



Tadqiqot **UZ**

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2020

- » Ҳуқуқий тадқиқотлар
- » Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
- » Тарих саҳифаларидаги изланишлар
- » Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
- » Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
- » Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
- » Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар
- » Маданият ва санъат соҳаларини ривожланиши
- » Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
- » Техника ва технология соҳасидаги инновациялар
- » Физика-математика фанлари ютуқлари
- » Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар
- » Кимё фанлари ютуқлари
- » Биология ва экология соҳасидаги инновациялар
- » Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
- » Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

AMIR
TEMUR



№15
30 апрель

conferences.uz

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 15-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
11-ҚИСМ**

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
15-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ОНЛАЙН
КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-11**

**MATERIALS OF THE REPUBLICAN 15-MULTIDISCIPLINARY
ONLINE DISTANCE CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND
PRACTICAL RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-11**

ТОШКЕНТ-2020

УЎК 323(575.1)(063)
КБК 66.3(5Ў)я43
Й-18

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2020]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 15-қўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 апрел 2020 йил. - Тошкент: Tadqiqot, 2020. - 184 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн конференция 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида кўзда тутилган вазифа - илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий конференцияси таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари таҳлил қилинган конференцияси.

Маъсул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Юсувалиева Раҳима Профессор в.б., ю.ф.н. (Жаҳон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Норматова Дилдора Эсоналиевна, доцент (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Чариев Турсун Хуваевич Доцент (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Воҳидова Меҳри Хасанова, PhD (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

6. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

7. Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Абдумажидова Дилдора Раҳматуллаевна, PhD (Тошкент Молия институти)

8. Маданият ва санъат соҳаларини ривожланиши

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

9. Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Раҳмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

10. Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Нормирзаев Абдуқаюм Раҳимбердиевич, доцент (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

11. Физика-математика фанлари ютуқлари

Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич, доцент (Наманган муҳандислик-технология институти)

12. Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

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

13. Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)

14. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

15. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Сувонов Боймурод Ўралович, доцент

(Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

16. Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович PhD доцент (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

17. Давлат бошқаруви

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

18. Фармацевтика

Абдуназаров Ахлиддин - PhD, (Наманган давлат университети)

19. Ветеринария

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)

20. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

21. Муסיқа ва ҳаёт

Султанова Зухра - (Наманган давлат университети)

22. Жисмоний тарбия ва спорт

Мадаминов Баходир - п.ф.н, (Наманган давлат университети)

23. Тасвирий санъат ва дизайн

Жаббаров Ботиршер - доцент, (Наманган давлат университети)

24. Адабиёт

Сулаймонов Мўминжон- ф.ф.н, доцент, Наманган давлат университети

25. Журналистика

Каримова Фарихахон - ф.ф.н, доцент, Наманган давлат университети

Тўпلامга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

Page Maker\Верстка\Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

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. Очилова Ойдиной Рахмиддиновна ХАЛҚ ТАБОБАТИНИНГ ЎРГАНИЛИШ ТАРИХИГА ЧИЗГИЛАР..... | 11 |
| 2. Omonov G'anisher Odilovich SOG'LOM TURMUSH TARZI SALOMATLIK GAROVI..... | 13 |
| 3. Базарова Фариза Равшановна ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАГРУЗОЧНЫХ ДОЗ СТАТИНОВ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ..... | 15 |
| 4. Ибрагимова Эльнара Фармановна, Матъякубова Феруза Эгамовна ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ САЛМОНЕЛЛЁЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА..... | 17 |
| 5. Akbarov Asliddin Toxir o'g'li VITAMINLAR TASNIFI VA KASALLIK SINDROMLARI..... | 20 |
| 6. Isakjanova Saboxat Muhamedovna IMPACT ON CORONAVIRUS IN OUR LIVES..... | 22 |
| 7. Nilufar Mirniyozova BUYRAK KASALLIKLARI TUFAYLI DISPANSER NAZORATIGA OLINGAN BOLALAR SALOMATLIGIDA PATRONAJ HAMSHIRASINING TUTGAN O'RNI..... | 24 |
| 8. Orazimbetova D.Dj., Usmanova D.Dj. BO'YIN RADIKULOPATIYASIDA OG'RIQ SINDROMINI DAVOLASH..... | 26 |
| 9. Salovov Isroil Kamoliddin ugli, DON'T SAY "I AM NOT CONNECTED WITH THIS" !!! STAY AT HOME FOR YOURSELF, FOR YOUR FAMILY, FOR US AND FOR THE FUTURE, PLEASE!!!..... | 27 |
| 10. Зиёдуллаева Зубайда Шамсиддиновна, МАТЕМАТИКА ФАНИНИ ЎҚИТИШДА АХБОРОТ КОММУНИКАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ..... | 29 |
| 11. Абдуллаев Шахбоз Абдусалимович ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕБИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ, ПРИЧИНЕННЫХ КЛИНКОМ НАЦИОНАЛЬНОГО УЗБЕКСКОГО НОЖА- ПИЧАК..... | 31 |
| 12. Алимов Ш.Г., Рихсиев У.Ш. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ..... | 33 |
| 13. Ахматов Аблокул Ахматович, Ахматова Юлдуз Аблакуловна СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ..... | 35 |
| 14. Ашурова Максуда Жамшедовна, Гарифулина Лиля Маратовна УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д И СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ..... | 37 |

| | |
|--|----|
| 15.Бахромов Хусан Исомиддин ўғли ВЛИЯНИЕ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ НА МИКРОСТРУКТУРУ КОЖИ КРЫС..... | 39 |
| 16. Бердиев Эргаш Абдуллаевич, Сагираев Нодир Жумакулович БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ОМЕНТИТ..... | 41 |
| 17. Бердиев Эргаш Абдуллаевич, Салимов Шавкат Тешаевич ВАРИКОЦЕЛЕНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОН ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯНИ РОЛИ..... | 43 |
| 18. Гарифулина Лиля Маратовна, Холмурадова Зилола Эргашевна МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ..... | 45 |
| 19.Жуманов Зиядулла Эшмаматович УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОЙ АРИДНОЙ ЗОНЫ..... | 48 |
| 20.Жуманов Зиядулла Эшмаматович ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСТМОРТАЛЬНОГО ПЕРИОДА..... | 50 |
| 21. Ибрагимова Дилафруз Талибовна БОЛАЛАРЛА ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ РИВОЖЛАНИШИДАГИ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАР ТАХЛИЛИ..... | 52 |
| 22.Ибрагимова Эльнара Фармановна, Рустамова Шахло Абдухакимовна КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА..... | 54 |
| 23.Исламова Камола Акрамовна УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВ УСУЛИНИНГ ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИДАГИ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ..... | 57 |
| 24.Кенжаев Ботир Мамирович СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ..... | 59 |
| 25.Кенжаев Ботир Мамирович, ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ..... | 60 |
| 26.Куранбаева Х.У., Музапова У.Р. АТОПИК ДЕРМАТИТНИ ЎРГАНИШДА ЭВОЛЮЦИОН ҚАРАШЛАР..... | 62 |
| 27.Кучимова Чарос Азаматовна ЎСМИРЛИК ВА ЁШЛИК ДАВРИДА СУИЦИДАЛ ХУЛҚНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ..... | 65 |
| 28.Жавоҳир Мирзоев ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМОРАГИЯХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВТОРИЧНОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА..... | 67 |
| 29. Музапова У.Р., Куранбаева Х.У. НУКУС ШАҲРИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ ВА УНИНГ КЛИНИК ТАСНИФИ..... | 70 |
| 30. Шадиев Саъдулла, Фазлиддин Мусурманов АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ..... | 73 |

| | |
|--|----|
| 31. Ниязова Мафтуна Шавкатовна, Нурмухамедова Мухлиса Анваровна ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ НА ФОНЕ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ..... | 75 |
| 32. Рахимова Хидоят Мамарасуловна ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ В г.САМАРКАНД..... | 76 |
| 33. Сайфуллаева Р.А., Урманова Ю.М. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИСТИННОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН (НА 1 ДЕКАБРЯ 2018 ГОДА)..... | 78 |
| 34. Салимова Мохина, Шамансурова Зулайхо, Исмаилов Саид ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ САРАТОННИ ТАШХИСЛАШДА ТИРАДС ТАСНИФИНИ ҚЎЛЛАШ..... | 80 |
| 35. Сулайманова Нилуфар Эргашевна, АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ АСОРАТЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА КЎРСАТИЛАДИГАН ХИЗМАТ СИФАТИНИ ОШИРИШ..... | 82 |
| 36. Сулганбаев Шахбоз Ахмаджонович МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА, РЕГЕНЕРАТОРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КОЖИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ У БЕЛЫХ КРЫС ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ОНТОГЕНЕЗА..... | 84 |
| 37. Турсунбаева Феруза Фазиловна, Насирова Умида Ферузовна ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ (NSE) И СТРУКТУРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС..... | 86 |
| 38. Урманова Ю.М., Хамраева Д.И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН ЗА 2018 ГОД..... | 87 |
| 39. Халмухамедов Бобур Тахирович ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПРОФФЕСИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ..... | 89 |
| 40. Холбаев Санжар Батиржанович АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ..... | 91 |
| 41. Холматова Гулхаё Азимжоновна ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА ВИТАМИНОВ В12 И D У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, АССОЦИИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ..... | 93 |
| 42. Хусинова Шоира Акбаровна БИРЛАМЧИ ТИББИЙ БЎҒИНДА БЕМОРЛАРНИ ХАЁТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШДА КОГНИТИВ ФУНКЦИЯ БУЗИЛИШИ ДАРАЖАЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ..... | 95 |
| 43. Хусинова Шоира, Аблакулова Муниса, Курбанова Ситора ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ТИПА С ПРИМЕНЕНИЕМ АДАПТИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ПЭН ВОЗ..... | 97 |

| | |
|---|-----|
| 44. Шарифова Феруза Рустамовна, ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... | 99 |
| 45. Шодиева Дилафруз Абдужалоловна, Джумаева Насиба Собировна САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИ КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ..... | 101 |
| 46. Шопулатов Искандар Бахтиёрович ВОПРОСЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ..... | 104 |
| 47. Шопулатов Искандар Бахтиёрович ВОПРОСЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ..... | 106 |
| 48. Гулнара Шербековна ЭЛТАЗАРОВА, Мунира Файзуллаевна УСМОНОВА НЕОНАТАЛ ДАВРДА УЧРАЙДИГАН ТУҒМА ЮРАК АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ УЧРАШИ ВА СТРУКТУРАСИ..... | 108 |
| 49. Надира Эгамбердиевна Юлдашова ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА СЕМИЗЛИКНИ ЭРТА АНИҚЛАШ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ..... | 110 |
| 50. Юсупов Садулла Кенжаевич АХОЛИ ОРАСИДА ПСИХОЛОГИК МУАММОСИ БОР БЕМОРЛАРНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА УЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ..... | 112 |
| 51. Yusupova Shahnoza, Rahmetova M.R., Yusupova Sh.A. THE PREVALENCE OF DERMATOPATHY AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND THE DETECTION OF DIABETES IN PATIENTS WITH LUPOID NECROBIOSIS..... | 113 |
| 52. Кутлиева Г.Дж., Элова Н.А. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА (ВЗК).. | 115 |

КИМЁ ФАНЛАРИ ЮТУҚЛАРИ

| | |
|---|-----|
| 1. Муяссар Сагдиева, Саодат Анорбаева, Турсуной Абусейтова РАЗРАБОТКА БИОГИДРОМЕТАЛЛУРГИИ ПЕРЕРАБОТКИ ФЛОТОКОНЦЕНТРАТА АО "АЛМАЛЫКСКИЙ ГМК"..... | 117 |
| 2. O.Ubaydullayev, S.Alimbayev HALOL MAHSULOTLARINI ISHLAB CHIQRISH OB'EKTLARI, TEKNOLOGIK USKUNALAR, INVENTARIZATSIYA VA QADOQLASH UCHUN TALABLAR..... | 121 |
| 3. O.Ubaydullayev, S.Alimbayev "HALOL "STANDARTI BO'YICHA AMALGA OSHIRILGAN ISHLAR..... | 123 |
| 4. AKRAMOV ABROR YANGIYEVICH KIMYO FANINI O'QITISHDA INNOVATSION TA'LIM VA PEDAGOGIK TEKNOLOGIYALARDAN FOYDALANISH..... | 125 |
| 5. Nozima Fozilova FROM ORDINARINESS TO COMPLEXITY..... | 126 |
| 6. Masharipova Azada Farhodovna KIMYO FANINI O'QITISHDA MASOFAVIY TA'LIMNING AHAMIYATI.. | 129 |

| | |
|---|-----|
| 7. Махкамов Бунёдҷон Г'аниҷонович, Махкамова Назокат Обидҷон қизи PAN/VERMIKULIT TARKIBLI KOMPOZITSION MATRIAL..... | 131 |
| 8. Шахноза Нарзуллаева, Муяссар Сағдиева ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПРИГОДНОСТИ БИОГЕОТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПЕРЕРАБОТКИ ХВОСТОВ ФЛОТАЦИИ АО "АЛМАЛЫКСКИЙ ГМК"..... | 132 |
| 9. Ne'matillayeva Marg'iyona, Nassiboyeva Shahlo KATALIZATORLARDAGI NANOOLTIN ZARRACHALARI VA ULARNING AHAMIYATI..... | 134 |
| 10. Pirmatova Feruza KIMYO FANINI O'QITISHDA YANGI PEDOGOGIK TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH VA UNING SAMARADORLIGI..... | 135 |
| 11. Xasanova Xurshida Naimovna, Qurbonova Iqbol Umarovna KIMYO FANINI O'QITISHDA KOMPETENSIYAVIY YONDASHUVLARDAN FOYDALANISHNING O'QUVCHI BILIM SAMARADORLIGI OSHIRISHDAGI AHAMIYATI..... | 137 |
| 12. Sabirova Jamila Sabirovna KIMYO VA ATROF -MUHITNI MUHOFAZA QILISH MUAMMOLARI.. | 139 |
| 13. Saidova Nilufar Ashurovna KIMYO FANI DARSLARIDA HAYOT XAVFSIZLIGI ASOSLARINING O'QITILISHI..... | 141 |
| 14. Shodiyeva Dilfuza Shukurovna KIMYO FANINI O'QITISHDA ZAMONAVIY PEDAGOGIK TEXNOLOGIYALARDAN FOYDALANISH..... | 144 |
| 15. Tosheva Dilchirov Bo'ronovna KIMYO FANINI O'QITISHDA DIDAKTIK O'YINLI DARSLARDAN FOYDALANISH SAMARADORLIGI..... | 146 |
| 16. Valiyeva Shohistaxon Muhammadisoyevna, KIMYO DARSLARIDA INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH. | 148 |
| 17. Абдуллаева Насиба Искандаровна АНИҚ ВА ТАБИЙ ФАНЛАРНИ ЎҚИТИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ МЕТОДОЛОГИЯСИ: МУАММО ВА ЕЧИМЛАР..... | 150 |
| 18. Дилорам Аликулова, Сабоҳат Холмуродова ПОЛИАКРИЛОНИТРИЛ ВА ВИНИЛАЦЕТАТ СОПОЛИМЕРЛАРИ АСОСИДА ОЛИНГАН НИТРОН ТОЛАСИНИНГ СОРБЦИОН ХОССАЛАРИ..... | 153 |
| 19. Усманова Хилола Умматалиевна, Бобоҷонов Хикмат Шавкатович ЭКСПРЕССНЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВИНЦА В ОБЪЕКТАХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ..... | 155 |
| 20. Ганиева Шахло ПРЕПОДАВАНИЕ ХИМИИ В СРЕДНЕЙ ШКОЛЕ: ТРУДНОСТИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ УЧИТЕЛЕЙ..... | 157 |
| 21. Ҳ.М. Исмоилова, Т.Р. Абдурахмонова КОМПЛЕКС ҲОСИЛ ҚИЛУВЧИ АНИОНИТГА МИС (II) ИОНЛАРИНИНГ ЮТИЛИШ КИНЕТИКАСИ..... | 159 |

| | |
|---|-----|
| 22. Ҳ. М. Исмоилова, Т.Р. Абдурахмонова, Р. Б. Каримова БАЪЗИ КОМПЛЕКС ҲОСИЛ ҚИЛУВЧИ ИОНИТЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ..... | 161 |
| 23. Kurbaniyazova Xosiyat KIMYOVIY MODDALARNING INSONIYAT HAYOTIDAGI AHAMIYATI... | 163 |
| 24. Ra'no Mamadaliyeva, Vahobjon Xo'jayev ACANTHOPHYLLUM GYPSOPHILOIDES EKSTRAKTLARINING FLAVONOID VA FENOL MODDALARI UMUMIY MIQDORINI ANIQLASH VA BIOLOGIK FAOLLIKLARINI TEKSHIRISH..... | 165 |
| 25. Qodirxonov M.R, Abdullayev N.J. MAHALLIY XOM ASHYOLARDAN XITOZAN POLISAXARIDINI AJRATIB OLISHNING USULLARI..... | 166 |
| 26. Нормуродов Бобомурод Рўзимуродович, Рустамов Бобир Исматович ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПОЛИМЕРНОЙ КОМПОЗИЦИИ НА ОСНОВЕ КРАХМАЛА..... | 168 |
| 27. Obidov Muzaffar Valijonovich, Isag'aliyeva Sadbarxon Muhammadaminovna DORIVOR O'SIMLIKLARDA OG'IR METALLAR TAHLILIGA OID (I qism).. | 171 |
| 28. Обидов Музаффар Валижонович, Исағалиев Муроджон Тўйчибоевич SAPPARIS SPINOSA L. NING ILDIZ PŪSTI TARKIBIDA GI ЭЛЕМЕНТЛАР МИҚДОРНИНГ ЎЗГАРИШИ ТЎҒРИСИДА..... | 175 |
| 29. Рахматова Гузал Ботировна, Курбанов Мингникул Жумагулович БРОМАЦИЛТИАИНДАН ВА ТИАХРОМАНЛАРНИНГ ҲАЛҚАЛИ АМИНЛАР БИЛАН РЕАКЦИЯЛАРИ..... | 177 |
| 30. Saminov Husniddin Numonjon o'g'li, Nazarov Otabek Mamadalievich ANOR O'SIMLIGINING BIOLOGIK FAOL MODDALARINI TADQIQ QILISH..... | 179 |
| 31. Сулаймонова Зилола Абдурахмановна, Кодирова Зулфия Кобиловна СИНТЕЗ ЛИГАНДОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ФЕРРОЦЕНА С ГИДРАЗИДАМИ КАРБОНОВЫХ КИСЛОТ..... | 180 |
| 32. Д.Т.Усмонова, Ш.М.Миркомилов РОЛЬ И МЕСТО ХИМИИ В НАУКЕ ЭКОЛОГИИ..... | 182 |
| 33. Хужаярова Феруза Файзуллаевна ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССА ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИНДИЯ ИЗ КИСЛЫХ РАСТВОРОВ ЦИНКОВОГО ПРОИЗВОДСТВА..... | 183 |



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ХАЛҚ ТАБОБАТИНИНГ ЎРГАНИЛИШ ТАРИХИГА ЧИЗГИЛАР

Очилова Ойдиной Рахмидиновна
Қарши ДУ стажёр-тадқиқотчиси
Тел. +998939079494
Email: kayzer994@gmail.com

Аннотация

Соғлиқни сақлаш тизимида замонавий тиббиёт ва халқ табобатини уйғунлашган тизимини яратиш долзарб масалалар қаторидан жой олди. Ўзбекистонда 2010 йил Халқ тиббиёти Ассоциациясининг тузилиши, соҳа ишини такомиллаштириш ва ривожлантиришида муҳим аҳамиятга эга бўлди. Ассоциация олдига Ўзбекистонда халқ тиббиётини ривожлантиришига ҳисса қўиши, касалликларни тиббиётнинг анъанавий усуллари билан даволаш ҳамда профилактика ишларини оммалаштириш соҳани ривожлантириш борасида халқаро лойиҳаларда иштирок этиш, масала юзасидан жамоатчилик фикрини ўрганиш, илмий тадқиқотларни ташкил этиш, соҳа мутахассислари ўртасида касбий алоқаларни ўрнатиш каби мақсадлар қўйилиши бу соҳанинг нақадар муҳим эканлигини исботлаб турибди

Калит сўзлар: Ўзбекистон, Халқ тиббиёти Ассоциацияси, халқ табобати, фитотерапия, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти, саломатлик, профилактика

Дунёнинг қатор мамлакатларида анъанавий тиббиёт дунёвий тиббиёт билан ёнма-ён яшашда давом этиб, халқ тиббиёти вакиллари фаолиятига кенг йўл очилган. Халқ тиббиёти даволаш усул ва воситалари турли халқларнинг ҳаётий тажрибаси, диний эътиқодлари йиғиндиси сифатида таркиб топганлиги боис турли халқларнинг тиббиёт анъаналари бир бирига жуда ўхшаш ёки бир хил характерга эгадир. Тадқиқотчиларнинг такидлашларича, халқ тиббиётининг даволаш усуллари икки гуруҳга, яни диний қарашларга таянган ва эмпирик кузатишларга асосланганлигига қараб фарқланади.

Жаҳон тиббиётидаги "фитотерапия" муаммоси замонавий тиббиётнинг асосий муаммосига айланди. Аслида инсоният жуда қадимдан шифобахш ўсимликлардан фойдаланиш сирларини билган. Шу боис фитотерапия тиббиётнинг тенгдоши ҳисобланади. Фитотерапия - халқ табобатининг асосий даволаш шакли ҳисобланган. Айниқса доривор ўсимликлардан фойдаланиш Шарқий Осиё мамлакатлари орасида кенг тарқалган.

Халқ табобати ананавий, альтернатив, табиий номлар билан ҳам юритилади. "Анъанавий тиббиёт" - бу комплекс термин ҳисобланиб, бунга бутун бошли тиббий тизим, яъни бунга анъанавий ҳинд, хитой, араб тиббиёти ва бошқалар киради. Анъанавий тиббиётда фитотерапиянинг ўрни катта. "Фитотер" - грекча "ўсимлик" ва "даволаш" сўзидан олинган. Фитотерапия фани мураккаб йўналишлардан бири ҳисобланиб, бу бўйича ўқув дастури ишлаб чиқилмаган. Бугунги кунда фанга 50мингта шифобахш ўсимлик тури аниқланган. Ундан фақат 300га яқини доривор ўсимлик сифатида рўйхатга киритилган.

Соғлиқни сақлаш тизимида замонавий тиббиёт ва халқ табобатини уйғунлашган тизимини яратиш долзарб масалалар қаторидан жой олди. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти собиқ бош директори Маргарет Чен таъбири билан айтганда: "Соғлиқни сақлаш тизимида халқ табобати ва замонавий медицина ўзаро тўқнашуви шарт эмас, балки самарали ва уйғунлашган ҳолда ҳамкорлик қилиши, ҳар бир тизим ўзининг энг яхши элементларидан оқилона фойдаланган ҳолда, бир-бирининг камчиликларини тўлдириши лозим". Фуқаролар ўз саломатликларини асрашда бири иккинчисини тўлдирадиган ҳар иккала тизимдан унумли фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Ўзбекистонда ҳам кейинги йилларда халқ табобатига эътибор кучайтирилиб, бу борада давлат ўз стратегиясини ишлаб чиқмоқда. 2018 йил 12 октябрда Ўзбекистон Республикаси Президентининг "ПҚ-3968-сонли "Ўзбекистон Республикасида халқ табобати соҳасини тартибга солиш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Қарори эълон қилинди.

Ўзбекистон ЖССТининг халқ табобати тўғрисидаги стратегия ҳужжатида 2002 йил аъзо бўлди. Республикада замонавий тиббиётни даволаш усулларида фойдаланиб даволайдиган хусусий клиникалар ҳам фаолият олиб боради.

Ўзбекистонда 2010 йил Халқ тиббиёти Ассоциациясининг тузилиши, соҳа ишини



такомиллаштириш ва ривожлантиришда муҳим аҳамиятга эга бўлди. Ассоциация олдида Ўзбекистонда халқ тиббиётини ривожлантиришга ҳисса қўшиш, касалликларни тиббиётнинг анъанавий усуллари билан даволаш ҳамда профилактика ишларини оммалаштириш соҳани ривожлантириш борасида халқаро лойиҳаларда иштирок этиш, масала юзасидан жамоатчилик фикрини ўрганиш, илмий тадқиқотларни ташкил этиш, соҳа мутахассислари ўртасида касбий алоқаларни ўрнатиш каби мақсадлар қўйилди. Ассоциация ташаббуси билан 2010 йил февралда Тошкент шаҳрида "Замонавий жамиятда халқ таоботи. Ўрни, аҳамияти, истиқболлари" мавзусидаги халқаро анжуман ўтказилди.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг 2014 - 2023 йилларда халқ таоботи соҳаси стратегиясида назарда тутилган, ушбу ташкилотнинг тавсиялари асосида, шунингдек, ушбу йўналишда ривожланган давлатлар (Хитой, Корея, АҚШ, Россия ва бошқалар) тажрибаси асосида тайёрланган ва Вазирлар Маҳкамаси билан келишилган Ўзбекистон Республикасида халқ таоботини ривожлантириш бўйича комплекс чора-тадбирларни ишлаб чиқилди. Унда маҳаллий соғлиқни сақлаш тизимида халқ таоботининг ролини ошириш, халқ таоботи усуллари қўллаган ҳолда хизмат кўрсатувчи хусусий тиббиёт муассасалари фаолиятини қўллаб-қувватлаш, соғлиқни сақлаш тизимининг амбулатор ва стационар муассасаларида халқ таоботи усуллари қўллаш билан касалликларни даволаш бўйича махсус бўлимлар ташкил этиш, халқ таоботи дори воситаларини сотиш билан шуғулланувчи дорихоналар тизимини ташкил этиш (ривожлантириш), халқ таоботи соҳасида кадрлар тайёрлаш, халқ таоботини янада оммалаштириш бўйича илмий-тадқиқот ишларини олиб бориш учун шароит яратиш, халқ таоботидан кенг фойдаланиладиган хорижий мамлакатлар билан фаол ҳамкорлик қилиш каби вазифалар белгиланди.

Ривожланган хорижий мамлакатлар тажрибасини инобатга олган ҳолда, ҳамда соҳанинг ташкилий-ҳуқуқий асосларини яратиш орқали ривожлантириш нуқтаи назаридан "Халқ таоботи тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси қонунини ишлаб чиқиш ва қабул қилиш ҳамда амалиётга жорий этиш орқали бу соҳани тартибга солиш кечиктириб бўлмас долзарб масаладир.

Ўзбекистонда халқ таоботининг сиёсий-ҳуқуқий ва иқтисодий жиҳатдан таъминланиши янгича тиббий маданиятнинг оммалашувига ёрдам беради.

Хуллас, ХХасрнинг иккинчи ярмидан бошлаб, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти халқ тиббиёти масаласига жиддий эътибор қаратиб, унинг тарғиботи юзасидан қатор амалий тадбирлар олиб борди. Шунингдек, мустақиллик йилларида Ўзбекистонда бу соҳага қизиқиш ва эътибор кучайди. Халқ тиббиётини ривожлантириш учун кенг имкониятлар яратилиб, анъанавий тиббиёт билан шуғулланувчилар уюшмаси тузилди.

Фойдаланилган манба ва адабиётлар рўйхати:

<https://www.google.com/>

[search?q=Jahon+sog'liqni+saqlash+tashkiloti&rlz=1C1GCEA_enUZ838UZ838&oq](https://www.google.com/search?q=Jahon+sog'liqni+saqlash+tashkiloti&rlz=1C1GCEA_enUZ838UZ838&oq)

Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014-2023 г. Всемирная организация здравоохранения.- Женева, 2014.-С.36-38.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 12 октябрдаги ПҚ-3968 -сонли "Ўзбекистон Республикасида халқ таоботи соҳасини тартибга солиш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Қарори // Халқ сўзи, 2018, 13 октябрь.



SOG'LOM TURMUSH TARZI SALOMATLIK GAROVI

Omonov G'anisher Odilovich
Toshkent tibbiyot Akademiyasi Termiz
Filiali talabasi
Telifon: +998978424749
Omonovganishe98@gmail.com

Annotasiya: Ushbu maqolada irsiy kasalliklardan biri bo'lgan fallo tetradasi kasalligining kelib chiqish sabab va oqibatlarini haqida fikr mulohaza yuritilgan.

Kalit so'zlar: O'pka arteriyasi, radikal jarrohlik, klinik jihatlar, sianoz taxmin, palliative jarrohlik.

Fallo tetradasi gemodinamikaning buzilishi.

Fallo tetradasi-eng ko'p uchraydigan "ko'k" nuqson. Bu kasalik yurak tug'ma nuqsonlari orasida 10-30 % tashkil etadi.

Fallo tetradasi kelib chiqish sabablari - embrion rivojlanishning 2-8 haftasida kordiogenez buzilishi natijasida shakllanishi, ona xomiladorlikni erta bosqichida infeksiyon kasalliklarni (qizamiq, skarlatina, qizilcha,) boshdan kechirishi; dori vositalari (uyqi dori, sedativ, gormonal va boshqalar), alkagol va narkatik moddalar qabul qilish natijasida kelib chiqish mumkin. Asosiy sabablaridan biri irsiy omil hisoblanadi. Gemodinamik o'zgarishlar qorinchalar o'rtasidagi to'siq defekti o'lchamiga va o'pka arteriyasi stenozga darajasiga bog'liq. Yaqqol namoyon bo'lgan stenoz va qorinchalar o'rtasidagi defektda yurakning sistola vaqtida ikkala qorinchadagi qon aortaga vakam miqdordao'pkaarteriyasigao'tadi, natijadaarteriyal gi poksimiyakuzatiladi. Qorinchalarora yuqori to'siq defekti sababli xar ikkala qorinchada bosim bir xil bo'lishini taminlaydi. Uncha katta bo'lmagan stenozda esa o'pka arteriyasiga qon chiqishiga qarshilik aortaga nisbatan past, lekin qonning chapdan o'ngga o'tib berilishi mavjud bo'ladi. Bu klinik jihatdan oq Fallo tetradasi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bu bola xayotining birinchi yilida va yoshi kattalarda kuzatiladi.

Klinikasi: Asosiy belgilardan biri sianoz hisoblanada bu belgi bolaning birinchi oylaridan ko'p hollarda esa birinchi yilning oxiri va keyinchalik payda bo'luvchi jismoniy zo'riqishda, yig'laganda, qichqirganda kuchayib boradi. Sianoz bosqichma bosqich rivojlanishi xarakterli: dastlab lab sianozni kuzatiladi so'ng shiliq qavatlar, barmoq uchlari yuz, qo'l -oyoq tana terisi sianozlari kuzatiladi. Yengil va o'rta sianoz taxminan 50% yaqol namoyon bo'lgan sianoz 14% xollarda kuzatiladi. Bunday bemorlar ko'pincha cho'kkalab oladilar yoki oyoqlarini qoringa olib kelgan holda yotadi shu yo'l bilan yurakka keladigan benoz qon xajmini kamaytiradi. Axvolini bir muncha yengilashtiradi.

Xansirash -sianoz xurujlarining og'ir darajasini aks ettirib markaziy nerv tizimini tomonidan asoratlar rivojlanishidan dalolat beradi. Xuruj to'satan kuzatilib bola qo'zgaluvchan bo'lib qoladi, xansirash va sianoz kuchayadi, keyin apnoe (nafas yetishmovchiligi), xushdan ketish (gipoksemikkoma) keyinchalikgemi parez rivojlanishi bilan kechuvchi titrash. Xurujlar davomiyligi bir necha minutdan 10-12 soatgacha davom etishi mumkin jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi, taxikardiya, lanjlik gioksimik darajasiga bog'liq xolda bolani 2-3 yoshlarida tirnoqlar "soat oynasi" ko'rinishini, barmoqlar esa "baraban tayyoqchasi" shaklini oladi

Palliativ jarrohlik amaliyotlari: Aorta bilan o'pka artireyasi o'rtasida tutashma (yo'l) xosil qilinib, kuchsiz arterilizatsiyalangan qonning aortadan o'pka arteriyasiga toraygan qismini chetlab o'tib tushishini taminalaydi.

Radikal jarrohlik amaliyotlari: O'pka arteriyasi stenozini bartaraf etish, qorinchalararo tosiq nuqsoni berkirtib qo'yishadi. Odatda radikal operatsiyadan oldin birinchi bo'sqichda palliativ usul qo'llaniladi.

Eng ko'p tarqalgan amaliyatlarga Bleylok-Taussig jarrohlik amaliyoti kiradi. Bunda o'ng o'mrov osti arteriyasi va o'pka arteriyasini o'ng tarmog'i orasiga anastamoz qo'yiladi.

Operatsiya o'tkazilmagan bemorlar o'rtacha 12 yil yashaydi lekin ularning 10% 20 yoshgacha 1% esa 30 yoshgachavaundan kattayoshgachaumur ko'rashi mumkin. O'limning asosiy sabablari gipoksiyabosh, miya qon tomirlari emboliyasi, insult, bosh miya abselari, yurak yetishmovchiligi, infeksiyon endakardit, gemolikvodinamikaning buzilishlar kabilar kiradi.

Xulosa: O'rnida aytish mumkinki bu irsiy kasaalliklar tarkibiga kiradi va onada bolaga o'tadi, kasallikning oldini olish va uni davo choralarini topish uchun qarindoshlar o'rtasida turmush qurishni kamaytirish, ona xomilador bo'lgan vaqtda turli xil infeksiyon kasalliklar bilan chalinmaslik, sog'lom turmush tarziga rioya qilish talab etiladi. Shu bilan bir qatorda nerv sistemasiga uzviy bog'liq. Jarrohlik amaliyotidan oldin va jarrohlik amaliyotidan so'ng ham nervpatolog nazoratida bo'lishi lozim. Bu kasallik chalingan bemorlarni faqatgina jarrohlik yo'li bilan davolash mumkin.



Foydalanilga adabiyotlar ro'yxati.

- 1) T.A.Daminov .B.T.Xolmatova, U.R. Boboyeva "Bolalar kasalliklari ".
Toshkent- 2012
- 2) Professor S.A .Raximov va A.R.Ismoilovlar " Gospital pediatriya"
Toshkent - 2010
- 3) Abdug'affor Gadayev " Ichki kasalliklar" Toshkent - 2014
- 4) Internet ma'lumotlari



ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАГРУЗОЧНЫХ ДОЗ СТАТИНОВ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

**Базарова Фариза Равшановна студентка 111 группы
медико-педагогического факультета СамГосМИ;
Кафедры анатомии человека и ОХТА
Научный руководитель: преподаватель Мухаммадов Н.А.
E-mail: nuriddin.mukhammadov@gmail.com;**

Аннотация. Среди ряда нагрузочных индексов, учитывающих различных параметры дозы статинов, наиболее известен индекс Дюка который позволяет стратифицировать пациентов на группы риска смерти сердечно - сосудистых осложнений.

Ключевые слова: коронарные артерии, статины, индекс Дюка, нагрузочные дозы, сердечно - сосудистая система.

Наиболее доступный подход - проба с дозированной физической нагрузкой, в первую очередь, дозы статинов. Среди ряда нагрузочных индексов, учитывающих различных параметры дозы статинов, наиболее известен индекс Дюка который позволяет стратифицировать пациентов на группы риска смерти сердечно - сосудистых осложнений. Оценить острое противовоспалительное и липид-модифицирующее влияние нагрузочных доз статинов, применяемых для защиты миокарда при плановых эндоваскулярных вмешательствах на коронарных артериях. В открытое проспективное сравнительное исследование были включены 56 пациентов, направленных на плановое эндоваскулярное вмешательство на коронарных артериях (ЧКВ). Острое повреждение миокарда оценивалось до динамики сердечных биомаркеров: высокочувствительного тропонина I (Tn I), МВ фракции креатинфосфокиназы (СРК МВ). Изменение высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) отражало воспалительный ответ на интервенцию. Липидмодифицирующее влияние статинов регистрировалось по уровню аполипопротеинов (АроА1 и АроВ100). Все пациенты исходно длительно получали липид снижающую терапию согласно современным рекомендациям. Первая группа включила 29 пациента, которым была назначена нагрузочная доза аторвастатина 70 мг за 12 часов до вмешательства. Во вторую группу было включено 27 пациентов, получивших 35 мг розувастатина по той же схеме. Сердечные биомаркеры измерялись исходно и затем через 12, 24, 48 и 72 часа после процедуры. HsCRP и аполипопротеины определялись исходно и через 72 часа после вмешательства.

Выявлено, что на фоне нагрузочной дозы розувастатина происходит достоверно меньше повышение TnI и КФК МВ (на 24,7% и 28,1% соответственно) в течение первых 12 часов после процедуры, а также меньше на 22,3% выявлено пациентов с увеличением более 1 x ВГН уровня TnI и меньше на 12,1% числа пациентов с повышением КФК МВ более 3 x ВГН после процедуры по сравнению с группой аторвастатина. Исходно уровень hsCRP составил 1,45 (0,7-3) и 2,6 (0,6-5,8) мг/л в группах нагрузки аторвастатином и розувастатином, соответственно, $p=0,49$. Через 72 часа после вмешательства уровень hsCRP достоверно повысился в группе аторвастатина до 3,75(1,4-7,7) мг/л, $p=0,001$. В группе розувастатина hsCRP несущественно уменьшился к 3-м суткам наблюдения (2,65(1,5-5,5) мг/л), $p=0,16$. АроА1 существенно не изменился после нагрузки розувастатином (128 (114-143) мг/дл исходно и 16 (119-153) мг/дл через 72 часа, $p=0,94$). На фоне нагрузочной дозы аторвастатина уровень АроА1 достоверно снизился с 136 (127-151) мг/дл до 132 (111-157) мг/дл, $p=0,026$. Уровень АроВ100 значимо снизился уже к третьим суткам после нагрузки статинами в обеих группах без существенных межгрупповых различий.

Выводы: Нагрузочная доза розувастатина оказывает лучшее профилактическое влияние на развитие острого повреждения миокарда при ЧКВ за счёт более значимого снижения общего воспалительного ответа на вмешательство и более оптимального липидмодифицирующего воздействия по сравнению с нагрузочной дозой аторвастатина.

Использованная литература:

1. Алексеев И.В., Федеров А.Н. Воздействие разных доз статинов при плановых хирургических вмешательствах на коронарных артериях. // Морфология, 2018, № 4, том 114, стр. 57-61.



2. Бахадиров Ф.Н. "Одам анатомияси" // Т.: "PLATINUM PUBLISHERS", 2006 - 352 б.
3. Рахимов Я. А., Каримов М. К., Этинген Л. Е. Очерки по функциональной анатомии. - // Т.: 2001.



ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ САЛМОНЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ибрагимова Эльнара Фармановна,

Матьякубова Феруза Эгамовна.

Ассистенты Самаркандского Государственного Медицинского Института

elnara-2028@mail.ru;

Аннотация. Рассмотрено применение оральной и парентеральной регидратации при лечении салмонеллезной кишечной инфекции. Отмечено, что до настоящего времени оральная регидратация остается главным компонентом в патогенетической терапии кишечных инфекций.

Ключевые слова: салмонеллез, кишечные инфекции, оральная регидратация

Актуальность. Как известно, кишечные инфекции салмонеллезной этиологии чаще встречаются у детей раннего возраста, особенно у детей с измененной реактивностью и неблагоприятным преморбидным фоном и характеризуются тенденцией к развитию распространенных форм поражения желудочно-кишечного тракта, протекающих в тяжелой форме с выраженными нарушениями водно-электролитного баланса. В настоящее время изучение этиологической структуры и клинико-лабораторных характеристик инфекционных диарей салмонеллезной этиологии у детей раннего возраста приобретает особое значение для усовершенствования диагностики и лечения этих заболеваний. Вопросы рациональной патогенетической терапии острых кишечных инфекций салмонеллезной этиологии остаются одной из актуальных проблем педиатрии до настоящего времени. У детей раннего возраста часто развиваются обезвоживания организма, которые приводят к тяжелым последствиям [1,2]. В последние годы большое внимание клиницистов уделяется изучению эффективности неинвазивных методов лечения - оральной регидратации [3,4].

Цель исследования: Определить значимость оральной регидратации в качестве патогенетического средства при кишечных инфекциях салмонеллезной этиологии.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 44 больных в возрасте до 1 года, у которых была диагностирована кишечная инфекция салмонеллезной этиологии. У 15 из них выделена *Salmonellati phymurium*. Верификация диагноза проводилась на основании результатов бактериологического исследования кала: при получении массивного роста бактерий в первые дни заболевания при трёхкратном исследовании.

Результаты исследования: В проведенном исследовании преобладали дети первого полугодия жизни 59,3%, из них в возрасте до 3 мес. - 38,7%, до 6 мес. - 20,6%, от 6 до 12 мес. - 40,7%. На тяжесть и длительность инфекционного процесса при салмонеллезе в определенной степени влияли сроки поступления больных в стационар. Так, в первые 3 дня заболевания поступило лишь 40,4%, у всех отмечались среднетяжелые формы заболевания. У большинства детей, поступивших в стационар в поздние сроки болезни, имело место тяжелой формы заболевания 57% случаев.

Начало заболевания у большинства больных было острым, лишь у 3,8% детей с признаками недоношенности и гипотрофии мы отметили более постепенное начало заболевания: в первые 2 - 3 дня наблюдались срыгивания, вялость, метеоризм, потеря массы тела и лишь затем присоединялся жидкий стул с примесью зелени и слизи. Фебрильная лихорадка была констатирована нами у 61,9%, причем у 2 детей температура тела повышалась до 39-39,5°C. Субфебрильная температура тела была отмечена у 33,3%, у 4,5% температура тела оставалась нормальной. Длительность лихорадки не превышала 1-2 дня независимо от степени тяжести процесса. Выраженность интоксикационного синдрома зависела от степени тяжести заболевания. При среднетяжелой форме салмонеллеза отмечались умеренные симптомы интоксикации в виде бледности кожных покровов, вялости, снижения аппетита. У 33,3% диагностирован токсикоз с эксикозом I - II ст., выразившийся в потере массы тела до 5 - 6%, гемодинамических нарушениях ("мраморность" кожных покровов, акроцианоз, холодные конечности), а также признаках дегидратации. Продолжительность синдрома интоксикации при салмонеллезе колебалась от 5 до 10 дней. Рвота отмечена у 35,8%, преимущественно у детей с тяжелой формой заболевания в первые дни болезни и не более 1-3 раз в сутки. Поражение толстой кишки доминировало в клинике диарейного синдрома. При разных формах заболевания отмечалась диарея: стул до 5 раз в сутки у 28,5%, у 38,8% - от 6 до 9 раз в сутки, у 31,2% - более 10 раз в сутки. У 10 больных с тяжелой формой заболевания стул был 15-20 раз в сутки, с большим



количеством слизи, прожилками крови; отмечалось зияние ануса. Явления гемоколита имело место у 47,6% с салмонеллезом. Наибольшая длительность диарейного синдрома колебалась от 10 до 20 дней. Гастроэнтероколитическая форма салмонеллезной кишечной инфекции была выявлена нами у 45,2%. Для нее были характерны выраженные общетоксические симптомы, развитие симптомов регидратации. Энтероколитическая форма заболевания отмечена у 30,9%. Для нее был наиболее характерен местный воспалительный процесс в ЖКТ, большая длительность и выраженность диареи, развитие гемоколита.

