrieux C., Brunereau L., et al. Cavernous sinus invasion by pituitary adenoma: 3.MR imaging. // *Radiology*. 2000; **215**(2):463–469. doi: 10.1148/radiology.215.2.r00ap18463.

3. Central brain tumor registry of the United States 2007-2008. Central Brain Tumor Registry of the United States Statistical Report. 2008

4. McCormack A. I., Wass J. A. H., Grossman A. B. Aggressive pituitary tumours: the role of temozolomide and the assessment of MGMT status. // *European Journal of Clinical Investigation*. 2011; **41**(10):1133–1148. doi: 10.1111/j.1365-2362.2011.02520.x.

5. Raverot G., Castinetti F., Jouanneau E., et al. Pituitary carcinomas and aggressive pituitary tumours: merits and pitfalls of temozolomide treatment. // *Clinical Endocrinology*. 2012; **76**(6):769–775. doi: 10.1111/j.1365-2265.2012.04381.x.

6. Lloyd R. V., Kovacs K., Young W. F., Jr., et al. Pituitary tumours: introduction. In: DeLellis R. A., Lloyd R. V., Heitz P. U., Eng C., editors. // *Tumours of the Pituitary, Chapter 1. Pathology and Genetics of Tumours of Endocrine Organs*. Lyon, Paris: World Health Organization Classification of Tumours. IARC Press; 2004. pp. 10–13

7. Zemmoura I., Wierinckx A., Vasiljevic A., Jan M., Trouillas J., François P. Aggressive and malignant prolactin pituitary tumors: pathological diagnosis and patient management. // *Pituitary*. 2013; **16**(4):515–522. doi: 10.1007/s11102-012-0448-y

8. Newton, D. R. Management of pituitary adenomas // *FJ.N.R.* 2009. - Vol. 10. - P. 949-954.

Сведения об авторах:

1) Урманова Юлдуз Махкамовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры эндокринологии, детской эндокринологии ТашПМИ

Служебный адрес: г. Ташкент, 100125, ул. Мирзо Улугбека, 56

Тел моб +99890-9040165, email yulduz.urmanova@mail.ru

2) Миртухтаева Малика Бахтияровна - врач-эндокринолог отдела нейроэндокринологии с хирургией гипофиза РСНПМЦЭ МЗ РУЗ имени акад. Ё.Х. Туракулова, трудовой договор

Служебный адрес: г. Ташкент, 100125, ул. Мирзо Улугбека, 56



КЎЗДАГИ РЕФРАКЦИОН БУЗИЛИШЛАРДА БЎЙИН УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ПАТОЛОГИЯСИНИ ЎРГАНИШНИНГ АҲАМИЯТИ.

Файзиева Д.Б.

Ҳарбий тиббиёт академияси,
Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Миопия кўз рефракцияси бузилишининг кенг тарқалган турларидан бири ҳисобланади, жисм тасвири проекцияси тўр парданинг олд қисмига тушиши билан характерланади. Ҳозирги кунда бутун дунё бўйича прогрессивланиб боровчи миопиянинг профилактикаси устида илмий татқиқодлар орасида етакчи ўринни эгалламоқда [2, 3, 4]. Миопиянинг келиб чиқиши, патогенези, прогрессивланиб бориши йиллар давомида ва ҳозирга қадар муҳокамаларга сабаб бўлиб келмоқда. Миопиянинг прогрессивланиш механизмига қарашлар кенгайиб бориши янги патогенетик асосланган даво муолажасини ишлаб чиқишга асос бўла олади. Кўпгина олимлар томонидан миопиянинг ривожланишида омиллардан бири дея бўйин соҳасидаги умуртқа поғонасининг патологиялари деб таъкидланиб татқиқодлар олиб борилган ва изланишлар давом эттириляпти [1, 4, 5]. Бўйин соҳаси умуртқа поғонасидаги кўз билан боғлиқ анатомио-топографик ўзига хосликни ҳисобга олган ҳолда миопиянинг ривожланишида ва прогрессивланишида омиллардан биридир. Миопиянинг юқори даражасига ўтиб прогрессивланиб бориши куйидаги асоратлар билан кўзнинг ногиронлигига олиб боради, яъни глаукома, макулострофия, тўр парда кўчиши, витреоретинал синдромнинг ривожланиши [5, 6].

Мақсад. Миопия ривожланиши ва прогрессивланишида бўйин соҳаси умуртқа поғонаси патологиясининг ўрнини аниқлаш ва таҳлил қилиш.

