



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF HIGHER EDUCATION,
SCIENCE AND INNOVATIONS OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



ANDIJAN STATE
MEDICAL INSTITUTE

t.me/adtuz_rasmiy

www.adti.uz

Yu. Atabekov ko'cha 1-a uy

MATERIALS

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL
CONFERENCE ON THE TOPIC



“APPLICATION OF ADVANCED
INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN
PREVENTIVE MEDICINE”

VOLUME 2

APRIL 30

ANDIJAN

2026

водоема. Анкетирование больных с ЭБ выявило нарушение режима питания у 78% опрошенных

Заключение. Таким образом, анализ санитарных характеристик факторов питания и хозяйственной деятельности населения выявил определенную связь между ними и распространением эхинококкоза.

КЛИНИКО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ

Шайхова Г.И., Касымов А.Л., Бутабоев Ж.М., Зокирова Ш.А.

**Ташкентский медицинский университет, Ташкент
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан**

Введение. Цистный эхинококкоз - биогельминтоз, обусловленный личиночной стадией *Echinococcus granulosus*, характеризующийся хроническим течением с формированием кист и поражением печени, лёгких и других органов. Инфицирование происходит алиментарным путём (вода, пища, почва) либо при контакте с окончательными хозяевами. Вопросы гигиены питания и восстановительных возможностей организма у больных эхинококкозом остаются актуальными в клинической хирургии.

Цель исследования - изучить особенности питания больных эхинококкозом в до- и раннем послеоперационном периодах.

Материалы и методы. Проанализированы архивные данные санитарно-эпидемиологических служб Андижанской области (2014–2019 гг.), истории болезни и протоколы питания. Обследованы 147 пациентов (16–65 лет; мужчины - 47,3%, женщины - 52,7%; сельские - 60,8%). Оценка фактического питания проводилась с использованием разработанной анкеты.

Результаты. Установлена низкая информированность пациентов о принципах рационального и гигиенического питания. Нарушения режима питания выявлены у 78% обследованных. Большинство пациентов питались нерегулярно; горячую пищу 1–2 раза в день получали 95% больных. Отмечены частые нарушения при обработке продуктов, употребление некипячёной воды и сырого молока, несоблюдение правил личной гигиены. Выявлена связь заболеваемости с неблагоприятными санитарно-гигиеническими условиями и поведенческими факторами. В послеоперационном периоде (n=55) рационы характеризовались дефицитом белка, витаминов и микроэлементов, а также недостаточным потреблением мясных, молочных продуктов, овощей и фруктов.

Заключение. Распространённость эхинококкоза ассоциирована с нарушениями гигиены питания и низкой санитарной грамотностью населения. Питание пациентов как в до-, так и в послеоперационном периоде требует коррекции с обеспечением адекватного поступления белков, жиров, витаминов и минералов. Необходима активизация санитарно-просветительной работы и разработка оптимизированных нутритивных программ для профилактики осложнений и улучшения результатов лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКОЛЕКЦИДНОЙ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Бутабоев Ж.М., Отакузиев А.З., Зокирова Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Введение. Эхинококкоз печени остаётся актуальной проблемой хирургии, при этом ключевым этапом эхинококкэктомии является адекватная санация остаточной полости фиброзной капсулы с целью предотвращения рецидива и диссеминации паразита.

Цель исследования - оценить эффективность различных антисептических растворов, применяемых для обработки остаточной полости при эхинококкэктомии печени.

Материалы и методы. Обследованы 17 пациентов с эхинококкозом печени, оперированных в клинике Андиганского государственного медицинского института в 2017–2019 гг. Больные разделены на две группы: контрольная (n=10) и основная (n=7). Применялись инструментальные методы (УЗИ, КТ, МСКТ) и цитологическое исследование содержимого кист до и после обработки. В контрольной группе использовали раствор фурацилина, в основной - 0,02% раствор декасана в сочетании с 10% бетадином. Экспозиция составляла 3–10 минут. Оценка эффективности проводилась по степени повреждения и гибели сколексов при микроскопии окрашенных препаратов.

Результаты. Установлено, что в контрольной группе фурацилин оказывал выраженное сколекцидное действие лишь при экспозиции 10 минут (до 90% гибели сколексов), тогда как при 3-5 минутах эффект был недостаточным. В основной группе комбинация декасана и бетадина обеспечивала быстрый сколекцидный эффект: уже через 3 минуты отмечалось до 90% гибели паразитарных элементов, а при 5-10 минутах - полная их деструкция. Морфологически это проявлялось утратой структуры, неподвижностью и интенсивным окрашиванием сколексов.

Заключение. Применение 0,02% раствора декасана в сочетании с 10% бетадином обеспечивает более быстрый и выраженный сколекцидный эффект по сравнению с фурацилином. Данный метод может быть рекомендован для эффективной санации остаточной полости при эхинококкэктомии печени с целью снижения риска рецидива заболевания.

АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННЫЙ РИСК В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Исмаилова Рустамбек Абдумуталович

Андиганский государственный медицинский институт

Ассистента кафедры анестезиологии реаниматологии и скорой медицинской помощи

Частота гастрошизиса (ГШ) и грыжи пупочного канатика (ГПК) - 1:6000 новорожденных, причем 40% приходится на недоношенных и в 30% случаев сочетается с множественными пороками развития. Летальность при гастрошизисе - от 21 до 80%, что требует тщательного анализа лечения этих больных. Основные проблемы периоперационного периода - большие потери жидкости, высокий риск присоединения инфекции, гипотермия и наличие висцероабдоминальной диспропорции, приводящей к развитию высокого внутрибрюшного давления. У пациентов с ГПК эти факторы, существенноотягающие состояние, как правило, отсутствовали (за исключением висцероабдоминальной диспропорции при лечении больших ГПК).

Для оценки тяжести состояния новорожденных с ГШ и ГПК использована шкала ОДТК (+N) (Оценка по Диагностическим и Терапевтическим Критериям в хирургии новорожденных), разработанная на основе модификации шкал DoringuMitarb. (1976), Brandyu. Mitarb. (1985), Goiteinetal. (1985), CRIES (Yasteretal., 1997). С помощью шкалы ОДТК (+N) проанализировано 60 медицинских карт новорождённых, оперированных по поводу ГШ и ГПК за последние 3 лет: чем выше результаты по шкале, тем выше риск. Результаты исследования лечения новорожденных детей с ГШ: до подготовки к операции - $29,0 \pm 1,3$ (1), после подготовки- $30,0 \pm 1,2$ (2), на I неделе после операции- $38,0 \pm 1,0$ (3), на II- $24,0 \pm 1,3$ (4), на III- $14 \pm 1,3$ (5). Статистически достоверное отличие ($p < 0,05$) получено между этапами (1) и (3), (1) и (4), (1) и (5), (2) и (3), (2) и (4), (2) и (5), (3) и (4), (3) и (5), (4) и (5). Результаты исследования лечения новорожденных детей с ГПК: до подготовки к операции- $24,0 \pm 1,3$ (1), после подготовки- $25,0 \pm 1,3$ (2), на I неделе после операции- $28,0 \pm 1,7$ (3), на II-