Клиника гастроэнтерита была лишь у 23,9% старше 10 месяцев. Заболевание протекало в среднетяжелой форме с умеренно выраженным диарейным синдромом. Значительным клинико-лабораторным сдвигам соответствовали выраженные нарушения спектра микробной флоры кишечника, особенно количественные изменения эндогенной флоры. В день поступления в стационар всем больным назначалась общепринятая базисная терапия, которая включала - рациональную диету, регидратационную терапию, ферментные препараты (панкреатин или мезим форте) и симптоматические средства при наличии показаний (жаропонижающие или противорвотные). Для сравнительной оценки эффективности проводимой терапии больные были разделены на две группы: (по 22 в каждой); 1-я группа (основная) - в качестве патогенетической терапии получала "ORSA" per os в течении 5-7 дневным курсом и парентеральную регидратацию; 2-я группа (группа сравнения) - получала парентеральную регидратационную терапию. Анализируя динамику исчезновения симптомов обезвоживания и интоксикации было установлено, что в основной группе больных, получавших "ORSA" per os и парентеральную регидратационную терапию, в том числе - вялость, сниженный аппетит и лихорадка, особенно в первые 2-3 дня лечения, исчезали быстрее, чем в группе больных, леченных парентеральным регидратационным путем. Так уже на 2-й день лечения салмонеллёза "ORSA" per os и парентеральной регидратационной терапией 53,3% случаев полностью исчезли все симптомы диареи, в том числе у 80% больных сниженный аппетит, и в 83,3% случаев нормализовалась температура тела. В то время, как в группе сравнения купирование этих симптомов имело место - лишь в 76,7% случаев. Несмотря на то, что на 3-й день лечения у большинства больных в обеих группах нормализовалась температура тела, исчезли вялость и сниженный аппетит, общее состояние больных в группе сравнения в 66,7% случаев расценивалось еще как среднетяжелое, в то время как в основной группе - лишь у 13,3% больных. Внедрение при лечении кишечных инфекций оральную и регидратационную терапию вместе, в отличие от группы сравнения, купирование функциональных нарушений ЖКТ наступило также быстрее, однако различия по продолжительности рвоты и болевого синдрома были несущественными: рвота в основной группе больных прекращалась в большем проценте случаев (91,6%), чем в группе сравнения (73,7%) лишь в 1-е сутки лечения, а болевой синдром - начиная с 3-го дня (у 83,3% и 72% больных соответственно). Наиболее существенные различия в сравниваемых группах больных были в динамике купирования явлений эксикоза и токсикоза, интоксикации, вялость, и особенно, нормализация частоты и характера стула. Так, уже на 3-й день лечения эти явления купировались в 66,7% случаев, а на 4-й день - у всех больных, в то время как в группе сравнения в эти сроки от начала терапии - лишь у 55,5% и 72,2% больных соответственно. Нормализация частоты и характера стула на 3-й день лечения имело место в 46,7% случаев, а на 5-й практически у всех (90%) больных, в то время как в группе больных, получавших лечение без оральной регидратации, нормализация стула в эти сроки имела место лишь в 23,3% и 56,7% случаев соответственно. Таким образом, при лечении острых кишечных инфекций сальмонеллёзной этиологии комплексными препаратами, клиническое выздоровление с купированием симптомов интоксикации и обезвоживания, явлений метеоризма, нормализации частоты стула наступает практически у всех (90%) больных, в то время как при использовании только парентеральную регидратационную терапию у аналогичных больных по этиологии и тяжести заболевания - лишь в 66,7% случаев.

Выводы. Полученные нами данные позволяют считать, что до сих пор в лечении кишечных инфекций у детей раннего возраста ключевую роль играет применение оральной регидратации. И не следует забывать, что совместное использование оральной и парентеральной регидратации способствует эффективности проводимой терапии.

Список литературы:

1. Приказ МЗ Р Уз. №122 от 23.05.15 "О совершенствовании мероприятий по борьбе с тифо-паратифозными заболеваниями, сальмонеллезами и ОКИ среди населения республики".
2. Новокшенов А.А., Мазанкова Л.Н., Соколова Н.В. Патогенетическое обоснование оптимальной терапии ОКИ у детей // Детские инфекции. - 2002. - №1. - С. 32-37.



3. Лагир Г.М., Кондрашова Л.Н., Мьельников Р.Г., Дулик Л.В. "Новый пробиотик энтерожермина в лечении ОКИ у детей с ротавирусной инфекцией": Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. Научно практический журнал. 3(21):Минск. Беларусь 2012г. 105-108 с.
4. Goodgame, R. W. Viral causes of diarrhea // Gastroenterol Clin North Am. 2012. V. 30. P. 779-795.



VITAMINLAR TASNIFI VA KASALLIK SINDROMLARI

Samarqand davlat tibbiyot instituti
Farmatsiya fakulteti
1- bosqich talabasi
Akbarov Asliddin Toxir o'g'li
Telefon: +998976117919
asliddinakbarov19@gmail.com

Annotatsiya: inson turmush hayotida turli xil vitaminlarni istemol qiladi uning tarkibida turli xil moddalar va vitaminlar bo'ladi. Ana shular ichida inson organizmi uchun muhim bo'lgan vitaminlar yetishmasligi tufayli bir qancha kasalliklar kelib chiqadi. Vitaminlar biologik faol moddalar bo'lib organizmda moddalar almashinuvida qatnashadi. Vitaminlarning inson organizmida sintezlanishi oziq- ovqat mahsulotlarining bevosita qatnashuvi natijasida vujudga keladi. Vitaminlarni o'rganuvchi fan "vitaminologiya" deb ataladi

Kalit so'zlar : avitaminoz, gipovitaminoz, gipervitaminoz, kolit, provitamin, sterinlar, polinevrit "beri-beri" "pallagra", flefarit.

Vitaminlar lotincha so'zdan olingan bo'lib "vita" hayot "amin" - guruh ma'nosini bildiradi ya'ni darindori ma'nosini o'zida namoyon qiladi. Vitaminlar organizmga asosan oziq ovqatlar bilan kiradi va ?simliklarda sintezlanadi. Hayvonlar o'simliklar bilan oziqlanib vitaminlarni o'z to'qima va azolarida to'playdi. Inson uchun vitaminlar manbai o'simlik, hayvon mahsulotlari hisoblanadi.

Vitaminlar organizmda sodir bo'ladigan kimyoviy reaksiyalarni kuchaytiradi, organizmning oziq moddalarini o'zlashtirishga ta'sir ko'rsatadi, hujayralarning normal o'sishiga va organizmning rivojlanishiga ko'maklashadi va fermentlar tarkibiga kirib ularning normal funksiyasi aktivligini ta'minlaydi. Biror vitamin yetishmasa yoki butunlay yoq bolsa moddalar almashinuvi buziladi. Vitamin yetishmasligiga ovqat ratsionida vitamin kam bolishigina emas balki ularning ichkarida so'rilishi, to'qimalarga yetkazib berilishi va biologik aktiv shaklga aylanishining buzilishi ham tabiiy omillardan hisoblanadi. Organizmda vitaminlarning normal o'zgarishi siklining buzilishi vitamin yetishmasligiga olib keladi va turli xil kasalliklar kelib chiqadi. Organizmda biror vitamin mutlaqo yo'qolsa "avitaminoz", miqdori kamaysa "gipovitaminoz" me'yoridan ortib ketssa "gipervitaminoz" kasalliklari namoyon bo'lib har qaysidada klinik sindromlar har xil namoyon bo'ladi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi va boshqa ko'pgina kasalliklarda vitaminlarning hazm buziladi va endogen vitamin kasalligi paydo bo'ladi. Vitaminlardan tashqari organizmda turli o'zgarishlarga uchrab vitaminlarga aylanadigan moddalar provitaminlar ham ma'lum. Provitaminlarga karotinlar (a provitamin) d vitaminga aylanadigan ba'zi bir sterinlar (ergosterin 7 degidroxolesterin kiradi.

Organizmning vitaminlarga bo'lgan ehtiyoj ortishiga olib keladigan omillar: masalan, aqliy va jismoniy toliqish, ruhiy iztirob, havo haroratining yuqori yoki past bo'lishi, kislorod tanqisligi, homiladorlik va bola emizish davrida organizmga vitamin yetarlicha tushib turganda ham vitamin yetishmasligi kuzatiladi va qaysi vitamin yetishmasa o'sha kasallikka xos simptomlar paydo bo'ladi. Qisman vitamin yetishmovchiligida gipovitaminoz paydo bo'lib, o'z vaqtidabartaraf etish choralari korilmasavitamin yetishmasligining murakkabroq xili avitaminoz- vitaminlarning to'liq yetishmasligi kuzatiladi. Gipovitaminoz belgilari kasallik boshlarida ro'y rost yuzaga chiqmaydi, bemorning ahvoli o'zgaradi, bo'shashadi, tez charchaydi, injiq bolib qoladi, uyquzi buziladi, ish qobiliyati pasayadi, ishtahasi yo'qoladi. Kasallik boshlanishida bemorning qon va siydigida vitamin miqdori laboratoriyada tekshiriladi avitaminozda aksincha kasallikning klinik alomatlari yaqqol ko'rinadi.

Vitaminlar o'z navbatida 2 guruhga bo'linadi:

Suvda eriydigan : B1, B2, B3, B6, B9, B12, B15, PP, H, P, F, C, U .

Yo'da eriydigan : A, D, E, K .

Tiamin (B1 vitamin) organizmda uglerodlar almashinuvida birinchi darajali ahamiyatga ega. Organizmda tiamin bo'lmasa polinevrit kasalligi ro'y beradi, yetishmasa nerv sistemasining og'ir kasalligi " beri-beri " paydo bo'ladi. Organizmning B1 vitaminiga bo'lgan 1 sutkalik ehtiyot kattalarda 1.3- 2.5 mg.ni bolalarda 0.3 - 1.7 mg.ni tashkil etadi. B1 vitamini achitqilarda, ayniqsa, quruq pivo achitqida, non kvarsida, g'alla va dukkakli o'simliklar doinida hamda ba'zi bir hayvon mahsulotlarida ko'p miqdorda bo'ladi.

Riboflavin (B2 vitamini) o'sish jarayonida qatnashadi va ostiruvchi omillarga kiradi hamda oqsil



yog' va uglevodlar almashinuvda ishtirok etadi. Ko'zning muguz

Pardasi, to'r pardasi, gavharidagi moddalar almashinuviga ta'sir etadi, yorug'likni sezishga, rangni ajratishga, bolalar organizmining o'sishi va rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadi. B2 vitamini yetishmaganda og'iz burchagi lab yoriladi, soch to'kiladi, konyuktivit va flefarit yuz beradi. B2 vitaminiga bo'lgan 1 sutkalik ehtiyoj kattalarda. 1.5-3.0 mg.ni tashkil etadi. U asosan hayvon mahsulotlari, tuxum, pishloq, sut, go'sht, g'alla va dukkakli o'simliklar, yeryong'oq, soya, ko'k no'xat, nok, shaftoli, pomidor, sabzi, lavlagi, gulkaram va ismaloq mahsulotlarida bor.

Nikotin kislotasi (PP vitamini yoki B3 vitamini) hujayralarning nafas olishida, oqsillar almashinuvida qatnashadi. Me'daning sekret va harakat funksiyasini normallashtiradi, meda osti bezi ishlab chiqaradigan sekretiya va shira tarkibini yaxshilaydi. Sog'lom katta yoshdagi odamning bu vitamininga bo'lgan 1 sutkalik ehtiyoji yetishmasa pellagra kasalligi ro'y beradi.

Piridoksin (B6 vitamini) oqsil va yog'ning normal hazm bo'lishini taminlaydi, azot almashinuvida muhim ro'l o'ynaydi. Organizmda pridoksin yetishmasa bolalar o'smay qoladi, meda va ichak ishi buziladi, yuz bo'yin bosh terisining yallig'lanishi, qozgaluvchanlik, uyqusizlik kuzatiladi. Katta yoshdagi kishilarning B6 vitaminiga bo'lgan 1 sutkalik ehtiyoji. 1.5-3.0 mg.ni bolalarda 0.4-2 mg.ni tashkil etadi. Pridoksin ko'pgina o'simlik va hayvonlar mahsulotlarida, masalan : quruq pivo, achitqi kepak, tariq, makkajo'xori, no'xat, kartoshka, sabzi, lavlagi mol va tovuq go'shti, mol jigari, buzuq va qo'y go'shti, tuxum sgirda bo'ladi

Folat kislotasi (B9 vitamin) ba'zi aminokislotalar almashinuvida va sintezida shuningdek, nuklein kislotalar sintezida qatnashadi, ko'mikning qon yaratish funksiyasini kuchaytiradi, B12 vitaminining o'zlashtirilishiga yordam beradi. Organizmda folat kislotasi yetishmasa kuchli kamqinlik, meda ichak funksiyasi sezuvchanliginjnng buzilishi ro'y beradi. Katta yoshdagi odamning B9 vitamininga bo'lgan. 1 sutkalik ehtiyoji o.2 mg. Folat kislotasi o'simlik va hayvon mahsulotlarida, ayniqsa, jigari, buyrak va yashil barglarda ko'p,

Sianokobalami (B12 vitamini) yuqori biologik aktiv moddalar jumlasiga kiradi, metionin nuklein kislotalar sintezida va qin yaratilishi jarayonida qatnashadi, Organizmda B12 vitamini yetishmasa kamqonlik (anemiya) paydo bo'ladi. Sog'lom katta yoshdagi odamning bu vitamininga bo'lgan sutkalik ehtiyoj 3.0 mkg bolalarda 0.3 - 3.0 mkg. Organizmga ovqat bilan kerakli sianokobalamin mol jigarida k?p miqdorda bor.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

- 1) Sohibov D vitaminlar va ularning hayot uchun ahamiyat- Toshkent. 1991 yil
- 2) Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish- F.F.Nazirov, A.G.Gadoev, G.S. Oripov O'zbekiston milliy ensiklopediasi-2018
- 3) Hammabop tibbiyot qo'llanmasi- David Verner, Kerol Tuman, Jejn Maksvel, Donald Elsvord - Toshkent. 2016
- 4) G'.O Haydarov., Sh.X.Ermatov. Ichki kasalliklar. darslik- Toshkent. 2005



IMPACT ON CORONAVIRUS IN OUR LIVES

Author Isakjanova Saboxat Muhamedovna snipe_shoot@inbox.ru

Annotation: In this article it is described about coronavirus-peakiest problem and its effects on human's lives, pros and con sides. All sentences are based on real life examples.

Key words: restrictions, trouble, spread, major disruption, illnesses, population, history, darkness, illiteracy, greediness, taking care of each other.

As everybody knows, today such a global problem is being in danger all over the world. We're living in unprecedented times -- and as the coronavirus pandemic deepens and more restrictions are put in place around the world, the impact on our lives can be troubling and confusing. So it is declared that it is not only one or two country's problem or pandemic but also it has already spread over the whole earth. For writing this article, firstly, I want to describe my own feelings about this pandemic and its danger. It is not secret that as it came to earth, every human felt such a big fear about death. When we pay attention to its history, in fact it is clearly seen that the virus first began to spread during the Lunar New Year celebrations, so Chinese factories were already idle for the holiday. The government has now extended the holiday through Feb. 2, but if factories remain shuttered for much longer, it could end up causing major disruptions to global supply chains. China accounts for about 20 percent of global manufacturing output.

Nearly 24 hours a day we can see its effects, news, the number of people who are suffering from this pandemic; advertisements, also useful recommendations related to not being infected by it. Even new motto has been created about that: stay home and be safe. Everything, yes almost everything is restricted and limited by politicians, polices, lawyers and of course by doctors and scientists. They include pieces on the pandemic's impact on business, travel and daily life, as well as guides on how to limit the spread of the virus, how to adjust to new routines, what to do if you're worried you have Covid-19, and how to help others. It has changed how we work, study and learn: Schools, colleges, universities, educational centers, bars, cafes, restaurants- all eating and entertaining places - all are closing, sports leagues have been canceled, and many people have been asked to work from home. On March 16, the Trump administration released new guidelines to slow the spread of the coronavirus, including closing schools and avoiding groups of more than 10 people, discretionary travel, bars, restaurants and food courts. That also means minimizing contact with people. Avoiding public transportation whenever possible, limit nonessential travel, work from home and skip social gatherings - and definitely not going to crowded bars and sporting arenas. As mentioned above, in reality even it is restricted to go out of home and from today's new law also enforces: for driving a car, own car, every person must take a special license. "Every single reduction in the number of contacts you have per day with relatives, with friends, co-workers, in school will have a significant impact on the ability of the virus to spread in the population," said Dr. Gerardo Chowell, chair of population health sciences at Georgia State University. I totally agree with these ideas. Because while we speak with more people we do not know which one has such virus that's why we should be very attentive in such cases.

Furthermore, the coronavirus is just starting to have an impact on the globe's economy and politics. The impact is all the greater as it coincides with what was already a slowing Chinese economy. It comes at a time when American and other countries' companies were already shifting supply lines from China to elsewhere due to new tariffs and trade tensions. The virus will serve as another reminder for companies to more rapidly diversify their supply chains. It is clearly seen that it effected not only in Chinese or American, Italy's economy, but also we can count easily its bad effect unfortunately any other countries, for instance, in Uzbekistan- our native country also is struggling unstopably against this. Our devoted president Shavkat Mirziyayev is sure that the people of Uzbekistan can conquer and overcome these difficulties. So in his speech he says: 'Our Uzbek people saw quite a lot in their lives and that's why I do believe that they can conquer it by united with each other and with strong power'. Tell the truth, when I first read these, I could not restrain my eyes and soul from crying. I also trust that in future such days will come, we remember about these days but cannot forget, if the god wishes.

All points are considered, but as it is clear with the name of the article, I am just going to write about the beneficial sides of the pandemic. Truly, it has good impacts, too. First of all, it teaches us to think about the time and value it once more again. Nearly at least 2 or 3 hours a day we waste our time for doing unnecessary activities like chatting, gossip and others. Secondly, it forces us to stay home- near our family, our children: briefly, it studied us about the most important values in the world. It should be



recognizable that we did not pay close attention to our home, our family, our children. The reason is so ordinary: We did not have enough time because we were working. It was just riddle of ourselves. We only lied ourselves. We were not so attentive to our valuable and reality wealth- son and daughter- even some parents did not ask about their daily studies, daily activities, daily foods, I mean what they were eating when parents were at work, with whom they spoke every day and for what reason□. There is so much to say. Besides, people learn how to live in a cleanly, how to follow hygienic rules correctly. In fact: cleanness is the main factor of health; cleanness is guarantee of health. We should not forget about it. In addition, there are such kind of inattentive and moody people who waste their time and whole life only going to bars, cafes, clubs and other entertaining places. They only thought about now, not future, not past- only today. For these people it should be a lesson how to live without going anywhere and staying with family, gathering around the table and chatting with each other about anything they want. It is really pleasure and enjoyable.

References:

- 1.G.Alimova, J.Kamolov, Sh. Abdullayeva.Partnership of family- the neighborhood-educational institution.T.,2014y
2. G.Alimova, J.Kamolov, Sh. Abdullayeva.Partnership of family- the neighborhood-educational institution.T.,2014y



BUYRAK KASALLIKLARI TUFAYLI DISPANSER NAZORATIGA OLINGAN BOLALAR SALOMATLIGIDA PATRONAJ HAMSHIRASINING TUTGAN O'RNI

Nilufar Mirniyozova

Toshkent shahar, Pediatriya Tibbiyot Instituti, Oliy hamshiralik ishi yo'nalishi,

2-kurs talabasi

Telefon: +998(99)8511893

e-mail: miss.mirniyozova@gmail.com

Annotatsiya: Ushbu maqolada buyrak kasalliklarining kelib chiqish sabablari, mazkur kasallik tufayli dispanser nazoratiga olingan bolalar salomatligida patronaj hamshirasining tutgan o'rni, vazifalari haqida fikr mulohazalar keltirib o'tilgan.

Kalit so'zlar: buyrak kasalliklari, yallig'lanish, patronaj hamshira, siydik ajratish, piyelonefrit.

Insonning siydik ishlab chiqarish va ajratish tizimi buyraklar hamda siydik to'planishi va organizmdan chiqarilishi uchun xizmat qiluvchi a'zolar, ya'ni uning nayi, siydik pufagi va ajratish kanalidan iborat [1].

Siydik ajratish sistemasi qonni filtrlaydi va plazmada erigan moddalar almashinuvi mahsulotlarini chiqaradi. Buyrak funksiyasining o'zgarishi qonni filtrlash va organizmning chiqindilardan tozalanishi buzilishiga olib kelishi mumkin. Chiqindilar to'planishi shishlar paydo bo'lishi, bir qator muhim a'zolarning buzilishi bilan bog'liq. Siydik ajratish sistemasi funksiyasi buzilishi ko'p uchraydi va ko'p hollarda infeksiya tomonidan qo'zg'atiladi, bu qovuq ichida yoki atrofida yallig'lanishga olib keladi; infeksiya ko'pincha siydik ajratish sistemasi a'zolariga siydik chiqarish kanali orqali kiradi [2].

Masalan, inson vujudi uchun zararli bo'lgan mochevina va kreatinin moddasi faqat buyrakda tozalanadi. Turli omillar ba'zida buyrakning to'laqonli faoliyat yuritishiga to'sqinlik qiladi. Natijada buyrak kasalliklari kelib chiqadi.

Bolalarda uchraydigan noinfeksion kasalliklarning 4-5foizi buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklariga to'g'ri keladi. Bu kasalliklar surunkali kechishi va qaytalanib turishga moyilligi bilan xarakterli bo'lib, aksariyat kattalarda uchraydigan siydik ajratish tizimi kasalliklari bolalikdagi kasallikning davomi yoki asoratlari bo'lishi mumkin. Buyrak kasalliklarining yana bir xarakterli tomoni shundaki, kasallik belgilari bilinmasdan boshlanadi, siydikdagi o'zgarishlar shikoyatlardan ancha oldin paydo bo'lib qolgan bo'ladi. Siydik ajratish tizimi kasalliklari orasida birinchi o'rinni glomerulonefrit egallaydi. Siydik ajratish tizimi kasalliklari har xil jins va yoshdagi bolalarda o'ziga xos tarzda kechadi [3].

Glomerulonefrit-eng ko'p uchraydigan buyrak kasalliklaridan biri bo'lib, buyrak ko'ptokchalarining yallig'lanishi va ikkilamchi buyrak kanalchalarining shikastlanishidir. Kasallik asosan maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda kuzatiladi. Bolaning tanasi, oyoq va qo'llari, qovoqlaridagi shishlar kasallikning ilk belgilaridir. Og'ir davrida bemorning qon bosimi oshib, peshob bilan qon ajraladi, kamqonlik yuzaga keladi [4].

Piyelonefrit-buyrakning interstitsial to'qimasi va kosa-jom tizimining bakterial yallig'lanishidir. Piyelonefrit rivojlanishida bakterial infeksiya alohida ahamiyatga ega. Birlamchi piyelonefrit alohida kasallik sifatida rivojlanadi. Ikkilamchi piyelonefrit esa peshob yo'llari faoliyatining buzilishi tufayli yuzaga keladi. Bunday vaziyatlarda dezintoksikasiya terapiya o'tkazish lozim. Buning uchun peshob haydovchi preparatlar, harorat tushiruvchi, spazmolitik, ya'ni og'riq qoldiruvchi dorilar yaxshi samara beradi. Fitoterapiyadan foydalanish tavsiya etiladi.

Dispanserizatsiyaga ahamiyat qaratish kerak hisoblanadi, stasionar tavsiyalarini bajarish va surunkali infeksiya o'choqlarini davolash, yondosh infeksiyalarning oldini olish lozim. Bola vaqtincha emlashlardan ozod qilinadi, 6 oy va undan ko'proq muddat davomida jismoniy tarbiya mashg'ulotlardan ozod qilinadi, keyinchalik maxsus guruhdagi mashg'ulotlarga ruxsat beriladi. Glomerulonefritda remissiya davrida ikki haftada bir marta pediatr ko'rigi, peshob tahlili o'tkaziladi. Patronaj hamshira dispanser nazoratiga olingan bemor holidan o'z vaqtida xabar olishi lozim. Belgilangan uzluksiz muolajalar qabul qilinishini doimiy kuzatib borish kerak. Bemorning oila a'zolariga kasallik parvarishi, rasional ovqatlanish tartibiga rioya etish bo'yicha maslahat berishi maqsadga muvofiq. Belgilangan muddatlarda bolalar dispanser ko'rigiga jalb etilishi kerak. "D" nazoratidagi bolalar reja asosida, ko'rsatmaga binoan yiliga 2, 4, 6 marta tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi. Buni albatta patronaj hamshira nazorat qilishi zarur.

Xulosa qilib aytganda, buyrak kasalliklarini oldini olish uchun bolalarni yuqumli kasalliklar, anginadan asrash, karies tishlar va surunkali tonzollitni vaqtida davolash muhim ahamiyatga ega. Patronaj hamshirasining muhim vazifasi bolaga gigiyenik talablarga rioya qilishni o'rgatish, uni chiniqtirish kasallikni oldini olishda



muhim o'rin egallaydi. Oilada patronaj ko'rigini tashkil etishda bolalar va o'smirlar salomatligi bilan bog'liq har bir holat patronaj hamshiraning e'tiboridan chetda qolmasligi kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Abdig'ffor Gadayev, "Ichki kasalliklar", Toshkent-2014, 761-bet.
2. F.O. Oqilov, Ya.N. Allayorov, "Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish", Toshkent-2014, 124-bet.
3. Q. Inomov, M. G'aniyeva, "Pediatriyada hamshiralik ishi", Toshkent-2007, 166-bet.
4. Sh. Razzoqova, "Hamshira" jurnali, №2, 2018-yil, 27-bet.



BO'YIN RADIKULOPATIYASIDA OG'RIQ SINDROMINI DAVOLASH

Orazimbetova D.Dj., Usmanova D.Dj.
Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti magistratura talabasi
Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti dotsenti
Telefon: +998936149494
dilafruzorazimbetova94@gmail.com

Annotatsiya: Ushbu tezisda bo'yin radikulopatiyasi bilan kasallangan bemorlarda og'riq sindromini davolashda har xil davolash rejimlari qo'llanilgan va ular orasida qaysi biri samaradorligi ekanligini haqida xulosalar keltirilgan.

Kalit so'zlar: radikulopatiya, og'riq, Paindetect shkalasi, DN4 shkalasi, davolash, diklofenak, aktovegin, fizioterapiya

Tadqiqotning dolzarbligi: Bugungi kunda bo'yin radikulopatiyasi faqat hayot sifatini, faoliyatini va mehnat qobiliyatini pasaytirib qo'ymasdan, bemorlarning nogiron bo'lib qolishiga sabab bo'lmoqda. Shu sababli bo'yin radikulopatiyasi nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy-iqtisodiy muammo hisoblanadi. Bu muammoning dolzarbligi keng tarqalganligi va uzoq davom etishi bilan bog'liq. Statistika ma'lumotlariga qaraganda 45 yoshdan o'tgan kishilarning 10-15% da uchraydi.

Tekshiruv maqsadi: Bo'yin radikulopatiyasi bilan kasallangan bemorlarda og'riq sindromini davolashda har xil davolash rejimlarining samaradorligini baholash.

Tadqiqot metodlari va usullari: Bo'yin radikulopatiyasi bilan kasallangan 50 ta bemor ko'rikdan o'tkazildi. Bu bemorlar 2 guruhga bo'lindi. Birinchi guruh 25ta bemorni o'z ichiga oldi va ularda ketorolak va aktovegin bilan davolash turi qo'llanildi. Ikkinchi guruhga 25 ta bemor kirdi va ularda ketorolak va fizioterapiya (massaj) bilan davolash turi qo'llanildi. Biz davolashdan oldin va keyin qon zardobidagi IL-6 miqdorini o'rgandik.

Tadqiqot natijalari: birinchi guruhda Paindetect shkalasi bo'yicha og'riq 24 balldan 15 ballgacha; DN4 shkalasi bo'yicha esa 7 balldan 4 ballgacha pasayganligi aniqlandi. Ikkinchi guruhda Paindetect shkalasi bo'yicha og'riq 22 balldan 9 ballgacha; DN4 shkalasi bo'yicha esa 6 balldan 2 ballgacha pasayganligi aniqlandi. 1-guruhda IL-6 darajasi davolanishdan oldin 15,4 pg/mg ni, davolanishdan keyin 11,1 pg/mg ni tashkil etdi. 2-guruhda esa IL-6 darajasi davolanishdan oldin 14,7 pg/mg ni, davolanishdan keyin 8,2 pg/mg ni tashkil etdi ($P < 0.001$).

Xulosa: Tadqiqot natijasiga ko'ra diklofenakni fizioterapiya (massaj) bilan birgalikda qo'llash diklofenakni aktovegin bilan birgalikda olgan bemorlarning natijalariga qaraganda og'riqni kamaytirishga ijobiy ta'sir ko'rsatishi aniqlandi. Og'riq sindromi bilan kechuvchi bo'yin radikulopatiyasi bor bemorlarga neyropatik og'riqni kamaytirish uchun 2-guruh davolash sxemasidan foydalanish tavsiya etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Андреев В., Борошевич Е., Порхун Н. Миорелаксанты в комплексном лечении дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. Врач 2010; 5: 64-66.

2. Аскерко Э.А., Дейкало В.П., Пушко В.В. Индексная шкала оценки функции плечевого сустава. Новости хирургии. 2012. № 1. С. 100-104.

3. Иванова М.Ф., Евтушенко С.К. Дорсалгия, обусловленная дегенеративно-дистрофической патологией позвоночника // Новости медицины и фармации. 2010. № 15 (335). С. 16-17

4. Исайкин А.И., Суслова Е.Ю. "Диагностика и лечение боли в шейном отделе". Медицинский совет 2015; 100-105.

5. Калашников В.И. Синдром позвоночной артерии: Клинические варианты, классификация, принципы лечения. Практикующему неврологу 2010; 1(31): 93-99.



**DON'T SAY "I AM NOT CONNECTED WITH THIS" !!!
STAY AT HOME FOR YOURSELF, FOR YOUR FAMILY, FOR US AND FOR
THE FUTURE, PLEASE!!!**

**Salovov Isroil Kamoliddin ugli,
Tsohkent 17-umumta'lim maktab Ozbekiston Yoshlar ittifoqi boshlang'ich
tashkiloti yoshlar yetakchisi va xalq deputatlari
Parkent tuman Kengashi 23-"O'rta" saylov okrugi deputati**

Annotatsiya: Maqolada Koronavirus kasalligining kelib chiqishi, salbiy oqibatlari hamda "Uyda qoling" shiori ostida kasalikka chalinmaslik yo'llari haqida keng fikr yuritilgan.

Kalit so'z: COVID-19, CORONAVIRUS, kasallik

I am not an epidemiologist or a doctor. Currently, because of some apathetic people I had to write. The disease was first identified in 2019 in Wuhan, the capital of China's Hubei province, and has since spread globally, resulting in the 2019-2020 coronavirus pandemic. In short, the meaning of COVID-19 is "CO" corona (corona), "VI" virus (the virus), "D" (disease) disease. COVID-19 is a new virus. It is belong to the family of viruses of certain types which can be caused severe acute respiratory syndrome and acute respiratory viral infection (SARS).

Today, the lofty spread panic, but all the risk of the potential COVID - 19 , coronavirus the name of the World . I have read information about spreading of coronavirus infection. It is exponential evidence about the growing ranks of the processes. This exponential growth is very severe, the human mind is amazing level of growth. For example, the Italian state start time, the number of people suffering from the disease, two times a day. If the growth rate of two times per day in the manner, the disease infected 30 million population of people for only 25 days a month would be enough time. However, despite this, some people think that coronavirus is simple disease as the flu. Its speed of distribution of cash fail to understand that it is a serious problem. The main difference between the flu and coronavirus- we should know that It is extremely infectious. Unfortunately, this disaster has already come in our homeland . Today, most of the people are worrying about it and trying to struggle for existence. The works against spreading of virus are increasing by Government.

In order to prevent of spreading virus and to protect to population, it is being disinfected our cities. However, some of them during the quarantine is difficult to understand why this is not so far affected. Why? You do not need your health, your life? Even many well-known people, public figures suffered from this virus. Also, It has been noted of one of our countryman. This means that the virus does not choose age , gender , career or nationality. So why do people need to be gone? Why family members at risk the people around you?

There is short story concerned to this situation.

One day, the mouse saw the owner of the farm was putting a mouse trap. He said about it to hens, sheep and cows and he asked for them to broke trap. All of them said, "This is your problem, we are not related to it". A few days later, the snake fell into the trap and bit the farmer's wife with anger. The farmer killed the hens to treat his wife and cooked soup from it. Then they killed a sheep to make a food for those who came to see the patient. Then the farmer killed a cow to cook a meal for those who came to the funeral.

Mouse was watching it from his nest, he thought about things that are not related to anyone.

Find out for yourself, your family, for us, for the future, please stay at home! Do not say "I am not connected with this"!!! CORONAVIRUS IS NOT 'AN ANGEL OF DEATH'!!! If we act according to doctor's recommendation, any disease will not affect to us.

Do not believe to panic-mongers, exaggerators. Personal hygiene and healthy lifestyle is not strange to us. Let's think what makes us worrying about something?.. We believe much more to have heard than to have seen. We do not pay attention to our opportunities that we have. I mean we have enough chance to overcome this condition and we have to just care about ourself, about relations.

The Greeks have an incredibly strong wisdom that man cannot be defeated. In fact, a person can not be overcome, if he does not make the opportunity. A person may be fearless, courageous, but may not be able to overcome even a simple panic due to a little carelessness. Today the whole world is experiencing difficult situation.

If you temporarily stay at home! You may share portion to save life of plenty of people. You have a



chance to be a hero of nation by staying at home. Use this opportunity by staying at home without panic. Accept seriously on being far from crowd and daily life out. Share it to others and obey yourself too. The end of the coronavirus outbreak is unpredictable, no one knows for sure. Help for feeble and poor people as possible. This situation did not happen in the history. At this time, all of us have to be together and be in humanitarian character of the disease disappear soon stay home and contribute contribution. The seriousness of this issue and personally the President of Republic of Uzbekistan Shavkat Mirziyayev noted that the implementation of all the measures. You are required to take the right measures on staying at home. We need to show the people of the world Ibn Sino's generations how to be during such a serious, complex social and a quarantine condition!

Our wise people! Perhaps, this disease only the reason for control our life and mess, not to annihilate to humanity. God grant all of us to infer correctly!

DO NOT SAY "I AM NOT CONNECTED WITH THIS"!!!

**STAY AT HOME FOR YOURSELF, FOR YOUR FAMILY, FOR US AND FOR THE FUTURE,
PLEASE!!!**



МАТЕМАТИКА ФАНИНИ ЎҚИТИШДА АХБОРОТ КОММУНИКАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

**Зиёдуллаева Зубайда Шамсиддиновна,
Навоий вилоят Қизилтепа туман 41-умутаълим мактаб
Математика фани ўқитувчиси**

Инсониятнинг ақлий ривожланиш тарихидан бизга маълумки, маълум босқичдан бошлаб, ўрганилган билим, кўникма ва малакаларнинг барчасини инсон ўз хотирасида сақлаб қолиш имкониятига эга эмас. Хотирада сақлаб қолишнинг биринчи даврида ташқи хотира сифатида ёзув, муаммони ҳал қилишнинг иккинчи йўли китоб чоп этиш бўлди. Биз ҳозир шундай ахборот технологиялари даврида яшаймизки, инсоният, юқорида қайд этилган муаммоларни ҳал этишнинг янги йўлини топди. Бошқарувнинг бу автоматик тизими ёрдамида улкан маълумотларни фақат сақлабгина қолмай, мавжуд китоблардан фарқли равишда уларни қайта ишлаш ҳам мумкин. Шу маънода компьютерни ҳақиқатдан ҳам инсониятнинг буюк кашфиёти дейиш мумкин.

Фан ва техниканинг бундай ютуқларидан юқори малакали мутахассисларни тайёрлаш, ўқувчиларга Давлат таълим стандартларида талаб қилинганидек таълим-тарбия беришда компьютер технологияларининг имкониятларидан самарали фойдаланиш, учун ўқув жараёнини ташкил этишнинг методларини такомиллаштиришни талаб этади.

Математика фанини ўқитиш самарадорлигини оширишнинг йўлларида бири таълимда ахборот технологияларидан ўринли фойдаланишдир. Ундан,

- ўтилган материалларни такрорлашда;
- янги материални баён қилишда;
- мустақамлашда;
- мустақил ишларда;
- оғзаки машқлар ўтказишда;

-уй вазифалари бериш ва унинг мазмунини тушунтиришда ёки уларнинг қандай бажарилганлигини текшириш ва таҳлил қилишда самарали фойдаланиш мумкин.

Ўтилатилган мавзуни программалаштирилган ҳолдами ёки слайдлар орқали ўқувчиларга тақдим қилганда, мавзу битта слайдга ёки компьютернинг мониторида жой бўладиган даражада кичик-кичик бўлақларга бўлиб берилиши мақсадга мувофиқ. Чунки ўқувчи узундан узоқ мавзуни шунчаки пассив ўқиб чиқмасдан, ҳар бир қисқа бўлақлардан сўнг, ўқувчини ўйлантирадиган савол ва топшириқлар берилиши лозим.

Бу топшириқларни ўқувчи мустақил ҳолда бажаради. Топшириқларнинг қандай бажарилганлигини ўқитувчи ўзининг компютери орқали кузатиши мумкин.

Тажриба шуни кўрсатадики, ўқувчиларнинг ўзлаштиришини бундай назорат қилиш ва баҳолаш, ўқувчиларга "қониқарсиз" баҳоганисбатансалбийпсихологиктаъсирнингкамайишига, улардафанныўзлаштиришгабўлганқизиқишгаҳамдамустақилишлашгаиштиёқўйғонади.

Компютер фақат ўқувчига эмас балки олинган билим, кўникма ва малакаларни назорат қилишда ўқитувчига ҳам катта ёрдам беради. Синфнинг асосий қисми компютер билан банд бўлганида, ўқитувчи бўш ўзлаштирувчи ўқувчилар билан ишлаш, қўшимча саволларга жавоб бериш ёки янги мураккаброқ масалаларни ечиш имкониятига эга бўлади. Натижада, ортиқча куч сарфламасдан ўқитувчининг меҳнат самарадорлиги ошади. Компютер нафақат ишлаб чиқариш умудорлигини оширади, охириги юз йиллар давомида тўпланган маълумотларни қийналиб анализ қилиш, излаш каби машаққатли меҳнатдан қутқарди, юқори даражада борлиқни англаш учун янгидан янги имкониятларни очиб берди.

Математика фани нисбатан абстракт фикрлашни талаб қилганлиги сабабли, уни ўқитишда ахборот коммуникацион технологиялардан фойдаланиш, ўқув тарбиявий ишларнинг самарадорлигини оширишда учун жуда қулай кўргазмалли техника воситаси ҳисобланади.

Математика ўқитувчиси ихтиёрида назария ва тажрибани, ўтилган назарий материалларни ўқувчиларга тушунарли қилиб етказиш учун амалий ва ҳаётий масалалар билан бирга олиб бориш учун кўпгина воситалар мавжуд. Улар қаторида эски воситалардан бири оддий тахта ва бўрни айтсак, сўнги вақтларда таълимга кириб келган видеороликлар, ахборот технологиялари орқали олиб борилаётган янги ўқув дастурлари, электрон доскалар янги воситалари сифатида эътироф этилгани, улар нафақат ўқув самарадорлигини оширишга балки, ўқитувчининг ҳам машаққатли



меҳнатини енгиллаштиришга хизмат қилмоқда.

Ҳар қандай предметни ўқитишни ташкил этиш жараёни бу аниқ йўналтирилган мантиқ ва муносабатларни тўғри танлашнинг ўзаро умумлашмасидир. Масалан, ўқитиш жараёнини тўғри самарадор ташкил этиш билан амалиётда ҳар доим ҳам талаба ёки тингловчини ўқув фанига қизиқтириб бўлмайди.

Компютернинг яна бир қулайлик томони шундаки, ўқув фанларидан мавзулар бўйича тестлар тайёрлаб, улар асосида ўқувчилар билимини назорат қилиш, имтиҳонларга тайёрлаш, баҳолаш мумкин. Компютерлаштирилган тестлар сезиларли даражада текширишишларини осонлаштиради. Натижада, ўқитувчи ўзлаштириш бўйича назоратни кучайтириш имкониятига эга бўлади. Кўп сонли ёки камсонли гуруҳлар учун бир хил даражада қийин бўлган турлича тестлар тузиш ва танлаш мумкин. Бундан ташқари талаба ёки тингловчилар тестдан ўтишлари учун жуда кенг имкониятлар яратиб берилиб, бу эса адолатли назорат қилишга йўл очиб беради.

Демак, барча ўқув фанларини ўқитишда компютердан энг яхши восита сифатида оқилона фойдаланилса, таълим-тарбияда самарали натижага эришиш мумкин.



ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕБИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ, ПРИЧИНЕННЫХ КЛИНКОМ НАЦИОНАЛЬНОГО УЗБЕКСКОГО НОЖА- ПИЧАК

Абдуллаев Шахбоз Абдусалимович
Самаркандский государственный медицинский институт
Научный руководитель - PhD Бойманов Ф. Х.
+998979181797, +998979156265
boymanovf@mail.ru

АННОТАЦИЯ: В работе описаны признаки экспериментальных колото-резаных повреждений небиологических тканей, причиненных узбекским ножом-"пичак". Показана возможность установления видовых признаков позволяющих орудия травмы по особенностям морфологии и морфометрических параметров повреждений.

Ключевые слова: колото-резаное повреждение, небиологическая ткань, национальный нож.

Актуальность. Морфологические свойства повреждений острыми орудиями зависят не только от анатомической особенности травмируемой области, но и покрывающей тело одежды, а также конструктивных особенностей повреждающего объекта.

Цель исследования. На основании экспериментальных повреждений небиологических тканей выявить признаки, позволяющие индивидуализировать национальные узбекские ножи-пичак.

Результаты. Причинённые национальным узбекским ножом 83 разреза колото-резанных повреждений на плотной хлопчатобумажной (джинсовой) ткани имеют длину в пределах 3,40-3,50 см, извилисто-линейную (37%), ломано-линейную (46%), линейную (17%) формы. В верхней части по верхнему краю выступают повреждённые поперечные краевые нити (место вкола). Обушковый конец имеет надрезы углов, придающие концу разреза вид "хвоста ласточки" (51%), в 29% случаев надрезы ткани не отмечаются и тогда обушковый конец принимает округлую форму с потёртостью за счет уплотнения переплетения нитей углами обушка; в 14% случаев отмечался разрыв только одного угла обушкового конца, придающий разрезу Г-образную форму; а в 6% случаев углообразная форма обушкового конца разреза сопровождалась, помимо уплотнения переплетения нитей, потёртостью поверхностно расположенных волокон концевых нитей. Лезвийный конец остроугольной формы, ограничен надсечённой поперечной концевой нитью с пересечением волокон на одном уровне. Несколько отступя от лезвийного конца, под острым углом к оси разреза, располагается углообразный надрез с ровными краями, возникающий от действия режущего края клинка на складку, образовавшуюся при погружении ткани в подлежащий объект.

Национальный узбекский нож имеет однолезвийный клинок, и в силу наличия острого конца и острого края, обладает свойством колюще-режущего действия. Причинённые на хлопчатобумажной ткани разрезы косо-поперечно расположены к нитям основы с ровными краями, одним раздвоенным обушковым концом и противоположным, дугообразно искривлённым лезвийным концом. При погружении клинка ножа с упором на обушок, обушковый конец принимает форму "ласточкин хвоста" с уплотнением плетения нитей, обусловленных относительно широким обушком. Он формирует своими углами обушковые надрывы или надрезы. При отвесном погружении клинка углы обушка оказывают на ткань локальное давящее действие, что приводит к образованию М-образного обушкового конца. Режущий край клинка, чаще обладающий достаточной остротой, даёт остроугольные лезвийные концы, ограниченные надсечённой или пересечённой поперечной концевой нитью. В то же время малый радиус скоса лезвия, в отличие от других ножей, оказывает локальное рубящее действие, затрудняющее формирование разреза и приводящее к прогибу плоскости ткани с образованием радиально-расположенных складок, на которые воздействует острый режущий край клинка, образуя дополнительные углообразные повреждения, расположенные рядом с лезвийным концом разреза.

Выводы. По повреждениям джинсовой ткани выявлен ряд морфологических признаков и установлена их зависимость от конструктивных особенностей клинка ножа "пичак".

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрейко, Л. А. Изменение морфологии колото-резаных ран в зависимости от количества и комбинаций слоев прилегающей одежды: автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2009. - 23 с.



2. Гиясов З.А., Абдуллаев Ш.А., Индияминов С.И. Организация и проведение судебно-медицинской экспертизы трупов при повреждениях острыми предметами // Сборник науч. тр. "Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины и медицинского права". Самарканд-Ташкент, 2004. - С.20-25.

3. Кушбаков А.М., Индияминов С.И., Мардонов Т.М. Об особенностях колото-резаных ран и разрезов, причинённых национальным узбекским ножом и алгоритм их исследования. // Состояние и пути совершенствования судебно-медицинской службы. Материалы научно-практической конференции. - Ташкент, - 2012. - С.178-181.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.

Алимов Ш.Г., к.м.н. Доцент Рихсиев У.Ш.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Кафедра кожных и венерических, детских кожных и венерических болезней и СПИДа

alimov_sherzod@yahoo.com

+998983058003

Аннотация: Дерматозы вирусной этиологии, весьма распространены у детей. В статье приведены данные литературы и собственное клиническое наблюдение с проявлениями вирусных поражений кожи и современные методы лечения.

Ключевые слова: Вирусные дерматозы, ВПЧ, дети, клинические проявления, методы лечения, СО2 лазер

Вирусные заболевания детей, в дерматологии представляют одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения. Следует обратить внимание что, несмотря на широкую распространенность группы нозологий обусловленных вирусами папилломы человека (ВПЧ) среди детей, на сегодняшний день отсутствуют адекватные программы по лечению и профилактике этой патологии, что в свою очередь создаёт дальнейшие условия для увеличения рецидивирующих и распространённых форм ВПЧ. Одной из основных причин распространения ВПЧ среди детского населения является ошибочное мнение большинства врачей, о том что ВПЧ относится к простым инфекциям кожи и слизистых оболочек и поэтому лечение часто ограничивается только деструкцией бородавок. Этот фактор приводит к поздней обращаемости, хронизации и распространению заболевания среди близких родственников.