Материал ва текширув усуллари. Мурожаат этган беморлардан миопиянинг турли даражалари билан 67та (130та кўз) бўйин соҳасидаги умуртқа поғонасининг патологияси билан қўшилиб келганларда текширувлар олиб борилди. Текширувлар давомида бемор ҳаёти ва касаллик тарихи ўрганилди, офтальмолог кўруви ва текширувларидан ташқари невропатологконсультацияси ўтказилди. Офтальмологик текширувларда беморнинг қорачиғи дори воситаси билан кенгайтирилган ҳолда рефракцияси текширилди, офтальмоскопия ёрдамида кўз тубида тўр парданинг, кўрув нерви дискининг, қон томирларининг ҳолати баҳоланди. Беморларда умумофтальмологик текширувлар билан биргаликда умуртқа поғона рентгенографияси, ультратовушли доплерография дуплекс сканирлаш ёрдамида умуртқа поғона артериал, веноз қон томирларда оқимининг чизиқли систолик, диастолик ва ўрта тезлиги экстрацеребрал қон айланишнинг спектрал характеристикаси баҳоланди.

Муҳокама. Беморларда анамнез сўраб суриштирилганда 37%да бош мия, умуртқа поғонаси травмалари кузатилганлиги аниқланди. Беморлар бош оғришига, бош айланишига, кўкрак қафаси юрак соҳасида оғриқлар, умумий қон босимининг ошиши ёки тушиши кузатилган. Транскраниал доплерография усулида текширувда гемодинамик кўрсаткичлар каротид бассейни қон томирларида - ўрта мияда, олд мия ва кўз артерияларда, шунингдек вертебро-базилляр бассейнда - умуртқа ва ва асосий артерияларда ўзгаришлар аниқланди. Текширувлар натижасида бўйин умуртқа поғонаси артерияларда қон айланишининг бузилиши бўйин соҳасидаги умуртқа поғонасидаги патологик ўзгаришлар миопиянинг прогрессивланиши билан биргаликда кечиши кузатилган. Барча беморларда ретинал артерияларнинг торайиши кузатилди. Каротид бассейнда 96%га веноз оқимнинг қийинлашгани аниқланди, бу ҳолат умуртқа артериялар бассейнда ҳам кузатилди. 55% беморларда мия артериолаларида гипертензив ангиопатия 8,6% беморларда эса гипотоник ангиопатия кузатилди. 17% беморларда вертебробазилляр бассейнда пульсли қон оқимининг 4 даражали пасайиши. Дуплекс сканирлаш усули орқали брахиоцефал қон томирлар қон оқими тезлиги ва йўли ўрганилди. Бунда 48% беморда ички уйку артериаси йўлида S-симон эгрилик ҳолатидаги деформация аниқланди. Офтальмоскопияда кўз тубида 85% беморда қон томирларда торайиш, эгриликлар кузатилди. Кўрув нерви дискида сезиларли ўзгаришлар кузатилмаган. Рефракцион ўзгаришлар (-)0,25D-(-)3,00D 35,2%ни ташкил этган бўлса (-)3,25D-(-)6,00D 34%ни ва (-)6,25D ва ундан юқориси 30,8%да кузатилди.

Хулоса. Текширувлар шуни кўрсатдики умуртқа поғонаси патологиялари оғирлик



даражасига қараб вертебробазилляр бассейнда, умуртқа артериясида қон айланиши бузилиши кузатилади. Миопиянинг прогрессивланишига олиб келадиган факторлардан бири бўйин умуртқа поғонасидаги патологияларнинг даражасига ҳам боғлиқ. Миопияни патогенетик даволаш мақсадида бўйин умуртқа поғонаси патологиясини инкор қилиш керак, бу эса ўз навбатида мақсадли даво муолажасини олиб бориш кераклигини кўрсатади. Ўз вақтида тўғри диагностика ва патологик жараёнга мувофиқ даво муолажасини олиб бориш миопия билан ногиронликка олиб келишни камайтиради.

Адабиётлар.

1. Батршина Ф.Р. Батршин И.Т. Патология шейного отдела позвоночника с ишемией в вертебрально – базилярном бассейне и зрительные расстройства // Библиотека курортолога. IV Международный конгресс. – 2007.
2. Катаргина Л.А. Аккомодация. // Руководство для врачей. – М., 2012. – С.54.
3. Кулешова О.Н., Зайдуман А.М., Садовая Т.Н. Роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитии патологии позвоночника, сочетающейся с ювенильной глаукомой и миопией. /Журнал хирургия позвоночника #1, 2008, С.80 – 85.
4. Либман Е.С. Инвалидность вследствие патологии органа зрения. Офтальмология. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2011: 19–25.
5. Усенко В.А., Кенджаева Д.О., Чакиева А.Р., Юлдашев А.М. Клиникоструктурные изменения при прогрессирующей миопии высокой степени. Здоровоохранение Кыргызстана научно-практический журнал Клиническая медицина 2022, № 4, с.154-162.
6. Libman E.S. Medico-social problems in ophthalmology. Materials of the IX Congress of Ophthalmologists. M, 2010 Page 70- 71.

ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН: ИННОВАЦИЯ, ФАН ВА ТАЪЛИМ 18-ҚИСМ

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

Эълон қилиш муддати: 30.04.2023

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

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