По нашему мнению важным условием успешного лечения детей с ПВИ является комбинированная терапия с полным обследованием и лечением интеркуррентных заболеваний, обязательным назначением курсовой иммунокоррекции и наиболее щадящими методами удаления (лазерные или радиохирургические технологии) с адекватным обезболиванием.

Для достижения намеченной цели обследовано 78 детей и подростков в возрасте от 2 мес до 18 лет с активными проявлениями ПВИ из них 42 девочек и 36 мальчиков. Из 78 наблюдаемых нами детей больных ПВИ было констатировано: у 47 - обыкновенные, 12 - подошвенные, 10 - плоские бородавки и у 9 - аногенитальные кондиломы. При проведении анализа топографии высыпаний, было выявлено преимущество акральной локализации (голова, лицо, ладони и стопы), что составило 63 (81%) больных. Такая характерная особенность, наблюдаемая в группе наших пациентов с превалированием акральной локализация высыпаний, говорит о расположении высыпаний вблизи входных ворот ВПЧ, т.е. передаче инфекции способствуют частые микротравмы, что характерно для поведения детей и это указывает на роль местного иммунитета в развитии процесса.

При проведении полного обследования детей были выявлены сопутствующие хронические дерматозы у 29 (39%) больных (атопического дерматита, дисгидротической экземы, себореи, ксероза, акне и т.д.), у 18 (23%) пациентов обнаружено наличие гипергидроза ладоней и подошв что указывало на наличие нейроэндокринных нарушений у 13 (16,6 %) хронических заболеваний верхних дыхательных путей, у 12 (15,3 %) имели место сопутствующие высыпания контагиозного моллюска. Анализ иммунограмм показал наличие изменений у 31 (37 %) ребёнка, со сдвигом соотношения CD4/CD8

Лечение наблюдаемых детей, проводилось комплексно в три этапа, сочетая как местное (мазь или гель) так и системное использование интерферона- $\alpha 2b$ (ректальные суппозитории). На I этапе после ПВИ назначался препарат интерферона- $\alpha 2b$ в свечах в дозировке по 150 000 ЕД детям младше 7 лет, по 500 000 ЕД детям старше 7 лет, 2 раза в день в течение 10 дней, три курса по схеме с 20-дневным перерывом. Местно на патологические очаги назначался препараты интерферона-альфа-2b в виде мазей или гелей 3 раза в день. Во II этапе т.е. на 5-й неделе лечения на фоне второго 10-дневного курса интерферонотерапии выполнялась СО2-лазерная деструкция кондилом т.к. на сегодняшний день оптимальным методом сочетания иммунокорректирующей терапии и местной деструкции бородавок является лазерная. На III этапе, через три недели после лазерной деструкции - профилактический 10-дневный курс интерферонотерапии в дозировках, указанных выше.

Сразу после окончания терапии полное клиническое выздоровление отмечено у 71 (91%) пациента.



Рецидивы проявлений ВПЧ больных в первые 6 месяцев после проведенного комплексного лечения отмечены у 11 (14%) пациентов. Таким образом, лечение детей с проявлениями ВПЧ должно быть комплексным включающим обязательное устранение или уменьшение действия провоцирующих факторов(сопутствующих заболеваний) с сочетанным применением методов деструкции СО₂-лазером вирусных новообразований и использование иммунных препаратов как местного так и общего противовирусного действия, являются высоко эффективным и может быть рекомендовано для использования в клинической и амбулаторной практике.

1. Айзятупов Р.Ф. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек кожи. Киев. 2004.- с. 90.
2. Коэн Б.А. Педиатрическая дерматология. - М.: МЕД пресс-информ. 2015. - 424 с.
3. Кузнецова Ю.Н. Особенности лечения остроконечных кондилом // Вестник дерматологии и венерологии. - 2004. - № 1. - с. 39-43.
4. Маннанов А.М., Хаитов Қ.Н. Болалар тери ва таносил касалликлари.- Дарслик. Тошкент., Iqtisod-Moliy. 2016.- 560 б.



СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Ахматов Аблокул Ахматович (к.м.н., доцент),
Ахматова Юлдуз Аблакуловна (ассистент)
Кафедра педиатрии №2
Самаркандского Государственного медицинского института
yulduz.axmatova87@mail.ru

Аннотация. Проведена клинико-лабораторная оценка 163 детей с установленным диагнозом вторичный хронический обструктивный пиелонефрит (ВХПН) в возрасте от 1 до 14 лет, у 35,5% выявлены различные аномалии развития почек и пузырно - мочеточниковый рефлюкс. ВХПН в 75% случаев носил обструктивно - дизметаболический характер. Наиболее часто выявлен дизметаболический вариант вторичного хронического пиелонефрита - ВХПН (80,4%). Изолированная антибактериальная терапия ВХПН очень часто недостаточно эффективна, она должна быть комплексной и предусматривать кроме хирургической и метаболической коррекции ещё иммуномодулирующую терапию и обеспечение антиоксидантной защиты организма.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, обструктивный пиелонефрит, гипероксалурия, уратурия, креатинин, антиоксиданты.

Цель исследования - оценить значимость метаболических нарушений в возникновении и течении вторичного хронического пиелонефрита (ВХПН) у детей и оптимизация их лечения.

Материал и методы исследования. В данной работе представлены сведения о 163 детей с установленным диагнозом ВХПН в возрасте от 1 до 14 лет. Детей до 3 лет было 35 (21,4%), 4 - 7 лет 59 (36,2%), 8 - 14 лет 69 (42,3%). Мальчиков было 68 (71,6%), девочек 95 (58,4%). Из общего числа пациентов у 90 детей выполнены рентгенологические исследования, из которых у 32 выявлены различные аномалии развития почек и пузырно - мочеточниковый рефлюкс (35,5%). Соответственно был установлен диагноз ВХПН (20,3%). В том числе у 24 детей наряду с этим выявлены гипероксалурия (ГОУ), гиперуратурия (ГУ) и их сочетания, т.е. вторичный хронический обструктивный пиелонефрит в 75% случаев носил обструктивно - дизметаболический характер. Наиболее часто выявлен дизметаболический вариант вторичного хронического пиелонефрита - ВХПН (80,4%).

Результаты и обсуждение. Результаты изучения генеалогического анамнеза по родословным больных ВХПН на фоне ГОУ и ГУ показали, что процент больных нефропатиями среди родственников в отличие от контрольной группы тем больше, чем они ближе по степени родства к пробанду. Так, при наличии ГОУ среди родственников I - степени родства частота нефропатий в генеалогии почти в 4 раза выше (13,5%) по сравнению с контрольной группой (3,57%). Среди больных с ВХПН на фоне ГУ данный показатель составил 15,6%. Ретроспективное изучение акушерского анамнеза у наблюдаемых детей показал, что у каждой четвертой матери (26,7%) до или в период беременности наблюдались эпизоды заболеваний органов мочевой системы (главным образом цистит, пиелонефрит). У 40% матерей беременность протекала токсикозом I - половины у 31,5% на всем протяжении беременности наблюдался гестоз (Г). Суммарная частота Г превышала 70%, что почти десятикратно превышает уровень наблюдаемой в общей популяции беременных. Все это подтверждает факт, что данный контингент детей является потенциально угрожаемыми в отношении почечной патологии. Количественные биохимические исследования наряду с генеалогическим анализом и клиническим скринингом позволяет реально оценить форму ВХПН. Установлено, что в отличие от чисто обструктивной формы ВХПН при обструктивно - дизметаболической форме достоверно повышена суточная экскреция оксалатов, уратов и их соотношение к креатинину ($P < 0,01$). У больных с оксалатной нефропатией концентрация оксалатов составляет $0,106 \pm 0,011$ мМоль/л при уровне суточной экскреции 97,4 мг/сут (более 1,6 мг/кг/сутки) что в 3 раза выше по сравнению со здоровыми (не более 0,5 мг/кг/сутки). Соотношение оксалатов за сутки по отношению креатинину составило $1,38 \pm 0,14$ при норме $0,053 \pm 0,83$ ($P < 0,001$). В группе больных с уратной нефропатией, осложненной ВХПН оксалурия составила $63,2 \pm 4,6$ мг/24ч. Однако здесь отчетливо выражена уратурия ($954,8 \pm 84,2$ мг/24ч), коэффициент ураты/креатинин $1,96 \pm 0,16$ при норме $0,83 \pm 0,08$ ($P < 0,001$). Отчетливое снижение функций почек наблюдалось при ВХПН на фоне уратурии. Тенденцию к олигурию и снижению скорости клубочковой фильтрации (СКФ) мы регулярно наблюдали при развитии ВХПН на фоне уратурии. Во всех группах наблюдаемых больных характерно снижение



относительной плотности мочи и аммонийно - ацидогенеза ($P < 0,05$). Леченные больных с обструктивной формой ВХПН проводилось совместно с детскими хирургами, в ряде случаев с хирургической коррекцией АОМС, ПМР. Антибактериальная терапия проводилась в течение 2 - 3 недель под контролем чувствительности выделены микробов к ним. Назначалось диетотерапия на длительные сроки (6 - 12 мес и более). В лечении ВХПН у больных ГУ мы используем диету с максимальным исключением из питания продуктов, богатых пуриновыми основаниями. Для ощелачивания мочи широко рекомендовали фруктов, фруктовых соков, лимоны, высокожидкостный режим. Для ограничения синтеза мочевой кислоты в организме мы применяли аллопуринол по 0,05 x 1 раз в день детям до 7 лет, по 0,1 x 1 раз в день детям старше 7 лет в течение 1 месяца. Во всех случаях широко рекомендовалось фитотерапия в различных вариантах. Кроме того, всем больным одновременно проводилась антиоксидантная терапия (вит. А, Е и С при отсутствии гипероксалурии, селеносодержащие препараты - триовит, витрум, центрум) в течение 2 - 3 недель. При наличии признаков митохондриальной недостаточности рекомендовали кудесан или элькар. Такая комплексная терапия способствовало значительному повышению эффективности лечения. На фоне 2 - 3 недельной комплексной терапии отмечалось достоверное снижение ГОУ, ГУ и параллельно протеинурии, лейкоцитурии и устранение бактериурии.

Мы убедились, что при дизметаболическом варианте ВХПН изначальное получение клинической и даже клинико - лабораторной ремиссии не является гарантией от последующих рецидивов заболевания. Поэтому больные с ВХПН на дизметаболической основе нуждается в постоянном целенаправленном наблюдении и корригирующей диетотерапии. В этой связи необходим определенный психологический "настрой" не только ребенку, но и его родителям, так как они нередко прерывают лечение самостоятельно, посчитав ребенка выздоровевшим и часто недооценивают значение диетических мероприятий.

Выводы: 1. Наиболее частым источником диагностических и лечебно- тактических ошибок является руководство устаревшими понятиями о пиелонефрите врачами общей лечебной сети как самостоятельном заболевании микробно-воспалительного характера, что способствует проведению только антибактериальной терапии. Диагноз пиелонефрита должен устанавливаться после комплексного клинико-генеалогического, рентгено-урологического обследования, оценки метаболического, иммунологического и эндокринного статуса больных. Без этого невозможно по отношению к ВХПН соблюсти основной деонтологический принцип клинической медицины: "лечить не болезнь, а больного".

2. Обструктивный ВХПН часто сочетается метаболическими нарушениями (ГОУ, ГУ, гиперкальциурия и др.), что предполагает хирургическую коррекцию порока развития наряду с диетотерапией и медикаментозной коррекцией дисметаболизма и направленной антибактериальной терапией.

3. Необструктивный ВХПН возникает главным образом на фоне обменных нарушений с накоплением нефротоксических метаболитов, когда антибактериальная терапия также недостаточно эффективна без соответствующей коррекции метаболического фона.

4. Изолированная антибактериальная терапия ВХПН очень часто недостаточно эффективна, она должна быть комплексной и предусматривать кроме хирургической и метаболической коррекции ещё иммуномодулирующую терапию и обеспечение антиоксидантной защиты организма.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Бильченко А.В. Гиперурикемия как фактор риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности // Русский медицинский журнал. 2009; 10; с.46-48.
2. Бугаева Н.В. Диагностика уратной нефропатии у больных с синдромом артериальной гипертензии: Дисс. канд. мед. наук. М., 2012.
3. Донсков А.С., Балкаров И.М., Фадинова З.М. и др. Уратное поражение почек и метаболические сдвиги у пациентов с артериальной гипертонией // Тер. архив. 2013; 6; с.53-56.
4. Исмаилова З.А., Юлдашев Б.А., Ахматов А.А. Хронический пиелонефрит у детей на фоне нарушенного обмена мочевой кислоты: особенности анамнеза и клинико-лабораторная характеристика // Doktor axborotnomasi. 2019, № 1. с.45-49.
5. Мальцев С.В., Сафина А.И., Юдина Е.В. Антибактериальная терапия пиелонефрита у детей. // Педиатрия Г.Н. Сперанского - 2008 - Т. 87, № 4 с. 130 - 133.
6. Эшкобулов Ж.Э., Ахмедов Ю.М. Детская нефроурология. Ташкент, 2008. 380б.



УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д И СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Ашурова Максуда Жампедовна,
ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета
Самаркандского государственного медицинского института,
тел: +998906035513
ashurova.maqsuda@sammi.uz
Гарифулина Лиля Маратовна к.м.н., доцент,
заведующая кафедрой педиатрии лечебного факультета
Самаркандского государственного медицинского института,
тел: +998915497971
ms.garifulina77@mail.ru

Аннотация: обследовано 30 детей с избыточной массой тела и ожирением, установлены факты нарушения минеральной плотности костей более выраженного при ожирении, при этом отмечена низкая обеспеченность витамином D среди детей и подростков школьного возраста, независимо от массы тела

Ключевые слова: ожирение; дети; минеральная плотность костей; денситометрия; витамин D.

Введение. Литературные данные свидетельствуют, что частота снижения МПК в детской популяции составляет 16-38% [3,4,5]. Исследования последних лет показывают нарушения накопления пиковой массы к моменту завершения формирования скелета у подростков, на фоне ухудшения параметров здоровья детей в целом, особенно данный факт актуален для детей с ожирением, у которых данное состояние зачастую связано с нарушением обмена витамина Д [1,2], связи с актуальностью данной проблемы мы поставили перед собой следующую цель работы: определить уровень витамина Д и частоту остеопении по данным ультразвуковой денситометрии у детей с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы исследования: проведено обследование 30 детей с избыточной массой тела и ожирением. Все дети на основании определения индекса массы тела (ИМТ, кг/м²) в соответствии с полом и возрастом были распределены на 2 группы. I группа 15 детей с избытком массы (SDS +1,0 до +2,0), средний возраст детей 13,05±0,28 лет. II группа 15 детей с ожирением I-II степени (SDS от +2,0 до +3) и абдоминальным типом ожирения (АО), средний возраст 13,59±0,21 лет. Группу сравнения составили 20 детей, сопоставимых по возрасту и полу с нормальным показателем ИМТ (SDS -1,0 до +1,0). Определение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) дистального отдела костей предплечья проводилось на ультразвуковом денситометре с педиатрической базой (Omnisense 7000, Израиль) с оценкой скорости звука SOS (м/с) -при ультразвуковом исследовании плотности костей. Нами исследовался Z-критерий для данного метода исследования.

Результаты исследования: ИМТ в I группе пациентов находился в пределах 28,12±0,42 кг/м²; во II группе 33,09±0,23 кг/м², в группе сравнения 18,14±0,41 кг/м². Среднее значение холестерина зависело от ИМТ и объема талии (ОТ) так более высокий уровень холестерина (5,52±0,41 ммоль/л) наблюдался в группе детей с АО (4,06±0,18 ммоль/л в I группе и 3,51±0,32 ммоль/л контрольной группе; P<0,05). Детям групп сравнения была оценена обеспеченность витамином D. Выявлено, что уровень витамина Д достоверно не зависел от массы тела. Средний уровень витамина Д составил соответственно 18,92±0,18 нг/мл и 17,20±0,23 нг/мл, (p>0,5). Лишь 3 детей (25%) в I группе и 1 (10%) ребенок во II группе с АО ожирением и 6 (30%) детей в группе контроля имели нормальную обеспеченность витамином D, большинство же в обеих группах по обеспеченности соответствовали дефициту данного витамина.

В соответствие с выше указанным нами была проведена денситометрия с определением минеральной плотности костной ткани. Снижение минеральной плотности кости клинически идентифицируют как остеопению или остеопороз. У детей используется Z-критерий (Z-score). Показатель Z-score рассматривается как величина стандартного отклонения фактической плотности кости по отношению к соответствующему средневозрастному показателю. Значения Z-score до -1SD рассматриваются как норма, от -1SD до -2,5 SD - как остеопения и более -2,5 SD - как остеопороз. Так при исследовании минеральной плотности кости при помощи ультразвуковой денситометрии в сравнительном аспекте выявлено, что у 26,6% детей (p>0,2 по сравнению с контролем) с избыточной



массой тела значения Z-score находились в пределах до $-1SD$, у 53,3% ($p > 0,5$ по сравнению с контролем) ребенка показатели находились в пределах показателя Z-score от $-1SD$ до $-2,5 SD$, что характеризовало у них наличие остеопении и у 20% детей Z-score находился выше $-2,5 SD$, что расценивалось как остеопороз ($p < 0,05$ по сравнению с контролем) В группе детей с ожирением наблюдалось преобладание детей с остеопорозом, что составило 40% ($p > 0,2$), у 53,3% как в группе с избыточной массой тела наблюдалась остеопения ($p > 0,5$ по сравнению с контролем), и всего у 6,6% МПК находилась в пределах нормы ($p < 0,01$ по сравнению с контролем). При исследовании группы условно здоровых детей аналогичного возраста, что составило группу контроля, выявлено, что у основной массы детей также наблюдалась остеопения (50%), случаи минеральной плотности костей в пределах нормы ($-1SD$) наблюдалось у 45% детей, и всего у 5% отмечалось признаки остеопороза.

Анализ гендерных различий полученных данных среди группы с избыточной массой тела показал, что общая частота остеопении и остеопороза составило у мальчиков 55% из 11 случаев, в группе с ожирением 57,1% из 14 случаев, а группе с нормальной массой тела остеопороз был более выражен у девочек 70% из 10 случаев ($p > 0,2$). Таким образом, достоверной разницы между мальчиками и девочками в отношении развития остеопении и остеопороза в группах с избыточной массой тела и ожирением не было, тогда как случаи остеопении преобладали у девочек в контрольной группе.

Выводы: таким образом, у детей с установлены факты нарушения минерально плотности костей более выраженного при ожирении, при этом установлена низкая обеспеченность витамином D среди детей и подростков школьного возраста, независимо от массы тела.

Литература

1. Дедов И.И. и соавт. Ожирение в подростковом возрасте. Результаты российского эпидемиологического исследования. Терапевтический архив. 2007. Т. 79. № 10. С. 28-32.
2. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: МИА, 2006.
3. Annweiler C, Schott AM. Dietary intake of vitamin D and cognition in older women: A large population-based study. *Neurology*. 2010; 75 (20): 1810-1816.
4. Bukoski R.D., Xue H., McCarron D.A. Effect of $1,25(OH)_2$ vitamin D₃ and ionized Ca²⁺ uptake by primary cultures of aortic myocytes of spontaneously hypertensive and Wistar Kyoto normotensive rats. *Biochem Biophys Res Commun* 1997; 146: 1330-1335.
5. Motiwalaa S.R., Wang T.J. Vitamin D and cardiovascular risk. *Current Hypertens Rep* 2012; 14(3): 209-218. DOI: 10.1007/s11906-012-0262-y



ВЛИЯНИЕ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ НА МИКРОСТРУКТУРУ КОЖИ КРЫС

**Бахромов Хусан Исомиддин ўғли студент 206 группы
стоматологического факультета СамГосМИ;
кафедры анатомии человека и ОХТА
Научный руководитель: преподаватель Коржавов Ш.О.
Тел: +998901035533
e-mail: sherali.korjavov@gmail.com;**

Аннотация. Апоптоз как форма запрограммированной гибели клеток наряду с некрозом является одним из ключевых вариантов ответа клетки на повреждение. Апоптоз играет важную роль в патогенезе многих заболеваний. В связи с нашей более ранней датой является разработка простой методики для изучения in vivo скрининга и оценки влияния терапевтических вмешательств на тяжесть некроза и апоптоза. Целью нашего исследования было разработать метод скрининга для оценки защитных свойств терапевтических эффектов на модели повреждения кожи УФ крыс.

Ключевые слова: лазерное излучение, воспаление, инфракрасный, крыса, кожа.

Введение: В механизме физиологического и лечебного действия лазерного излучения важнейшее значение имеет влияние данного фактора на структуру и функции кожи, которая, являясь многофункциональным органом, теснейшим образом связана с различными органами и системами, благодаря чему всякое воздействие на нее может сказываться на жизнедеятельности всего организма.

Цель работы: Изучить в эксперименте влияние инфракрасного лазерного излучения повышенной мощности на микроструктуру кожных покровов.

Материалы и методы: Экспериментальное исследование физиологического действия лазерного излучения повышенной интенсивности проводилось на базе ЦНИЛ СамГосМИ. эксперименты проведены на половозрелых белых крысах обоего пола с массой тела 200-250 г с соблюдением правил гуманного обращения с животными. До начала опытов в течение 14 суток животные находились на стандартном рационе вивария в условиях свободного доступа к воде и пище. Использованы животные без видимых признаков заболевания, охотно поедавшие корм, с гладким и блестящим шерстным покровом. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки имели обычный вид и окраску. Для изучения влияния лазерного излучения повышенной интенсивности на состояние кожных покровов животные были разделены на следующие группы: 1-я группа (n=5)- контроль - интактные животные, оставленные без облучения; 2-я группа (n=5) - животные, которым проведено 5 процедур лазерного облучения неповрежденной кожи области спины; 3-я группа (n=5) - животные, которым проведено 10 процедур лазерного облучения неповрежденной кожи области спины. Для облучения использовали лазерное излучение следующих параметров: мощность 500 мВт, длина волны $\lambda=808$ нм, режим генерации непрерывный, площадь светового пятна на облучаемой поверхности 0,2 см². Воздействие осуществляли по сканирующей методике с расстояния 10 см в течение 5 мин на предварительно выбритый участок кожи спины площадью 1 см².

Результаты морфологического исследования: Гистологическое исследование образцов кожи крыс, проведенное после воздействия лазерным излучением мощностью 500 мВт в течение 5-ти и 10-ти процедур выявило следующие изменения по сравнению с контрольной группой. Эпидермис неравномерной ширины (очагово определяется его утолщение по сравнению с контролем за счет шиповатого слоя). Субэпителиально и в толще сосочкового слоя дермы выявляются множественные полнокровные капилляры. Количество клеток в нем увеличено по сравнению с контролем - обнаруживаются множественные тучные клетки, как одиночно расположенные, так и формирующие очаговые скопления. Количество фибробластов и фиброцитов не отличается от контрольного, макрофагов несколько больше, чем в группе животных, не подвергшихся облучению. Наблюдается некоторое расширение и полнокровие капилляров сетчатого слоя дермы. Анализируя данные морфологии, можно отметить следующие однотипные эффекты при 5-ти и 10-ти дневном курсе облучений лазерным светом при мощности 500мВт: очаговую легкую пролиферацию шиповатых клеток эпидермиса, активацию капиллярного кровоснабжения дермы - увеличение количества функционирующих (полнокровных) капилляров, выраженное в сосочковом и слабое в сетчатом



слоях дермы; пролиферацию тучных клеток.

Выводы: Показано, что облучение кожи крыс инфракрасным непрерывным лазерным излучением мощностью 500 мВт, в течение 5 мин - 5 и 10 процедур на курс - вызывает усиление микроциркуляции (вазодилатация, раскрытие резервных капилляров), активацию пролиферации тучных клеток в дерме, ведет к активации иммунных реакций (увеличение содержания макрофагов), что позволяет рекомендовать лазерное излучение повышенной интенсивности к применению в клинической практике.

Использованная литература:

1. Западнюк И.П., Западнюк В.И., Захария Е.А. Лабораторные животные, их разведение и использование в эксперименте. // Киев, 2012.
2. Коржавов Ш. О., Н.А. Мухаммадов Динамика заживления ран у крыс на модели термического ожога кожи с коррекцией производными хитозана // International Scientific and Practical Conference World science. - ROST, 2017. - Т. 5. - №. 6. - С. 38-39.
3. Коржавов Ш. О. и др. Динамика заживления ран у крыс на модели термического ожога кожи с коррекцией производными хитозана // International Scientific and Practical Conference World science. - ROST, 2017. - Т. 5. - №. 6. - С. 38-39.
4. Коржавов Ш. О. и др. Развитие микроциркуляторного русла аффлекторов кожи в постнатальном онтогенезе // International Scientific and Practical Conference World science. - ROST, 2017. - Т. 5. - №. 5. - С. 41-43.
5. Меркулов Г.А., Сапожников А.Г., Доросевич А.Е., Гистологическая техника.- // Смоленск, 2000., 198 - стр.



БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ОМЕНТИТ

Бердиев Эргаш Абдуллаевич
Тиббиёт фанлари номзоди
Сагираев Нодир Жумакулович
Кафедра ассистенти
Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали
Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази
Моб: +99897-553-68-46
ergashdh@mail.ru

Аннотация

Мақолада қорин бўшлиғида жуда кам учрайдиган катта чарвини буралиши ва некрози билан 12 нафар беморларни даволаш тахлиллари келтирилган. 6 нафар беморларда видеолапароскопик чарви резекцияси бажарилган бўлиб, 4 нафаридида диагностик лапаротомия операцияси бажарилди. Уларни ўртача ёши 2ёшдан-12 ёшгачани ташкил этади. Эндовидеолапароскопия нафақат ташхис қўйишида, балки яллиғланиб ўзгарган чарвини лапароскопик усулда резекция қилиб олиб ташлаш имконини беради. Операция маҳали ва операциядан кейинги даврларда асоратлар кузатилмади. Видеоскопик лапароскопияни жадаллик билан қўллаш болаларда катта чарвини буралишини ўз вақтида ташхислаш ва даволаш имкониятини яратади.

Калит сўзлар: болаларда чарви буралиши, бирламчи буралиш, хирургик даволаш, лапароскопия

Долзарблиги: Қорин бўшлиғи касалликларини энг кам учрайдиган патологиясидан бири катта чарвини бир қисми буралиши бўлиб ҳисобланади. Адабиётлар маълумотларига қараганда катта чарвини бир қисмини буралиши, қорин бўшлиғи патологиясини 0,08-0,1% ташкил этади [1-4].

Тадқиқот мақсади: Вилоят кўп тармоқли болалар тиббиёт маркази болалар хирургияси бўлимида даволаниб чиққан болаларда катта чарвини буралишини даволаш ва клиник белгиларини таҳлил қилишдан иборатдир.

Материал ва текшириш усуллари: Вилоят кўп тармоқли болалар тиббиёт маркази болалар хирургияси бўлимида 2012-2019 йилларда 12 нафар бемор болаларда катта чарвини буралиши ва некрози ташхиси билан даволаниб уйига жавоб берилган. Уларни ўртача ёши 2ёшдан-12 ёшгачани ташкил этади ва шу йиллар ичида болалар хирургияси бўлимида шошилинич равишда 1427та операция бажарилган бўлса, шундан 0,64% катта чарвини буралишига тўғри келади. Ўғил болалар - 8, қиз болалар - 4 нафарни ташкил этади. Бемор болалар стационарга "Ўткир аппендицит?" гумони билан мурожаат қилишган.

Касаллик бошлангандан сўнг 6 соатгача-1та, 6-12 соат-1та, 12-24 соат-7, ва 3 нафар беморлар 1 суткадан кейин мурожаат қилишган. Барча беморлар ортиқча вазнга эга бўлишган.

Тадқиқот натижалари: Беморларда касаллик ўткир бошланиб, оғриқ доимий бўлмаган, кучсиз бўлиб, мезогастрал соҳани ўнг тарафида ёки қоринни чап ярмида кузатилган. 6 нафар беморда тана ҳарорати меъёрида, 6 нафаридида эса, субфебрил температура аниқланган бўлса, ҳеч қайси бир беморларда қайт қилиш, қусиш аломатлари кузатилмаган. Кузатувда бўлган болалар тинч ухлашган. Қабул бўлимида беморлар кўрилганида, қорин киндик соҳаси ўнг томонида пальпацияда оғриқ аниқланиб, чуқур пайпасланганда, аниқ бўлмаган қорин мушакларини дефанси кузатилган. 4 нафар беморда эса, перитонеал белгиларини мусбатлиги кузатилди. Қорин бўшлиғида катта ҳажмдаги ҳосилаларни пайпасланиши аниқланмади. 6 нафар бемор болаларни периферик қон таҳлилларида лейкоцитоз кўрсаткичлари 15,5-16,9 -109/л ташкил этди. Қолган 6 нафаридида, умумий қон таҳлили меъёрида эканлигини кўрсатди. Шифохонага мурожаат қилган 5 нафаридида қорин бўшлиғи УТТ текшируви ўтказилди. Чарви буралишини билвосита белгилари 3 та беморда аниқланиб, уларда касаллик белгилари бошланиши 24 соатдан ортиқ эканлигини кўрсатади.

Касаллик анамнезига асосланиб, умумий кўрик ва УТТ текширувларига асосланиб, тўғри ташхис 3 нафар беморга қўйилган. Касаллик чекловини ва симптоматикаси, қорин бўшлиғидаги ўткир яллиғланиш жараёнларини ва чувалчангсимон ўсимгани атипик жойлашувини ҳисобга олиб, аниқ ташхислашда қийинчиликларга дуч келинган, бундай ҳолларда диагностик видеолапароскопия ўтказиш лозим ҳисобланиб, 10 нафар беморда бу жараён бажарилди. Болаларда катта чарвини буралиши, ўзининг аниқ эндоскопик манзарасига эга. Қорин бўшлиғини умумий эндоскопик текширувида бироз миқдорда геморрагик суюқлик миқдори аниқланган. Чувалчангсимон ўсимтада яллиғланиш аломатлари кузатилмаган. Эндоскопик текширув маҳалида инструментал пальпацияда, катта чарвида



қора -қўнғир рангдаги диаметри 3x10смли веноз қон томирлари димланган, ҳажми овалсимон инфилтрат борлиги аниқланган. Эндовидеолапароскопия нафақат ташхис қўйишда, балки яллиғланиб ўзгарган чарвини лапароскопик усулда резекция қилиб олиб ташлаш имконини беради. Чарвини лапароскопик усулда резекция қилиш 6 нафар беморда бажарилди. Лапаротомия ва чарви резекцияси эндовидеолапароскопиядан сўнг 4 нафар беморда бажарилди. Беморда қорин бўшлигини эндоскопия текширувисиз катта чарвини буралиши ва некрози, қорин бўшлиғи ревизиясидан сўнг тасдиқланди, бунда чувалчангсимон ўсимтада яллиғланиш аломатлари аниқланмади. 10 нафар беморда патологик жараён мезогастрия соҳасида бўлса, ўнг ва чап жигар ости соҳаларида эса 1 нафар беморда аниқланди. Барча беморларда яллиғланиш аломатлари катта чарвини 360-720° буралиши ҳисобига келиб чиқиб, яллиғланган чарви қўшни органлар ёпишиб кетганлиги кузатилмади

Қорин бўшлиғида геморрагик суюқлик фибрин толалари билан биргаликда учраб, яллиғланиш соҳасида фибринли битишмалар борлиги аниқланмади. Фақат бир нафар беморда чарви инфилтрати унинг асосида яъни жигарости бўшлиғи ўнг ярми соҳасида жойлашганлиги аниқланиб, шу сабабли лапаротомия операцияси ўнг қовурга равоғида бажарилди.

8 нафар беморда чувалчангсимон ўсимта олиб ташланди. Операциядан кейинги даврда антибактериал терапия ва физиотерапия даво муолажалари 5-7 кунлар давомида олиб борилди.

Хулосалар: 1. Болаларда катта чарви бир қисми буралиши ва некрози аниқ клиник белгиларга эга бўлмайди, бу патология кўпроқ тўла вазнли болаларда учрайди.

2. Клиник амалиётда видеоэндоскопик лапароскопияни жадаллик билан қўллаш болаларда катта чарвини буралишини ўз вақтида ташхислаш ва даволаш имкониятини яратади.

Адабиётлар:

1. Диагностика и лечение перекрутов большого сальника у детей / Ю.Ю. Соколов [и др.] // Детская хирургия. - 2013. - № 4. - С.22-25.
2. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний большого сальника у детей / А.Ф. Дронов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2003. - № 2. С. 17-20.
3. Поддубный И.В. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей. / И.В. Поддубный, В.О Трунов // Детская хирургия. - 2002.-№5. - С. 42-43.
4. Телешов Н.В. Перекрут сальника у детей. / Н.В. Телешов, М.В. Григорьева, А. Ф. Леонтьев // Детская хирургия. - 2008. - № 1.- С. 54-55



ВАРИКОЦЕЛЕНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОН ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯНИ РОЛИ

Бердиев Эргаш Абдуллаевич

Тиббиёт фанлари номзоди Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Салимов Шавкат Тешаевич

Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий маркази

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Моб: +99897-553-68-46

ergashdh@mail.ru

Аннотация: Мақолада варикоцелени хирургик усулда замонавий даволаш жиҳатлари, ушбу патологиянинг турли хирургик амалиётларнинг қийсий тавсифи, шунингдек шу касалликга чалинган беморларни даволашни янада оптималлаштириши усуллари келтирилган. Видеоэндоскопик лапароскопияни қўллаш болаларда варикоцеле касаллигини ўз вақтида ташхислаш ва даволаш имкониятини яратади.

Калит сўзлар: болаларда варикоцеле, хирургикдаволаш тактикаси, эндовидеолапароскопия

Муаммонинг долзарблиги: Варикоцеле касаллиги ўсмир болаларда ўртача 2,7-30,7 % да кузатилиб, 50%гача бепуштликка сабаб бўлиб, бу муаммони даволашда оптимал ёндошув талаб этилади [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Тадқиқотнинг мақсади: Варикоцеле касаллигини даволаш тактикасини такомиллаштириб, видеолапароскопик усуллари қўллаш.

Материал ва текширув усуллари: Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий маркази ва Сурхондарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази болалар хирургияси бўлимида 2009-2019 йилларда даволанишда бўлган 195нафар бемор болалар даволаш усуллари таҳлил қилинди. Варикоцелени даражаларини аниқлашда Ю.Ф.Исаков ва А.П.Ерохин классификацияларидан фойдаланилди. УТТ доплерографияси ёрдамида чап мойк веналарини варикоз кенгайиши ва унинг даражаларига қараб ташхисга ойдинлик киритилди. 100% ҳолатларда варикоцеле чап томонлама учради. Уларни ўртача ёши 13,6ё0,8 ни ташкил этди.

Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳга 86 нафар беморлар бўлиб, уларда анъанавий усулда операция амалиётлари бажарилди. Иккинчи гуруҳда 109 нафар беморларда эндовидеолапароскопик усулда хирургик амалиёти бажарилди. Бу амалиётларни бажаришда Karl Storz фирмасини мослама ускуналаридан фойдаланилди.

Натижалар: Анъанавий усулларда бажарилган хирургик амалиётлар ўртача 25ё5 минутни, эндовидеолапароскопик усулдабажарилган хирургик амалиётлар ўртача 20ё4 минутни ташкил этди. Эндовидеолапароскопик хирургик амалиётларда операциядан олдинги ва кейинги даврларда асоратлар кузатилмади, фақат анъанавий усулда бажарилган 1 нафар беморда операцион жароҳатидан қон кетиш аломатлари кузатилди.

Беморлардаги оғриқ синдромларини аниқлаш мақсадида анкеталаршаклантирилиб, чиқарув эпикризи олдидан бу анкеталар беморларга тарқатилди. Оғриқ синдромларини беморларда 3 чи ва 7чи суткаларида ва операциядан сўнг биринчи ойларида баҳоланди. Шу нарса аниқ бўлдики, оғриқ синдромлари 1 чи гуруҳдаги анъанавий усулларда хирургик амалиёт бажарилган бемор болаларда кўпроқ кузатилди, иккинчи гуруҳдаги беморларда эса оғриқ синдромлари кузатилмади.

Хулоса: Болаларда варикоцеле касаллиги видеолапароскопик усулдабажарилганда, операция шикастини камайтиради, операциядан кейинги қўпол чандиқлар ҳосил бўлиш хавфини пасайтиради, операция амалиётига кетадиган вақт ва беморнинг физик активлигининг тикланиши ҳамда ётоқ-кунларини камайтиради, беморнинг ҳаёт фаолияти яхшиланади, бепуштликни олдини олади ва яхши косметик самарақолдиради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ерохин А.П. Варикозное расширение вен семенного канатика (история изучения и современное состояние проблемы) // Детская хирургия. 2001. - №1. - С. 16-20.

2. Степанов Э.А., Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Поддубный И.В. и др. Лапароскопическая хирургия у детей и подростков - возможности и перспективы. Хирургия. 2003; 7: 22-8.



3. Стальмахович В.Н., Юрков П.С., Михайлов Н.И., Галченко В.М. Лапароскопический метод в лечении варикоцеле у детей // Детская хирургия. 1999. - №6. - С. 17-20.
4. Насыров А.Р., Сатаев В.У. Цырьяк А.Г. Алягин В.Г. Гумеров А.А. Смаков Ш.С., Евдокимов В.В, Ерасова В.И., Зенкин М.А. эндоскопическое лечение варикоцеле и его рецидивов у детей // Пермский медицинский журнал. 2010. - Т27. - №2. - С. 80-84.
5. Мирский В.Е. Ришук С.В. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты): руководство для врачей. СПб: СпецЛит. 2012. - С. 130-137.
6. Аполихин О.И, Ефремов Е.А, Шеховцов С.Ю, Кастрикин Ю.В. Сравнительный анализ методов хирургического лечения варикоцеле. Креативная хирургия и онкология. 2017;4:21-6
7. Erg?n O, Tiryaki S, Celik A. Single center experience in single-incision laparo-scopic surgery in children in Turkey / J Pediatr Surg; 2011. 46(4):704-7.



МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гарифулина Лиля Маратовна к.м.н., доцент,
заведующая кафедрой педиатрии лечебного факультета
Самаркандского государственного медицинского института,
тел: +998915497971
ms.garifulina77@mail.ru,
Холмурадова Зилола Эргашевна
ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета
Самаркандского государственного медицинского института,
тел: +998906035513
zilola.xolmuradova86@mail.ru,

Аннотация: комплексно обследованы 50 детей с ожирением и АГ. Выявлено, что у данной категории детей наблюдается снижение качества жизни и повышение АД. Биохимические исследования показали, что у одной трети детей с абдоминальным ожирением наблюдалась патология углеводного и липидного обмена, с повышенным уровнем мочевой кислоты крови.

Ключевые слова: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, метаболический синдром, инсулинорезистентность, дети.

Актуальность проблемы: Недавно перенесенные в детский возраст небесспорные критерии IDF [4,3,5] не позволяют надежно верифицировать метаболический синдром, так как в педиатрической практике отсутствует однозначное определение абдоминального ожирения, ведущего компонента МС и доказанного независимого предиктора формирования метаболических и сердечнососудистых осложнений у взрослых. Одним из компонентов МС является артериальная гипертензия (АГ), при этом у детей с данной сочетанной патологией отмечается высокая частота метаболических осложнений во взрослом периоде, в связи с этим дети и подростки представляют оптимальный контингент для изучения дебюта формирования заболеваний, являющихся осложнением ожирения и АГ [3,5].

Целью исследования явилось: выявление клинико-метаболических особенностей у детей с ожирением и АГ, с определением компонентов метаболического синдрома.

Материал и методы: Было обследовано 55 детей с экзогенно-конституциональным ожирением и артериальной гипертензией. Критерием отбора больных послужило определение ИМТ у детей и подростков с выявленным избыточным весом и/или ожирением, которое сравнивалось с перцентильными диаграммами разработанными ВОЗ для детей от 5 до 19 лет (WHO Growth Reference, 2007). В исследование вошли 25 девочек (45%) и 30 (55%) мальчиков, средний возраст которых составил $14,35 \pm 0,21$ года (от 10 до 18 лет). Дети с экзогенно-конституциональным ожирением были разделены по наличию абдоминального (висцерального) ожирения и наличию АГ. В I группе было 17 человек (16,83%) с равномерным типом ожирения. Во II группу вошли 38 детей с АО, у 20 из них было нормальное АД (IIА группа) и у 18 детей подтвержденный диагноз АГ (IIБ группа). При этом значение ИМТ превышало показатели 97 перцентиль и в среднем составило $31,27 \pm 0,51$ кг/м², при разбросе показателей от 23,5 до 47,2 кг/м². ИМТ в I группе пациентов достигал значений $28,85 \pm 0,52$ кг/м²; во II группе, он был значительно выше $35,37 \pm 0,63$ кг/м² ($P < 0,01$). Группу сравнения составили 20 детей, не имеющих ожирения, в возрасте $14,31 \pm 0,63$ лет. Девочек было 9, а мальчиков 11. Все дети были отнесены к I группе здоровья. Среднее значение ИМТ в группе сравнения составило $19,44 \pm 0,47$ кг/м², при разбросе значений от 18,2 до 20,4 кг/м². Разница в значении ИМТ с группой наблюдения достоверна ($P < 0,001$). Проведено биохимическое исследование углеводного, липидного профиля и уровня мочевой кислоты крови.

Результаты исследования и обсуждение. При анализе клинической характеристики детей с ожирением, в первую очередь хотелось бы остановиться на сроках манифестации ожирения у детей сравниваемых групп. Так, впервые признаки избыточной массы тела, а затем быстрое присоединение ожирения у детей с равномерным типом ожирения наблюдалось в возрасте 12-14 лет, т.е. с наступлением пубертатного периода, средние сроки манифестации ожирения в данной группе составили $12,2 \pm 0,8$ лет. У детей с АО и АО и АГ наблюдались более ранние сроки манифестации заболевания, так, во 2А группе он составил $9,5 \pm 0,6$ лет и во 2Б группе $8,9 \pm 0,5$ лет, что было достоверно раньше по сравнению с группой с равномерным типом ожирения ($P < 0,01$).



Отмечено достоверное нарастание ОТ с увеличением степени ожирения. В I группе пациентов отмечена слабая положительная корреляция ИМТ и ОТ ($r = 0,456$), тогда как увеличение ИМТ не сопровождалось увеличением коэффициента ОТ/ОБ ($r=341$). Те же закономерности определялись во II группе: ОТ достоверно возрастал с нарастанием ИМТ ($r = 0,640$ в 2А и $r = 0,708$; $P<0,01$ и $P<0,01$), в отношении коэффициента ОТ/ОБ такой связи не отмечено ($r = 0,124$ и $r = 0,199$). Таким образом, у детей характер распределения жира, более точно оценивается с помощью ОТ нежели соотношения ОТ/ОБ, что согласуется с мнением ряда авторов [5].

У детей основных групп выявлена достоверная положительная корреляция значения ИМТ с уровнями САД ($r = +0,602$), ДАД ($r = +0,589$) в группе с равномерным типом ожирения, во 2А группе САД ($r = +0,618$), ДАД ($r = +0,602$) и во 2Б группе САД ($r = +0,701$), ДАД ($r = +0,658$).

При анализе частоты встречаемости нарушений показателей углеводного обмена была выявлено, что повышение глюкозы натощак было выявлено у 17,6%, 20% и 27,7% детей в 1, 2А и 2Б группе соответственно, при этом у 5,8%, 15%, 22,2% детей (в 1, 2А и 2Б группе соответственно) наблюдалось повышение постпрандиальной гликемии, повышение ИРИ наблюдалось в 23,5%, 25% и 27,7% случаев (в 1, 2А и 2Б группе соответственно). В группе контроля нарушений углеводного обмена выявлено не было, однако, 2 ребёнка (10%) имели незначительное повышение индекса НОМА-R за счёт близких к пограничным, но не превышающих норму, концентрациям тощачковой гликемии и ИРИ.

В результате оценки липидного профиля выяснилось, что нарушения липидного обмена встречались у одной трети больных среди детей основной группы с ожирением. При анализе уровня триглицеридов было выявлено, что у 29,4%, 30% и 38,8% больных наблюдалась триглицеридемия. В среднем уровень ТГ составил $1,56\pm 0,25$, $1,92\pm 0,16$ и $2,3\pm 0,23$ ммоль/л (в 1, 2А и 2Б группе соответственно). Для дислипидемии при МС характерно увеличение общего ХС, ХСЛПНП и снижение ХСЛПВП. Так, повышение уровня общего холестерина выше нормы или его пограничные значения наблюдалось в 35,2%, 35% и 44,4% случаев (в 1, 2А и 2Б группе соответственно), при этом уровень общего холестерина был достоверно повышен в группах с абдоминальным ожирением по сравнению с контролем $4,56\pm 0,58$; $5,01\pm 0,33$ и $5,76\pm 0,52$ ммоль/л (в 1, 2А и 2Б группе соответственно). Исследования ЛПВП показали снижение его уровня у больных с ожирением в 17,6% 25% и 22,2% случаев (в 1, 2А и 2Б группе соответственно), его средние показатели составили в среднем $1,22\pm 0,12$; $1,13\pm 0,09$ и $1,03\pm 0,07$ ммоль/л. При исследовании же фракций холестерина ЛПНП было выявлено, что уровень составил $3,04\pm 0,23$; $3,66\pm 0,18$ и $4,14\pm 0,39$ ммоль/л, при этом повышение данного показателя наблюдалось у 29,4%, 35% и 44,4% случаев (в 1, 2А и 2Б группе соответственно).

В последние годы одним из важных компонентов в патогенез МС, в том числе у детей является повышение уровня мочевой кислоты крови (МК)[4,6].

Так анализ концентрации МК детей основной группы показал, что она не превышала нормы, но была достоверно выше, чем в группе контроля, и имела прямую пропорциональную связь со степенью ожирения ($r=0,592$, $p<0,001$) и уровнем АД ($r=0,446$; и $r=0,369$; $p<0,001$). У детей с равномерным ожирением отмечалось повышение МК до $0,324 \pm 0,01$ ммоль/л; по сравнению с контрольной группой $0,180\pm 0,013$ ммоль/л ($P<0,01$). Однако у 3 детей (17,64%) с равномерным типом ожирения выявлены ГУ ($0,366 \pm 0,01$ ммоль/л). ГУ в группе детей с АО достигла - случаев и составила $0,415 \pm 0,021$ ммоль/л (в среднем $0,369\pm 0,012$ ммоль/л). У детей с АГи АО уровень мочевой кислоты также оказался высоким ($0,398\pm 0,130$) и в 55,5% случаев это было состояние ГУ ($0,413 \pm 0,03$ ммоль/л).

Выводы: Таким образом у одной четверти детей с АО и одной трети детей с АО и АГи наблюдались патология углеводного обмена, а также у одной трети детей всех наблюдаемых групп определялось изменение параметров липидного обмена, это сопровождалось повышением уровнем МК крови, которая имела прямую корреляцию с ИМТ и уровнем АД.

Литература

1. Аверьянов А.П. Ожирение у детей и подростков: клиника - метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений. Международный эндокринологический журнал. 2009. № 4 (22).
2. Дедов И.И. и соавт. Ожирение в подростковом возрасте. Результаты российского эпидемиологического исследования. Терапевтический архив. 2007. Т. 79. № 10. С. 28-32.
3. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: МИА, 2006.



4. Ровда Ю.И., Миняйлова Н.Н., Казакова Л.М. Некоторые аспекты метаболического синдрома у детей и подростков // Педиатрия. - 2010. - №4. - С. 111-115.
5. Строев Ю.И. и др. Ожирение у подростков. СПб.: "ЭЛБИ-СПб". 2003. 216 с.



УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОЙ АРИДНОЙ ЗОНЫ

Жуманов Зиядулла Эшмаматович
старший преподаватель кафедры судебной медицины и патологической анатомии Самаркандского государственного медицинского института, доктор философии (PhD) по медицинским наукам. г. Самарканд, Республика Узбекистан.
Телефон: +99893 350 41 50 omadlikun@mail.ru

Аннотация. На основе анализа литературных данных показана актуальность проведения дальнейших исследований по установлению давности наступления смерти, в том числе в условиях жаркой аридной зоны. Подчеркивается, что результатами морфологических и морфометрических исследований головного мозга, других органов и тканей в разные сроки постмортального периода в определенных группах, с учетом климата сезонов года Узбекистана, может стать основой для разработки дополнительных критериев по установлению давности наступления в условиях жаркой аридной зоны.

Ключевые слова: давность наступления смерти, жаркая аридная зона.

Цель исследования. Определить актуальность установления ДНС в условиях жаркой аридной зоны и выявить пути решения данной проблемы.

Изучены и проанализированы мировые литературные данные последних десятилетий по проблеме установления ДНС.

В условиях жаркой аридной зоны с низкой влажностью динамика ранних трупных изменений существенно отличается от динамики этих явлений в случаях смерти при средних значениях температуры и влажности умеренного климата.

Узбекистан - солнечная республика. Климат Узбекистана резко континентальный, аридный. Его особенностью является жаркая засушливая погода летом, редкие осадки, перепады годовых и суточных температур. Он выражается в резких амплитудах дневных и ночных, летних и зимних температур.

Биохимические и биофизические методы определения ДНС основаны на выделении различных веществ из клеток в процессе их разрушения в посмертном периоде из-за аутолиза. Наряду с этим не потеряли своей актуальности изучение морфологических критериев ДНС органов и тканей, в том числе и головного мозга, в разные сроки постмортального периода.

Благоприятная температура для развития аутолиза - 37°C. Низкая температура тормозит аутолиз, высокая, наоборот, ускоряет его. В теплой и влажной среде аутолиз протекает гораздо быстрее. Отеки тканей и избыток количества жировой массы ускоряют аутолитические процессы. Сердечно-сосудистые, а так же гнойно-септические болезни, которые сопровождаются застойными изменениями в органах и тканях, также ускоряют аутолиз. Морфологические признаки аутолиза проявляются набуханием органов и тканей, увеличением их в размерах, дряблостью, тусклостью, размягчением и разжижением тканей, это все дает сходство с определенными заболеваниями (некроз) или отравлениями едкими ядами. Чтобы исключить эти состояния обязательным является проведение гистологического (микроскопического) исследования.

Аутолиз в ткани головного мозга проявляется диффузным кариолизом (побледнением и утратой четкости контуров ядра вплоть до полного исчезновения), хроматолизом (побледнением и растворением вещества Ниссля) и цитолизом (аналогичными изменениями цитоплазмы). На определенном этапе аутолиза ядра клеток набухают, увеличиваются в размерах, в них появляются просветления, а хроматин конденсируется в области ядерной мембраны и ядрышка. Аутолиз нейронов может проявляться и кариопикнозом - изменениями ядра, при которых оно уменьшается в размерах, становится гомогенным и интенсивно базофильным. Такие изменения объясняются тем, что оболочка ядра разрывается и жидкое содержимое выходит в цитоплазму. Кроме того, при посмертноаутолизе бледнеют и постепенно растворяются также ядра глиоцитов, развивается пикноз ядер эндотелия капилляров, гемолиз содержимого более крупных сосудов и слущивание их эндотелия.

В различные периоды постмортального периода приоритетными являются наиболее эффективные методики регистрации явлений и процессов в трупе, которые в своей совокупности дают возможность комплексной оценки ДНС.

Микроскопическое исследование органов и тканей, помимо установления танатогенеза, позволяет



объективно диагностировать прижизненность и давность повреждений. В тоже время применение методов гистоморфометрии является перспективным для изучения, как танатогенеза, так и ДНС.

Проведены исследования по изучению морфологии и морфометрических показателей нервных и сосудистых структур коры больших полушарий у людей, погибших от массивной кровопотери (геморрагического шока) в разные сроки постмортального периода. Выявлено что, по мере увеличения срока постмортального периода наблюдается возрастание числа деструктивно измененных корковых нейронов. Число глиоцитов по мере увеличения срока после смерти становится меньше. Сосудистый компонент коры больших полушарий также оказывается вовлеченным в деструктивные процессы, связанные с увеличением ДНС. Сосуды теряют четкость расположения своих оболочек, а в последние сроки наблюдения их просвет даже не определяется. Форменные элементы крови в отдаленные сроки исследования (через 24-28 часов) не определяются, отмечается десквамация эндотелиоцитов. По мере увеличения срока ДНС площади перинейрональных и периваскулярных пространств возрастают, а размеры, находящихся в них нервных и сосудистых структур, уменьшаются.

Приведенные данные указывают на актуальность проведения дальнейших исследований органов и тканей в разные сроки постмортального периода для целей установления ДНС в условиях жаркой аридной зоны. Полагаем, что морфологических, морфометрических исследований с учетом сезонов года в Республике Узбекистан может стать основой для разработки дополнительных критериев по определению ДНС в условиях жаркой аридной зоны.

Список использованной литературы:

1. Богомолова И.Н. Богомолов Д.В. Прижизненный некроз и посмертный аутолиз: проблема дифференциальной диагностики // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. - Хабаровск, 2012. - №12. - С. 25-31. Борневассер М. Стресс в условиях труда // Иностранная психология. - 2001. - № 10. - С. 124-132.
2. Емельянов А.С., Прошутин В.Л. Величина электрического сопротивления седалищного нерва как критерий диагностики давности смерти. // Медицинская экспертиза и право. - 2012. - №2. - С. 30-31.
3. Ермакова Ю.В., Кильдюшов М.С., Кильдюшов Е.М., Резников И.И. Обоснование математической модели процесса постмортального восстановления спинного зонда для диагностики давности наступления смерти. // Судебно-медицинская экспертиза. - 2012. - №2. - С. 22-24.
4. Индиаминов С.И., Жуманов З.Э., Морфологические особенности сосудистых и нервных структур в IV- желудочка головного мозга у лиц при смерти от геморрагического шока // Журнал Проблемы биологии и медицины. 2019. №1. С.148- 150.
5. Пиголкин Ю.И. Судебная медицина Национальное руководство / под ред. члена-корреспондента РАН Ю.И. Пиголкина. М: ГЭОТАР-Медиа. 2018. - С-26.



ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСТМОРТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Жуманов Зиядулла Эшмаматович
старший преподаватель кафедры судебной медицины и патологической анатомии Самаркандского государственного медицинского института, доктор философии (PhD) по медицинским наукам. г. Самарканд, Республика Узбекистан.
Телефон: +99893 350 41 50
omadlikun@mail.ru

Аннотация: Изучена морфология и морфометрические показатели коры больших полушарий головного мозга от 61 трупов лиц, в разные сроки постмортального периода после массивной кровопотери. Установлено, что морфология и морфометрические показатели сосудистых структур коры больших полушарий при смерти от массивной кровопотери различаются в зависимости от срока постмортального периода. Сосудистый компонент коры больших полушарий также оказывается вовлеченным в патологические процессы, связанные с увеличением срока постмортального периода. По мере увеличения срока постмортального периода площади периваскулярных пространств (ПВП) возрастают, а размеры, находящиеся в них сосудистых структур уменьшаются.

Ключевые слова: Головной мозг, кора, кровопотеря, постмортальный период.

Цель исследования. Выявить особенности изменений структуры коры головного мозга в разные сроки постмортального периода после массивной кровопотери.

Материал и методы исследования. Исследовали структуры коры из области 6-е поле по Бродману больших полушарий ГМ от 61 трупов лиц, погибших от массивной кровопотери (МК).

Материал для специального гистологического исследования взят из коры (поле 6 по Бродману). Применяли общегистологические методы исследования. Гистологические препараты исследовали качественно, затем количественно. Количественное исследование структур проводили точечным методом по Г.Г. Автандилову. Полученные данные подвергли статистическому анализу.

Результаты исследования. Первую группу (исследование через 6-8 часов постмортального периода) составили 26 трупов лиц, мужчин - 21, женщин - 5, в возрасте от 18 до 58 лет. В этот срок сосудистых структур в молекулярном слое коры больших полушарий имеет место выраженное спадение капилляров, отчего, они нередко имеют вид тяжей или плохо различимы. В наружном зернистом слое также определяется выраженный спазм капилляров, что придает им также вид тяжей. В пирамидном слое также выявляются капилляры, находящиеся в состоянии спазма. Во внутреннем зернистом слое, наряду со спавшимися капиллярами, встречаются участки, где микрососуды с довольно широкими просветами, в которых различаются эритроциты. Спавшиеся микрососуды внутреннего пирамидного слоя формируют тяжи, но встречаются капилляры с сохранившимися просветами. Аналогичная картина отмечается и в слое полиморфных клеток. Спазм микрососудов здесь выражен в меньшей степени. В белом веществе в большей степени, чем в коре, выражена его отечность, отмечается образование дренажных форм олигодендроцитов. Наблюдается умеренный спазм артерий всех калибров, периваскулярное пространство (ПВП) расширено. Нередко ПВП появляется в одной стороне сосуда. В просвете сосудов содержится небольшое количество форменных элементов крови. Они склеены между собой, форма эритроцитов не определяется.

В период от 6-8 часов до 12-14 часов (2-ая группа) исследовано 16 трупов лиц, мужчин - 7, женщин - 9, в возрасте от 18 до 58 лет. Крупные, средние и маленькие артерии умеренно спазмированы, периваскулярный отек сильно выражен. В просвете сосудов содержится небольшое количество форменных элементов крови. Они склеены между собой, форма эритроцитов не определяется. Артерии среднего и мелкого калибра имеют щелевидный просвет. Структура стенки сосудов выражена нечетко.

В период от 12-14 часов до 18-20 часов (3-ая группа) изучен головной мозг 17 трупов лиц, мужчин - 8, женщин - 9, в возрасте от 18 до 60 лет. Через 18-20 часов постмортального периода, ПВП выражено в большей степени. В просвете сосудов не содержатся форменные элементы крови (ФЭК). Просветы некоторых сосудов не определяются. Стенки сосудов разрыхлены, определяется наличие только единичных эндотелиоцитов.



Четвертую группу (24 и более) составили 2 трупа лиц мужского пола в возрасте 42 и 20 лет. В данный постмортальный период обнаружена деструкция стенки артерии, эндотелиоциты не определяются вследствие слущивания, а ПВП широкое.

Вывод: По мере увеличения срока постмортального периода относительные площади ПВП возрастают, а размеры, находящиеся в них сосудистых структур уменьшаются. Приведенные данные могут быть учтены для уточнения срока постмортального периода после кровопотери.

Список использованной литературы:

1. Идиаминов С.И. Судебно-медицинская оценка сосудистых и нейрональных поражений в головном мозге при острой кровопотере и малокровии // Судебно-медицинская экспертиза. - 2010. - №1. - С. 5-7.
2. Индиаминов С.И., Жуманов З.Э. Морфология коры головного мозга при смерти от кровопотери в разные сроки постмортального периода. Медицинский журнал Узбекистана 2019; 6: 51-54.
3. Пиголкин Ю.И., Должанский О.В. Сравнительная характеристика морфологических изменений головного мозга при острой кровопотере на фоне наркотической интоксикации и у лиц, не употреблявших наркотики // Судебно- медицинская экспертиза. - 2010. - №6. - С. 4-



БОЛАЛАРЛА ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ РИВОЖЛАНИШИДАГИ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАР ТАХЛИЛИ

Ибрагимова Дилафруз Талибовна
Тошкент педиатрия тиббиёт институти ассистенти
Телефон: +998977432503
daptu@yandex.ru

Аннотация. Ювенил ревматоид артрит (ЮРА) этиологияси номаълум бўлган, асосан бўғимларнинг зарарланиши билан кечадиган бириктирувчи тўқиманинг аутоиммун касаллигидир. ЮРА билан асосан 16 ёшгача бўлган болалар касалланиб, ногиронликка олиб келади. Шу сабабдан мазкур касаллик нафақат тиббий муаммо, балки ижтимоий муаммо ҳам ҳисобланади. Ҳозирги кунга қадар ювенил ревматоид артритнинг юзага келиш сабаблари тўлиқ аниқланмаган ва турли тортишувларга сабаб бўлмоқда.

Калит сўзлар. Ювенил ревматоид артрит, болалар, бириктирувчи тўқима, аутоиммун касаллик, этиология.

Кардиморевматологиянинг долзарб муаммоларидан бир бу ювенил ревматоид артрит ҳисобланади, унинг долзарблигини уни барча системали касалликлар ичида кенг тарқалганлиги, касалликни жуда тез авж олиши, ички аъзоларни зарарланиши ва ногиронлик ривожланиши, кейинчалик иш қобилиятини йўқолиши билан белгиланади. Ҳозирги кунга қадар касалликка олиб келувчи омилларнинг бирортаси тасдиқланган эмас. Унинг келиб чиқишида наслий омил ва ташқи муҳитнинг салбий тасири муҳим ўрин тутади ва улар иммун тизимида ноодатий ўзгаришлар келиб чиқишига сабаб бўлади.

Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг келтирган эпидимиологик маълумотларига кўра, дунёнинг 4 %лисида бўғим ва умуртқа зарарланиш ҳолатлари кузатилмоқда. Болалар орасида мазкур касалликни тарқалиши 0,028 до 0,8% ташкил этади [1]. Касаллик юзага келгач тахминан беморларнинг ярмида 3-5 йилдан сўнг ногиронлик ривожланиши аниқланади. Қиз болалар ўғил болаларга нисбатан 2 марта кўп зарарланиши аниқланган [5].

Касалликка наслий мойиллик унинг ривожланишига жавоб берувчи генлар, яъни HLA (одам лейкоцитар антигени) ва RPN22/LYP (протеинтирозинфосфатаза 22/ лимфоид тирозинфосфатаза)лар билан белгиланади. HLA-A2, HLA-B12, HLA-B40, HLA-B27 антигенлари ЮРАнинг олигоартикуляр тури, HLA-DR4 антигени эса касалликнинг полиартикуляр тури шаклланишига жавоб беради [1, 5].

О.Е.Чернышова ва ҳам муаллифларининг фикрича, ЮРА юзага келиши ва ривожланишида наслий мойиллик ва иммун тизимининг ўзига хос хусусиятларининг ахамияти катта. Уларнинг фикрича DR2 и DR7 маркерлари химоя қилиш хусусиятига эга, лекин улар ЮРА билан оғриган беморларда кам учрайди [5].

Адабиётлар тахлили шуни кўрсатадики, мазкур касалликни юзага келишида, ривожланишида ҳамда бўғимлардаги кечаётган жараёнларни давом этишида бактериял ва вирусли инфекцияларни ўрни катта. Баъзи олимлар касалликни ривожланишида ичак инфекциялари, урогенитал инфекцияларни муҳим ҳисоблашса, баъзи олимлар касалликни микоплазма, хламидия, анаэроб флора билан боғлашади.

Л.А.Харитоновна фикрига кўра, ювенил ревматоид артрит келиб чиқишида вирусларнинг(цитомегаловирус, оддий герпес вируси, Эпштейн-Барр) ахамияти катта. Унинг фикрича, барча герпес вируслар ДНК сақлайди ва морфологиясига кўра нуклеин кислоталарига ўхшаш, зарарланган хужайралар ядросида кўпайиш хусусиятига эга. Шунингдек, ?-герпесвируслар (масалан цитомегаловирус) иммунитетни суст одамларда химоя фаолиятини ва зарарланган хужайралар апоптозини сусайишига олиб келиши мумкин. ? - герпесвируслари (Эпштейн-Барр вирус) В- ва Т-лимфоцитлар, лимфоид хужайраларга тропизми мавжуд бўлиб, улар бу хужайраларда узоқ вақт яшаб қолиши ва кўпайиши мумкин. Шунга кўра, уларнинг фикрича юқоридаги вируслар мазкур касалликни ривожланишида, иммунологик ўзгаришларда иштирок этиши, касаллик кечишини оғирлаштириши мумкин [4].

Л.А.Соколова ўз илмий изланишларида оддий герпес вируси, цитомегаловирус, Эпштейн-Барр, В гуруҳига мансуб Коксаки вируслари ни ревматик касалликлардаги ролини ўрганган. Ва у бу вирусларни ревматоид артрит ривожланишида катта ахамиятга эга эканлигини такидлайди.

А.З.Сафина ва унинг ҳаммуаллифлари ўз ишларида хламидия, микоплазма, цитомегаловирус ва Эпштейн-Барр вирусларини ва касалликнинг активлик даражасини ўзаро боғлиқликларини ўрганиб,



шунини аниқлашдики, касаллик активлик даражаси қанчалик юқори бўлса, юқоридаги инфекцияларга нисбатан хосил бўлган антителолар (IgG и IgM) миқдори ҳам шунчалик юқори бўлади [2]. Хламидиянинг антиген хусусияти макроорганизм аутоантигенлари билан молекуляр ўхшашлиги катта ахамият касб этади. хламидия инфекциясига боғлиқ ревматоид артритда патологик жараённинг активлик даражаси юқори бўлади, шунини ҳам такидалаб ўтиш керакки, лабораторияда активлик даражаси юқори бўлишига қарамай, артритнинг клиник белгиларни намоён бўлиши кучли бўлмайди.

М.Г. Мысливец ЮРА ривожланишида мойиллик туғдирувчи омилларга вирус, бактериал инфекциялар, бўғимлар жароҳатлари, инсоляция, совуққотиш, вакцинациялар, доимий стрессларни ўрни катта деб ҳисоблайди. Шунингдек, унинг фикрича, касалликни ривожланишида жараёнларни оғирлаштириб юборадиган омил бу гомоцистеиндир. Гомоцистеин яллиғланиш чақирувчи цитокинлар хосил бўлишини кучайтириб юборди ва бириктирувчи тўқима зарарланишига олиб келади. ЮРА ривожланиши қонда гомоцистеин миқдорини ортиши, ва гомоцистеин таъсирида синовиал суюқликдаги оқсилларни цитруллинланиши натижасида юз беради [1].

Хулоса қилиб айтганда, ЮРАнинг юзага келиши ва ривожланишида жуда кўп омилларнинг ахамияти катта бўлиб, у наслий мойиллик, иммун тизимининг ўзига хос хусусиятлари ва кўплаб ташқи муҳит омиллари таъсири натижасида ривожланади. Ташқи муҳит омилларидан катта ахамиятга эга бўлганлари вирус ва бактериялар ҳисобланади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Мысливец М. Г., Наумов А. В., Парамонова Н. С. Роль гомоцистеина в развитии ювенильного ревматоидного артрита // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2017. - № 2. - С. 144-148. <http://journal-grsmu.by/index.php/ojs/article/download/2085/1929>
2. Сафина А.З., Давлетшин Р.А., Киясова З.Н. Герпетическая, микоплазменная, хламидийная инфекции у больных ревматоидным артритом // Ревматология. - 2007. - № 5. - С. 59-61. <https://cyberleninka.ru/article/n/gerpeticheskaya-mikoplazmennaya-hlamidiynaya-infektsii-u-bolnyh-revmatoidnym-artritom>
3. Соколова Л.А., Григорьева Ю.В., Плеханова Н.О., Брижицкая Е.С., Мальчиков И.А.. Вирусная инфекция у больных ревматоидным артритом // Здоровье населения и среда обитания. - 2010. - № 6. - С. 46-48. <https://cyberleninka.ru/article/n/virusnaya-infektsiya-u-bolnyh-revmatoidnym-artritom>
4. Харитонова Л.А. Роль инфекционного фактора при ювенильном ревматоидном артрите у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2018. - № 3. - С. 59-63. <https://www.ped-perinatology.ru/jour/article/view/674>
5. Чернышова О.Е., Конюшевская А.А., Вайзер Н.В., Балычевцева И.В. Ювенильный артрит // Научный обзор. - 2018. - № 2. - С. 99-105. <https://cyberleninka.ru/article/n/yuvenilnyy-artrit-etiologya-patogenez-sovremennye-aspekty-obzor-literatury>



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Ибрагимова Эльнара Фармановна,
Рустамова Шахло Абдухакимовна,
Ассистенты Самаркандского Государственного Медицинского Института
elnara-2028@mail.ru;**

Аннотация. Несмотря на резкое снижение заболеваемости корью за последние десятилетия она продолжает оставаться весьма актуальной инфекцией. Среди заболевших увеличился удельный вес детей старшего возраста, подростков, взрослых, детей до года. В статье изложены вопросы касающиеся клинические аспекты кори у детей раннего возраста и лечение на современном этапе. Несмотря на низкий уровень заболеваемости у детей, риск возникновения тяжелых осложнений и даже летальных исходов у них выше, чем у взрослых.

Ключевые слова: корь, дети раннего возраста, виферон.

Актуальность. Заболеваемость корью до активной иммунизации была очень высокой и занимала у детей раннего возраста первое место среди воздушно-капельных инфекций. В настоящее время корь в гиперэндемичных странах регистрируется обычно у детей в возрасте 4-6 месяцев, в развитых странах старше 12 месяцев. В развивающихся азиатских странах во время эпидемий корью уровень заболеваемости среди детей в возрасте до 9 месяцев достигает 18-45%. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется до 3 млн. случаев кори, при это выявляется не более чем 10% заболевших [1,3]. В некоторых странах корь до сих пор остаётся эндемичным заболеванием. В допрививочном периоде эпидемический процесс коревой инфекции характеризовался следующими признаками: цикличностью с повышением заболеваемости через 2-5 лет, зимне-весенней сезонностью, преимущественным поражением детей в возрасте до 5 лет. Массовая плановая иммунизация привела к изменению указанных закономерностей - резкому снижению заболеваемости, отсутствию периодичности и сезонности. Среди заболевших увеличился удельный вес детей старшего возраста, подростков и взрослых [2,4]. Особенно восприимчивы к кори лица, не болевшие корью и непривитые против нее, причем восприимчивость сохраняется в любом возрасте. Для полной защиты от кори необходима иммунизация 94-97% детей до 15-месячного возраста, однако и среди вакцинированных через 10-15 лет после вакцинации могут отмечаться вспышки кори. Дети первого года жизни обычно защищены трансплацентарным иммунитетом (если мать ранее болела корью или была вакцинирована против нее), который сохраняется у ребенка до возраста 1 года. Иммунитет после перенесенной естественной коревой инфекции стойкий. Повторные заболевания корью встречаются крайне редко [5].

Цель исследования: Изучить клинические особенности течения кори у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Анализ заболеваемости кори проводился в период с 2018-2019 гг. по данным ретроспективного анализа историй болезней больных, с диагнозом "Корь" находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда. Диагноз был установлен на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных и лабораторно-этиологических исследований в контексте стандартного определения случая. В соответствии с поставленной целью было проанализировано 86 больных с диагнозом "Корь" в возрасте от 5 мес. до 3-х лет. Дети первого года жизни составили 64,6%. У всех детей нами были установлены источники инфекции: у 81,6% выявлен внутрибольничный источник кори, у 5,6% - контакт с больным корью во время отдыха за границей и у 12,8% - контакт с соседями многоквартирного дома. Анализ прививочного анамнеза показал, что дети которые поступили в больницу 100% не были привиты против кори, при этом 35,6% - не привиты по возрасту, 46,7% имели медицинские отводы от профилактических прививок и 17,7% - отказы родителей от вакцинации. Большинство детей 58,3% заболевших корью, находились на диспансерном учете по поводу различных соматических заболеваний: из них 22,6% - по поводу ДЦП, 12,3% из-за судорожного синдрома, 15,8% - обструктивного бронхита, 9,6% из-за атопического дерматита, 14,3% - гидроцефалии, 6,5% - тромбоцитопенической пурпуры, 18,9% составили часто болеющие дети. Подавляющее большинство больных корью детей 88,9% поступили в специализированные отделения инфекционных стационаров на первой неделе болезни: 15,5% в 1-3-и сут. катарального периода



болезни, 73,4% - на 4-6-ые сут. болезни, 11,1% - в более поздние сроки (7-12-ые сут. болезни). У 94,4% больных корью детей раннего возраста диагностирована типичная среднетяжелая форма. У 5,6% получивших в инкубационном периоде антибиотик выявлена атипичная (митигированная) корь. Клиническая картина типичной кори у детей раннего возраста характеризовалась цикличностью течения со сменой четырех периодов - инкубационного, начального (катарального), разгара (высыпания) и реконвалесценции (пигментации). Инкубационный период при типичной кори продолжался от 9 до 17 сут., в среднем составляя 12 ± 2 сут. Катаральный период кори продолжался от 1-го до 3-х сут. и характеризовался нарастающим синдромом интоксикации, повышением температуры тела, выраженным катаральным воспалением слизистых оболочек верхних дыхательных путей и конъюнктив глаз. Лихорадка у 76,7% колебалась от 38,6-39,2°C. У 35,3% повышалась до 38,0-38,5°C. Синдром интоксикации характеризовался снижением аппетита (88,2%), слабостью (79,4%), нарушением сна (82,3%), недомоганием и головной болью (79,3%), вялостью и плаксивостью (96%). Катаральный синдром отмечался у 100% больных и характеризовался сухим кашлем, заложенностью носа, умеренными слизистыми выделениями из носовых ходов, небольшим конъюнктивитом. Кашель частый, назойливый, иногда мучительный, у 32,4% - лающий с осиплостью голоса. Лицо больного ребенка приобретало характерный вид - одутловатое, веки припухшие, глаза "красные", появлялись светобоязнь и слезотечение, в дальнейшем кашель становился более упорным, лающим. Выявлялась умеренная гиперемия слизистых оболочек ротоглотки (100%) и энантема на мягком небе в виде крупных пятен темно-красного цвета (22,2%). У 45,5% выявлена дисфункция желудочно-кишечного тракта (частый жидкий стул без патологических примесей). У 77,6% выявлены пятна Бельского-Филатова-Коплика.

Период высыпания начинался в среднем через 2-е сут. от начала заболевания и сопровождался новым подъемом температуры тела. У 26,5% отмечались тошнота и однократная рвота. Первые 1-2 суток периода высыпания сохранялись пятна Бельского-Филатова-Коплика. Синдром экзантемы имел этапность распространения сыпи. Первые элементы сыпи появились у 78,2% на переносице и лице, у 21,8% за ушами. В течение первых суток сыпь распространялась на лицо, шею, верхнюю часть груди и плечи. В дальнейшем, (2-е сут. периода высыпания) сыпь полностью покрывала туловище и распространялась на проксимальные отделы рук, а на 3-4-е сут. на дистальные части рук и нижние конечности. По морфологии элементов сыпь у 96% больных - пятнисто-папулезная, у 4% - пятнистая крупных и средних размеров с локализацией на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей. У 92% сыпь была обильная, у 8% - скудная; Длительность периода высыпания колебалась от 2 до 4 сут. Период пигментации начинался уже с 3-х сут. Пигментация заканчивалась небольшим отрубевидным шелушением кожи. Осложнения выявлено у 56,7% больных (обструктивный бронхит-33,4%, стенозирующий ларинготрахеит-29,7%, острая левосторонняя нижнедолевая пневмония-22,4%, лакунарная ангина-14,5% и др.). Эти осложнения в основном выявляли у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями (гидроцефалия, обструктивный бронхит, ДЦП, диатез).

Больные корью дети получали комплексное, этиопатогенетическое лечение. В течение всего периода лихорадки и в первые два дня после нормализации температуры тела назначали постельный режим. Большое внимание уделяли гигиеническому состоянию больных. Диету назначали с учетом возраста ребенка, тяжести и периода заболевания, наличия сопутствующей патологии. В остром периоде болезни - молочно-растительная пища, механически и химически щадящая, обогащенная витаминами, а также обильное питье. Всех детей делили на 2 группы: основная и контрольная. Дети находящиеся в основной группе в качестве средства этиотропной терапии получали комплексный противовирусный и иммуномодулирующий препарат виферон в возрастной дозировке, имеющий в составе рекомбинантный человеческий интерферон альфа 2b и антиоксиданты (токоферола ацетат и аскорбиновую кислоту). Виферон в виде суппозиторий назначали в дозе 150 тыс. МЕ 2 раза в день в течение 5 сут. Для смазывания слизистой оболочки ротоглотки и участков кожи с экзантемой использовали противовирусную мазь. Современная этиотропная терапия обуславливала быстрое исчезновение симптомов интоксикации и лихорадки, быстрое снижение выраженности и продолжительности катарального синдрома, на 2-3-е суток и более, по сравнению с контрольной группой, которые не получали виферон свечи. Отмечено, предупреждение наложения острой респираторной вирусной инфекции и развитие осложнений. У детей в контрольной группе выявили развитие осложнений и удлинения койка дней. Установлена также быстрая нормализация показателей гемограммы. Побочных эффектов применения препарата виферон не наблюдалось. Для лечения конъюнктивита использовали офтальмоферон (в острой стадии по 1-2 капли в каждый конъюнктивальный мешок 4-6 раз в сут., по мере купирования воспалительного процесса - 2-3 раза



в сут.). Патогенетическая и симптоматическая терапия включала жаропонижающие (ибупрофен для детей), отхаркивающие (амброксол), сосудосуживающие (називин в нос) и десенсибилизирующие (цетиризин) средства. Антибиотики (цефотаксим, цефтриаксон, азитромицин, амоксациллин) назначали по показаниям.

Выводы.

1. У наблюдаемых нами детей раннего возраста (от 5 мес. до 3-х лет) корь протекала в большинстве случаев (94,4%) в типичной среднетяжелой форме. У больных, получивших в инкубационном периоде антибиотик (5,6%), зарегистрирована атипичная (митигированная) легкая форма болезни.

2. Типичная среднетяжелая форма кори характеризовалась цикличностью течения со сменой классических периодов (инкубационного, катарального, высыпания и пигментации), наличием характерных клинических синдромов болезни. Осложнения в основном наблюдались у детей с сопутствующими соматическими патологиями (56,7%).

3. Современная терапия у больных корью детей раннего возраста с включением комплексного препарата виферон рекомбинантного человеческого интерферона альфа 2b в сочетании с антиоксидантами (витаминами С и Е) позволила существенно снизить тяжесть осложнений, частоту негладкого течения болезни и предупредить наложение острых респираторно-вирусных инфекций.

Список литературы:

1. Юрьевич М.А., Никитюк Н.Ф. Результаты изучения противокорьевого иммунитета у военнослужащих. Вестник ОГУ.2007 №12. С18-20.
2. Особенности противокорьевого иммунитета у населения г. Санкт Петербурга //Журнал инфектологии. 2012 №4. Приложение. С. 59-60.
3. Макарова К.О., Куанышбаев С.Р., Балдина А.А., Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г. "Клинические особенности течения кори на современном этапе". Международный студенческий научный вестник. 2015. №2-1. С. 86-88.
4. Мазанкова Л.Н. Горбунов С.Г., тебеньков А.В. Проблема кори в Москве. Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики. Материалы XIII конгресса детских инфекционистов России. 11-13 декабря 2013 г. М.44.
5. Капаканов В.А., Колоколов О.В., Корь у детей в Астраханском регионе. Детские инфекции, 2018. №17(спецвыпуск). Материалы XVII конгресса детских инфекционистов в России. "Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактика", 12-14 декабря 2018 г. М.51-52.



УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВ УСУЛИНИНГ ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИДАГИ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

Исламова Камола Акрамовна

Самарқанд давлат тиббиёт институти мустақил изланувчиси

Телефон: +998(90) 600 76 56

kamola.islamova@mail.ru

Аннотация: Остеоартроз (ОА) - бўғимларнинг сурункали кучайиб борувчи дегенератив-дистрофик касаллиги бўлиб, бўғим тоғайининг деструкцияси, суяклар эпифизлари ва бўғимолди юмшоқ тўқималарининг зарарланиши билан кечади. Бу касаллик билан 10-12% аҳоли касалланган, 50 ёшга етган аҳоли орасида унинг частотаси 3-5%. Касалликнинг тарқалиши даражаси аҳолининг ёш қатламида кўпайиб бормоқда.

Калит сўзлар: остеоартроз, ультратовуш текширув усули, остеофит.

Ишнинг мақсади: Ультратовуш текширув усули (УТТ) асосида эрта ёшда ривожланган (ОА) касаллигининг эрта ташхислаш мезонларини аниқлаш, ҳамда касаллик сабаблари ва клиник белгиларини ўзаро боғлиқлик даражасини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари: Текширувларимиз Самарқанд давлат медицина институти 1-клиникаси 1-терапия бўлимида олиб борилди. Текширувлардан тизза бўғими остеоартроз касаллиги - гонартроз билан касалланган 80 нафар (57 нафар аёл, 71,2%; 23 нафар эркак, 28,8%) бемор ўтказилди. Беморларнинг ёши 28 ёшдан 55 ёшгача булиб, ўртача $48,5 \pm 2,8$ йилни ташкил этди. Тизза бўғимининг моноартикуляр зарарланиши 49 (61,3%) нафар (21 беморда чап, 42,6%; 28 беморда ўнг, 57,1%) беморда, иккала тизза ёки битта тизза ва чанок сон бўғими олигоартикуляр зарарланиши 24 (30,0%) нафар беморда аниқланди. Полиартикуляр зарарланиш 7 (8,8%) беморда қайд этилиб, иккала тизза ва иккала чанок-сон бўғими зарарланиши 2 (2,5%) беморда, тизза ҳамда қўл ва бармоқлари бўғимлари полиартикуляр зарарланиши 5 (6,3%) беморда кузатилди. Рентген текширувида Kellgren, Lawrence мезонлари бўйича касалликнинг I босқичи 20 (25,0%), II босқичи - 25 (31,3%), III босқичи - 12 (15,0%) беморда кузатилди. 23 (28,3%) нафар беморда рентген текширувларида ўзгариш аниқланмади.

Олинган натижалар: Текширувларимизда 65 нафар беморга касалликнинг диагнози учун тизза бўғими УТТ усули қўлланилди. Ушбу текширувда 18 (22,5%) нафар беморда синовиал қопламнинг қаттиқлашуви, сон суяги орқа тоғайининг қалинлашуви, супрапателляр бурама майдонини камайиши аниқланди. 20 (25%) нафар беморда ушбу ўзгаришлар билан биргаликда марказий остеофитлар, 20 (25%) нафар беморда остеофитлар ва бўғимдаги синовиал киста, 7 (8,8%) нафар беморда марказий ва периферик остеофитлар, бўғим ёригининг носимметрик торайиши аниқланди.

Рентгенологик текширувларда ўзгаришлар аниқланмаган 23 (28,3%) нафар бемордан 18 (22,5%) нафарида УТТ ўтказилиб, ушбу беморларда УТТ усули синовиал қопламнинг қалинлашуви, сон суяги орқа тоғайининг қалинлашуви, супрапателляр бурама майдонини камайиши белгиларини аниқлаш имконини берди. Шунингдек, касалликнинг II ва III рентген босқичи босқичи қайд этилган 20 нафарда УТТ усулида рентгенологик текширувларда кўринмаган синовиал кисталар, мушаклардаги дистрофия белгилар, бўғимдаги суюқлик ҳажмини кўпайганлиги, периферик остеофит, тоғайдаги кальций учоқлари ҳам аниқланди.

Хулоса: ОА касаллигида УТТ усули ўзига хос диагностик аҳамиятга эга. Ушбу текширув бўғим ва суяклар структураси, бўғим капсуласи, бўғим атрофидаги тоғай ва пайлар, мушаклар, қон томирлари ҳолатига баҳо бериш ҳамда синовиал кисталарни, эрозияларни, бўғим бўшлигидаги суюқлик ҳажмини кўпайганилиги, нерв толалари зарарланишларини аниқлаш имкониятини беради. Kellgren, Lawrence мезонларга кўра рентгенологик белгиларнинг аниқ ифодаланмаганлигида ҳам УТТ тоғай тўқимаси ва синовиал қопламдаги энг эрта ривожланадиган минимал ўзгаришларни ҳам аниқлаш имкониятини беради. Ушбу усул соғлом тўқималарга зарар етказмайди, карши кўрсатмалари мавжуд эмас, қўлланиши жихатдан жуда қулай ва МРТ усулига нисбатан арзон. УТТ усули орқали даволаш муолажаларининг самарадорлигини ҳам аниқлаш мумкин.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г. Остеоартрит: эпидемиология, классификация,



факторы риска и прогрессирования, клиника, диагностика, лечение. Современная ревматология. 2019;13(2):9-21.

2. Петров А.В., Матвеева Н.В., Петров А.А. Оценка клинической значимости выявления гиперэхогенных депозитов в гиалиновом хряще при ультразвукографии у больных остеоартритом коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2019;57(1). Стр.33-37.

3. Макарова М.В., Вальков М.Ю., Валькова А.С., Агапитов А.В., Черных И.А., Парфенова А.Р., Гржибовский А.М. Предикторы перехода рентгенологической нулевой стадии остеоартрита коленных суставов в первую стадию (на основании балльной комплексной системы оценки коленного сустава WORMS). Травматология и ортопедия России. 2017; Том 23. №1. Стр. 33-44.

4. Пицын И.А. Использование артроскопии и принципа обратной связи специалистов для оценки истинной эффективности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике патологии внутрисуставных структур коленного сустава. Автореф. дис. □ на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Ярославль. 2016; 18 стр.

5. Рустамова У.М. Рентгенологическая характеристика остеоартроза коленного сустава у женщин менопаузального возраста. Ўзбекистон тиббиёт журнали. 2017; № 1. Стр 56-58.

6. Тоиров Э.С., Хамраев Х.Х., Исламова К.А. Остеоартроз: хавф омиллари, клиник, кечуви, диагноз мезонлари ва даволаш. Ўқув қўлланма. Т. 2019 йил 164 бет.



СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ

Кенжаев Ботир Маирович
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии
Самаркандский государственный медицинский институт
Научный руководитель - PhD М. Р. Расулова
+998933400140, +998979184113
botir.kenjaev1985@gmail.com

АННОТАЦИЯ: В работе автором проанализирован судебно-медицинские аспекты повреждений зубов и альвеолярных отростков. Показана актуальность и не решенность установления давности, квалификации степени тяжести и оценки механизма этих травм.

Ключевые слова: повреждения зубов, альвеолярных отростков, судебно-медицинские аспекты.

Судебно-медицинская оценка механизма травмы зубов и определение орудия повреждений вызывает значительные сложности, что связано с прочностными свойствами ткани зуба. В большинстве случаев характер повреждений зубов не отражает свойств травмирующего предмета, одинаковые типы морфологических изменений могут наблюдаться при разных травмирующих воздействиях. Довольно сложными являются квалификация степени тяжести повреждений зубов, особенно в отдаленных периодах травмы.

Цель исследования. Изучение судебно-медицинских аспектов повреждений зубов и альвеолярных отростков.

Различные виды повреждений зубочелюстного аппарата имеет свои особенности, как по характеру, так и по механизму травмы, клиническим проявлениям и сроку заживления. Знание этих вопросов имеет важное значение при ретроспективном анализе по восстановлению механизма травмы, оценки степени тяжести и установления давности повреждений практика.

Практика показывает что, судебно-медицинская экспертиза (освидетельствования) потерпевших с повреждениями зубов и альвеолярных отростков проводится врачом судебно-медицинским экспертом единолично, без участия врача стоматолога и даже без учета данных клинико-инструментальных методов исследований, что значительно снижает объективность и обоснованность экспертных выводов и нередко ведет к ошибкам.

Весьма спорной является квалификация степени тяжести повреждений зубов и альвеолярных отростков. Так, например, процент стойкой утраты трудоспособности при потерях постоянных зубов вследствие травм, в зависимости от количества поврежденных зубов, варьирует от 5 (2-3 зуба) до 25% (11 и более зубов) следовательно, по этим показателям степень тяжести повреждений этих структур могут быть определены по разному. Данный вопрос требует дальнейшего уточнения, с учетом возраста, индивидуальных особенностей организма, сочетаний повреждений зубов с повреждениями других структур.

Таким образом, установление механизма степени тяжести и давности механических повреждений зубочелюстного аппарата не нашли своего окончательного решения. До настоящего времени весьма спорными считаются вопросы квалификации степени тяжести повреждений этой системы. В связи с этим данные судебно-медицинские аспекты травм зубов и альвеолярных отростков требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Пашинян Г.А., Ромодановский П.О., Беляева Е.В. и др. Об экспертной оценке тяжести вреда здоровью при повреждении зубов // Суд. мед. эксперт. - 2000. - № 4. - С. 7 -11.
2. Мойсейчук С.Н., Экспертный анализ и обоснование тяжести вреда здоровью при повреждениях зубов и нижней челюсти. Авт. канд. дисс. Москва, 2004, с. 27.
3. Индиаминов С.И. с соавт. К вопросу оценки степени тяжести повреждений зубов. Научные труды московской медицинской академии имени И.М.Сеченова Москва - 2002, с. 238-242.



ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ

Кенжаев Ботир Маирович,
кафедра "Судебной медицины и патологической анатомии"
Самаркандский государственный медицинский институт
Научный руководитель проф. С.И. Индияминов
+998933400140, +998933371090
botir.kenjaev1985@gmail.com

АННОТАЦИЯ: В статье автором изучен клинико-морфологические особенности повреждений зубов и альвеолярных отростков. Проведена систематизация травм этих структур для целей судебно-медицинской экспертизы. Предложения придерживаться этой системой в процессе решения судебно-медицинских задач при травмах указанных структур.

Ключевые слова: повреждения зубов, альвеолярных отростков, систематизация, судебно-медицинское исследование.

Повреждения зубов составляет 3-7 % случаев травм челюстно-лицевой области. Около 80% повреждений зубов и альвеолярных отростков возникают при бытовых травмах, однако повреждения зубов также возможны при падениях, дорожно-транспортных происшествиях, спортивных играх и они часто подвергаются судебно-медицинской экспертизе.

Цель исследования. Систематизировать повреждений зубов и альвеолярных отростков для целей судебно-медицинских исследований.

Зубы не являются обособленными частями тела человека. Поэтому говоря о повреждениях зубов и альвеолярных отростков следует иметь виду травмы зубочелюстного аппарата, которые мы в своей практической работе подразделили на следующие группы:

I. Повреждения мягких тканей пародонта (десен)- не сопровождаются травматизацией самого зуба, а наблюдаются в виде ссадин, кровоизлияний, разрывов, небольших ран;

II. Вывих зуба- сопровождается более или менее значительным разрывом тканей, укрепляющих зуб в альвеоле и смещением его. При этом корень зуба или остается в лунке (частичный вывих) или же полностью выходит из нее (полный вывих). Вывих зуба I-й степени характеризуется наличием одной степени свободы подвижности; II-й степени - наличие двух плоскостей свободы подвижности. Вывихи I-II степени (частичный вывих), как правило позволяют сохранить зуб, III - й степени - подвижность зуба в трех плоскостях и более. Вывих III - степени (полный. вывих) требует удаления зуба.

III. Травматическая экстракция - полное отделение зуба, наступающее при травме. Потеря одного полноценного зуба при отсутствии, изменений со стороны других зубов в последующем может быть причиной расшатывания соседнего зуба, антагонист выходит из зубной лунки, бездействует и утрачивает свою прочность, также разрушаются и утрачиваются остальные зубы.

IV. Перелом зуба: краевой - отлом без вскрытия пульпы; коронки - со вскрытием пульпы; шейки; корня; продольный перелом одновременно коронки и корня. Частичный перелом коронки не влечет за собой обязательной утраты зуба, а перелом зуба с некрозом пульпы, как правило, приводит к потере. В случаях перелома зуба особенно части или всей коронки, необходимо учитывать возможность обнажения пульпы зуба.

V. Сочетание травмы зуба с повреждением мягких тканей губ, щек и альвеолярных отростков может быть весьма разнообразной, в зависимости от характера повреждений окружающих зуб тканей. Нередко подобная травма сопровождается потерей нескольких зубов

VI. Сочетание повреждений зуба с травмой челюстей или же других костей лица.

VII. Травматические повреждения альвеолярных отростков могут быть в виде перелома и отрыва отростков, наиболее часто повреждается фронтальный отдел альвеолярного отростка верхней челюсти.

Выводы Характер повреждений зубов и альвеолярных отростков имеют свои особенности, как по характеру, так и по механизму травмы, клиническим проявлениям и сроку заживления. Знание этих вопросов имеет важное значение при ретроспективном анализе по восстановлению механизма травмы, оценки степени тяжести и установления давности повреждений в процессе судебно - медицинских исследований.



Литература.

4. Индиаминов С.И. в соавт. К вопросу оценки степени тяжести повреждений зубов. Научные труды московской медицинской академии имени И.М.Сеченова Москва - 2002, с. 238-242.
5. Пашиян, Г.Г. Попова. Судебная стоматология - новый самостоятельный раздел судебной медицины. Журнал. Судебная медицинская экспертиза. №1, 2008, с. 29-32.
6. Каюмов Ж.Т. в соавт. Судебно-медицинская оценка тяжести потери зубов после травмы. Актуальные вопросы судебной медицины и медицинского право. Бухара. 2008, с. 100-103.



АТОПИК ДЕРМАТИТНИ ЎРГАНИШДА ЭВОЛЮЦИОН ҚАРАШЛАР

Куранбаева Х.У., Музапова У.Р.
Тошкент тиббиёт академияси
Телефон: +998937592627
e-mail: xurmatoy.kuranbayeva@mail.ru

Аннотация: "Атопик дерматит" (АД) атамаси 1935 йилда таклиф қилинган, аммо у расмий тиббий статистикага фақат 1972 йилда киритилган. "Атопик дерматит" атамаси 1992 йилда ХКК-10 га биноан ушбу касалликни рўйхатга олиши учун расмий равишда қабул қилинган. Илгари "терининг экссудатив, аллергияк диатези" (1950-1960) атамалари ишлатилган. "Экзема", "нейродерматит" (1970-1980), "атопик дерматит" (1990-йиллар бошидан ҳозирги кунгача). Европада улар "болалар экземаси", "нейродерматит", "атопик экзема" атамаларини ишлатадилар.

Калит сўзлар: атопик дерматит, нейродерматит, аллергияк диатез

Атопик дерматит (АтД) бўйича халқаро конгресс (Янги Орлеан, 2003) ушбу касалликнинг куйидаги таърифини қабул қилди: "Атопик дерматит- сурункали тери касаллиги, бу кучли қичишиш, тери қуруқлашиши, яллигланишнинг қайталаниши билан намоён бўлади, бемор ва уларнинг оилалари учун физиологик ва эмоционал тушқунликдир".

Сўнгги ўн йилликларда АтД патогенези ва клиник вариантлари дерматологлар, иммунологлар, аллергологлар ва бошқа мутахассислар томонидан фаол ўрганилган. АтД организмнинг атроф-муҳит ва тана аллергенларига нисбатан ноодатий иммунитет реакцияси бўлган касаллик эканлиги илмий жиҳатдан исботланган.

Янги Орлеанда АтДнинг Халқаро Конгресс (2003) томонидан клиник вариантлари танланган:

- Атопик дерматит билан оғриган беморларнинг 70-80 фоизда учрайдиган ва атроф-муҳит аллергенларига сезгирлиги билан ажралиб турадиган ва IgE даражаси юқори бўлган аллергияк (экзоген, ташқи);

- беморларнинг 20-30 фоизда аниқланадиган ва аниқланадиган аллергияк сезувчанликнинг йўқлиги ва IgE нинг паст даражаси билан характерланадиган аллергияк бўлмаган (эндоген, ички).

Сўнгги тадқиқотлар шуни кўрсатдики, АтД бўлган беморларда тери касалликлари ва қичишиш камида учта муҳим омилдан келиб чиқади:

- генетик жиҳатдан аниқланган, дастлаб тери баръери нуқсонли, кератиноцитларнинг дескамацияси жараёни ошиши билан, илдиз десмосомаларининг гидролизланиши натижасида хемотрипсин ва корнеум қатламининг трипсинлари (SCCE, SCTE); Ҳозирги вақтда 40 дан ортиқ ген атопияни ривожлантиришда иштирок этади; уларнинг аксарияти учун уларнинг локализацияси (4, 5, 6, 7, 11, 14-хромосомалар) ва уларнинг ҳар хил атопия белгилари билан боғлиқлиги аниқланган;

- асаб тизимининг марказий ва периферик қисмларининг функционал ва тартибга солувчи бузилишлари, бу терининг микровакуляциясининг бузилишини келтириб чиқаради;

- аллергенлар ва микроорганизмларнинг (стафилококклар) кириб боришини ва иммунопатологик реакцияларни бошланишини осонлаштирадиган тери баръерининг хусусиятларини бузилиши.

Педиатрлар, дерматологлар ва аллергологларнинг илмий ва амалий ҳамкорлиги болалар ва ўспиринларда АтД муаммоси бўйича жуда кўплаб илмий ишлар қилинган. Болаларда АтД нинг турли томонларини узоқ муддатли ўрганиш, хавф омилларини фарқлаш ва турли ёшдаги дерматозларнинг клиник хусусиятларини аниқлаш, беморларни даволаш ва даволашга ёндашувларни асослаш имконини берди.

Тери шикастланиши бўлган болалар касаллиги бўйича "Болалардаги экссудатив диатез" биринчи диссертация муаллифи 1949 йилда Свердловск тиббиёт институтининг педиатрия кафедраси мудири, проф. Т.Э. Вогулкина бўлди. Кейинчалик унинг илмий раҳбарлиги билан биринчи маротаба иккита диссертация яқунланди ва параллел равишда ҳимоя қилинди. Улардан биринчиси докторлик диссертацияси, Н.П. Торопова (1966, Свердловск дерматовенерология институти). Ушбу мақолада пастоз ва хабитусли болаларда клиник кўринишдаги фарқлар тасвирланган; липид ва оқсил алмашинуви бузилишларининг патогенетик аҳамияти; автосенситизация натижасида терининг шикастланиш механизмлари ўрганилди (РПГА бўйича Бойденнинг терининг антигени билан). Дерматологик амалиётда биринчи марта маҳаллий терапия учун биринчи глюкокортикостероид малҳам 1% ва 2,5% гидрокортизон ишлатилган.

Иккинчи диссертация О.А. Синявская (1968, Свердловск Давлат Тиббиёт институти),



"Болалардаги экссудатив диатезни етиопатогенези, клиникаси ва даволаш бўйича материаллар". Муаллиф 2 ойликдан 3 ёшгача бўлган 554 та болани ўрганиб чиқди, сенсibiliзация ва аутосенсibiliзацияга қарши ирсий мойиллик; аллергенлар билан эндоген ва экзоген алоқада бўлган терида қичишиш ва тошмалар пайдо бўлишини аниқлади; гистаминопектик қон индексини, Бойден антигени билан РПГА, протеинограмма, холестерин метаболизмининг кўрсаткичлари ўрганди.

Номзодлик диссертациясида А.М. Градинарова 1 ойликдан 3 ёшгача бўлган 180 ёшдаги болаларда аллергик диатезнинг намоён бўлиши билан мослашувчан ҳимоя механизмларининг ҳолатини баҳолади, Ig ва ГКС концентрацияси ўзгаришларининг диагностик аҳамиятини, патогенетик даволаш усулларини таклиф қилди; этимизол ёрдамида комплекс терапия олиб борганда 17-гидроксикортикостероидларнинг устун биосинтези билан намоён бўладиган буйрак усти безларининг стероидогенез жараёнларини ўзгартириши, кортикал зонанинг функционал захира ҳажмининг ошишига ҳисса қўшиши, аммо кортикостероид метаболизмидаги аниқланган ўзгаришларга таъсир кўрсатмаслиги аниқланди.

Аллергик диатезнинг (2 ойликдан 10 ёшгача бўлган болалардаги экзема ва нейродерматит) терининг намоён бўлиш патогенезини ўрганишда йўналишлардан бири ичакни ҳазм қилиш ва сўрилиш ҳолатини ҳужайрали ва гуморал иммунитет кўрсаткичларини аниқлашдир. В.Л. Зеленцова болаларнинг 64 фоизда бўшлиқ ва париетал овқат ҳазм қилиш аномалиялари, текширилганларнинг 53,3 фоизда асосий флоранинг йўқлиги ва шартли патоген флоранинг мавжудлиги, 50% болаларда фермент жараёнларининг пасайиши, нажас билан оқсилнинг кўпайиши, гиперлиппротеинемия аниқланди, 15,8% болаларда селектив иммуноглобулин етишмовчилиги аниқланди. Даволашда қўшимча сифатида антибактериал воситалар, ферментлар, биологик препаратлар бқўшиш амалий тавсия қилинди. Овқат ҳазм қилиш ва сўрилишини тиклаш танадаги метаболит жараёнларни тиклашга, иммунитетни яхшилашга ёрдам берди. Узоқ муддатли кузатув натижасида ҳақиқий экзема 78,8%, себореяли экзема 39,8% ва нейродерматит билан билан касалланганларнинг 20% ида клиник тикланиш аниқланди (ХКК-10 бўйича, L20.8, L21.9).

Н.А. Виноградова 2 ойликдан 12 ёшгача бўлган 180 нафар болани аллергик диатезнинг турли клиник шакллари билан клиник ва лаборатория текшируви натижаларини таҳлил қилди, қон плазмасида изотоплардан фойдаланган ҳолда простагландинлар ва циклик нуклеотидларнинг таркиби ўрганилди. Агар гиперкинетик турга мос келадиган ўт йўллари дискинези бор бўлган, узок муддатдан диффуз нейродерматит бўлса, антифосфодиэстераза таъсирига эга ва циклик аминотрансферазаларнинг плазма концентрациясини нормаллаштирадиган папаверинни комплекс даволашга киритиш тавсия этилади.

Б.А. Бабушкин экзема ва нейродерматитнинг сурункали кечишида терида тошмалар ва қичишишни кўзгатувчи омил сифатида озиқ-овқат аллергиясининг ролини ўрганган; 2 ойдан 14 ёшгача бўлган дерматознинг турли хил клиник вариантлари бўлган 120 нафар бола текширилди. Кўпинча озиқ-овқат аллергенлари билан аниқ IgE тестлари ижобий бўлган: тухум оқсили 53,9%, сут 37,1%, балиқ 36,2%, буғдой 41%, сули 32,4%; аммо дерматознинг кенг тарқалган шакллари билан оғриган беморларда бирон бир алергеннинг таъсири аниқланмаган. Баъзи болаларда ҳаётида учратмаган аллергенларга спесифик антигенлар аниқланган.

А.И. Виноградов 2 ойликдан 12 ёшгача бўлган 132 та болани экзема ва нейродерматит билан текширганида, метаболизми нейроендокрин тартибга солишда сезиларли ўзгаришлар қайд этилган, бу калцийни тартибга солувчи гормонлар концентрациясининг ошиши, циклик нуклеотидларнинг номутаносиблиги билан текширилган болаларда тери жараёнларининг кучайиши билан метаболизми нейроендокрин тартибга солишда аниқ ўзгаришлар кузатилди. Муаллиф, даволашда Интални киритиш мақсадга мувофиқлигини исботлади.

Дерматологлар, педиатрлар, аллергологларнинг узок муддатли илмий ва амалий ҳамкорлиги Н.П. Тороповага ёрдам берди ва докторлик диссертациясини 1981 йилда икки мутахассислик бўйича ҳимоя қилади: дерматовенерология ва педиатрия. 462 нафар болалар ва ўспиринларнинг клиник ва лаборатор текширувлари, шу жумладан тарқалган (53,9%) ва диффуз нейродерматит (24,7%), уларнинг 10-15 йиллик кузатув тарихини ўрганиш овқат ҳазм қилиш трактининг касалликлари, ҳужайрали ва гуморал иммунитетнинг пасайиши, ўзига хос бўлмаган ҳимоя омилларининг етишмаслигини кўрсатди. Экзема ва нейродерматитнинг (АтД) шаклланишига ва сурункали ривожланишига олиб келадиган асосий патогенетик омиллар схемаси; болалар ва ўспиринларда нейродерматитни комплекс патогенетик даволашнинг уч босқичли усулини қўллаш кераклигини кўрсатди. Биринчи марта маҳаллий курорт омиллари - сульфидли бальнеотерапия қўлланилди. Касалларнинг 33,5% да доимий клиник тикланиш кузатилди, 59,3% болаларда сезиларли яхшиланиш кузатилди.

Хулоса ўрнида шуни айтиш мумкинки, охириги 60 йил ичида АтД бўйича жуда кўп илмий ишлар



қилинди, ўқув қўлланма ва дастурлар яратилди, хаттоки "Атопик дерматит мактаблари" очилган бўлиб, ҳозиргача ўз фаолиятини олиб бормоқда. Бу ерда бемор қизлар ва болаларга малакали педиатрлар, иммунологлар, аллергологлар ва албатта дерматологлар назоратида бўлишади, уларнинг тузалиб, келажакка тўғри йўналтирилган ҳолда касб эгаллаши ёки билим олишига ўз ҳиссаларини қўшишади. АтД мавзуси қанчалик кўп ўрганилгани билан ҳалигача амалий соғлиқни сақлаш тизимида долзарбмуаммо бўлиб қолмоқда.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Reitamo S., Luger T.A., Steinhoff M. Textbook of atopic dermatitis. London: Informa Healthcare; 2008.
2. Вогулкина Т.Э. Экссудативный диатез: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск; 1949.
3. Синявская О.А. Материалы по изучению этиопатогенеза, клиники и терапии экссудативного диатеза у детей: Авто- реф. дис. . д-ра мед. наук. Свердловск; 1968.
4. Градинаров А.М. Состояние адаптационно-защитных механизмов у детей с кожными проявлениями аллергического диатеза в раннем возрасте Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск; 1976.
5. Зеленцова В.Л. Особенности функционального состояния кишечника у детей с кожными проявлениями аллергического диатеза: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Свердловск; 1983.
6. Виноградова Н.А. Состояние и значение простагландинов и циклических нуклеотидов в генезе различных клинических форм аллергического диатеза у детей: Автореф. дис. . канд. наук. Свердловск; 1983.
7. Бабушкин Б.А. Концентрация иммуноглобулина Е в сыворотке крови у детей с аллергическим диатезом в динамике патологического процесса: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Свердловск; 1984.
8. Виноградов А.И. Кальций, паратирин, кальцитонин и циклические нуклеотиды при аллергическом диатезе у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск; 1984.
9. Торопова Н.П. Клинико-патогенетические особенности нейродермита у детей при заболеваниях органов пищеварения и организация лечебно-профилактической помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск; 1981.



ЎСМИРЛИК ВА ЁШЛИК ДАВРИДА СУИЦИДАЛ ХУЛҚНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Кучимова Чарос Азаматовна
Самарқанд медицина институти ассистенти.
Телефон: +998(93)3414431
charos_kuchimova@mail.ru

Аннотация. Охириги йилликда бутун жаҳонда ўсмирлар ва ёшлар ўртасида ўз жонига қасд қилиш ҳаддан ташқари кўпайиб кетди. Ўз жонига қасд қилиш ёшарди (Измайлова Н.Т., Илешева Р.Г., Кудьярова Г.М., 2011). Кўпчилик иқтисодий ривожланган давлатларда ўз жонига қасд қилиш 15-29 ёш бўлган ёшлар ўртасида асосий ўлим сабабида 2-3 ўринни эгалламоқда, бу ишчи кўчинининг йўқолиши сабабли, нафақат ижтимоий-иқтисодий зарарга, балки атрофдагилар учун кучли руҳий зарба ҳисобланади.

Калит сузлар: суицид, ўсмирлар, депрессия, шахсият, нопатологик ситуацион реакция, хавф омиллар, тенденция.

Тадқиқот мақсади: нозологик даражадаги руҳий бузилишларни (НДРБ) структур-динамик хусусиятларинитекширишга асосланиб, пресуицидал ҳолатлар типологиясини ва нопатологик ситуацион реакцияларни (НСР), нозологик даражадаги руҳий бузилишларни ўсмир ва ёш суицидентларда ижтимоий-демографик, микросоциал, клиник-психопатологик, суицидологик кўрсаткичлари жиҳатидан ўрганишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Тадқиқот объекти бўлиб, 115 нафар ўсмир ва ёш беморлар олинди, улардан 65 нафари (56,5%) нозологик даражадаги турли нерв-психик бузилишли суицидал хулқли ўсмир ва ёшлар эди, 50 нафарда (43,5%) нопатологик ситуацион реакциялар бор эди. Тадқиқот Самарқанд вилояти руҳий касалликлар шифохонасида (46 нафар, 40%), РШЁСФ токсикология бўлимида (69 нафар, 60%) ўтказилди.

Тадқиқот ўтказиш учун беморлар қўйидаги мезонларга қараб танлаб олинди:

Ўсмирлар ва ёшлар-13 дан 25 ёшгача (жинсий етилиш бошланишидан тулиқ етилиб бўлгунча давр). Суицидентларни ёш буйича тақсимлашда, биз тиббий томондан ёндошдик ва ўсмирлик даврига жинсий етилишнинг бутун даврини яъни 13 ёшдан 18 ёшгача киритдик. Шу билан бирга турли муаллифларнинг фикларига асосланиб, яъни ҳиссий етилишнинг секинлигини, бу контингентнинг иқтисодий томондан қарамлигини (ўқиш даври, ишсизлик, яшаш жойи муаммоси) ҳисобга олиб, бу даврни 25 ёшгача ўзайтирдик, бу ҳолатлар бевосита ва билвосита тулиқ етилиш шаклланиш жараёнига таъсир қилади.

Суицидал ҳаракатнинг мавжудлиги.

Руҳий ҳолатнинг кўрсаткичларини ва шахс хусусиятларини аниқлаш учун 46 нафар (40%) текширилувчида махсус экспериментал-психологик текширишлар ММРІ, ПДО, Бентон тести, Люшернинг рангли тести ўтказилди.

К.Леонгарднинг характериологик сўровномаси ҳамма текширилувчиларда ўтказилди ва характер акцентуацияси аниқланди.

Руҳий бузилишли беморларда даволаниш жараёнида депрессия огирлиги ва динамикасини тез ва туғри аниқлаш учун Монтгомери-Асберг (MADRS) шкаласи қўлланилди.

Ҳар бир беморга суицидологик карта тўлдирилди, бу ижтимоий-демографик характеристикани ўзида акс эттирди (ёш, миллат, маълумоти, ижтимоий ҳолати, касбий бандлик, тарбия хусусияти, оила тулиқлиги, суицидентнинг қаерда тарбия топганлиги), наслий мойиллик, клиник-психопатологик маълумотлар, экзоген-органик симптоматика мавжудлиги, соматик патология ва суицидологик ташхислаш мезонлари (суицид усули, илгариги суицидал ҳаракатлар сони).

Ҳамма ўрганилган материаллар асосий икки гуруҳда акс эттирилди:

I-Нозологик даражадаги руҳий бузилишлар (НДРБ)-65 нафар бемор;

II-нопатологик ситуацион реакциялар (НСР)-50 нафар одам.

II-гуруҳга ҳолати руҳий бузилиш мезонларига мос келмайдиган суицидентлар киритилди, пресуицидал даврдаги улардаги руҳий бузилишлар нопатологик ситуацион реакциялар деб шакллантирилди; уларда анамнезида психотик ва депрессив эпизодлар кўзатилмаган эди; психиатрик ва наркологик хизмат кўзатувида бўлмаган, МКБ-10да шунга ухшаш ҳолатлар норма варианты сифатида қайд этилган (Z 73.3) -"стресс, ҳеч қаерда таснифланмаган".



Шундай қилиб, суицидал хулқ хавф омиллари руҳий беморлар гуруҳи руҳий соғлом шахслар билан солиштирилди.

Тадқиқот муҳокамаси: ўтказилган тадқиқот натижаларини умумлаштирган ҳолда, шуни айтиш мумкинки, суицидал ҳаракатлар қилган ўсмирлар турли клиник-ижтимоий кўрсаткичлар буйича бир хил эмас ва нозологик даражадаги руҳий бузилишларда, нопатологик ситуацион реакцияларда фарқ қилди. Бу эса ўз навбатида конституционал-биологик, ижтимоий, микроижтимоий, психологик, суицидологик, клиник олдиндан тайёргарлик кўрилган суицидал хулқ шарт-шароитларини аниқлашга кўмаклашди, буни суицидал хулқ хавф омилларига киритишга асос бўлди. Бу хавф омиллар қуйидагича:

Ёшга оид гуруҳлар 13-21 ёш-нопатологик ситуацион реакциялар билан соғлом ўсмирлар (90%), ва 18-25 ёш-нозологик даражадаги руҳий бузилишли ўсмирлар гуруҳи (73,8%); иккала гуруҳда энг кўп суицидал хавф 18-21 ёш оралигида кўзатилади (54% ва 40%).

Аёл жинсидаги нопатологик ситуацион реакцияли гуруҳга (84%) тегишли бўлди.

Ўқувчи ва талабалар (52,2%), ўқимайдиганлар ва ишсизлар (дезадаптацияланган) (33,9%) ташкил этди. Суицидентлар орасида, асосан талабалар ва ўқийдиганларда НСР (64%), НДРБ гуруҳида дезадаптацияланган шахслар (46,2%) устунлик қилди.

Дисгармонияли оилаларда ва уйдан ташқарида нотўғри тарбияланиш, (48,7%) суицидентларни (79,1%) ташкил этди. Умумий суицидентлар гуруҳи орасида суицидал хулқни ривожланиши учун энг патоген омил нотўғри тарбия турлари ҳисобланди, бу ўз ичига гипопротекция ва ҳиссий инкор этишни (31,3%), доминантлик қилувчи гиперпротекция (26,9%) олди, қизиқарли гиперпротекция типли тарбия турлари, асосан НСР гуруҳида (24%) ташкил этди.

Суицидал хулқни (ҳаракатларни) хавф омилларига суицидентларни қузгалувчан типли шахслари (65,3%) кирди, бу НСР гуруҳида (80%) энг кўп кўзатилади.

Анамнезида суицидал ҳаракатларни бўлганлиги, асосан НДРБ гуруҳида (50,8%) кўзатилади.

Соматоневрологик омадсизлик (суицидгача соматик касаллиги, бош миани резидуал-органик етишмовчилиги бўлиши).

Хулоса: Клиник-динамик дифференциация НДРБда пресуицидал ҳолатларни учта вариантини ажратди. Психотик вариантда асосий суицидоген зиддиятлар турли психопатологик кечинмалар билан боғлиқ бўлди, суицидал ҳаракатлар ваҳимали компонентнинг қўшилиши натижасида психоз ривожланишининг чуққисидида кўзатилади. Психопатик вариантда суицидал тенденциялар руҳий зарбага жавоб тариқасида патологик ситуацион реакциялар кўринишида кўзатилади. Реактив ҳолатларда суицидал хулқ руҳий зарба натижасида депрессив синдром шароитида шаклланди, суицидал ҳаракатлар психоген ҳолатнинг ривожланиш чуққисидида, депрессиянинг қайта ривожланиш даврида амалга ошди.

Соғлом суицидентларда пресуицидал руҳий бузилишлар нопатологик ситуацион реакциялар шаклида шаклланди ва иккита структур-динамик типда номоён бўлди: демобилизация ва дезорганизация реакциялари кўринишида (А.Г.Амбрумовой, 2014).

Ўсмирлар ва ёшларда олдиндан тайёргарлик кўрилган суицидал хулқ омиллари бўлиб, ижтимоий, клиник-психологик ва суицидал параметрлар ҳисобланди, бу НДРБ ва НСР гуруҳларида ҳар хиллиги кўзатилади.

Суицидентлар терапияси узлуксиз кузатиш, давомийлик тамойиллари, даволашни комплекслиги (медикаментоз, психотерапевтик), психологик ва ижтимоий чора тадбирлар орқали амалга оширилиши керак ва суицидологик хизматни (ишонч телефони, кризисли стационар, ижтимоий-психологик ҳимоя хоналари) шакллантиришни талаб қилади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков.- Алматы, 2010.-160 б.
2. Амбрумова А.Б. Роль личности в проблеме суицида. // Актуальные вопросы суицидологии. Тр.Моск. НИИ психиатрии.- М., 2014, Т.92.-35-49 б.
3. Andrews G. et al. Why does the burden of disease persist. Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment // Bull. WHO. - 2017. - Vol. 78, № 4. - P. 446-454.



ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМОМРАГИЯХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВТОРИЧНОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА.

Жавоҳир Мирзоев

Базовый докторант(PhD) Ташкентской медицинской академии

Телефон: +998(91)1323471

medic_8585@mail.ru

В данной работе рассматриваются вопросы диагностики и лечения вторичной ишемии и церебрального вазоспазма с применением неинвазивного метода - транскраниальная доплерография. Оценка результатов лечения проводилась с применением оценочной шкалы NIHSS. Обследовано 100 пациентов с острым геморрагическим инсультом в возрасте 36-85 лет (в среднем 52,4±8,6). Из них 56(56%) мужчин и 44(44%) женщин. 1 группа 39 (39%) пациента с клиникой вторичной ишемии головного мозга вследствие церебрального вазоспазма. 2 группа (группа сравнения) 61 (61%) пациентов без признаков вторичной ишемии. По результатам транскраниальной доплерографии больные были разделены на 4 группы. В зависимости от степени выраженности церебрального вазоспазма проводилась соответствующая его коррекция патогенетически обоснованными препаратами. Статистический анализ результатов показал достоверное улучшение показателей у пациентов 2 и 3 групп.

Ключевые слова: внутримозговое кровоизлияние, церебральный вазоспазм, вторичная ишемия.

Результаты недавних международных исследований показывают, что спонтанное внутримозговое кровоизлияние (ВМК) составляет около 15% всех мозговых инсультов, причем сохраняется четкая тенденция к повышению частоты подобных случаев (Keir S.L. et al., 2002; Fewel J.M. Keir S. L. et al., 2002; Fewel J. M. et al., 2003; Скворцова В.И., Крылов В.В., 2005).; Скворцова В. И., Крылов В. В., 2005).

Приблизительно у 1-2 пациентов из 10, перенесших мозговой инсульт, выявляют кровоизлияние в мозг (Ferro J.M., 2006). Высокую частоту ВМК (Ferro J. M., 2006). Высокую частоту ВМК). Высокую частоту ВМК отмечают в разных странах. Например, в России ежегодно регистрируют до 100 000 новых случаев кровоизлияний в мозг (Пирадов М. А., 2005).

В США каждый год 37-50 тыс. людей переносят ВМК. Этот показатель гораздо выше в Китае 400 000 случаев ежегодно (Brown D.L., Morgen-Brown D. L., Morgenster L. V., 2005). Летальность в острый период). Летальность в острый период геморрагического инсульта варьирует от 38 до 93% (Пирадов М. А., 2005), в среднем по популяции составляет 79,5% (Варакин Ю. Я., 2005).

По данным D.L. Brown, L.V. Morgenstern (2005), D. L. Brown, L.V. Morgenstern (2005), L.V. Morgenstern (2005), L. V. Morgenstern (2005), (2005), годовой показатель смертности вследствие ВМК составляет более 60%. Только 38% пациентов выживают в первый год, а из оставшихся в живых лишь 31% больных становятся функционально независимыми через 3 мес после ВМК. Немало важно и то, что стоимость лечения этих пациентов очень высока (Weimar C. et al., 2003). Все это (Weimar C. et al., 2003). Все это). Все это обуславливает необходимость разработки более эффективных методов лечения геморрагического инсульта.

Основной причиной ВМК во всех возрастных группах пациентов является артериальная гипертензия (свыше 60% всех внутримозговых геморрагий) (Thrift et al., 1998). Считают, что гипертензивные (Thrift et al., 1998). Считают, что гипертензивные).

Считают, что гипертензивные ВМК можно было предотвратить, если бы субъекты контролировали уровень артериального давления (АД) и принимали соответствующие антигипертензивные препараты (Woo D. et al., 2004). Причиной (Woo D. et al., 2004). Причиной). Причиной первичного ВМК считают также церебральную амилоидную ангиопатию (около 10-12%), артериовенозные мальформации и разрыв микроаневризм головного мозга (около 8%), прием антикоагулянтов (около 10%); на долю других причин приходится около 20% случаев (Kupersmith M.J. et al., 2001; Ве-Kupersmith M. J. et al., 2001; Ве- 2001; Верещагин Н., Пирадов М., 2007).

Таким образом, основные причины ВМК можно разделить на три группы: гемодинамические факторы (повышение АД); анатомические факторы (повреждение сосудистой сети мозга);

факторы свертывания крови (Ворлоу Ч. П. и соавт., 1998). Несомненно, имеют значение и другие факторы: злоупотребление алкоголем, повышенный индекс массы тела, пожилой возраст,

хирургические процедуры и интервенция (Aries-Ariesen M. J. et al., 2003; Iso H. et al., 2004; Song J. M. Результаты недавних международных исследований показывают, что спонтанное внутримозговое



кровоизлияние (ВМК) составляет около 15% всех мозговых инсультов, причем сохраняется четкая тенденция к повышению частоты подобных случаев (Keir S.L. et al., 2002; Fewel J.M. Keir S. L. et al., 2002; Fewel J. M. et al., 2003; Скворцова В.И., Крылов В.В., 2005); Скворцова В. И., Крылов В. В., 2005). Приблизительно у 1-2 пациентов из 10, перенесших мозговой инсульт, выявляют кровоизлияние в мозг (Ferro J.M., 2006). Высокую частоту ВМК Ferro J. M., 2006). Высокую частоту ВМК). Высокую частоту ВМК отмечают в разных странах. Например, в России ежегодно регистрируют до 100 000 новых случаев кровоизлияний в мозг (Пирадов М. А., 2005).

В США каждый год 37-50 тыс. людей переносят ВМК. Этот показатель гораздо выше в Китае 400 000 случаев ежегодно (Brown D.L., Morgen-Brown D. L., Morgenster L. V., 2005). Летальность в острый период). Летальность в острый период геморрагического инсульта варьирует от 38 до 93% (Пирадов М. А., 2005), в среднем по популяции составляет 79,5% (Варакин Ю. Я., 2005).

По данным D.L. Brown, L.V. Morgenstern (2005), D. L. Brown, L.V. Morgenstern (2005), L.V. Morgenstern (2005), L. V. Morgenstern (2005), (2005), годовой показатель смертности вследствие ВМК составляет более 60%. Только 38% пациентов выживают в первый год, а из оставшихся в живых лишь 31% больных становятся функционально независимыми через 3 мес после ВМК. Немаловажно и то, что стоимость лечения этих пациентов очень высока (Weimar C. et al., 2003). Все это Weimar C. et al., 2003). Все это). Все это обуславливает необходимость разработки более эффективных методов лечения геморрагического инсульта.

Основной причиной ВМК во всех возрастных группах пациентов является артериальная гипертензия (свыше 60% всех внутримозговых геморрагий) (Thrift et al., 1998). Считают, что гипертензивные Thrift et al., 1998). Считают, что гипертензивные).

Считают, что гипертензивные ВМК можно было предотвратить, если бы субъекты контролировали уровень артериального давления (АД) и принимали соответствующие антигипертензивные препараты (Woo D. et al., 2004). Причиной Woo D. et al., 2004). Причиной). Причиной первичного ВМК считают также церебральную амилоидную ангиопатию (около 10-12%), артериовенозные мальформации и разрыв микроаневризм головного мозга (около 8%), прием антикоагулянтов (около 10%); на долю других причин приходится около 20% случаев (Kupersmith M.J. et al., 2001; Ве- Kupersmith M. J. et al., 2001; Ве- 2001; Верещагин Н., Пирадов М., 2007).

Таким образом, основные причины ВМК можно разделить на три группы: гемодинамические факторы (повышение АД); анатомические факторы (повреждение сосудистой сети мозга);

факторы свертывания крови (Ворлоу Ч. П. и соавт., 1998). Несомненно, имеют значение и другие факторы: злоупотребление алкоголем, повышенный индекс массы тела, пожилой возраст, хирургические процедуры и интервенция (Aries-Ariesen M. J. et al., 2003; Iso H. et al., 2004; Song J. M. Несмотря на большие достижения в области диагностики и лечения внутримозговых кровоизлияний, большую проблему представляют вопросы вторичной ишемии (ВИ) головного мозга вследствие развития спазма церебральных артерий, что клинически проявляется ухудшением состояния пациента, нарастанием неврологического дефицита.

Цель исследования: оптимизация тактики фармакокоррекции ВИ при внутримозговых геморрагиях.

Материал и методы: Обследовано 100 пациентов с острым геморрагическим инсультом в возрасте 36-85 лет (в среднем 52,4±8,6). Из них 56(56%) мужчин и 44(44%) женщин. Из обследованных пациентов у 39 (39%) пациентов на 3 - 5 сутки отмечалась клиника ВИ ГМ вследствие церебрального вазоспазма (ЦВС). Эти пациенты составили 1 группу. 2 группу (группа сравнения) составили 61 (61%) пациентов без признаков ВИ. Всем пациентам была произведена компьютерная томография ГМ при поступлении и на 3-5 сутки в динамике. Наличие или отсутствие ЦВС определялось по данным транскраниальной доплерографии (ТКДГ). Оценка неврологического статуса проводилась с использованием шкалы NIHSS при поступлении, на 3 и 7 сутки. Больным была произведена 3Н-терапия (гипердилюция, гиперволемия и гипертензия) и другие патогенетически необходимые препараты.

Результаты исследования: Больные с ЦВС были разделены на 4 группы:

А группа: ЦВС "легкой" степени - 6 пациентов. Больные получали 3Н-терапию, инфузии раствора магнезии сульфата, таблетки нимодипин;

В группа: ЦВС "средней" степени - 15 пациентов. Больным была назначена 3Н-терапия, инфузии раствора магнезии сульфата, растворы нимодипина и L-лизин эсцината.

С группа: ЦВС "средне-тяжелой" - 12 пациентов. Больным была назначена 3Н-терапия, растворы магнезии сульфата, нимодипина, L-лизин эсцината и осмодиуретики.

Д группа: ЦВС "тяжелой" степени - 6 пациентов. Больным было назначено 3Н-терапия, растворы магнезии сульфата, нимодипина, L-лизин эсцината, осмодиуретики, прямые низкомолекулярные



антикоагулянты.

Анализ динамики неврологического статуса по шкале NIHSS показал, что у пациентов группы А отмечается на 3 сутки нарастание неврологического дефицита с $7,8 \pm 1,6$ до $9,4 \pm 1,9$ баллов, а на фоне проведенной соответствующей терапии на 10 сутки восстановление дефицита до $5,4 \pm 1,2$ баллов ($\chi^2=2,1$ $p>0,05$). У пациентов группы В отмечается на 3 сутки также усиление очаговой симптоматики с $9,8 \pm 2,1$ до $11,8 \pm 2,3$ баллов, после проведенной терапии - восстановление до $7,2 \pm 1,5$ баллов ($\chi^2=4,1$ $p<0,05$). Пациенты группы С также на 3 сутки пребывания в стационаре отмечалось нарастание дефицита $12,2 \pm 2,5$ до $14,6 \pm 2,8$ баллов, после проведенной терапии - улучшение до $9,8 \pm 1,9$ ($\chi^2=5,7$ $p>0,01$). У пациентов группы D на 3 сутки в результате ЦВС нарастание неврологической симптоматики с $14,5 \pm 3,1$ до $17,5 \pm 3,2$, после проведенной терапии - восстановление до $15,3 \pm 2,7$ ($\chi^2=1,9$ $p>0,05$).

Заклучение: Статистический анализ результатов показал достоверное улучшение неврологического дефицита у пациентов групп В и С. Включение в схему лечения дополнительных препаратов (инфузия нимодипина, противоотечные препараты) в зависимости от степени выраженности ЦВС и отека головного мозга способствует регрессу ВИ и очагового дефицита.

Список литературы:

1. Белкин А. А., Алашеев А.М., Инюшкин С.Н. Транскраниальная доплерография в интенсивной терапии. Екатеринбург: Издательство Клинического института мозга СУНЦ РАМН; 2004.
2. Петриков С.С., Крылов В.В. Нейромониторинг у больных с внутричерепными кровоизлияниями. Часть 2. Оценка мозгового кровотока и нейрофизиологический мониторинг. Нейрохирургия. 2010; 5: 5-10.



НУКУС ШАҲРИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ ВА УНИНГ КЛИНИК ТАСНИФИ

Музапова У.Р., Куранбаева Х.У.
Ташкент Тиббиёт Академияси
телефон: +998912710100
e-mail: ulbosynmuzapova@gmail.com

Аннотация: Мохов (*lepro-* лотин тилидан келиб чиққан бўлиб, "қипиқланувчи" деган) - сурункали инфекцион касаллик бўлиб ҳисобланади. Мохов қўзғатувчиси микобактериялар ҳисобланиб, терининг гранулематоз, нафас аъзоларининг шиллиқ қаватлари, периферик нерв тизими ва ички аъзоларининг ўзгаришлари билан кечувчи касаллик ҳисобланади. Соғлиқни Сақлаш Тизимида дунё мутахассислари олдида ўта долзарб муаммолардан ҳисобланади. Айниқса касаллик яширин даврининг узоқлиги (10 йил, ҳатто 30 йилгача етади), қолаверса ноаниқлиги унга қарши кураш тадбирларини мураккаблаштиради.

Калит сўзлар: мохов, лепроматоз шакл, туберкулоид шакл дифференциалланмаган шакл Лепра (Мохов, Хансен касаллиги, хансениаз, проказа) - сурункали инфекцион касаллик бўлиб, микобактериялар натижасида юзага чиқувчи, клиник кечиши ҳар хил шаклларда намоён булиши; терида гранулематоз ўзгаришлар, нафас йулларининг шиллиқ қаватларининг, асаб тизими, суяк-мушак тизимининг ва ички аъзоларнинг зарарланиши билан намоён булади. ВОЗ нинг (2010 йил) маълумотларига кўра, ер шарида ҳар йили 5000000дан 600000 гача одамлар мохов билан касалланадилар экан. (100000 аҳолига 10 одам тўғри келади). Ер шарининг эпидемиологик зоналаридан: Жанубий-Шарқий Осиё, Африка, Лотин Америка ҳисобланади. Спорадик зоналари эса кўпшилиқ давлатлар ҳисобланади.

Шу жумладан, Қорақалпоғистон Республикасида 300га яқин мохов билан касалланганлар рўйхатга олинган. Уларнинг аксарият қисми эса ижтимоий ва тиббий реабилитацияга мухтождирлар.

Нукус шаҳрида мохов билан касалланганлар 0.5-1 % ташкил этади. Лекин 55 ёшдан юқори бўлган касаллар орасида 3-5%ни ташкил этади.

Статистик маълумотларга кўра, Қорақалпоғистон Республикасида мохов билан касалланганлар 1933 йили 4295 касални ташкил этган. Шу билан бирга Нукус шаҳрида касалга чалинганлар 1890ни ташкил қилган. 1991 йилги маълумотларга кўра Қорақалпоғистон Республикасида 1700та моховга чалинганлар аниқланган. Шулардан 895таси Нукус шаҳрида яшаши қайд этилган.

Мохов касаллигининг тарқалишининг асосий сабабларидан бири ижтимоий сабаблар (яшаш шароити, санитар-гигиеник шароитлар) ҳисобланади. Шунинг учун ҳам мохов касаллиги ижтимоий муаммоси бор давлатларда кўпроқ тарқалган. Лекин, ривожланган давлатларда ҳам мохов касаллигининг спорадик ҳолатларда учрашиш даражаси юқори.

Шуни ҳам таъкидлаб ўтиш жоизки, мохов касаллиги қадимги касалликлар ҳисобланади. Шунинг учун ҳам Қорақалпоғистон Республикаси моховнинг қадимги ўчоқлари ҳисобланади. Нукус шаҳрида кўп учрашиши бу миграциянинг натижасида юзага келган.

Эпидемиология. Hansen 1871 йили мохов касаллиги қўзғатувчисини узининг микроскопи остида текшириб аниқлади. 1931 йили эса мохов касаллигига *Mycobacterium leprae hominis* номи берилди. Мохов касаллигининг қўзғатувчиси сил таёқчасини эслатади. Мохов таёқчасининг катталиги 0,2-0,5микрон бўлиб, узунлиги 1,5-6 микрон. Моховнинг қўзғатувчиси ишқор ва кислоталарга жуда чидамли ҳисобланади. Микроскоп остида курганимизда мохов қўзғатувчиси сигарет таёқчасига ухшаб параллел ёки шарсимон бўлиб жойлашиши мумкин. Ҳозирги кунга қадар мохов касаллигининг қўзғатувчисини тоза культурал ҳолида олиш имкони бўлмаган. Лекин экспериментал ҳолда броненосец хайвонида олиш имкониятига эришилган. Мохов билан касалланган одам, айниқса янги тошмалари бор беморда жуда кўп миқдорда микобактериялар булади. Мохов қўзғатувчиси одам организмдаги ҳамма суюқликларида ва ажралмаларида учрайди. Агар мохов билан касалланган бемор аксирса бурун шиллиқ қаватларидан ёки эркин 3-4 минут гаплашиб ўтирганида юз мингга яқин бациллани ажратиш мумкин. Бацилла одам организмга жароҳатланган тери ва шиллиқ қаватлари орқали ўтиши мумкин. Кўпинча мохов билан организмнинг ҳимоя реакцияси паст бўлганда, иккиламчи касалликлар бор бўлганда, иммун касалликлари ва онкологик касалликлар билан касалланганларнинг юқтириш хавфи юқори бўлади. Ҳозирги кунда эса мохов касаллиги кам контагиоз касалликларга киритилган. Айниқса юқиш хавфи янги туғилган чақолақларда, курак ва ёш болалик даврида юқори бўлиши аниқланган.



Мохов касаллигининг кўринишлари Моховнинг инкубацион даври 1-2 йилдан 15-20 йилгача давом этади. Айрим олимларнинг фикрича, мохов билан касалланган (бирламчи тошмалари бор) беморларда продромал даври парестезия, гиперестезия, ревматоид оғриқлар бўлиши билан давом этиши кузатилган. Мохов касаллигининг лепроматоз, туберкулоид ва нодифференциал хиллари мавжуд. Моховга чалинган деб қуйидаги ҳолларда қайд қилинади, жумладан моховнинг фаол белгилари бўлиши билан бир қаторда, бактериоскопик текширувларда албатта М.лержае топилган бўлиши керак. Аксинча М.лержае топилмаган вазияларда қуйидаги симптомлар аниқланиши зарур ва ҳар иккала ҳолатларда беморлар лепрага қарши тўлиқ даво курсини олиши керак. Қуйидагилар клиник симптомларидан бири ҳисобланади:

Қичимайдиган, рецидивланмайдиган, қуёш нурига сезгир бўлмаган ва пўст ташламайдиган доғлар: қуруқ тери ва сочларнинг тўкилиши: ёгли (ялтироқ) ва бироз шишган тери: қулоқ супралари терисининг қаттиқланиши: оёқларнинг тиззадан пастки қисмининг шиши:бурун тешикларининг даво наф бермайдиган даражада бекилиб қолиши: тўқималарнинг қонсизланиши, санчиб оғриши, парестезия ва нерв толаларидаги нейронлар ҳаракат функциясининг бўшашиши

Моховнинг кутб шакли бошқа моховнинг шаклларида фарқ қилади. ЛЛ тури теридаги ҳар ҳил ўзгаришлар (доғларнинг чегаралари аниқ эмас, инфилтратлар, пилакчаларнинг ва тугунларнинг) бўлиши билан фарқ қилади. ЛЛнинг эрта давларида ички аъзолар ва шиллиқ қаватларнинг зарарланиши, кеч белгилари эса -асаб тизимидаги ўзгаришлар ҳосил бўлиши ва моховни даволашнинг қийинчилик тўғдириши билан фарқланади. Ҳамма тошмалардан М.лержае катта миқдорда аниқланади. Лепромин синамаси манфий бўлади.

ТТ ЛЛдан енгил кечиши ва моховга қарши дори препаратлардан кейин саморадорлиги тезроқ намоён бўлиши билан фарқланади. ТТда кўпинча тери (аниқ чегарали доғлар ва пилакчалар) биринчи навбатда зарарланади. Теридан кейин эса периферик асаб тизими, кам ҳолатларда ички аъзолар зарарланиши мумкин. М.лержае фақат гистиологик текширувларда аниқлаш имконига эга бўлади. Бемордан олинган қирмаларида эса М.лержае чиқиш эҳтимоллиги камроқ. Лепромин синамаси мусбат ҳисобланади.

Мохов касаллигининг бошқа шакллари (Пт, ПП, Пл)ларда эса клиник кўриниши моховнинг иккала кутб турларидаги ўхшаш бўлиб кечади. (чегаравий ҳолат).

Мохов касаллигининг асосий симптомлари кўрсатувчи жадвал

| тТ/р | Симптомлар | Ўзгаришлар |
|------|-------------------------------|--|
| 1 | Теридаги патологик ўзгаришлар | Анестезия билан кечадиган гипопигментация ёки эритема |
| 2 | Тери сезгирлигининг йўқолиши | Периферик нервлар иннервация қилаётган теридаги патологик ўзгаришлар кечаётган соҳада |
| 3 | Нерв тизимининг зарарланиши | Периферик нервларнинг қаттиқлашуви. Оғриқлар пайдо бўлиб, фаолиятида етишмовчилик кузатилади |
| 4 | Мусбат скарификат | Жароҳатланган тери соҳасидан олинган скарификаторлардан микобактериялар топилади |



Моховнинг лепроматоз шакли

Шунақа қилиб, мохов касаллиги соҳаида илм олиб борган олимларнинг тадқиқот натижаларига



кўра, мохов касаллигига тегишли бўлган белгилар қуйидагилардан иборат:

Рангдор доғ(гипо ёки гиперпигментли), тарқоқ доғ, сезгирликнинг йўқолиши, мадаланиш, сезгирликнинг қисман йўқолиши, чегараланган доғлар ва уларда сезгирликнинг йўқолиши, чеккалари дўмбайган органик доғлар , аниқ чегараси бўлмаган доғлар , яра, қошларнинг тушиб кетиши(мадросис), дўмбоқчалар, с ут безининг ўзгариши(гинекомастия), эгарсимон бурун, оёқ ва қўл кафт бармоқларининг осилиб туриши, бармоқларнинг букилиб қолиши, нерв толаларининг йирингли мадаланиши, нерв толаларининг қалинлашиши.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Эшбоев Э.Х. Некоторые эпидемиологические особенности появления лепры в г.Ташкенте и Ташкентской области с 1890 по 1930 год/И.У.Эшбаев., Я.М.Файзиев., Н.И.Боймурзаев // Новости дерматол и венерол.-2001.-№ 4,-С.67-70.
2. Эшбоев Э.Х. Дальнейшие пути диспансерного обслуживания больных лепрой в Республике Каракалпакстан: Науч изание / Эшбоев Э.Х., Б.Н.Нажимов., Я.М.Файзиев..// дерматовенерология и эстетическая медицина.-Ташкент , 2009.-№4.-С.51-53.-Библиогр.:4назв.
3. Ющенко.А.А. Лепра еще жива // Мед.газ.1998.-30 янв.
4. Рахмедов Ш.М. К вопросу об истории лепры в Каракалпакской АССР// Ученые зап. Ин-та по наук Астрахань.-1960.№3 (7).-С.53-56.
5. Рахмедов Ш.М. Состояние борьбы с лепрой в Каракалпакской эндемической зоне // Ученые зап.Ин-та по изуч. Лепры.Астрахань, 1962.-№3(8).-С.43-45.
6. Michelle de Campos., Soriani Azevedoa., Nat?lia Mortari Ramuno.. qPCR detection of Mycobacterium leprae in biopsies and slit skin smear of different leprosy clinical forms The Brazilian Journal of infectious diseases 2 0 1 7;2 1(1):71-78



АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Шадиев Саъдулла Самехжанович

Ассистент. Самаркандский Государственный медицинский институт

Телефон: +998(97)9244062

Sadi14@mail.ru

Фазлиддин Мусурманов

Ассистент. Самаркандский Государственный медицинский институт

Телефон: +998(90)9553111

Fazik89@inbox.ru

Аннотация: Проведен анализ истории болезни больных разных возрастных групп с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Выявлено, что особенности клинического течения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области тесно связано с наличием сопутствующей патологии организма, которая приводит к снижению компенсаторных механизмов и, как следствие, утяжеляет течение острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: флегмоны челюстно-лицевой области, остеомиелиты челюстей

Несмотря на развитие медицинской науки и внедрения новых технологий лечения и профилактики заболеваний, продолжается рост гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Как показывает анализ литературы последних лет, особенно часто стали встречаться абсцессы и флегмоны, охватывающие несколько анатомических пространств лица и шеи, осложняющиеся тромбозом лицевых вен и черепно-мозговым синусом, абсцессом головного мозга, медиастенитом, сепсисом и септическим шоком. В развитии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области определенную роль играет взаимоотношение сопутствующей патологии, так как при проведении лечения и реабилитации непременно нужно учитывать функционирование всех систем организма. Сопутствующая патология проявляет негативное воздействие на характер клинического течения воспалительного процесса и содействует его хронизации.

Цель работы. Изучение структуры гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО в зависимости от пола, возраста, этиологии, сроков обращаемости и наличия сопутствующей заболеваний у больных отделения челюстно-лицевой хирургии Самаркандской ГМО.

Материал и методы исследования: Проведен анализ 424 истории болезни больных разных возрастных групп с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области за 2018-2019 года. Рассматривались следующие параметры: пол, возраст, срок и время обращаемости, этиология, койко-день, наличие сопутствующей заболеваний.

Результаты исследования. По материалу было выявлено, у госпитализированных больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области больше всего наблюдались флегмоны ЧЛО (51,01%). Абсцессы ЧЛО составляли (13,09%), карбункулы и фурункулы (11,02%), одонтогенные периоститы и остеомиелиты челюстных костей - 10,15%. На остальные воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (нагноившиеся кисты, нагноившиеся гематомы, сиалоадениты, нагноившиеся атеромы, лимфадениты и т.п.) приходилось-14,73 % случаев. По этиологии: флегмоны одонтогенного происхождения зарегистрированы в 296 случаях из них 157 муж. и 139 жен., неодонтогенного - в 128 случаев из них: 76 муж. и 52 жен. 54% больных мужского пола и 46% женского, носили сопутствующую заболеванию (патология сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, нарушения функции почек и т. д.). Сопутствующая общесоматическая патология нередко утяжеляет течение флегмоны у больных в возрасте от 45 до 70 лет. Как тяжелое течение процесса, так и развитие осложнений наблюдаются при иммунной недостаточности. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области тяжело протекают у пациентов на фоне сопутствующей патологии. У этой категории больных флегмоны челюстно-лицевой области, склоны к самораспространению в прилежащие клетчаточные пространства, что приводит к осложнениям и к увеличению койко-дней (4÷5 день).

Заключение. Исходя из вышесказанного можно сделать вывод, что своеобразие клинического течения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области непосредственно связано с наличием сопутствующей патологии организма, которая приводит к ослаблению компенсаторно-



приспособительных механизмов организма и, как следствие, утяжеляет течение воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, что необходимо учитывать при разработке мер лечения, профилактики и организации хирургической стоматологической помощи населению.

Список использованной литературы:

1. Артемова А.В. Частота встречаемости остеомиелитов в практике челюстно-лицевого хирурга /А.В. Артемова, А.А. Дикусар, Л.А. Щекина // Бюллетень медицинских интернет-конференций, - 2013. - Т.3, №11. - С.1212.
2. Вавилова Т.П., Чергештов Ю.И., Шишкин В.С. Опыт применения антигомотоксических препаратов в комплексном лечении острых одонтогенных периоститов челюстей// Эндодонтия Today. - 2016. - №3. - 31-34 (б)
3. Порфириадис М.П., Сашкина Т.И., Шулаков В.В., Караков К.Г., Бирюлёв А.А. 2010. Динамика показателей неспецифической резистентности у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и возможности её коррекции. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2: 44-46.
4. Горбачева И.И., Орехова Л.Ю., Шестакова Л.А. Связь заболеваний внут-ренних органов с воспалительными поражениями полости рта //Парадентоло-гия. 2009. №3. С .3-7.
5. Робустова Т.Г. Современная клиника, диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний / Т.Г. Робустова // Российский стоматологический журнал. - 2003.- № 4.- С. 11-16.



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ НА ФОНЕ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ниязова Мафтуна Шавкатовна

Магистр Ташкентского Педиатрического Медицинского Института

Телефон: +998(90)9014956

manishanasiri@gmail.com

Нурмухамедова Мухлиса Анваровна

Доцент, к.м.н. Ташкентского Педиатрического Медицинского Института

Телефон: +998(94)6526330

Актуальность. Головокружение, представляющее собой искаженное восприятие положения своего тела в пространстве с ощущением мнимого движения тела или окружающей обстановки, - один из самых распространенных неврологических синдромов. Ряд авторов указывает, что до 5-10% пациентов, обратившихся к врачу общей практики и до 10-20% пациентов, пришедших к неврологу, жалуются именно на головокружение.

Головокружение часто встречается у лиц с сосудисто-мозговой недостаточностью с преимущественным поражением вертебрально-базиллярной системы. С появлением головокружения обычно дебютирует так острая, так и хроническая ВБН (вертебробазиллярная недостаточность). Стеноз позвоночных артерий занимает одно из ведущих мест в возникновении ВБН.

Цель исследования: изучить особенности симптоматики головокружения при вертебробазиллярной недостаточности.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 пациента в возрасте от 45 до 75 лет, из них 36 (60%) мужчин и 24 (40%) женщин. с головокружением на фоне ВБН. У 47 (78,3%) больных был диагноз ОНМК в вертебробазиллярной системе, в остальных 13 (21,7%) случаях установлено заболевание периферического вестибулярного аппарата. Исследование проводилось в Центральной клинической больнице АО Узбекистон Темир Йуллари.

Результаты. У всех обследованных больных одинаково отмечались разные виды системного или несистемного головокружения. Характерными особенностями головокружения у 36 (60%) пациентов были его связь с изменениями положения головы и шеи и нарушение равновесия. Наиболее частыми и продолжительными были ротационные (50,7%) и минутные (47,3%) головокружения. 16 (26,6%) пациентов сообщили, что их головокружение происходило несколько раз в месяц. У половины пациентов был как минимум один изолированный эпизод головокружения. У 24 (40%) больных с головокружением по данным психологических обследований выявлено наличие астенического синдрома. 25 (41,6%) пациентов имели факторы риска цереброваскулярных заболеваний. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение имело место у 17 пациентов (27,8%). Также у пациентов были отмечены нарушение зрения (33,4%) и вестибулярного аппарата (19,4%).

Выводы. Головокружение, связанное с ВБН, вызывает различные клинические проявления эпизодического головокружения, которое длится всего несколько минут. Необходимо обратить особое внимание на головокружение у пациентов с высоким риском цереброваскулярных заболеваний.

Литература:

1. Боголепов Н.К., Лужецкая Т.А. Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. Ереван, 1963. - С. 24.
2. Исайкин А.И., Яхно Н.Н. Вертебральнобазиллярная недостаточность. РМЖ 2001;9(25):1166-9.



ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ В Г.САМАРКАНД

Рахимова Хидоят Мамарасуловна
Старший преподаватель Самаркандского
Государственного Медицинского Университета
Телефон: +998(90)2502890
rahimova-sammi@rambler.ru

Аннотация. Представлены результаты опроса пациентов о информированности составляющих здорового образа жизни в г. Самарканд.

Ключевые слова. Здоровый образ жизни, метаболический синдром, гипертоническая болезнь, ожирение.

Актуальность. Многолетний зарубежный опыт показывает, что состояние здоровья населения улучшается в тех странах, где работают правильно спланированные профилактические программы, которые невозможно реализовать без активного участия самого индивида, группы, общества. В этой связи актуальной представляется оценка уровня знаний субъекта о здоровом образе жизни и способах сохранения и укрепления здоровья [3, 4]. Выявлена тесная связь между степенью медицинской информированности населения и успехами в борьбе и профилактике заболеваний, в частности сердечно-сосудистых [2,5]. Согласно стратегическим аспектам политики Европейского союза, в области охраны здоровья граждан наиболее важны формирование и распространение знаний по вопросам здравоохранения [4, 5]. Наиболее существенный ущерб здоровью населения в современных условиях наносит артериальная гипертония (АГ) [1, 2]. Несмотря на прилагаемые огромные усилия, обуздать это заболевание не удалось ни в одной стране. В то же время подтвержденные эпидемиологические и доказанные клинически научные факты свидетельствуют о том, что при правильно организованной профилактической и лечебной помощи пациентам с АГ снижается количество осложнений заболевания, улучшается его прогноз и повышается качество жизни пациентов.

Цель исследования. Оценить уровень знаний о здоровом образе жизни обращающихся пациентов в семейную поликлинику № 3 г.Самарканда.

Материалы и методы. Оценка информированности о составляющих здорового образа жизни проведена у 100 пациентов, обратившихся в поликлинику (57 мужчины, 38 женщины, средний возраст 40-60 лет). Среди обследованных пациентов 62 % страдали хроническими заболеваниями (в том числе гипертонической болезнью - 47%, ожирением - 32% пациентов, 21% страдает артериальной гипертонии и ожирение), проведен мультидисциплинарный взгляд на метаболический синдром хроническими заболеваниями (в том числе гипертонической болезнью - 47%, ожирением - 32% пациентов, 21% страдает артериальной гипертонии и ожирение). Поводом обращения в семейную поликлинику у 20% явились острые заболевания; 21% обследуемых прохождения диспансерного осмотра. Пациентам была предложена анкета, состоящая из двух частей, которая содержала вопросы, касающиеся здорового образа жизни и вопросы о состоянии здоровья самого пациента.

Результаты. Анализ полученных анкет позволил установить, что большинство опрошенных пациентов отмечали важность здорового образа жизни, однако признавали, что никогда не интересовались составляющими здорового образа жизни. Правильно определить составляющие здорового образа жизни смогли только 7% из обследованных пациентов. Оценка знаний пациентов о собственном здоровье показала, что 40% не имеют информации об уровне своего АД. Только 16% пациентов, страдающих гипертонической болезнью, регулярно контролируют показатели АД и ведут дневник самоконтроля. Информацией о показателях своего липидного спектра владели только 23,25% из числа опрошенных пациентов. Собственный вес смогли указать 14% пациентов. Правильно назвать окружность своей талии смогли лишь 9% пациентов.

Выводы. В связи с тем, что информированность пациентов о составляющих здорового образа жизни крайне низкая и знания о собственном здоровье у большей части пациентов недостаточны, работникам медицинских учреждений надо побольше организовывать в махаллях лекции и беседы.

Использованная литература:

1. Назарова, Е.Н. Здоровый образ жизни и его составляющие / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жиров. - М.: Издательский центр "Академия", 2007. - 256 с.



2. Марков, В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. - М.: Издательский центр "Академия", 2001. - 320 с.
3. Филиппов, П.И. Гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни / П.И.Филиппов, В.П.Филиппова. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 288 с.
4. Хусинова Ш.А., Юлдашова Н.Э. Оценка информированности врачей о хронической сердечной недостаточности для ведения больных в условиях первичного звена. Узбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномаси, Тошкент, 2016й., №4, 3-10 бет.
5. Хакимова Л.Р., Хусинова Ш.А., Аблакулова М.Х. Результаты внедрения клинического протокола по интегрированному ведению больных с артериальной гипертонией и сахарным диабетом в первичном звене здравоохранения. Международный научно-практический журнал "Здоровье, демография, экология финно-угорских народов", № 4, 2018 г. Ижевск, Российская Федерация. - С. 66-68.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИСТИННОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН (НА 1 ДЕКАБРЯ 2018 ГОДА)

Сайфуллаева Р.А., Урманова Ю.М.,

Тел +998903260911

Yulduz.urmanova@mail.ru

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра эндокринологии, детской эндокринологии,

Аннотация. Преждевременным половое развитие (ППР) называют в случае появления вторичных половых признаков у мальчиков возрастом младше 9 лет, у девочек - до 8 лет. Согласно данным статистики, этот симптомокомплекс распространен среди детей всего мира - болезнями, сопровождающимися им, страдает порядка 0.5 % детей. Однако наиболее часто регистрируют данный синдром в Америке и странах Африки (Михайлюк Е., 2017 г).

Истинное ППР возникает в связи с преждевременной активацией секреции гонадолиберина - гормона, синтезируемого клетками гипоталамуса. Основная функция этого гормона - стимуляция выделения передней долей гипофиза гонадотропных гормонов - ФСГ (фолликулостимулирующего) и ЛГ (лютеинизирующего). Они, в свою очередь, стимулируют работу половых желез - выделение ими половых гормонов со всеми вытекающими из этого симптомами (развитием вторичных половых признаков). В здоровом организме все эти процессы активизируются в пубертатном периоде, а при патологии - раньше срока. В большинстве случаев причиной ранней активации секреции гонадолиберина становится опухоль гипоталамуса - гамартома.

Ложное ППР возникает, как правило, в результате дефицита ферментов 11-бета- и 21-гидроксилазы, результатом которого становится усиленное выделение надпочечниками гормонов-андрогенов. В отдельных случаях избыток в организме половых гормонов возникает при наличии опухолей, секретирующих их.

Ключевые слова: пубертат, дети, преждевременное развитие

Цель исследования - изучить распространенность преждевременного полового созревания (ПП) у детей по регионам Республики Узбекистан (по состоянию на 31 декабря 2018 года). Распространенность преждевременного полового развития у детей по регионам Республики Узбекистан (на 1 декабря 2018 г.).

Материал и методы исследования. Мы наблюдали 173 ребенка с истинно преждевременным половым созреванием (в том числе мальчик - 51, девочки - 122), которые проходили лечение в областных эндокринологических клиниках в период с 1 января 2018 года по 31 декабря 2018 года. Пациенты измеряли рост, вес, считали отсутствие роста, вес, проводили пальпацию щитовидной железы и объективное обследование стадий полового развития по Таннеру.

Все пациенты прошли ряд исследований, включая клинические (общий анализ крови и мочи), биохимические, гормональные (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, свободный тестостерон). Кроме того, мы провели МРТ гипофиза и УЗИ эндокринных органов.

Результаты исследования. Установлено, что по состоянию на 31 декабря 2018 года в Андижанской области было зарегистрировано 8 детей с ПП, в Бухарской области - 32, Джизакской области - 5, Кашкадарьинской области - 2, Навоийской области - 2, Наманганской области - 2, Самаркандской области - 11, Сурхандарьинская область - 42, Ташкентская область - 9, Ферганская область - 11, Хорезмская область - 39, город Ташкент - 5 пациентов.

Выводы. Наибольшее количество больных зарегистрировано в Сурхандарьинской области

Список литературы:

1. Алексеева И.Н. Современные методы диагностики и терапии доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у детей и подростков / Рос. гос. мед. ун-т: Дис. . канд. мед. наук. М., 1998. - С.29.

2. Бабаджанова С.Ю., Миркашилова М.А., Абдуллаева М.Н. Наблюдения за детьми с преждевременным половым развитием // Пробл. эндокринологии. 1992. - № 4. - С.56.

3. Бурцева Г.А. Факторы риска формирования репродуктивной системы девочек-подростков в современных условиях: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Сиб. мед. ун-т. Томск, 2000. - 17 с.



4. Карева М.А. Федеральные клинические рекомендации по ведению пациентов с преждевременным половым развитием // Проблемы эндокринологии. - 2013. - № 6. -С. 50-56.
5. Garcia H. et al. Consensus on the diagnosis and treatment of central early puberty // Rev Med Chil. 2003. Vol.131, N 1. - P.95-110.
6. Gasmi M. et al. Early pseudopuberty revealing juvenile granulose tumor of the ovary // Presse Med. 2003. Vol.26, N 32. - 701 p.
7. Friedman H.L. Reproductive health in adolescence // World Health Statist. Quart. 1994. - Vol.47, N 1. - P.31-35.



ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ САРАТОННИ ТАШХИСЛАШДА ТИРАДС ТАСНИФИНИ ҚЎЛЛАШ

Салимова Мохина Умедулло қизи

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Инститuti магистратура талабаси

Телефон: +998(90) 990 73 67

mokhinasalimova@gmail.com

Шамансурова Зулайхо Миралимжановна

ТошПТИ Эндокринология ва болалар эндокринологияси кафедраси т.ф.н., доцент

Телефон: +998(97) 708 82 46

Shamansurova@yahoo.com

Исмаилов Саид Ибрагимович

ТошПТИ Эндокринология ва болалар эндокринологияси кафедра мудири, т.ф.д., профессор

Телефон: +998(93) 171 61 67

ismailov.said@list.r

Аннотация. Қалқонсимон без саратони(ҚБС) ва уни ташхислаш борасидаги муоммолар замонавий эндокринологиянинг долзарб масалаларидан биридир. Сўнги ўн йил мобайнида ҚБС учраш частотаси 2 баробар ошгано' 1g'. ҚБС билан касалланган беморларда эрта ташхислашда лаборатор-инструментал ва цитологик текширув усуллари аҳамияти катта. Ультратовуш текшируви (УТТ) тугунли ҳосилаларни аниқловчи энг аниқ усуллардан ҳисобланиб, популяцияда қалқонсимон бездаги тугунларни 19-67% ҳолларда аниқлайдио' 2,3g'. Америка Тиреоидологлар Ассоциацияси томонидан таклиф этилган қалқонсимон без УТТ ининг янги таснифи - TI-RADS нинг ҚБС ни ташхислашда қўлланилиши бу текширув усули диагностик аниқлигини 91-95% га оширадио' 4,5g'. Шунга қарамай, TI-RADS таснифи ҚБС ни ташхислашда кам қўлланилмоқда. Ва бу унинг аҳамиятини чуқур ўрганишни талаб этади.

Калит сўзлар: Қалқонсимон без саратони, тугунли ҳосила, ультратовуш текшируви, TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data Systems)

Тадқиқот мақсади: ҚБС билан касалланган беморларни эрта ташхислашда лаборатор-инструментал, цитологик текширув усуллари ва УТТда TI-RADS таснифининг аҳамиятини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва усуллари: 2016-2019 йилларда ҚБС ташхиси билан РИЭИАТМ да (15) ва Витамед клиникасида (19) оператив даволанган жами 34 та бемор касаллик тарихи таҳлил қилинди. Бу беморларда умумий қон таҳлили, қонда АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза, кальций (Са) миқдорлари, гормонлар таҳлили: ТТГ, Т4, кальцитонин миқдорлари, ҳамда қон зардобиди қарши таначалар, яъни Ат-ТПО, Ат-ТГ, РЭА титрлари аниқланган. Беморларда ташхислашда ультратовуш текшируви (УТТ), ларингоскопия, скинтиграфия, ҳамда ингичка игнали аспирацион биопсия (ИАБ), экспресс гистология текширувлари натижалари таҳлил қилинди. Беморларда қалқонсимон без УТТ ананавий ва янги таклиф этилган TI-RADS таснифларига кура амалга оширилди ва натижалар ўзаро солиштирилди.

Натижалар кўрсатишича, ҚБС аёлларда эркакларга нисбатан 6.5 марта кўпроқ ташхисланган. Текширувдаги беморларнинг ўртача ёши 43 ёшни ташкил қилди. Беморларнинг 50% ида семизлик бўлган, 13% кишида эса ҚБС га наслий мойиллик мавжудлиги аниқланди. Қондаги ТТГ миқдори 13.3% беморда меёридан ошган. Қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлили натижалари ҚБС беморларда соғлом кишилардан аҳамиятли фарқланмаган. Шуниси эътиборлики, аввалги тасниф бўйича УТТ 23% беморда ҚБС ҳулосасини берган бўлса, TI-RADS таснифи билан 80% да ИАБ га кўрсатма берган. УТТ аввалги тасниф бўйича ташхисланган беморлар гуруҳида жарроҳликдан аввалги ИАБ да 64% ҳолатда ҚБС ташхиси қўйилган, жарроҳлик вақтидаги экспресс гистология ҳулосаси эса 80% да ҚБС ташхисини тасдиқлаган, 13.3% ҳолатда ҳулосалар мос эмас, 6.7% ҳолатда эса шубҳали натижани кўрсатган. Жарроҳликдан аввал ва кейинги ташхислар солиштирилганда 20% беморда ҚБС ташхиси тасдиқланмаган бўлиб, ноўрин тотал тиреоидэктомия амалиётига сабаб бўлган. Қалқонсимон без УТТ TI-RADS таснифи бўйича олиб борилган гуруҳда эса 100% да жарроҳликдан аввалги ва кейинги ташхислар мослиги кузатилган.

Хулоса. ҚБС учраши аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ бўлган. ҚБС ўрта ёшли (ўртача 43 ёш) кишиларда учраб, бу касаллик ташхиси ананавий УТТ да 23% ида, ИАБ да 64% ида ва жарроҳлик вақтидаги экспресс гистологияда эса 80% ида тасдиқланган ва 20% беморда ноўрин тотал тиреоидэктомияга сабаб бўлган. Қалқонсимон без УТТ TI-RADS таснифига кўра амалга



оширилиши ташҳиснинг 100% мос келиши ва ноўрин жарроҳликни олдини олишини кўрсатди. Натижа ва хулосалар шунга кўрсатадики, қалқонсимон без саратонини ташхислашда TI-RADS таснифи УТТнинг сезувчанлиги, спецификлиги ва диагностик аҳамиятини оширади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Cherenko S, Larin A, Gorobeyko M, Sichynava RM. Clinical analysis of thyroid cancer in adult patients exposed to ionizing radiation due to the Chernobyl nuclear accident: 5-year comparative investigations based on the results of surgical treatment // World J Surg. 2004; 28(11):1071-1074.
2. Gharib H, Papini E, Garber JR, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinology Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - 2016 Update. Endocr. Pract. 2016; 22(Supplement)
3. J.A. Sosa, J.W. Hanna, K.A. Robinson, R.B. Lanman. Increases in thyroid nodule fine-needle aspirations, operations, and diagnoses of thyroid cancer in the United States // Surgery. - 2013. - Vol. 154. - P. 1420-1426.
4. Л.А.Тимофеева, Т.Н. Алешина Диагностическая тактика при узловых образованиях щитовидной железы на основе системы ti-rads // Клиническая и профилактическая медицина. Аста medica Eurasica. 2017. № 4. С-37-44.
5. В.А. Соловов, А.А. Махонин. Стандартизация ультразвуковых критериев при выявлении рака щитовидной железы // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ", № 4, 2018 г. С-79-83.



АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ АСОРАТЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА КЎРСАТИЛАДИГАН ХИЗМАТ СИФАТИНИ ОШИРИШ

Сулайманова Нилуфар Эргашевна,
СамМИ, ассистент.
Телефон: +998(93)2271991
nilufar113111970@mail.ru

Аннотация. Бирламчи тиббиёт санитария ёрдами (БТСЁ) тизимда артериал гипертония (АГ) касаллиги асоратлари профилактикаси бўйича тиббий хизмат сифати ўрганилиб, тиббий хизмат сифатини ошириш бўйича чора тadbирлар ишлаб чиқилган ва иш жараёнига тadbиқ этилган. Ушбу муаммони ечишда умумий амалиёт шифокорининг тактикаси белгиланган.

Калит сузлар: артериал гипертония асорати, ПЭН протоколи, зарарли одатлар, ҳаёт сифати.

Долзарблиги. Артериал гипертония (АГ) касаллиги асоратлари профилактикаси бўйича тиббий хизмат сифатини ошириш бирламчи бўғинда жуда қийин масалалардан бири ҳисобланади. Профилактикадан мақсад, беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш, умрини узайтириш, артериал гипертониядан кейин келиб чиққан асоратлардан вафот этишни ва ногиронликни олдини олиш ҳисобланади.

Мақсад. Оилавий поликлиника шароитида катта ёшли аҳоли орасида Артериал гипертония (АГ) касаллиги асоратлари профилактикаси бўйича тиббий хизмат сифатини ошириш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот ишлари Самарқанд шаҳар №6-сон оилавий поликлиникасига қарашли 5 чи участкасида олиб борилди. Белгиланган участкада умумий аҳоли сони 2100 та, 0-14 ёшли болалар 556та, ўсмирлар 102 та, катта ёшдаги аҳоли сони 1442та, фертил ёшидаги аёллар 560 та. 40 ёшдан 70 ёшгача аҳолининг АГ асоратлари бўйича билими кузатув ва интервью, ва унингдек, махсус сўровнома орқали зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва психологик ҳолатлари ҳам ўрганилди. 68та "Д" назоратдаги беморлар амбулатор карталардаги консультациялар проспектив усулда тўлиқ клиник, лаборатор ва инструментал текширувлар олиб борилди. Умумий амалиёт шифокори кабинетида АГ асоратлари профилактикасига бағишланган буклетлар, эслатмалар, стендлар, ўқув материаллари - ПЭН протоколи мавжудлиги текширилди ва камчиликлар аниқланди. Артериал гипертония (АГ) касаллиги асоратлари профилактикаси бўйича тиббий хизмат сифатини ошириш мақсадида участка УАШ ини ПЭН протоколлари бўйича ўқитилди ва 6 ойдан сўнг қуйидаги кўрсаткичларга эришилди. АГ асоратлари келиб чиқиши ва ош тузи истеъмоли орасидаги боғлиқлик борлигини сўровномада қатнашганларнинг билиши 39,8%дан 74,6%га кўтарилди. АГ ривожланишига тамаки чекиш, спиртли ичимликлар истеъмоли, ортиқча тана вазнининг таъсирини биладиганлар ўртача 43,5%дан, 82,3%га ошди. Пациентларнинг артериал босим ва тана вазнини мунтазам ўлчаб туриш зарур деб ҳисоблайдиганлари сони 47,4% ва 74,6%га, АГнинг оқибатлари ва асоратлари ҳақидаги билимлари 43,5%дан 81,1%га ошди.

Хулоса. Аҳолини артериал гипертониянинг ривожланиши ва асоратларини келиб чиқиши тўғрисидаги билим савиясининг ошиши, АГ профилактикасида муҳим аҳамиятга эга экан. Беморларга консультация вақтида гипертония касаллиги, унинг хавф омиллари, соғлом турмуш тарзи ҳақида кўпроқ маълумот бериш ҳамда, беморларни гипертония касаллиги бўйича ўзини-ўзи назорат қилиш қоидаларига ўқитиш керак.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Хақимова Л.Р., Хусинова Ш.А. и др. Результаты внедрения клинического протокола по интегрированному ведению больных с артериальной гипертонией и сахарным диабетом в первичном звене здравоохранения. Международный научно-практический журнал "Здоровье, демография, экология финно-угорских народов", № 4, 2018 г. Ижевск, Российская Федерация. - С. 66-68.
2. Хусинова Ш.А., Холбоев С.Б., Сулаймонова Н.Э. Приверженность к лечению у пациентов с артериальной гипертонией в условиях первичного звена здравоохранения. Республиканская научно-практическая конференция "Повышение качества медицинской помощи в первичном звене здравоохранения", Ташкент, 2015г., стр.116-117
3. Валиева М.Х, Алимджанов З.Н, Сулайманова Н.Э. Повышение качества оказания профилактической помощи больным с гипертонической болезнью. Научные труды Московского государственного медицинского университета имени И.М Сеченова "Проблемы экологии, здоровья,



фармации и паразитологии", Москва, 2012 г. 284-286.

4. Сулайманова.Н.Э, Холбоев.С.Б.Факторы риска развития метаболического синдрома у организованного населения. Доктор ахборотномаси, Самарканд, 2014г, №1 Стр215-217.

5. Холбоев С.Б, Сулайманова Н.Э, Юлдашова Н.Э. Адаптированный клинический протокол по интегрированному ведению артериальной гипертонии и сахарного диабета среди лиц старше 40 лет. Консилиум. №2 Здоровье семьи - будущее России. Материалы Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2016г 1-2 ноябрь.

6. Сулайманова.Н.Э, Рахимова.Х.М. БТСЁ муассасалаи учун артериал гипертония ва кандли диабет касаллиги буйича мослаштирилган клиник протоколларни УАШ фаолиятига тадбик этиш. Проблемы биологии и медицины. Ежеквартальный международный научный журнал (90) 2016г 3-4 ноября. №3.1



МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА, РЕГЕНЕРАТОРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КОЖИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ У БЕЛЫХ КРЫС ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ОНТОГЕНЕЗА

Султанбаев Шахбоз Ахмаджонович, студент 103 группы
медико-педагогического факультета СамГосМИ;
Кафедры анатомии человека и ОХТА
Научный руководитель: преподаватель Тошмаматов Б.Н.
Тел.: +998932242471,
E-mail: baxtiyor.toshmamatov72@gmail.com;

Аннотация. Поскольку регенерация кожи в заключительном этапе онтогенеза обусловлена многочисленными регуляторными механизмами, находящимися в тесной взаимосвязи с морфофункциональным гомеостазом, то для обеспечения функциональной активности кожных покровов в старости, наиболее рациональным является изыскание путей влияния на сложный комплекс механизмов, регулирующих регенераторную активность.

Ключевые слова: регенерация, кожа, крыса, онтогенез, морфология, потенциал.

Актуальность исследования. Процесс старения возникает на самых ранних этапах становления организма и ведет к недостаточности физиологических функций, гибели клеток, ограничению приспособительных возможностей организма, снижению их надежности, развитию возрастной патологии и увеличению вероятности смерти.

Цель исследования: изучение морфофункциональных показателей организма, регенераторного потенциала кожи старых крыс и разработка путей их рациональной коррекции.

Задачи исследования: 1) изучить морфофункциональные особенности организма белых крыс в старческий период онтогенеза с использованием гематологических, биохимических, цитохимических и иммунологических показателей; 2) оценить регенераторный потенциал кожи животных в заключительном периоде онтогенеза;

Материалы и методы исследования. Экспериментальная работа выполнена на лаборатории кафедры "Анатомия человека и ОХТА" Самаркандского государственного медицинского института. В качестве подопытных животных использовали самок белых крыс стока Вистар с исходной массой тела 220-250 г. При формировании возрастных групп учитывали рекомендации С.М. Ланга и Р.П. Уилсона (1993), в соответствии с которыми в онтогенезе крыс выделяют репродуктивный (5-18 месяцев) и заключительный (19-40 месяцев) периоды. Экспериментальная работа осуществлялась в два этапа. На первом этапе (а) проводилась оценка морфофункциональных показателей организма и регенераторного потенциала кожи у крыс в возрасте 24 месяца, в количестве 100 животных. Для объективной оценки величин показателей, установленных у старых крыс, сравнивали с аналогичными показателями у крыс (n=100) в репродуктивном возрасте (9 месяцев). На втором этапе (б) эксперимента исследовали влияние препарата "Биокомфорт" на интенсивность морфофункциональных процессов организма и репаративной регенерации кожи у крыс в возрасте 24 месяца. Для этого было создано 3 группы, по 30 крыс в каждой. Первая группа (16) включала в себя животных, получавших препарат "Биокомфорт" перорально в дозе 0,1 мл/кг в течение 10 дней. Вторую группу (116) составили животные, которым скарифицировали кожу в области загривка, затем в течение 10 дней скарификат обрабатывали новым препаратом "Биокомфорт". В третьей группе (Шб) животным также скарифицировали кожу в области загривка, но рану обрабатывали официальным препаратом - мазью "Заживин". Контролем для всех трех групп служили показатели, полученные до опыта. Результаты опыта оценивали у животных первой (б) группы на 10 сутки, крыс второй (б) и третьей (б) групп на 2-е, 4-е, 10-е сутки. Крыс умерщвляли путем декапитации.

Выводы. Впервые с учетом комплекса показателей (гистологических, гематологических, биохимических, цитологических, цитохимических, иммунологических) дана оценка регенераторной способности кожи белых крыс во взаимосвязи с морфофункциональным статусом их организма в старческий период онтогенеза. Установлены нормативные значения изученных показателей для белых крыс в период старости. Дано теоретическое и экспериментальное обоснование этиопатогенетической коррекции морфофункциональных показателей организма и уровня регенерации кожи у старых крыс с помощью нового биологически активного препарата "Биокомфорт". Впервые с учетом комплекса показателей (гематологических, биохимических, цитохимических и иммунологических) подтверждено



положительное влияние препарата "Биокомфорт" на организм крыс заключительного периода онтогенеза.

Использованная литература:

1. Коржавов Ш. О., Н.А. Мухаммадов Динамика заживления ран у крыс на модели термического ожога кожи с коррекцией производными хитозана //International Scientific and Practical Conference World science. - ROST, 2017. - Т. 5. - №. 6. - С. 38-39.
2. Меркулов Г.А., Сапожников А.Г., Доросевич А.Е., Гистологическая техника. //- Смоленск, 2000.
3. Москвин С.В. Эффективность лазерной терапии. // - М.: НПЛЦ "Техника", 2003.
4. Плавский В.Ю., Мостовников В.А., Мостовникова Г.Р. и др. // Материалы Международной конференции "Лазерно-оптические технологии в биологии и медицине". //- Минск, 2014. С. 62-73.
5. Хусанов Э. У., Коржавов Ш. О., Сулейманов Р. И. Исследование экскреции лактата кожей в зависимости от различных факторов //Re-health journal. - 2019. - №. 2.
6. Чернуха А.М., Фролова Е.П. Кожа (строение, функция, общая патология и терапия). // - М.: Медицина, 2011.



ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ (NSE) И СТРУКТУРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Турсунбаева Феруза Фазиловна
ТашПМИ, ассистент кафедры Неонатология
Тел. +998(94)6672149
tferuzat@mail.ru
Насирова Умида Ферузовна
ТашИУВ, д.м.н., зав. каф. Неонатология

Аннотация: В данной работе описана взаимосвязь нейроспецифической енолазы (NSE) и структурных поражений головного мозга у недоношенных детей с перинатальными поражениями ЦНС.

Ключевые слова: недоношенный новорожденный, перинатальное поражение ЦНС, нейроспецифическая енолаза.

Актуальность: Перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) - одним из наиболее частых диагнозов в неонатологии и в детской неврологии. В настоящее время успехи неонатологии значительно повысили возможность выхаживания недоношенных детей и сократили уровень летальности. Проблема поиска ранних диагностических критериев и определение прогноза состояния у недоношенных детей при тяжелых перинатальных поражениях ЦНС является актуальной в связи с высокой инвалидизацией от 6,2 до 60,4 на 1000 новорожденных. Структурные повреждения головного мозга у недоношенных детей, к которым относятся ВЖК, ПВЛ остаются ведущими причинами тяжелого неврологического дефицита у выживших.

Одним из перспективных в этом направлении методов является определение нейроспецифических белков (НСБ). Согласно данным литературы нейроспецифическая енолаза (NSE) является диагностическим предиктором ранних неврологических расстройств, но остаётся не изученным роль в тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ).

Цель: Изучение изменений сывороточной концентрации NSE и его значение в патогенезе органических поражений ЦНС.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 38 детей с гестационным возрастом от 32 до 36 недель с ППЦНС. Дети были разделены на 3 группы: I - без структурных поражений на НСГ, II - со средней степени тяжести поражения ЦНС с постгипоксическими изменениями на НСГ, III - с тяжелым поражением ЦНС с ВЖК и ПВЛ. NSE определяется в сыворотке крови на 3-5 сутки жизни, методом иммуноферментного анализа (ИФА), белок NSE - реактивы ООО ХЕМА. Нормальные значения NSE $0,259 \pm 0,02$ мкг/л.

Результаты: Было выявлено, что концентрация NSE у детей I группы повышались в 1,5 - 2 раза; во II группе в 4 раза, что составило $1,51 \pm 0,23$ мкг/л; у III группы уровень NSE составило $3,20 \pm 0,56$ мкг/л, что свидетельствует о повреждении ЦНС. Таким образом, результаты исследования показывают, что у недоношенных новорожденных с ППЦНС отмечались высокие показатели NSE на протяжении всего неонатального периода. Нами были проанализированы взаимосвязь между содержанием NSE в сыворотке крови и НСГ. Полученные результаты показали, что во II- III группе недоношенных новорожденных уровень NSE имеет прямую зависимость с наличием ВЖК и ПВЛ. Наиболее высокие показатели NSE были выявлены у недоношенных новорожденных с ВЖК, по сравнению с постгипоксическими изменениями на НСГ.

Заключение: Полученные данные показывают, взаимосвязь уровня нейроспецифической енолазы с выявленными структурными поражениями головного мозга как ранним индикатором у недоношенных новорожденных в прогнозировании тяжести ГИЭ.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН ЗА 2018 ГОД

Д.м.н. Урманова Ю.М., Хамраева Д.И (магистр 1 года).

Тел +99890-9040165

Yulduz.urmanova@mail.ru

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
кафедра эндокринологии с детской эндокринологией

Аннотация. Несахарный диабет (НД) - заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью вазопрессина. Известно несколько форм заболевания - центральная, нефрогенная, психогенная и др. По данным литературы, в большинстве случаев (60-70%) выявить причину заболевания не удается - идиопатический тип НД, среди которого встречаются наследственные формы заболевания. Вместе с тем, анализ литературы показал, что работ, посвященных изучению распространенности НД очень мало, преобладают работы, где НД выступает лишь как осложнение или сопутствующее заболевание (1-5).

Высокая частота встречаемости синдрома НД при различных соматических патологиях и опухолевых поражениях гипоталамо-гипофизарной области (30-50%, несвоевременный учет и отсроченная диагностика различных его форм обуславливает высокую частоту сердечно-сосудистых (кардиомиопатии, аритмии), нефрологических (пиелонефриты, ХПН) и эндокринных (задержка физического, полового развития и др.). Отсутствие данных об истинной распространенности НД усугубляет прогнозирование осложнений заболевания и бесперебойное обеспечение больных НД препаратами антидиуретического гормона (6-10).

Цель исследования - оценка динамики распространённости несахарного диабета (НД) у детей и подростков в Республике Узбекистан за период 2009-2018 гг.

Материал и методы исследования - основой для исследования послужили данные о больных детях и подростках НД, состоящих на учете в областных эндокринологических диспансерах регионов РУЗ и РКК (г. Нукус) в 2009-2018 гг. Проводился сравнительный анализ данных.

Результаты и их обсуждение. Всего на диспансерном учете на 1 января 2009 г. в регионах РУЗ и РКК состояло 251 детей с НД. В 2010 году - детей 267, подростков -95, в 2011 г - 23/106, в 2012 г -235/107, в 2013 г -254/108, в 2014 г - 222/88, в 2015 г - 242/88, в 2016 г -214/ 73, в 2017 г - 249/91, в 2018 г - 285/112.

Как видно из представленных выше данных, наблюдается постепенное возрастание числа детей и подростков с НД по регионам РУЗ за период 2009-2018 гг. Так, если в 2010 г было на учете 267 детей и 95 подростков с НД, то в 2018 г их состояло на учете : детей 285 и 112 подростков. При этом, наиболее часто НД встречался в Наманганской и Ферганской области: в 2010 г в Наманганской области 36/10, в Ферганской 35/21, а в 2018 г в Наманганской области 25/3, в Ферганской 40/21.

Выводы: 1)Наблюдается постепенное возрастание числа детей и подростков с НД по регионам РУЗ за период 2009-2018 гг. 2) Наиболее часто НД встречался в Наманганской и Ферганской области.

Список литературы:

- 1) Балаболкин М.И. "Эндокринология"/г.Москва.-1998 г. -стр. 211-221
- 2) Дедов И.И. "Болезни органов эндокринной системы" "Эндокринология"/г.Москва.- Медицина.- 2000 г.
- 3) Лавина Н. "Эндокринология"/г.Москва.-1999 г. -стр. 117-131.
- 4) Марова Е.И. "Нейроэндокринология"/г.Ярославль;ДИА-пресс, 1999 г., стр. 403-421.
- 5) Cranial diabetes insipidus in Wegener's granulomatosis/ Moesgaard J., Kjaehr K., Thomsen B.S., Nielsen E. et all//Ugeskr Laeger. 2006 Mar 6;168(10):1040-1
- 6) Development of lithium-induced nephrogenic diabetes insipidus is dissociated from adenylyl cyclase activity/ Li, Y., Shaw S, Kamsteeg E,J., Vandewalle A., Deen P,M. //J Am Soc Nephrol. 2006 Apr;17(4):920-2.
- 7) Disorders of water metabolism following transsphenoidal pituitary surgery: a single institution's experience/ Adams JR, Blevins LS Jr, Allen GS, Verity DK, Devin JK.// Pituitary. 2006;9(2):93-9.



- 8) Hypopituitarism: a sequela of severe hypoxic encephalopathy/Su DH, Liao KM, Chen HW, Huang TS.// J Formos Med Assoc. 2006 Jul;105(7):536-41
- 9) Hyponatremia after transsphenoidal surgery for hypothalamo-pituitary tumours/ Sata A, Hizuka N, Kawamata T, Hori T, Takano K.// Neuroendocrinology. 2006;83(2):117-22. Epub 2006 Jul 24
- 10) Flynn BC, Nemergut EC. "Postoperative nausea and vomiting and pain after transsphenoidal surgery: a review of 877 patients //Anesth Analg. 2006 Jul;103(1):162-7, table of contents



ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПРОФФЕСИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Халмухамедов Бобур Тахирович

ассистент кафедры Внутренние болезни №1, ТМА, Ташкент

bobur.h@mail.ru, +998977160848

Аннотация

В этом исследовании анализируется встречаемость ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии в определенном количестве больных силикозом, хроническим пылевым бронхитом и хроническим интоксикациями химическими веществами и оценка электрокардиографических изменений сердца этих же больных в условиях Узбекистана. Выявляемость кардиологических нарушений у профессиональных заболеваний легких свидетельствует о необходимости индивидуального мониторинга функционального состояния сердечно-сосудистой системы больного в процессе контакта с промышленными пылевыми аэрозолями.

Ключевые слова: ИБС, АГ, силикоз, хронический пылевой бронхит, электрокардиографические изменения.

Среди соматических заболеваний у работников ведущих отраслей промышленности чаще, чем в общей популяции, встречаются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). В последние десятилетия отмечен их рост и развитие у лиц молодого возраста. В 2016 году на диспансерном учете в клинике НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан пневмокониозы составляли 11,6% и занимали 4 место в общем количестве профессиональных заболеваний после профессиональных бронхитов 18,8%, отравления пестицидами 17%, заболеваний верхних дыхательных путей -16,6%. Следовательно, выявление встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы с сочетанной патологией, в частности ИБС и артериальной гипертензией для своевременной и адекватной реабилитации является очень актуальным.

Цель. Целью данного исследования явилась изучение встречаемости ИБС и АГ у больных силикозом, хроническим пылевым бронхитом (ХПБ) и хроническим интоксикациями химическими веществами (ХИХВ) и оценка электрокардиографических (ЭКГ) изменений.

Материал и методы исследования. Было проведено ретроспективный анализ 83 историй болезней и амбулаторных карт больных. Из них 60 с ранее диагностированным диагнозом силикоза I-II-III степени, 17 случаев хроническим пылевым бронхитом и 6 случаев хроническим интоксикациями химическими веществами. Возраст больных привалило от 40 до 70 лет. Проведено статистический анализ встречаемости ИБС и АГ среди этих больных. Диагноз ИБС был поставлен после осмотра кардиолога. Проведено статистический анализ результатов ЭКГ.

Результаты. При ретроспективном анализе истории болезней с диагнозом Силикоз выявлено 33 количество больных ИБС соответственно: в I степени 12 случаев; во II степени 15 случаев; и в III степени 16 случаев. Среди больных ИБС преобладали больные стенокардией напряжения II функционального класса. При этом с постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) встречался в трех случаях со II и III степени тяжести силикоза. У больных с ХПБ количество случаев ИБС составил 15, а так же, ПИКС - у 5. У одного больного в анамнезе была произведена стентирования коронарных артерий. АГ 2 степени у этих больных встречался в 11 случаях, АГ 1 степени в 5 случаях. При силикозах АГ встречался 27 случаях соответственно по тяжести заболевания. У 20 ти больных с диагнозом силикоз выявлен нейроциркуляторная дистония. У почти всех больных с ХИХВ был поставлен диагноз ИБС и АГ. У больных с диагнозом Силикоз выявлено в 15-ти случаях синусовая тахикардия, в 12 случаях метаболические изменения в миокарде, в 5 случаях дистрофические изменения в миокарде, в трех случаях рубцовые изменения и гипоксия в миокарде, 2 случая синусовой аритмии и синусовой брадикардии, 3 случая блокада передней ветви левой ножки пучка Гисс, в единичных случаях встречался синдром преждевременной реполяризации желудочков, признаки нарушения преждевременной внутрижелудочковой проводимости, фибрилляция предсердий, гипертрофия левого желудочка. У больных с ХБП в 5 ти случаях дистрофические и метаболические изменения в миокарде, в 2 случаях желудочковая экстрасистолия и мерцательная аритмия, гипертрофия левого желудочка, в 5 ти случаях рубцовые изменения в миокарде, и единичных случаях синусовая брадикардия и тахикардия, гипоксия миокарда, блокада передней и задней



ветви левой ножки пучка Гисс.

Заключение. Таким образом, роль нарушений сердечно-сосудистой системы при различных профессиональных заболеваниях весьма неоднозначна: в одних случаях они лишь сопутствуют основному симптомокомплексу, связанному с профессиональным воздействием, в других эти нарушения на определенном этапе становятся ведущими, определяющими клиническое течение, исход и прогноз заболевания. Изучение результатов электрокардиографических изменений отражающих различных нарушений ритма или коронарного кровообращения миокарда, показало, что развитие нарушений функции внешнего дыхания может сказываться на некоторые системы, в том числе на проводимую систему и сократительной способности миокарда. Выявляемость электрокардиографических нарушений на ранних стадиях развития профессиональных заболеваний легких свидетельствует о необходимости индивидуального мониторинга функционального состояния сердечно-сосудистой системы и сократительной способности миокарда в процессе контакта с промышленными пылевыми аэрозолями.

Литература:

1. Бабанов С.А., Будащ Д.С. "Состояние сердечно-сосудистой системы при хроническом пылевом бронхите, силикозе и пневмокониозе от воздействия сварочных аэрозолей". Медицинский совет. №05, 2016. Стр 146
2. Бабанов С.А., Бараева Р.А., Будащ Д.С. "Поражения сердечно-сосудистой системы в практике профпатолога" № 4 (44) 2016 Медицинский альманах.



АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Холбаев Санжар Батиржанович
Самарқанд давлат тиббиёт институти, ассистент, т.ф.н.
Телефон: +998(91)5579960
sanjarkh@mail.ru

Аннотация. ЖССТ РЕН мослаштирилган клиник протоколларини жорий этилиши артериал гипертонияси бўлган беморларни сифатли даволаш натижасида юрак хуружи ва инсульт каби артериал гипертониянинг асоратини камайтиришга имкон беради. Текшириш жараёнида шифокорларнинг клиник протоколларни билиши ва тўғри қўллай олиш даражалари аниқланди.

Калит сўзлар: Артериал гипертония, ЖССТ РЕН протоколлари, даволаш сифати.

Долзарблиги. ЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда 57 миллионга яқин одам ҳаётдан кўз юмади, улардан 36 миллионга яқини (63%) юқумли бўлмаган касалликлар туфайли вужудга келади. Шу билан бирга, ЖССТ нинг прогнозларига кўра, агар таъсир чоралари кўрилмаса, дунёда ноинфекцион касалликлардан ўлим даражаси барқарор ўсиб боради ва 2030 йилга келиб деярли 75% ни ташкил қилади. Маълумотларга кўра 60% ҳолларда сурункали касалликларнинг ривожланишига тамаки чекиш, алкоголь ичимликларини суиистеъмол қилиш, мева ва сабзавотларни етарли даражада истеъмол қилмаслик ва кам ҳаракатчанлик каби етакчи ҳавф омиллари сабаб бўлмоқдадир.

Мақсад: ЖССТ РЕН мослаштирилган клиник протоколлари асосида умумий амалиёт шифокорларини ўқитиш орқали артериал гипертонияси бор беморларни даволаш сифатини яхшилаш.

Материал ва усуллар: Самарқанд давлат тиббиёт институти дипломдан кейинги таълим факультети Умумий амалиёт/оилавий медицина кафедрасида ЖССТ РЕН протоколларини бажариш бўйича 3 кунлик семинар бўлиб ўтди. Семинарда 55 та тингловчи шифокорлар қатнашди. Барча тингловчилар сўровномада қатнашдилар. Анкета саволлари ЖССТ РЕН протоколларидан келиб чиқиб, артериал гипертонияси бўлган беморларни олиб бориш ва даволаш асосида тузилган.

Натижалар: Натижалар шуни кўрсатдики, артериал гипертония билан оғриган беморларни ЖССТ РЕН мослаштирилган клиник протоколлари асосида кузатиш кераклигини тингловчиларнинг 67 фоизи билишади. Анамнезни йиғишда шифокорларнинг 72%и юрак оғриғи каби масалаларга эътибор беришади, 45% шифокорлар беморнинг жисмоний фаоллиги анамнезини тўплашда ҳафтасига камида 5 кун 30 дакикадан кўпроқ вақт сарфлашади, 47 фоизи гипертония касаллигида ичаётган дориларига эътибор беришади. 31% шифокорлар бел айланасини ўлчайди, 55% шифокорлар оёқларда шишни аниқлашади, 28% шифокорлар юрак чўққи турткисини пайпаслайди, 59% шифокорлар диабет билан оғриган беморларнинг оёқларини текширадилар. Юрак қон-томир ҳавфи ва нишон аъзоларнинг зарарланишини баҳолашда, 62 фоиз шифокорлар беморнинг ёши, жинси, чекиши, диабет ва холестеринга эътибор беришади. Шифокорларнинг 48 фоизи чап қоринча гипертрофиясининг ЭКГ белгиларини аниқлашга қодир, 39 фоизи офтальмоскопия ва кўз тубидаги ўзгаришларни аниқлашга қодир. 64% шифокорлар ЖССТ РЕН протоколлари асосида беморларни қайси ҳолатларда мутахассис маслаҳатига юбориш ва даволашни ҳамда артериал гипертонияси бўлган беморларни қайси ҳолатда шифохонага ётқизишини билишади.

Хулоса. ЖССТ РЕН мослаштирилган клиник протоколларини жорий этилиши артериал гипертонияси бўлган беморларни даволашда, касалликни эрта босқичда аниқлашда, ҳавф омиллари бўлган одамларга ёрдам беришда, шунингдек уларни самарали даволаш натижасида юрак хуружи ва инсульт каби артериал гипертониянинг асоратини камайтиришга имкон беради.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

1. Адаптированный клинический протокол по неинфекционным заболеваниям ПЕН ВОЗ - 2015й Ташкент. Узбекистан.

2. Хакимова Л.Р., Хусинова Ш.А. и др. Результаты внедрения клинического протокола по интегрированному введению больных с артериальной гипертонией и сахарным диабетом в первичном звене здравоохранения. Международный научно-практический журнал "Здоровье, демография, экология финно-угорских народов", №4, 2018г. Ижевск, Российская Федерация. - С. 66-68

3. Хусинова Ш.А., Холбоев С.Б., Сулейманова Н.Э. Приверженность к лечению у пациентов с артериальной гипертонией в условиях первичного звена здравоохранения. Республиканская научно-практическая конференция "Повышение качества медицинской помощи в первичном звене



здравоохранения", Ташкент, 2015г., ср 116-117.

4. Исакова Д.Н.. Предикторы неблагоприятного прогноза у больных с высоким сердечно-сосудистым риском результаты преспективного наблюдения. // ДИСС. канд. мед. наук. - М., 2014 г

5. Шулутко Б. Артериальная гипертензия / Учебн. пособие, Санкт-Петербург, 2001.

6. Сулайманова Н.Э. Холбаев С.Б. Юлдашова Н.Э. Применение адаптированного клинического протокола по интегрированному ведению артериальной гипертензии и сахарного диабета среди лиц в возрасте от 40 до 70 лет. Журнал Проблема биологии и медицины №3.1, 2016. "Актуальные проблемы герантологии и гериартрии"



ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА ВИТАМИНОВ В12 И D У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, АССОЦИИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.

Холматова Гулхаё Азимжонова
Андижанский Государственный Медицинский Институт.
Тел +99890-170-57-77
Email: gulhayo.xolmatova@mail.ru
Научный руководитель: Халимова Замира Юсуповна
д.м.н., проф. зам.директор по науке РСНПМЦЭ,
руководитель лаборатории нейроэндокринологии
с нейрохирургией гипофиза.
Тел +99890-952-55-98
Email: zam-nar777@mail.ru

Аннотация: Диабет и туберкулез являются самыми смертоносными эпидемиями в мире. Люди страдают от диабета и подвержены туберкулезу. Как известно, диабет угнетает иммунологический ответ, что способствует развитию инфекционных заболеваний, в том числе заражение микобактериями туберкулеза. (Zhang X., 2015 г.). Туберкулез является третьей причиной смерти среди субъектов с неинфекционными заболеваниями, и среди неинфекционных заболеваний сахарный диабет один из наиболее важных (Syal K., 2014 г.). Связь между сахарным диабетом и туберкулезом уже была объектом многих исследований, но вместе с тем, связь между этими двумя заболеваниями остается до конца не раскрытой.

В течение нескольких десятилетий были доказательства того, что дефицит витамина В12 и D способствует более высокому риску развития активного туберкулеза по сравнению с теми, у кого нормальный уровень витамина D. (Zheng J, et al., 2015). В свою очередь, у пациентов с туберкулезом в целом также отмечается более высокая вероятность дефицита витамина D по сравнению с нормальным контролем (Davies P.O., 2015). Небольшое исследование в городских районах Китая с использованием жидкостной хроматографии и тандемной масс-спектрометрии показало существенные различия в уровнях витамина D между пациентами с ТБ, пациентами с ТБ и предиабетом и пациентами с ТБ и СД о'Zhan Y, et al., 2015.

Ключевые слова: туберкулез, дефицит, витамин В12, вит D, сахарный диабет.

Цель исследования - изучить особенности гомеостаза дефицита витамина В12 и витамина D у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2), ассоциированных с туберкулезом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 48 больных, которые были распределены на 2 группы: 1 группа - это больные с СД2, ассоциированных с туберкулезом, составившие основную группу (n=42), 2 группа - это группа контроля, представленная больными с туберкулезом (n=12).

Методы исследования включали общеклинические, биохимические (глюкоза, гликированный гемоглобин, коагулограмма, липидный спектр и др.), гормональные (инсулин, С-пептид) исследования крови и мочи. У пациентов обеих групп было изучено содержание витамина В12 и витамина D. Инструментальные исследования включали ЭКГ, доплерографию магистральных сосудов, УЗИ внутренних органов, рентгенологические исследования.

Результаты исследования. Первая группа состояла из 17 мужчин и 19 женщин, средний возраст которых составил $54,4 \pm 2,2 / 55,5 \pm 1,7$ (м/ж) соответственно. Длительность СД у мужчин была в пределах $6,8 \pm 1,4$ лет, а у женщин $4,6 \pm 0,7$ лет. Длительность туберкулеза у мужчин составила $1,8 \pm 0,3$, а у женщин $1,9 \pm 0,2$ лет. Среднее содержание HbA1C было в пределах $8,9 \pm 0,50 / 9,9 \pm 0,51$, а глюкозы $10,6 \pm 0,61 / 15,0 \pm 0,82$ ммоль/л у пациентов 1 группы. Средний уровень инсулина составил $11,3 \pm 2,09 / 11,7 \pm 2,2$ пг/мл, а вит В12 $403 \pm 33,7 / 407 \pm 45,7$ (в норме 193-982 пг/мл, в среднем 450 пг/мл), содержание вит D было в пределах $13,1 \pm 2,1 / 11,1 \pm 3,08$ нг/мл соответственно (в норме от 30-100 нг/мл).

Вторая группа состояла из 9 мужчин и 3 женщин, средний возраст составил $49,5 \pm 5,2 / 45,0 \pm 8,0$ лет. Длительность туберкулеза в этой группе составила $1,8 \pm 0,4 / 1,0 \pm 0,2$ лет. Среднее содержание HbA1C было в пределах $4,1 \pm 0,2 / 4,9 \pm 0,7$, а глюкозы $5,1 \pm 0,1 / 5,8 \pm 0,4$ ммоль/л у пациентов 1 группы. Средний уровень инсулина составил $9,6 \pm 1,9 / 16,3 \pm 1,3$ пг/мл, а вит В12 $376,7 \pm 91,1 / 402,0 \pm 13,3$ (в норме 193-982



пг/мл, в среднем 450 пг/мл), содержание вит Д было в пределах $14.5 \pm 1,4/11,6 \pm 1,7$ нг/мл соответственно (в норме от 30-100 нг/мл).

Выводы. В обеих группах больных среднее содержание витамина Д в крови было достоверно пониженным ($p < 0,001$), в то время как средние уровни витамина В12 в обеих группах были в пределах нормы, оставаясь ниже средних значений нормы.

Список литературы:

1. Zhang X, Ma A, Sun S, Sun Y. Proteomic Analysis of Plasma in Adult Active Pulmonary Tuberculosis Patients with Diabetes Mellitus. //Clin Lab. 2015; 61(10):1481-90.
2. Syal K (1), Srinivasan A(2), Banerjee D(3). VDR, RXR, Coronin-1 and Interferon γ Levels in PBMCs of Type-2 Diabetes Patients: Molecular Link between Diabetes and Tuberculosis.// Indian J Clin Biochem. 2015 Jul;30(3):323-3. doi: 10.1007/s12291-014-0431-7. Epub 2014 Apr 11.
10. Zeng J, Wu G, Yang W, Gu X, Liang W, Yao Y, et al. A serum vitamin D level < 25 nmol/L pose high tuberculosis risk: a meta-analysis. PLOS ONE. 2015; 10.1371/journal.pone.0126014 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Davies PO. Vitamin D and tuberculosis: more effective in prevention than treatment? Int J Tuberc Lung Dis. 2015; 19: 876 10.5588/ijtld.15.0506 [PubMed] [Cross Ref] [Google Scholar]
5. Zhan Y, Jiang L. Status of vitamin D, antimicrobial peptide cathelicidin and T helper-associated cytokines in patients with diabetes mellitus and pulmonary tuberculosis. Exper and Thera medi. 2015; 9: 11-16. 10.3892/etm.2014.2042[PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].



БИРЛАМЧИ ТИББИЙ БЎЁИНДА БЕМОРЛАРНИ ХАЁТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШДА КОГНИТИВ ФУНКЦИЯ БУЗИЛИШИ ДАРАЖАЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ

Хусинова Шоира Акбаровна
Самарканд давлат тиббиёт Университети доценти, т.ф.н.
Телефон: +998(91)5214018
shoira@rambler.ru

Аннотация. Бирламчи тизимда артериал гипертония касаллиги билан оғриган беморларда когнитив функциянинг бузилиши беморларнинг хаёт сифатига таъсири куриб чиқилган ва ушбу муаммони ечишда умумий амалиёт врачининг тактикаси белгиланган.

Калит сузлар: артериал гипертония, когнитив функция, хаёт сифати.

Оила поликлиникаси амалиётида доимий назорат ва доимий даволаш ишларини олиб бориш бўйича гипертония касаллиги салмоқли ўринни эгаллайди. Гипертония касаллигини даволашдан мақсад беморлар хаёт сифатини яхшилаш ва хаётини узайтириш, асоратларини олдини олишдир. Ҳозирги дори воситалари бозорида гипертония касаллигини даволашда ишлатиладиган жуда кўплаб препаратлар мавжуддир. Ҳар бир беморга индивидуал ёндошган ҳолда, дори препаратлари тавсия килиниб, даволаш ишлари олиб бориш, оила врачидан катта маҳорат ва билим талаб этади. Айниқса беморларда кузатилиши мумкин бўлган когнитив функцияларни бузилиш даражаларини баҳолаб бориш катта аҳамият касб этади.

Гипертония касаллиги билан касалланган беморларда когнитив функция даражаларини баҳолаш. 1."Д" назоратдаги артериал гипертонияси бор беморларда анкета сўровномаси ўтказиш. 2.Гипертония касаллиги бор бўлган беморлар билан ўзини- ўзи назорат қилиш қоидаларига ўқитиш ишларини олиб бориш. 3.Беморларда гипертония касаллиги хавф омилларини олдини олиш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш.

Тадқиқот ишлари Самарканд шаҳар № 3 оилавий поликлиникаси №1 филиали ҳудудида олиб борилди. Белгиланган участкада умумий аҳоли сони 5971. Шундан эркаклар 2627, аёллар 3334, катталар 3424. Ишни олиб бориш жараёнида "Д" назоратдаги 64 та бемор қамраб олинди. Ажратиб олинган беморларнинг ёш ва жинс таркиби деярли ҳар хил бўлиб, проспектив усулда тўлиқ клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказилди. Текширувларимиз: клиник, биохимиявий, статистик-аналитик усуллардан фойдаланиб олиб борилди. Шунингдек, махсус сўровнома орқали зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва психологик ҳолатлари ҳам ўрганилди. Таҳлиллар шуни кўрсатадики, мазкур участкада назоратидаги беморларда АГнинг хавф омиллари даражаси тарқалиши қуйидагича бўлди: I даража 5та (7,8%)ни, II даража 10та(15,6%)ни, III даража 29та(45,3%)ни, IV даража 20та(31,2%)ни ташкил қилди. 64та беморнинг 34таси (53,6%) аёллар, 30таси(46,4%) эркакларни ташкил этди. Анкета таҳлиллари шуни кўрсатдики, беморларда хавф омили даражаси қанча юқори бўлса, когнитив функциялар бузилиш даражаси юқорироқ бўлар экан. Бу кузатувлар хулосалар учун етарли бўлмасада, лекин ташвишли кўрсаткич бўлиб, ОП миқёсида даволаш ва профилактик чора тadbирлар қўллашда беморларнинг когнитив функцияларининг даражаларини таҳлил қилишни талаб қилади.

Хулоса. Артериал гипертония билан беморларни даволашда когнитив функциялар бузилиши даражаларига катта эътибор бериш керак. Беморларга гипертония касаллиги, унинг хавф омиллари ҳақида, соғлом турмуш тарзи ҳақида кўпроқ маълумот бериш керак. Беморларни гипертония касаллиги бўйича ўзини-ўзи назорат қилиш қоидаларига ўқитиш керак. Ҳар бир оила шифокорларини гипертония касаллиги билан диспансер назоратга олинган беморларни клиник протокол бўйича олиб бориши керак. Беморлардаги хавф омилларини даволашга алоҳида ёндошув керак. Беморларни хаёт сифатини яхшилашда когнитив функциялари бузилиши ҳолатларини эътиборга олиш лозим.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

7. Weiss J., Freeman M., Low A. et al. Benefits and harms of intensive blood pressure treatment in adults aged 60 years or older. A systematic review and meta-analysis. Ann Intern. Med. 2017. doi: 10.7326/M16-1754. 12. Lewington S., Clarke R., Qizilbash N. et al.

8. Williamson J., Supiano M., Applegate W. et al; SPRINT Research Group. Intensive standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥75 years: a randomized clinical



trial. JAMA. 2016; 315: 2673-2682.

9. Сыров А.В., Стуров Н.В. Пациент старческого возраста с артериальной гипертензией на амбулаторном приеме. Клиническая геронтология, 2018, №3-4, стр.28-34.

10. Карпов Ю.А. Артериальная гипертония и когнитивные функции: значение антигипертензивной терапии и контроля артериального давления. Новости Кардиологии, М., 2018г., №2, стр.3-11.

11. Хакимова Л.Р., Хусинова Ш.А. и др. Результаты внедрения клинического протокола по интегрированному ведению больных с артериальной гипертонией и сахарным диабетом в первичном звене здравоохранения. Международный научно-практический журнал "Здоровье, демография, экология финно-угорских народов", № 4, 2018 г. Ижевск, Российская Федерация. - С. 66-68.

12. Хусинова Ш.А., Холбоев С.Б., Сулаймонова Н.Э. Приверженность к лечению у пациентов с артериальной гипертонией в условиях первичного звена здравоохранения. Республиканская научно-практическая конференция "Повышение качества медицинской помощи в первичном звене здравоохранения", Ташкент, 2015г., стр.116-117

13. Хусинова Ш.А. Взгляд общей врачебной практики на проявление агрессии среди лиц пожилого возраста. Проблемы биологии и медицины, Самарканд, 2016г., №3.1 (90).Материалы научно-практической конференции с международным участием "Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии", Самарканд, 3-4 ноября 2016г., стр.143



ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ТИПА С ПРИМЕНЕНИЕМ АДАптиРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ПЭН ВОЗ

Хусинова Шоира Акбаровна

Самаркандский государственный медицинский Университет, к.м.н., доцент

Телефон: +998(91)5214018

shoira@gambler.ru

Аблакулова Муниса Хамракуловна

Самаркандский государственный медицинский Университет, ассистент

Телефон: +998(97)3940210

axmunisa@mail.ru

Курбанова Ситора Шухратовна

Самаркандский государственный медицинский Университет, студентка

Телефон: +998(97)3927672

Аннотация. Приведены результаты ретроспективного исследования больных артериальной гипертонией, страдающих сахарным диабетом 2 типа. Проведена оценка качества ведения данных больных согласно адаптированному клиническому протоколу ПЭН ВОЗ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, сахарный диабет 2 типа, адаптированный клинический протокол ПЭН ВОЗ.

Актуальность. Известно, что СД и ССЗ взаимно отягощают течение друг друга. Согласно национальным и зарубежным рекомендациям, суммарный сердечно-сосудистый риск у пациентов с СД признается высоким или очень высоким, а более 50% смертей у больных СД связаны с сердечно-сосудистой патологией. Артериальная гипертония (АГ) является самым распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы и вместе с тем самым мощным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, а в сочетании с СД этот риск существенно увеличивается. Повышение систолического артериального давления (САД) на каждые 10 мм рт. ст. у больных СД увеличивает риск развития сердечно-сосудистых событий на 20%. Наличие АГ при СД повышает риск не только макрососудистых (ишемическая болезнь сердца - ИБС, сердечная недостаточность, инсульт), но и микрососудистых (диабетическая нефропатия, ретинопатия) осложнений. Поражение коронарных, церебральных и периферических сосудов представляет собой основу макрососудистых осложнений при СД 2 и во многом определяет прогноз заболевания. АГ значительно увеличивает и без того повышенный риск заболеваемости и смертности у больных СД. У пациентов с АГ и СД 2 общая смертность в 4-7 раз выше, чем у пациентов с нормальным артериальным давлением (АД) без СД

Результаты многочисленных исследований доказали важность контроля гликемии, артериального давления у больных страдающих сахарным диабетом для предотвращения развития таких осложнений как - инфаркт, инсульт, нарушения периферического кровообращения. Со стороны ВОЗ был предложен пакет эффективных вмешательств, направленных на раннее выявление и диагностику артериальной гипертонии и сахарного диабета 2 типа с использованием экономически доступных технологий, включающих не медикаментозные и медикаментозные вмешательства, который был адаптирован для нашей страны. В связи с этим, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан принимает меры, направленные на улучшение здоровья населения в области диагностики, лечения и мониторинга больных страдающих сахарным диабетом 2-типа, артериальной гипертонией посредством внедрения адаптированных клинических протоколов через обучение медработников ПМСП. По статистическим данным в Узбекистане на диспансерном учете состоит около 118000 людей, страдающих сахарным диабетом 2 типа. При этом надо учесть, что заболевание начинается исподволь, незаметно и поэтому очень большое количества людей не знают о своем заболевании.

Цель работы: Оценить ведение и качество лечения уже диагностированных больных сахарным диабетом 2 типа, страдающих артериальной гипертонией согласно адаптированного клинического протокола ПЭН ВОЗ.

Материалы и методы исследования. Данное ретроспективное исследование было проведено сельской семейной поликлинике (ССП) Самаркандской области. Численность общего населения, прикрепленного к данному учреждению составляет 16150 человек. Из них люди старше 40 лет 6180 человек (38%), на учете по поводу сахарного диабета состояло 89 человек (1,4%). Были изучены



амбулаторные карты 89 больных, состоящих на учете по поводу сахарного диабета. Все больные сахарным диабетом 2 типа были разделены по половым принадлежностям: женщины 52 (57,7%), мужчины 38 человек (42,3%). Средний возраст больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа колебался от 35 лет до 82 лет. Оценка амбулаторных карт проводилась путем анализа индивидуального плана ведения пациента (ИПВП).

Полученные результаты. После внедрения адаптированного протокола ПЭН ВОЗ изучением ИПВП улучшилась диагностика больных сахарным диабетом 2 типа, дополнительно СД был выявлен у 143 больных. Общее количество больных достигло 232 человек .

К сожалению, большинство пациентов к моменту постановки диагноза уже имеют кардиоваскулярные осложнения (атеросклеротическое поражение церебральных, коронарных и периферических артерий) и перенесенные сердечнососудистые катастрофы. Развивающаяся у этих пациентов еще задолго до формирования СД компенсаторная гиперинсулинемия (на фоне инсулинорезистентности), с одной стороны, позволяет какое-то время поддерживать углеводный обмен в норме, а с другой - способствует развитию метаболических, гемодинамических и органических нарушений, приводящих к развитию ССЗ и их осложнений. Уже на стадии формирования метаболического синдрома более половины пациентов имеют поражения органов-мишеней. Поздняя же диагностика СД 2 еще больше усугубляет ситуацию. При оценке качества медицинской помощи больным сахарным диабетом II типа было выявлено, что в исследуемом учреждении не у всех врачей ВОП имеется адаптированный клинический протокол ПЭН ВОЗ. Из 89 зарегистрированных больных сахарным диабетом только 63 (70,7%) получали лечение сахарного диабета соответственно адаптированного клинического протокола ПЭН. Из 38 больных с осложненной гипертензией только у 12 (31,5%) больных лечение соответствует протоколу.

Выводы. Таким образом, исследование продемонстрировало более высокую распространенность СД в популяции, чем на это зарегистрировано, что подтверждает недостаточный уровень диагностики новых случаев СД 2. Как уже было сказано, поздняя диагностика СД 2 чревата неблагоприятным прогнозом у данной категории пациентов, особенно в отношении макроваскулярных осложнений. Плохо контролируемая АГ, высокая частота ССЗ и почечных заболеваний требуют более пристального внимания к этой категории пациентов и совместных усилий со стороны кардиологов и эндокринологов, направленных на предотвращение фатальных сердечно-сосудистых осложнений, являющихся основной причиной смерти больных СД 2 типа.

Использованная литература:

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 7th Edition. 2015.
1. 2.ShestakovaM.V., VikulovaO.K.Innovatsii v diagnostike i lechenii sakharnogo diabetati pa2.Vrach. 2012; 8: 2-6. [in Russian]
2. Mogensen CE. New treatment guidelines for a patient with diabetes and hypertension. J Hypertens Suppl 2003; 21: S25-30.
3. Шестакова М.В., Чазова И.Е., Шестакова Е.А. Российское многоцентровое скрининговое исследование по выявлению недиагностированного сахарного диабета 2 типа у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Сахарный диабет. 2016; 19 (1): 24-
4. А.Верткин. Сахарный диабет. Эксмо, Москва, 2015-11-06,
5. Лапасов С.Х., Аблакулова М.Х., и др повышение качества лечения больных сахарным диабетом, осложненной артериальной гипертензией. Ж, Вестник врача, Самарканд, 2010, №1, 171-173стр.
6. Хусинова Ш.А., Аблакулова М.Х., Абдухамидова Д.Х. Оценка качества ведения артериальной гипертензии на уровне первичного звена здравоохранения в Самаркандской области. Ж: Кардиология Узбекистана, Т., 2015г., №2 (36), стр.88.



ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Шарифова Феруза Рустамовна,
Ташкент, стажер-соискатель Ташкентского педиатрического
медицинского института (ТашПМИ),
телефон: +998(97)7705877
altirar@mail.ru

Анотация Тадқиқот мақсади ўсмирлик даврида темир танқислиги ва темир танқислиги камқонлиги (ТТК) муаммоларининг ҳолати ва олдини олишининг асосий принциплари тўғрисида қисқача таҳлилни ўтказиш эди. Болалар ва ўсмирларда темир танқислигини ўрганишга бағишланган адабиётлар шарҳи ўтказилди. Темир танқислиги ва ТТК ривожланишининг олдини олиш учун гемоглобин концентрациясини мунтазам равишда ўлчаш тавсия этилади. Рационни темирга бой озиқ-овқатлар билан бойитиш, қон йўқотиш манбасини йўқ қилиш, ТТК касаллиги ривожланишига сабаб бўлган асосий.

Калит сўзлар темир этишмаслиги, темир танқислиги камқонлиги (ТТК), ўсмирлик, қон йўқотиш, қизгин жисмоний фаолият, парҳез.

Abstract. The aim of the study was to conduct a brief review of the state of the problem of iron deficiency and iron deficiency anemia (IDA) in adolescence and the basic principles of prevention. A review of literature devoted to the study of iron deficiency in children and adolescents was conducted. In order to prevent the occurrence of iron deficiency and the development of IDA, regular measurement of hemoglobin concentration is recommended. Of great importance is the enrichment of the diet with foods rich in iron and the elimination of the source of blood loss, treatment of the underlying disease that caused the development of IDA.

Keywords: iron deficiency, iron deficiency anemia (IDA), adolescence, blood loss, intense physical activity, diet.

Железодефицит и железодефицитные анемии не теряют своей актуальности в педиатрии. Особое значение, данное состояние приобретает в подростковом возрасте. Пубертатный период характеризуется усиленным ростом, развитием и перестройкой организма, в частности его различных систем: эндокринной, нервной, иммунной.

Целью проведения исследования явилось проведение краткого обзора состояния проблемы возникновения железодефицита и железодефицитной анемии в подростковом возрасте и основных принципов профилактики.

Материалы и методы. Был проведен обзор литературных источников, посвященных изучению проблеме железодефицита в детском и подростковоком возрасте.

Результат. В числе ключевых причин анемии в детском и подростковом возрасте называют:

- Дефицит железа при рождении ребенка (фетоплацентарная трансфузия)
- Несбалансированное или недостаточное питание (алиментарный дефицит) железа
- Увеличение потребности организма в железе в младшем детском и в пубертатном периоде (бурный рост ребенка в возрасте 1-3 и 14-16 лет)
- Потери железа из организма, превышающие физиологические.

Одной из главных проблем нехватки железа в подростковом возрасте является несоответствие между возросшими потребностями в железе и его запасами в организме. Нехватка железа в организме приводит к нарушению образования гемоглобина в достаточном количестве, развитию железодефицитной анемии (ЖДА), характеризующейся гипохромией и трофических расстройств.

Наиболее выражен железодефицит, как правило, у девочек-подростков и у девушек, что может быть обусловлено обильными менструальными кровопотерями. У юношей также могут быть отмечены признаки железодефицита, при недостаточном поступлении железа в организм или его изначально низком уровне, связанным с недостаточным питанием и его несбалансированностью, на фоне значительно возросших его потребностей, например при занятиях некоторыми видами спорта, связанными с интенсивными физическими нагрузками.

С целью профилактики возникновения железодефицита и развития ЖДА рекомендуют регулярное измерение концентрации гемоглобина как минимум один или два раза в год у девушек и девочек подросткового возраста, имеющих обильные кровопотери, а также у парней имеющих интенсивные физические нагрузки. Меры профилактики возникновения должны быть направлены не только на



устранение причин железодефицита, но и восполнение его запасов в организме. Большое значение имеет обогащение рациона продуктами богатыми железом. При этом имеет значение не только количество, но и усвояемость железа.

Заклучение.

Основным способом профилактики во всех случаях железодефицита является определение непосредственной причины его возникновения и её устранение. Под устранением причин подразумевают ликвидация источника кровопотери, проведение терапии основного заболевания, ставшего причиной развития ЖДА.

Список использованной литературы:

1. Квашнина Л.В., Родионов В.П., Матвиенко И.Н. Возможности коррекции дефицита железа и нарушений микробиоценоза кишечника у детей // Здоровье ребенка, 2016. р- № 6(74) - 14-20.
2. Масликова Г.В., Бокова Т.А. Железодефицитные состояния у подростков: подходы к диагностике, профилактике и лечению // Поликлиника, 2014. - 5. - С. 56-58
3. Стуклов Н.И., Басиладзе И.Г., Пивник А.В., Лишинская А.А., Фадеева Н.А., Князев О.В., Носкова К.К., Парфенов А.И., Сидерал форте первый опыт патогенетической терапии анемий при воспалительных заболеваниях кишечника // Вестник последипломного медицинского образования. - 2016. - № 4. - С. 21-30.
4. Трухан Д.И., Юренев Г.Л., Чусова Н.А. Железодефицитная анемия: актуальные аспекты диагностики и лечения в реальной клинической практике терапевта // Терапия, 2019 - №1 - (27) - С. 172-178.
5. Camaschella C: New insights into iron deficiency and iron deficiency anemia // Blood Rev., 2017. - 31(4). - С. 225-233,
6. Rothman J.A. Iron-Deficiency Anemia // Diseases of the Blood. 2019. Part XX chapter 482 2522-2526.e1.



САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИ КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ

Шодиева Дилафруз Абдужалоловна,
Джумаева Насиба Собировна
Юқумли касалликлар, эпидемиология ва
дерматовенерология кафедраси ассистентлари
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институтини
shodieva-dilafuz@mail.ru

Аннотация: Вирусли гепатит С (ВГС) инфекцияси бутун дунё бўйича кенг тарқалган. Гепатит С - сурункали жисгар касалликлари орасида салмоқли ўринни эгаллаб, беморлар соғлиғига каттиқ зарба беради. Melvin D.C. ва ҳаммуаллифлар (1,2), кузатувида ВГС коинфекциясида гепатоцитларнинг парчаланishi ВГС касаллиги яқка ҳолда кечишига нисбатан жадаллик билан юз беришини аниқлашди. Турли хил ҳамроҳ касалликлар ВГС микст инфекцияси бўлган беморларнинг жисгар тўқимасида яллиғланиш ва фибротик жараёнлар жуда яққол намоён бўлади. Шунингдек, фиброзланиш фақат ВГС билан зарарланган беморларга нисбатан жуда тез ривожланади. Шу боис, ВГС касаллигининг охириги йилларда ўзига хос кечиш хусусиятларини ўрганишини ўз олдимишга мақсад қилиб қўйдик.

Калит сўзлар: Вирусли гепатит С; фиброз; фибротик жараён; яллиғланиш; парентерал; инфекция; эпидемиология; дезинфекция; стерилизация; жисгар тўқимаси.

Охириги йилларда дунё бўйича гепатит С касаллигининг ноқулай эпидемиологик ҳолати юзага келган бўлиб, ушбу инфекция билан касалланиш кўрсаткичининг сезиларли даражада ўсиши ижтимоий- иқтисодий ва муҳим тиббий муаммо ҳисобланмоқда. Вирусли гепатит С билан касалланиш ҳолати ҳақидаги маълумотларни йиғиш, унинг клиник ва эпидемиологик аспектиларини ўрганиш бу касаллик билан кураш ва олдини олиш бўйича профилактик чора тadbирларни ишлаб чиқишда муҳим қадам ҳисобланади.

Бизнинг кузатувимизда Самарқанд вилояти бўйича биринчи марта "Вирусли гепатит С" касаллиги ташхиси билан рўйхатга олинган беморлар кузатуви остига олиниб, шу аҳоли истиқомат қилаётган манзиллар, яъни касаллик ўчоғи ўрганилди. Сўровнома орқали тўпланган маълумотлар статистик қайта ишланди. Тадқиқотда асосан Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига 2013-2018 йилларда мурожаат этган беморларда ўтказилган кузатуви натижалари асос қилиб олинган. Йиллар бўйича Вирусли гепатит С касаллиги билан касалланиш ҳолатини таҳлил этганимизда, касаллик шаклига кўра, "Вирусли гепатит С" ташхиси билан биринчи марта рўйхатга олинган беморлар сонининг камайиб борганлигини, сурункали вирусли гепатит С касаллиги билан касалланиш ҳолати пасайиш тенденциясига эга эмаслиги аниқлаш мумкин. Беморларнинг манзилгоҳлари таҳлил этилганда қуйидагилар маълум бўлди. Беморларнинг асосий қисмини Самарқанд шаҳридан (46 %) ва туманларидан келган беморлар ташкил этди. Касаллик 26-50 ёш орасида бўлган беморларда кўп учраган - 90%. Беморларнинг ўртача ёши - 25-40 ёшни ташкил қилди. Кузатувидаги беморлар жинсини таҳлил этганимизда ВГС инфекцияси асосан эркакларда учраганлиги аниқланилди (74 %). Беморларнинг эпидемиологик анамнези таҳлил қилинганда қуйидагилар маълум бўлди: 30,5 % беморларнинг охириги йилларда хорижда ишлаб келганлиги, 23,2 % беморларнинг инъекцион муолажаларни қабул қилганлиги, 19,4 % беморлар бошидан тиббий муолажаларни ўтказганлиги, 15,8 % беморларга қон қуйилганлиги, 11,1 % беморларда юқиш йўли аниқланилмади. Инъекцион муолажаларни беморларнинг аксарият қисми қабул қилган бўлиб, уларнинг манзиллари Самарқанд шаҳридан эканлиги аниқланилди. ВГС касаллиги узатилиш механизмини йиллар бўйича таҳлил этганимизда қуйидагилар аниқланилди:

1.Бизнинг кузатувимизда ВГС касаллигининг онадан болага узатилиши, яъни вертикал узатилиш механизми қайд этилмади. Адабиётларда ҳам ВГС касаллигининг вертикал ўтиш йўли жуда паст бўлиб, 1-5% ни ташкил этади. 2. Парентерал узатилиш механизми орқали касалликнинг узатилиши охириги йилларда сезиларли равишда камайган. Бу ҳолат тиббий муассасаларда стерилизация ва дезинфекция ишлари йўлга қўйилганлиги, бир марталик ишлатиладиган стерил асбоблар ва шприцлар қўлланилиши билан боғлиқ. 3.Шунга қарамасдан, охириги йилларда инъекцион гиёҳвандлик ва жинсий йўл орқали билан касалликнинг узатилиш сони ортган. Бу ҳолат аҳоли орасида етарлича санитар оқартирув ишлари олиб борилмаётганлигини билдиради. Шу мақсадда, беморлар орасида ўтказилган сўровнома натижаларига кўра қуйидагилар аниқланилди: *Беморлардан 15,7 % ушбу касаллик ҳақида



бироз бўлса-да, маълумотга эга; *Беморларнинг 12,9 % бу касалликнинг юқиш йўллари ҳақида билишади; *Беморларнинг 9,8 % бу касалликнинг олдини олиш бўйича бирон бир маълумотга эга эмас; *Қолган беморлар бу касаллик ҳақида бирон бир маълумотга эга эмас. ВГС инфекцияси касаллигига чалинган беморларнинг касб-корларини таҳлил қилганимизда, беморларнинг асосий қисмини вақтинча ишсизлар ташкил қилиши аниқланилди. Бундан ташқари, вақтинча ишсизларнинг 12,9 % маълум сабабларга кўра қамалганлар ташкил этиши аниқланилди. Беморларнинг 31,7 қисмини тиббиёт ва лаборатория соҳасида ишлаганлар ташкил этиши маълум бўлди. Охирги йилларда ўткир вирусли гепатит С касаллигининг учраш тезлиги пасайганлиги аниқланилди. Бироқ сурункали вирусли гепатит С касаллиги билан касалланиш сони пасайиш тенденциясига эга эмас.

Гепатит С касаллиги асосан сурункали кўринишда кечганлиги аниқланилди. Касалликнинг ўткир шакли беморларда учрамади. Сурункали гепатит С касаллиги минимал фаоллик даражада, паст фаоллик даражада, ўртача фаоллик даражада, юқори фаоллик даражада кечишига қараб ўрганилди. Бизнинг кузатувимизда бу гуруҳдаги беморлар 19,4 % ни ташкил этиб, беморларда ҳолсизлик, дармон қуриши, меҳнат қобилиятининг пасайиши аниқланилди. Сурункали гепатит С касаллигининг паст фаоллик даражасида беморларда иммун тизим фаолиятининг пасайишига олиб келди (24,2 %) Уларда асосан ҳолсизлик, дармон қуриши, иштаҳасининг пастлиги, ич қотиши, қорин дамлаши, кўнгил айниши, ошқозон соҳасидаги оғриқлар аниқланилган.

Касалликнинг ўртача фаоллик даражасида беморлар 21,4 % ни ташкил этиб, уларда ҳолсизлик, дармон қуриши, уйқунинг бузилиши, бош оғриғи, ўнг ковурга остида тўмтоқ оғриқ, оғиз қуриши, иштаҳасининг пастлиги, ич қотиши, кўнгил айниши, ошқозон соҳасидаги оғриқлар, жигар соҳасидаги оғриқлар, қорин дамлаши кузатилди. Касалликнинг юқори фаоллик даражаси 35 % беморларда аниқланди. Касаллик бошланишида беморларни ҳолсизлик, дармон қуриши, иситма, иштаҳасининг пастлиги, бўғимлар ва мушаклардаги оғриқлар, ич қотиши, қусиш, тинимсиз кўнгил айниши, зарда қайнаши, кекириш, ошқозон соҳасидаги оғриқлар, жигар соҳасидаги оғриқлар, қорин дамлаши, иситма безовта қилган. Бу гуруҳдаги беморларда қуйидаги ҳамроҳ касалликлар: оғир даражали камқонлик, сурункали пиелонефрит, ярали стоматит кузатилди. Беморлардан 21,4 % да Нв нинг 36 г/л- 26 г/л гача тушганлиги аниқланилди. Касалликнинг юқори фаоллик даражасида 16,6 % беморда бурундан қон кетиши, 9,5 беморда телеангиоэктазиялар аниқланилди. Уларга "Сурункали гепатит С. Юқори фаоллик даражаси. Циррозга ўтиш даври" ташхиси қўйилган. Касалликнинг юқори фаоллик даражаси асосан 30-40, 40-50 ёшлар орасидаги гуруҳларда қайд этилди. Кузатувдаги беморларнинг 76,1 % қуйидаги ҳамроҳ касалликлар: сурункали холецистит (19,8 %), гепатохолецистит (7,1%), Жильбер гепатози (4,7 %), ўт-тош касаллиги (21,4%), сурункали пиелонефрит (27,6%), ОИВ инфекцияси (8,3%), жигар гемангиомаси (11,1%) полидефицит камқонлик (100%) ва бошқа соматик касалликлар аниқланилди. Шунингдек, 45,6% ҳолатда ушбу ҳамроҳ касалликларнинг биргаликда қўшилиб келиши кузатилди. Ҳамроҳ касалликлар кузатилган беморларда касалликнинг асосан "Юқори фаоллик даражаси " ва "Касалликнинг ўртача фаоллик даражаси" аниқланилди.

Хулоса: Вирусли гепатит С билан касалланиш асосан катталар орасида, яъни 18 ёшдан катталар орасида кўпроқ учраши аниқланилди. Охирги 5 йил ичида Ўзбекистон республикасида вирусли гепатит С касаллиги ўткир шакли билан беморлар рўйхатга олинмаган. Бундан ташқари, давлатдаги эпидемиологик вазиятни эътиборга олган ҳолда аҳоли орасида санитар оқартирув ишлари олиб бориш ва олиб борилаётган чора тадбирларни тўғри баҳолай олиш лозим. Кузатувимиздаги беморларда охирги йилларда касалликнинг сурункали тури учради. Касалликнинг сурункали трлари ҳамроҳ касалликлар фонида юқори фаоллик даражасида кечиши кузатилди. Бу ҳолат жигар тўқимасининг тезда фиброзланишига сабаб бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Заматкина Л.Ф. Эпидемиологическая и клиническая характеристика внутрисемейных очагов хронических вирусных гепатитов В и С: Дис. канд. мед наук. - Иркутск, 2003. - 135 с.
2. Еналеева Д.Ш., Фазылов В.Х., Созинов А.С. Хронические вирусные гепатиты В и С Москва, 2003.
3. Бобкова М.Р. Возможные механизмы взаимного влияния инфекций, вызываемых ВИЧ и вирусом гепатита В / М.Р. Бобкова //Ж. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2002. - №5. - 104-116.
4. Кравченко А.В. Сочетанное лечение ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов / А.В. Кравченко //Медицинская кафедра. - 2003. - №1 (5). - 30-40.
5. Покровский В.В. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России - куда идешь? / В.В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. -2004. - №4. - 4-6.



6. Weber R., Friis- Moller N., Sabin C/ et al. Liver - related deaths among HIV-infected persons. Data from the D: A: D study // Program and abstracts of the European AIDS clinical society, 10th European conference; Novemder 17-20, 2005/ Dublin, Ireland. - Dublin, 2005. Abstract. PE18/4/7.



ВОПРОСЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ

Шопулатов Искандар Бахтиёрович,
Самаркандский государственный медицинский институт
научный руководитель - PhD Бойманов Ф. Х.
+998915406633, +998979181797
Iskandar_1986@mail.ru; boymanovf@mail.ru

АННОТАЦИЯ: В работе показано недостаточность исследований по аспектам установления давности переломов костей кисти. Подчеркивается что, достижения современной репаративной медицины могут служить основой для разработки критериев по установлению давности переломов этих костей.

Ключевые слова: кости кисти, переломы, судебно-медицинская экспертиза.

Актуальность. Установления давности переломов костей кисти (так и других повреждений) является одним из основных задач судебно-медицинской экспертизы (исследований). Известно, что переломы костей всегда сопровождаются острыми циркуляторными нарушениями кровоснабжения, вызывающими развитие патологических изменений в травмированных органах и тканях опорно-двигательной системы (ОДС). Степень этих изменений в тканях костей зависит от тяжести травмы и вызванных циркуляторных расстройств кровоснабжения, а также от своевременности и адекватности оказанной медицинской помощи.

Цель исследования. Показать возможности достижений регенеративной медицины для решения вопроса по установлению давности переломов костей кисти.

Результаты. Современный этап развития представлений о репаративной регенерации тесно связан с достижениями регенеративной медицины. Разрабатываются вопросы восстановления структуры костей, и их функций путем имплантации стволовых клеток большого или аллогенного клеточного материала. Также регенеративная медицина рассматривает использование физиологически активных веществ, активизации пролиферации имплантированных клеток и формирование костного дифферона, при заживлении перелома. Формирование костной ткани в процессе заживлений переломов костей, также как и гистогенез при повреждениях других тканей, протекает стадийно [А.Т. Бруско 2000; В.И. Симбалюк 2005; S. Schrepter 2007; Г. Зиммерманн 2009].

Установлено, что процесс первой фазы 1-ой стадии регенерации костей в области переломов протекает с кровоизлиянием, отеком, плазмостазом, формированием кровяных сгустков, тромбообразованием, появлением макрофагальной инфильтрации и развитием диффузных ишемических дегенеративно-некротических изменений в тканях. Продолжительность этой фазы составляет 6-18ч. с момента травмы. Затем в травмированных тканях на участках с нестойкой компенсацией нарушений кровоснабжения возникают признаки некроза и дезорганизации тканевых структур, нарастает макрофагальная клеточная инфильтрация (вторая фаза первой стадии), продолжительность которой составляет 8-24ч. после травмы. В третьей фазе 1-ой стадии репаративной реакции, через 24-72ч. после травмы наблюдается пролиферация мезенхимальных стволовых клеток костного мозга, перицитов микроциркуляторного русла, периоста, эндоста с формированием остеогенной ткани. В четвертой фазе 1-ой стадии (до 3-5 суток) репаративной реакции клеточные элементы остеогенной ткани активно пролиферируют и дифференцируются в костные клетки - преостеобласты и остеобласты, синтезирующие и секретирующие остеоид, превращающийся после минерализации в грубоволокнистую костную ткань. Во второй стадии - стадии формирования сращения костных отломков через 3-5 суток после травмы формируются костные регенераты, которые в течение 2-6 нед. приводят к слиянию и консолидации отломков. В третьей стадии-стадии заживления в зависимости от клеточного состава и тканевой структуры регенерата развиваются первичные костные, фиброзно-хрящевые или вторичные костные сращения. При наличии декомпенсированных циркуляторных нарушений кровоснабжения тканей, репаративная реакция протекает вяло и проявляется развитием преимущественно фиброзной, реже- хрящевой ткани (фиброзно-хрящевое сращение). Четвертая стадия заживления перелома характеризуется формированием типичной органной структуры кости.

Таким образом. В современных условиях рентгеноморфологические проявления репаративного процесса в области переломов костей кисти могут позволить определить давность их возникновения.



Литература:

1. Симбалюк В.И. Нейрогенные стволовые клетки [Неурогенис стем селлс] В.И. Симбалюк, В.В. Медведев. - К. : Изд-во Коваль, 2005.С.- 596.
2. Бруско А.Т.Особенности перебудови кқстково-хрящових трансплантатқв при заглибнқй алопластисқ суглобових кқнсқв кқсток [Феатурес оф реструстуриг оф боне-сартилаге транспланте ат субмерсибле аллопластй оф жоинт эндс оф бонес]/ Бруско А.Т., Браду Ю.Г., Ганнам Х.[та қн.] / Лқтопис травматол. та ортопед. - К. : Ленвқт, 2000. - С. 12-14.
3. Зиммерманн Г.Трансформирующий фактор роста (ТФР)-? как маркер за-медленного сращения переломов / Зиммерманн Г., Хенле П., Кусветтер М.[ет ал.] // Ортопед., травматол. и протез. - 2009.- № . - С. 57-65.
4. Schrepter S. Stem cell transplantation: the lung barrier / Schrepter S., Deuse T., Reichenspurner H. [et al.] // Transplant. Procs. - 2007. - Vol. 39. - P. 573-576.



ВОПРОСЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ

Шопулатов Искандар Бахтиёрвич
Самаркандский Государственный медицинский Институт
научный руководитель - PhD Бойманов Ф. Х.
+998915406633, +998979181797
Iskandar_1986@mail.ru; boymanovf@mail.ru

АННОТАЦИЯ

В работе показано недостаточность исследований по аспектам установления давности переломов костей кисти. Подчеркивается что, достижения современной репаративной медицины могут служить основой для разработки критериев по установлению давности переломов этих костей.

Ключевые слова: кости кисти, переломы, судебно-медицинская экспертиза.

Актуальность. Установления давности переломов костей кисти (так и других повреждений) является одним из основных задач судебно-медицинской экспертизы (исследований). Известно, что переломы костей всегда сопровождаются острыми циркуляторными нарушениями кровоснабжения, вызывающими развитие патологических изменений в травмированных органах и тканях опорно-двигательной системы (ОДС). Степень этих изменений в тканях костей зависит от тяжести травмы и вызванных циркуляторных расстройств кровоснабжения, а также от своевременности и адекватности оказанной медицинской помощи.

Цель исследования. Показать возможности достижений регенеративной медицины для решения вопроса по установлению давности переломов костей кисти.

Результаты. Современный этап развития представлений о репаративной регенерации тесно связан с достижениями регенеративной медицины. Разрабатываются вопросы восстановления структуры костей, и их функций путем имплантации стволовых клеток большого или аллогенного клеточного материала. Также регенеративная медицина рассматривает использование физиологически активных веществ, активизации пролиферации имплантированных клеток и формирование костного дифферона, при заживлении перелома. Формирование костной ткани в процессе заживлений переломов костей, также как и гистогенез при повреждениях других тканей, протекает стадийно [А.Т. Бруско 2000; В.И. Симбалюк 2005; S. Schrepter 2007; Г. Зиммерманн 2009].

Установлено, что процесс первой фазы 1-ой стадии регенерации костей в области переломов протекает с кровоизлиянием, отеком, плазмостазом, формированием кровяных сгустков, тромбообразованием, появлением макрофагальной инфильтрации и развитием диффузных ишемических дегенеративно-некротических изменений в тканях. Продолжительность этой фазы составляет 6-18ч. с момента травмы. Затем в травмированных тканях на участках с нестойкой компенсацией нарушений кровоснабжения возникают признаки некроза и дезорганизации тканевых структур, нарастает макрофагальная клеточная инфильтрация (вторая фаза первой стадии), продолжительность которой составляет 8-24ч. после травмы. В третьей фазе 1-ой стадии репаративной реакции, через 24-72ч. после травмы наблюдается пролиферация мезенхимальных стволовых клеток костного мозга, перицитов микроциркуляторного русла, периоста, эндоста с формированием остеогенной ткани. В четвертой фазе 1-ой стадии (до 3-5 суток) репаративной реакции клеточные элементы остеогенной ткани активно пролиферируют и дифференцируются в костные клетки - преостеобласты и остеобласты, синтезирующие и секретирующие остеоид, превращающийся после минерализации в грубоволокнистую костную ткань. Во второй стадии - стадии формирования сращения костных отломков через 3-5 суток после травмы формируются костные регенераты, которые в течение 2-6 нед. приводят к слиянию и консолидации отломков. В третьей стадии-стадии заживления в зависимости от клеточного состава и тканевой структуры регенерата развиваются первичные костные, фиброзно-хрящевые или вторичные костные сращения. При наличии декомпенсированных циркуляторных нарушений кровоснабжения тканей, репаративная реакция протекает вяло и проявляется развитием преимущественно фиброзной, реже- хрящевой ткани (фиброзно-хрящевое сращение). Четвертая стадия заживления перелома характеризуется формированием типичной органной структуры кости.

Таким образом. В современных условиях рентгеноморфологические проявления репаративного процесса в области переломов костей кисти могут позволить определить давность их возникновения.



Литература

5. Симбалюк В.И. Нейрогенные стволовые клетки [Неурогенис стем селлс] В.И. Симбалюк, В.В. Медведев. - К. : Изд-во Коваль, 2005.С.- 596.
6. Бруско А.Т.Особенности перебудови кқстково-хрящових трансплантатқв при заглибнқй алопластисқ суглобових кқнсқв кқсток [Феатурес оф реструстуриг оф боне-сартилаге транспланте ат субмерсибле аллопластй оф жоинт эндс оф бонес]/ Бруско А.Т., Браду Ю.Г., Ганнам Х.[та қн.] / Лқтопис травматол. та ортопед. - К. : Ленвқт, 2000. - С. 12-14.
7. Зиммерманн Г.Трансформирующий фактор роста (ТФР)-? как маркер за-медленного сращения переломов / Зиммерманн Г., Хенле П., Кусветтер М.[ет ал.] // Ортопед., травматол. и протез. - 2009.- № . - С. 57-65.
8. Schrepter S. Stem cell transplantation: the lung barrier / Schrepter S., Deuse T., Reichenspurner H. [et al.] // Transplant. Procs. - 2007. - Vol. 39. - P. 573-576.



НЕОНАТАЛ ДАВРДА УЧРАЙДИГАН ТУЁМА ЮРАК АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ УЧРАШИ ВА СТРУКТУРАСИ

Гулнора Шербекевна ЭЛТАЗАРОВА

1-сон акушерлик ва гинекология кафедраси доценти

g.sh.eltazarova@mail.ru

Мунира Файзуллаевна УСМОНОВА

Неонатология кафедраси, ассистенти

Телефон: +998906036453

Самарқанд Давлат тиббиёт институти.

Аннотация. Янги туғилган чақалоқларда перинатал касалликлар орасида туғма ривожланиш аномалиялари структурасини ўрганиш. Улар орасида туғма юрак аномалияларининг ўрнини кўрсатиш.

Адабиётлар маълумотларига кўра, айна вақтда туғма ривожланиш нуқсонлари орасида энг кўп учрайдиган аномалиялар бу туғма юрак аномалияларидир. Перинатал ўлим ва касалланиш сабаблари орасида туғма юрак аномалиялари иккинчи ўринда келмоқда. Хромосом аномалиялар: 21 чи хромасома трисомиясида 53%, 21 чи хромасома елкаларининг узайишида 12%, 18 чи хромасома трисомиясида 13%, 13 чи хромасомалар трисомиясида 6% туғма юрак аномалиялари билан бирга учайди. Генетик жиҳатдан туғма юрак аномалияларининг юзага келиши учун организмда мойлик мавжуд. Туғма юрак аномалияларининг этиологияси кўп қиррали, улар орасида инфекциялар ва ирсий омилларнинг алоҳида ўрни мавжуд (1,2,3,4,5,6).

Соғлиқни сақлаш тизимининг "Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш" доирасида тиббий хизматлар сифатини ошириш, устивор йўналишларидан бири ногирон болалар туғилишини камайтириш.

Самарқанд вилоят кўп тармоқли болалар шифохонаси чақалоқлар патологияси бўлимининг 2018 йилги маълумотлари асосида 86 нафар чақалоқлардаги касалликлар назологияси ретроспектив таҳлил қилинди.

Калит сўзлар: туғма ривожланиш аномалияси, туғма юрак аномалияси, перинатал ўлим, перинатал касаллик.

Текшириш натижалари: Туғма юрак аномалиялари Урал Давлат Медицина институти олимлари Саперова Е.В. ва Вахлова И.Е. ларнинг маълумотларига кўра 80,98, ирсий аномалиялар ажратиб чиқилганда 69,85 ташкил қилган (10 минг болаларга нисбатан). Самарқанд вилояти кўп тармоқли болалар шифохонаси чақалоқлар патологияси бўлимига келиб тушган болалар орасида, касалликлар назологияси структураси ўрганилди. Натижалар: юрак қон-томир тизими аномалиялари 56 (65,11%), хромосом патологиялар 22 (25,58%), юз-жағ тизими аномалиялари 11 (12,79%), бошқа патологиялар 9 (10,46%), марказий нерв тизими аномалиялари 8 (9,30%), меъда ичак тизими аномалиялари 7 (8,13%), суяк-мушак тизими ва дисэмбриогенез стигмалари 3 (3,48%)дан аниқланди.

Туғма юрак аномалияси 56 (65,11%), структураси: юрак бўлмачалараро тўсиқ дефекти 21 (24,4%), қоринчалараро тўсиқ дефекти 18 (20,93%), Фало тетрадаси 7 (8,13%), артериал йўл очиклиги 4 (4,65%), атриовентрикуляр канал аномалияси 3 (3,38%), ўпка артерияси стенози, магистрал қон-томирлар транспозицияси ва юракда ягона қоринчанинг бўлиши 1 (1,16%)дан топилди.

Марказий нерв тизими аномалиялари 8 (9,30%); гидроцефалия 5 (5,81%), микроцефалия 2 (2,32%), бош тепа суяги аплазияси 1 (1,16%) мавжуд бўлди.

Меъда-ичак тизими аномалиялари 7 (8,13%): ичаклар парези 1 (1,16%), аноректал аномалиялар 2 (2,32%), туғри ичак атрезияси 1 (1,16%), гастрошизис 1 (1,16%), долихосигма, туғма пастки ичак парези 1 (1,16%) кузатилди.

Юз-жағ тизими аномалиялари 12 (12,79%): бўри танглай 8 (9,30%), қуён лаб 1 (1,16%), қуён лаб-бўри танглай 1 (1,16%), туғма гипотелоризим 1 (1,16%) учради.

Суяк-мушак тизими аномалиялари 3 (3,48%): ҳар икки чаноқ дисплазияси 1 (1,16%), икки томонлама маймоқлик 1 (1,16%), бир томонлама маймоқлик 1 (1,16%) аниқланди.

Сийдик ажратиш тизим аномалиялари 2 (2,32%): қовуқ экстрофистуласи 1 (1,16%), туғма гидронефроз 1 (1,16%) ва нафас олиш тизимида, ўпкалар ателектази 1 (1,16%) кузатилди.

Хромосом аномалиялар 22 (25,58%): Даун синдроми 2 (2,32%), Апера синдроми 1 (1,16%) ва юқоридаги ирсий мойилги бўлган аномалиялар.

Перинатал касалланиш структурасида: юрак қон-томир касалликлари, туғма кардит 5 (5,81%),



уларнинг биттасида туғма эрта кардит - фиброз эластоз клиникаси билан декомпенсация даражаси 1 (1,16%); қон айланиш бузилиши II даражаси 3 (3,48%); нафас етишмаслигининг оғир даражаси 12 (13,95%) кузатилди, асосан қоринчалараро тўсиқ дефекти кузатилган ҳолларда.

Марказий нерв тизимининг перинатал зарарланиши 20 (23,25%), улар қуйидагича номоён бўлди: талваса синдроми 2 (2,32%), кўз симптомлари билан 5 (5,81%), мия ичи гипертензияси 1 (1,16%), бош миёда қон айланиши бузилиши 1 (1,16%), субарохноидал бўшлиқ окклюзион гидроцефалияси, гипертензион синдром билан 1 (1,16%), гипотелоризм 1 (1,16%) клиникалари кузатилди.

Ҳомила ичи инфекцияси 14 (16,27%), ҳомила ичи пневмонияси 4 (4,65%), димланган пневмония 2 (2,32%), шифохонадан ташқари пневмония 5 (5,81%) билан келган.

Бошқа патологиялар: оқсил энергетик етишмовчилиги оғир даражаси 1 (1,16%); ноинфекцион диярея 1 (1,16%), туғма буллёз эпидермолиз 1 (1,16%); туғма гипотериоз 1 (1,16%); гепатит, нефрит, ўткир буйрак етишмовчилиги, бош мия ишемияси 1 (1,16%); неонатал сариқлик 1 (1,16%); жинсий тизимда- ретровагинал оқма; симптоматик тромбоцитопения 1 (1,16%) клиникаси билан кечди.

Хулоса, шундай қилиб, туғма ривожланиш нуқсонлари орасида, туғма юрак аномалияси 65,11% аниқланди. Энг кўп учрайдиган шакллари, қоринчалараро тўсиқни 20,93% ва бўлмачалараро тўсиқнинг дефекти 24,4% бўлди. Кейинги навбатта Фало тетрадаси салмоқли ўрин 8,13% эгаллади. Оғир аномалиялар 11, 62% кузатилди. Оғир аномалиялар ва қоринчалараро тўсиқ дефекти, кўпинча нафас етишмовчилигининг оғир даражаси билан кузатилди.

Перинатал касалликлар орасида, юрак-қон томир патологиялари каби, марказий нерв тизимининг перинатал зарарланиши 20 (23,25%), ҳомила ичи инфекцияси 14 (16,27%) салмоқли ўрин эгаллади.

Хромосом аномалиялар 22 (25,58%): Даун синдроми 2 (2,32%), Апера синдроми 1 (1,16%) каби ирсий касалликлар, муаммолардан бири бўлиб -туғма ривожланиш нуқсонларининг юзага келишида ирсиятнинг ўрни борлигини кўрсатади.

Тавсиялар.

1. Қариндош никоҳларни олдини олиш.
2. Генетик маслахатидан ўтиш.
3. Биринчи ва қайта ҳомиладорларни эрта ҳисобга олиш.
4. Ўз вақтида сифатли пренатал скрининг ўтказиш.

Адабиётлар рўйхати.

1. Демикова Н.С., Лапина А.С. Врожденные пороки развития в регионах Российской Федерации (итоги мониторинга за 2000-2010 гг.). 2012; 2:91-98.
2. Саперова Е.В., Вахлова И.В. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность, факторы риска, смертность / Вопросы современной педиатрии .- 2017 . №2 .- С. 52-59 .- Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/615457>
3. Туманова У.Н., Шувалова М.П., Щеголев А.И. Анализ статистических показателей врожденных аномалий как причины ранней неонатальной смерти в Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2018; 63:(6). ст.-60-67.
4. Худоярова Д. Р., Негмаджанов Б. Б. Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов" //Андрология и генитальная хирургия. - 2005. - Т. 6. - №. 1. - С. 20-22.
5. Элтазарова Г.Ш. Гестациянинг инфекциялар фониди кечиши ва оқибатлари//Монография. 2018й. бет.-228.
6. Vadeyar S., Ramsay M., James D., Prenatal diagnosis of congenital Wilms tumor (nephroblastoma) presenting as fetal hydrops. // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2000. - Vol.16, №1. - P. 80-83.



ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА СЕМИЗЛИКНИ ЭРТА АНИҚЛАШ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Надира Эгамбердиевна Юлдашова
Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети кафедра ассистенти
Тел.: +998(91)5562630
nodiragp@mail.ru

Аннотация. Бирламчи тизимда аҳоли орасида семизлик касаллиги билан оғриган беморлар ҳаёт сифатига таъсири ўрганилиб чиқилди ва ушбу муаммони ечишда умумий амалиёт врачининг ва ҳамма ҳамшираларининг тактикаси белгиланган.

Калит сўзлар: ортиқча вазн, семизлик, тана вазн индекси, соғлом турмуш тарзи, юрак қон - томир касалликлари, қандли диабет.

Долзарблиги: Ҳозирги даврда Ўзбекистонда катталар ўртасида вазн ошиқлиги 20,2%ни ташкил қилмоқда. Аҳоли ўртасида семизлик касаллиги кенг тарқалган бўлиб, 19,9% эркакларда, 24,9% аёлларда учрайди. Касалликнинг асосий сабаблари - наслий мойиллик, ҳаёт тарзи, кам ҳаракатчанлик, кўп ёғ истеъмол қилишдир. Тана вазни индекси (ТВИ) 25 кг/м² дан ошса - ортиқча вазн, 30 дан ошса - семизлик деб ташхис қўйилади. Шу ҳоллар юрак-қон томир касалликларни ва қандли диабет хасталикни ривожланишида ҳавфли омил деб ҳисобланади. Шунинг учун, бирламчи бўғиндаги тиббий муассасада оилавий поликлиникада бу касалликни эрта аниқлаш, уни асоратларини олдини олишда, аҳолига соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш ва ҳар бир инсонни ўз саломатлиги учун ўзи масъуллигини билиш катта аҳамиятга эгадир.

Тадқиқот мақсади: Аҳоли ўртасида тана вазн индексини аниқлаш ва унинг меъёрлари ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш сифатини яхшилаш.

Маълумотлар ва усуллар: Тадқиқот Самарқанд шаҳар 3-сон оилавий поликлиникаси худудига қарашли аҳоли ўртасида ўтказилди. Ушбу жараёнда бирламчи тиббий санитария ёрдам муассаса шифокорлари ҳамда маҳалла ҳамширалари иштирок этди. Бу муаммони ўрганиб чиқиш учун 160 та беморларнинг амбулатор карталари кузатилди. Беморлар 20 ёшдан 60 ёшгача бўлиб, шулардан 88 та эркак ва 72 та аёлни ташкил этган. Бу беморлар бевосита кузатиш, пациентни олиб бориш шахсий режаси варакаси ёрдамида ва амбулатор карталарни кўриб чиқиш натижасида ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: Текширилган гуруҳнинг алоҳида хусусияти шундан иборат бўлдики, касаллик белгилари соғлом турмуш тарзига риоя қилиб яшайдиган ва мунтазам жисмоний фаолликда юрган аҳоли орасида 6,8% ни кузатилган бўлса, юқоридагиларга амал қилмаган гуруҳда 79% да касаллик белгилари намоён бўлди. Ўз саломатлиги учун масъулиятни зиммасига олганларни тана вазн индекси тўғрисида маълумотга эга ва унинг меъёрларини билган гуруҳ орасида юрак қон-томир касалликлари билан асоратланиш 10%ни, ҚД билан касалланиш эса 8% ни ташкил этиб, саломатлиги учун масъулиятни зиммасига олмаган ва тана вазн индекси ҳақида маълумотга эга бўлмаганларда юрак қон-томир касаллиги асоратлари 78%ни, ҚД билан касалланиш эса 81% ни ташкил этди. Бирламчи тизимда аҳоли ўртасида ортиқча вазнга эга бўлган ва семириш бор кишиларни аниқлаш ишлари суёт олиб борилган, шуларни ичида соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш ишлари ҳам етарлича эмас. Аҳоли ичида ўрганилган гуруҳ ортиқча вазн ва семизлик, турли юрак қон-томир касалликлари ҳавфли омили эканлиги ва қандли диабет касаллигига мойиллигини билмайдди. Ўрганилган гуруҳ тана вазн индекси ҳақида маълумотга ва унинг меъёрлари ҳақида билимга эга эмас эди.

Хулоса: 1. Семириш касаллиги, соғлом турмуш тарзига амал қилмайган аҳоли ўртасида кўп учраши аниқланди. Текшириш натижасида аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи тарғиботини яхшилаш 32% га оширилди.

2. Ортиқча вазн ва семизлик юрак қон-томир касалликлари асоратларига олиб келиши аниқланди. Аҳоли ўртасида тана вазн индексини аниқлаш ва унинг меъёрлари ҳақида тушунтириш ишлари 34% га яхшиланди.

3. Ортиқча вазн ва семизлик қандли диабет касалликни ҳавфли омили бўлиб, аҳоли орасида кўп учраши аниқланди. Шуларни тез-тез қондаги қанд миқдорини аниқлаш ишлари 15% га яхшиланди.

4. Оилавий поликлиника аҳолисини ўз саломатлиги учун масъулиятини ошириш йўлга қўйилди ва шу билан биргаликда маҳалла ҳамшираларини билим савияси узлуксиз ўқитилиши жорий қилинди.



Фойдаланилган адабиётлар:

1. Дэниел Г.Бессесен Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение. М.: Бином, 2016. - 240с.
2. Аметов А.С. Ожирение- эпидемия XXI века./ А.С.Аметов// Терапевтических архив.- 2002. №7.- с.5-7.
3. Берштейн Л.М. "Метоболически здоровые" лица с ожирением и метоболические признаки ожирения у лиц с нормальной массы тела: что за этим стоит? / Проблемы эндокринологии. 2010 №3. - с.47-51.
4. Хакимова Л.Р., Хусинова Ш.А. и др. Результаты внедрения клинического протокола по интегрированному ведению больных с артериальной гипертонией и сахарным диабетом в первичном звене здравоохранения. Международный научно-практический журнал "Здоровье, демография, экология финно-угорских народов", № 4, 2018 г. Ижевск, Российская Федерация. - С. 66-68.
5. Хусинова Ш.А., Холбоев С.Б., Сулаймонова Н.Э. Приверженность к лечению у пациентов с артериальной гипертонией в условиях первичного звена здравоохранения. Республиканская научно-практическая конференция "Повышение качества медицинской помощи в первичном звене здравоохранения", Ташкент, 2015г., стр.116-117
6. Рахимова Х.М., Хакимова Л.Р., Аблакулова М.Х Абдухамидова Д.Х. Современные аспекты по улучшению качества ведения больных с патологией эндокринных органов в условиях первичного звена медицинской помощи. Ежемесячный научно-методический журнал. "Достижения науки и образования" №10 (51), 2019 г. / <http://scientificpublications.ru>.



АХОЛИ ОРАСИДА ПСИХОЛОГИК МУАММОСИ БОР БЕМОРЛАРНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА УЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ.

Юсупов Садулла Кенжаевич

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали кафедра ассистенти

Телефон: + 998973644886

usupovsadulla932 meil.com

Аннотация: Сурхондарё вилоятида яшовчи аҳоли ўртасида хавотирли депрессив бузилишлар, хавотирли-фобик бузилишлар, стресс, тушкун кайфият, жиззакилик, неврозсимон бузилишлар, қўрқув ваҳимали ҳолатлар, истерия, ипохондрик синдром, астено-невротик бузилишлар, депрессиянинг барча турлари, оиладаги ижтимоий-иқтисодий муаммолар туфайли юзага келадиган психологик бузилишлар, оиладаги конфликт ва келишмовчиликлар, ишдаги муаммолар туфайли юзага келадиган психологик бузилишларни эрта аниқлаш ва уларга тиббий ёрдам кўрсатиш режасини тузиш.

Калит сўзлар: Тиббий психолог, хавотирли бузилишлар, депрессия, қўрқув, ваҳима, психотерапия, фармакатерапия

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра ҳозирги кунга келиб соматик касалликларга қараганда психологик бузилишлар билан кечадиган касалликлар сони тобора кўпайиб бормоқда. Айниқса аҳолиси 3 миллионга яқинлашиб врачлар етишмовчилиги кузатилаётган Сурхондарё вилоятида бундай беморлар яққол кўзга ташланмоқда яъни тиббиёт муассасаларига, оилавий поликлиникалар, тез тиббий ёрдам, болалар шифохонаси, шошилинич ёрдам бўлимлари, хусусий клиникаларга мурожаат қилувчи беморларда оиладаги ижтимоий-иқтисодий муаммолар туфайли юзага келадиган психологик бузилишлар, авлодида рухий касалликка чалинганларнинг борлиги ёки ҳозирги кунда рухий беморлар билан бирга истиқомат қилувчилар, оиладаги конфликт ва келишмовчиликлар, ишдаги муаммолар туфайли юзага келадиган психологик бузилишлар, алкоголь маҳсулотларига ружу қўйиш оқибатида юзага келадиган психологик бузилишлар, ўз жонига қасд қилишга уриниш фикри гоёси бор беморлар, хавотирли депрессив бузилишлар, хавотирли-фобик бузилишлар, стресс, тушкун кайфият, жиззакилик, неврозсимон бузилишлар, қўрқув ваҳимали ҳолатлар, истерия, ипохондрик синдром, астено-невротик бузилишлар, депрессиянинг барча турлари, невроз касаллигининг барча турлари кўп учрамоқда.

Юқоридаги психологик муаммолари бор беморларни эрта аниқлаш ва уларга тиббий ҳамда психотерапевтик ёрдам кўрсатиш учун, Соғлиқни сақлаш вазирлиги, вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси билан келишган ҳолда Термиз шаҳрида вилоятнинг барча туманларида аҳоли сонига қараб ҳар бир туманда камида биттадан ёки ундан ҳам кўп "тиббий психологик ёрдам кўрсатиш консултатив хонаси" ни ташкил этиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Юқоридаги консултатив хоналарда меҳнат қилувчи кадрларни танлаб олишда тиббиёт олийгоҳларининг "даволаш йўналиши"ни ҳамда тиббий психология мутахассислигини тамомлаган врачларни ишга жалб қилиш учун Республикамиздаги тиббёт олийгоҳлари, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти билан келишган ҳолда кадрлар етишмовчилигини бартараф этиш зарур. Танлаб олинган малакали врачлар беморларга психотерапия ўтказиш ҳамда дори воситалари билан медикаментоз даволаш усулларида кенг фойдаланиши касалликларни эрта аниқлаш ва уларга зарур ёрдам кўрсатишда муҳим аҳамиятга эга.

Хулоса қилиб айтганда: Сурхондарё вилоятида "тиббий психологик ёрдам кўрсатиш консултатив хонаси" ни ташкил этиш. Аҳоли орасида психологик муаммоси бор беморларни эрта аниқлаш ва уларга ўз вақтида керакли зарур психологик ёрдамни кўрсатишда муҳим аҳамиятга эга.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1 Василя Каримова. Саломатлик психологияси. Т., 2005.

2 Адизова Т.М. Психокоррекция. (Учебное пособие). Т., 2005.

3 Джудит Тодд, Артур К. Богарт. Основы клинической и консультативной психологии. / Пер с англ. СПб. 2001.

4 Ибадуллаев З.Р. Тиббиёт психологияси Т., 2009

5 Н. И. ХОДЖАЕВА., А. У. ШОЮСУПОВА. Психиатрия: Тиббиёт олий ўқув юрти талабалари учун дарслик Т.. 2010.



THE PREVALENCE OF DERMATOPATHY AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND THE DETECTION OF DIABETES IN PATIENTS WITH LUPOID NECROBIOSIS

Yusupova Shahnoza

**Assistant of the Department
of Internal Medicine and Dermatovenerology
of Urgench branch of Tashkent medical Academy**

yusupovash@bk.ru

+998972119333

Rahmetova M.R. -

**Associate Professor of department of General
Practitioner of Urgench branch of Tashkent medical Academy**

Yusupova Sh.A. -

**Assistant of the Department of Internal
Medicine and Dermatovenerology of Urgench
branch of Tashkent medical Academy**

Annotation

Of 89% of patients with diabetes mellitus consulted by an endocrinologist, dermatopathy was detected in 73 (82%) patients: itchy skin in 14 (19.2%), vitiligo in 6 (8.2%), xanthomas 41 (56.2%), and lipodystrophy in 11 (15.1). Conducting a study of blood sugar, insulin, cholesterol, triglycerides and lipoproteins, glucose tolerance test is mandatory for patients with lupoid necrobiosis (LN) and should be part of the research standard.

Key words: diabetes mellitus, lupoid necrobiosis, glucose tolerance test, insulin, cholesterol.

Diabetes mellitus (DM), according to definition of International diabetes Federation, is a serious problem for health systems of all countries of the world. (2,3) According to IDF Diabetes Atlas from 2017, there existed 424,9 million patients with diabetes in the world. There are a number of definitions of diabetes mellitus as well as its manifestations.(4) Of the above medicine, the first and second group are diagnosed more often, while the latter group to which related necrobiosis (LN) poorly studied in patients with diabetes.(4)

Lupoid necrobiosis - disease, Oppenheim-Urbach is a chronic disease of the skin - dermatosis vascular-metabolic nature associated with metabolic disorders, including impaired glucose metabolism. According to the European recommendations, DM is found in 10% of patients with LN, and medicine - 0.3% of diabetics. In our view, these epidemiological data clearly untrue and understated the figures related to the fact that to date, one patient has manifesting diabetes 10 diabetic patients with unknown diagnosis, and, conversely, in patients with diabetes mellitus cutaneous manifestations of the disease are not considered to be predominant, despite the fact that it is the hard dermatopathia subjectively perceived by patients.(7-11) As the number of cases of diabetes is growing rapidly, LN is of particular interest to an endocrinologist.(1)

The aim of our work was the study of dermatopathy among patients with diabetes first and second type and identification among skin patients of covert and overt diabetes.

By records, an endocrinologist evaluated 89 patients with diabetes, 45 women and 44 men. Systematized the prevailing complaint, and given their frequency in descending order. 75(84,3%) complained of dry mouth, 41 men and 34 women, 78(87,6%) on polyuria and polydipsia 42 men and 36 women; 76(85,4%) - pain and numbness in the lower extremities, 65(73%) on impairment of vision; 59(66,35) - for pain in region of heart, 54(60,7%) on neurological, dysuric, gastrointestinal symptoms, 42(47,2%) on the other. None of them noted dermatopathy. Objective inspection of them revealed dermatopathy in 73(82%) of patients: itching 14 (19,2%), vitiligo in 6(8,2%), cutaneous xanthomas and 41(56,2%), lipodystrophy in 11(15,1%). Bacterial skin infection in anamnesis was 80(89,9%) patients, and fungal pathology 79(88,7%).

Applied at the dermatology clinic patients with dermatoses proposed examination of blood glucose and lipid profile. Found the following: from 54 patients- 6 (11,1%) had signs of overt diabetes, 16(29,6%) - questionable results (blood sugar levels above 6.1 mmol/L), which required a second measurement, 23 (42,6%) patients we defined "potential diabetics" (categories of persons who have 3 or more risk factors for developing diabetes: obesity, hypertension, presence of diabetes in both parents and relatives). Of the



surveyed 54 patients with suspected LN were 5 (9,2%) patients; they performed the following tests: glucose tolerance test, the blood on rheumaprobe, general full blood count. Two of the identified positive test for rheumaprobe, two - violation of the test of glucose tolerance and one had overt diabetes mellitus and four hematological changes.

Conclusions

1. Objective inspection of them revealed dermatopathy in 73(82%) patients with DM. 90% of diabetics are diagnosed with atrophic ulcers and treat purulent surgeon.

2. LN B39 % of cases associated with rheumatic in 60 % of cases endocrinology, 40% hematological diseases.

Conducting the glucose tolerance test is mandatory for patients with vitiligo and LN and should be included in standard research. A study of insulin, cholesterol, triglycerides, and lipoproteins is also mandatory for patients with LN and should be included in standard research. Ultrasound of the thyroid and determination of antibodies to TPO is also required for patients with vitiligo and LN and should be included in standard research.

Literature

1. Dermatovenerology. National guidance/ Under the editorship of Yu.K. Skripkin Yu.s. Butov, A.L. Ivanov. Moscow: GEOTAR-Media, 2011.- 1024c.

2. Ismailov S. I., Rakhimova, G. N., Akbarov Z. S. New recommendations for the management of patients with diabetes mellitus type 2// Manual for doctors. Tashkent, 2009, 136 p.

3. Ismailov S. I., Rakhimova, G. N., Akbarov Z. S.. Glycated hemoglobin in the practice of endocrinologist. Methodical recommendations - Tashkent - 2010.-52.

4. Clinical dermatology. Guide for physicians/redaksiya. N. Rodionova. - Moscow: GEOTAR Media, 2019.- 272



ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА (ВЗК)

Кутлиева Г.Дж., Элова Н.А.,
Институт микробиологии АН РУз,
Пазылова Д.У.

1-Республиканская клиническая больница при МЗ РУз

Аннотация: воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит и болезнь Крона, являются хроническими, рецидивирующими заболеваниями и представляют собой одну из наиболее серьезных нерешенных проблем в современной гастроэнтерологии. Хотя по уровню заболеваемости ВЗК значительно уступают другим гастроэнтерологическим заболеваниям, но по тяжести течения, частоте осложнения и летальности они во всем мире занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, пробиотики, микрофлора, условно-патогенные бактерии.

Актуальность проблемы. Среди перспективных инновационных направлений нашего времени, касающихся непосредственно сохранения и коррекции здоровья людей, наибольший интерес представляет собой реализация концепции восстановительной медицины. Несмотря на развитие современных методов диагностики и лечения, больных с воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки (ЯК язвенный колит), не отмечается снижения числа осложнений течения болезни [1]. При тяжелых формах ЯК придерживаются хирургической тактики лечения. Это диктует, как правило, необходимость применения многоэтапного хирургического лечения. Пробиотики оказывают выраженный лечебный эффект при ВЗК, механизм действия пробиотиков базируется на их способности синтезировать антибактериальные вещества, органические кислоты, протеазы, стимулировать иммунный ответ организма - повышать продукцию интерферона, IgA, фагоцитарную активность лейкоцитов. Изучение особенностей состава индигенной, пристеночной микрофлоры и иммунологической реактивности у пациентов с ВЗК важно не только для понимания патогенеза ЯК, но и необходимо для разработки новых диагностических и терапевтических подходов, оценки эффективности и безопасности новых методов лечения [2-3-4] Цель работы: улучшить результаты восстановительных операций у больных ЯК путем использования пробиотиков для нормализации микрофлоры кишечника после тотальной колэктомии. Материалы и методы: в исследование включены 60 больных ЯК с тотальным поражением, с тяжелым течением, госпитализированных в научном центре колопроктологии МЗ РУз с 2017 по 2019 при 1- Республиканской клинической больнице МЗ РУз. Всем больным проведена тотальная колэктомия с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. В динамике изучали состояние микрофлоры толстой кишки, определяли количественный и качественный состав облигатной и факультативной флоры (до и после лечения). Результаты. Обострению язвенного колита свойственен дисбиоз толстой кишки, характеризующийся образованием грибково-микробных ассоциаций и оказывающий влияние на структурные особенности слизистой оболочки толстого кишечника. У больных с неспецифическим язвенным колитом наряду со значительным снижением количества или отсутствием - при тяжелых формах заболевания - облигатной микрофлоры (бифидобактерий, бактероидов) имело место значительное повышение высеваемости условно-патогенных микроорганизмов - клебсиелл (43% случаев), протей (25%), цитробактера (28,5%). Проведенные микробиологические исследования показали, что среди условно-патогенной микрофлоры кишечника доминировали (в log10КОЕ/мл): грибы рода *Candida albicans* 4,5-5±0,5, *Candida tropicalis* 3,5±0,35, *Staphylococcus aureus* 6,1±0,6, *Escherichia coli* 6,75±0,6, *Enterococcus faecalis* 7,3-8,0±0,7, *Klebsiella pneumoniae* 6,8-7±0,65, *Proteus mirabilis* 7±0,69, *Pseudomonas aeruginosa* 5,1±0,5, *Citrobacter diversus* 4,3±0,41, *Enterobacter aerogenes* 6±0,6, *Citrobacter freundii* 5,2±0,5. Коррекцию проводили отечественными препаратами "Лактобактерин", "Бифидумбактерин", "Колибактерин" и "Бификол". В коррекции нарушений микробиоценоза у больных язвенным колитом важное место занимает препарат "Бификол". Его применение на фоне базисной фармакотерапии способствует положительным изменениям кишечного микробиоценоза. Это подтверждалось данными эндоскопических, морфологических, микробиологических исследований.



Таким образом, длительный прием пробиотиков у больных ВЗК в до- и послеоперационном периодах приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей.

На данный момент начаты исследования по разработке нового отечественного биопрепарата на основе местных штаммов пробиотических культур с полифункциональными свойствами (антимикробные, противовоспалительные, протективные и иммуномоделирующие), который позволит улучшить эффективность методов профилактики и лечения больных с ВЗК в нашей Республике.

Литература:

1. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Г. И. Воробьев, И. Л. Халиф. - М.: Миклош, 2008.
2. Favier, C. Fecal beta-D-galactosidase production and Bifidobacteria are decreased in Crohn's disease / C. Favier et al. // Dig. Dis. Sci. - 1997. - Vol. 42, No. 4. - P. 817-822.
3. Gia er, M. H. e assessment of faecal microflora in patients with in ammatory bowel disease by a simplified bacteriological technique / M. H. Gia er, C. D. Holdsworth, B. I. Duerden // J. Med. Microbiol. - 1991. - Vol. 35, No. 4. - P. 238-243.
4. Van de Merwe, J. P. e obligate anaerobic faecal flora of patients with Crohn's disease and their degreerelatives / J.P. Vande Merwe et al. // Scand. J. Gastroenterol. - 1988. - Vol. 23, No. 9. - P. 1125-113

TADQIQOT.UZ
ТОМОНИДАН ТАШКИЛ ЭТИЛГАН

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 15-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ

(11-қисм)

Маъсул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусахҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

Эълон қилиш муддати: 30.04.2020

Контакт редакций журналлов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амир 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 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