Tadqiqot.uz

TashPMI

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ

МЕЖДУНАРОДНАЯ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ

6 МАЙ, 2020 | ТАШКЕНТ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

COVID-19НИ БИРГА ЕНГАМИЗ!
ПОБЕДИМ COVID-19 ВМЕСТЕ!
BEAT COVID-19 TOGETHER!

CONFERENCES.UZ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ

Международная онлайн конференция

ТАШКЕНТ-2020

Актуальные вопросы медицинского образования, современные и инновационные методы преподавания - Метериалы международной онлайн конференции 6 мая 2020 г. Ташкент: Tadqiqot 176 С.

Тиббий таълимнинг долзарб масалалари, ўқитишнинг замонавий ва инновацион усуллари - мавзусида халқаро миқёсида онлайн конференциясининг метериаллари тўплами 6 май 2020 йил Тошкент: Tadqiqot 176 Б.

DOI 10.26739/conf_05

Главный редактор
Даминов Ботир Тургунпулатович - доктор медицинских наук, профессор, ректор Ташкентского педиатрического медицинского института

Заместитель редактора
Гулямов Суръат Саидвалиевич – доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе и инновациям Ташкентского педиатрического медицинского института

Редколлегия
Абзалова Шахноза Рустамовна – заведующая отделом научных исследований, инноваций и подготовки научно-педагогических кадров, кандидат медицинских наук, доцент, Ташкентского педиатрического медицинского института
Назирова Зулфия Рустамовна – (PhD) Ташкентского педиатрического медицинского института

В научный сборник вошли научные работы, посвященные широкому кругу современных проблем медицинского образования, вопросов образовательных технологий и дистанционного преподавания в медицинских вузах.

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ишончлилиги ва иқтибослардан тўғри фойдаланилганлиги учун муаллифлар масъулдир

© tadqiqot.uz
© conferences.uz
© Коллектив авторов

Contents/Мундарижа/Содержание

1.МЕҲРИБОНЛИК УЙИ ТАРБИЯЛАНУВЧИЛАР ОРАСИДА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИНИ УЧРАШИ ДАРАЖАСИ *Исматова К.А., Амонов Ш.Э.* 10
2. VACCINATION FEATURES OF THE CHILDREN BORN FROM HIV-INFECTED MOTHERS, INANIMATE (DTP) AND LIVE (MEASLES) VACCINE. *Khayrullina A.H., Abdullaeva U.U., Kosimov I.A* ... 10
3. ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ *Саидходжаева С.Н.* 11
4.СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦЕВАНИЯ ФИЛЬТРАЦИОННОЙ ПОДУШКИ ПРИ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЯХ Назирова З.Р., Туракулова Д.М., Бузруков Б.Т. 12
5.КЛИНИК ФАНЛАРДА TELEGRAM МЕССЕНДЖЕРИНИ ҚЎЛЛАШНИНГ ЮТУҚЛАРИ *Теребаев Б. Абзалова Ш.* 13
6.БОЛАЛАРДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АНАЛ ИНКОНТИНЕНЦИЯНИНГ УЗОҚ ДАВР НАТИЖАЛАРИ *Теребаев Б. Оллабергенов О.* 15
7.НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ОРИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ *Махкамова Г.* 17
8.СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЕЗДА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА-ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШНИНГ АМАЛИЙ АХАМИЯТИ *Джалалова Н.А.* 19
9.ОЛТИ ЁШДАН КИЧИК БЎЛГАН МАКТАБГАЧА МУАССАСАЛАРИ ТАРБИЯЛАНУВЧИЛАРИДА S. PNEUMONIAE НИНГ БУРУН-ХАЛҚУМ ТАШУВЧАНЛИГИ *Махкамова Г.* 20
10.ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *Шомансурова Ш, Шаисломова Г. Ульмасова С.* 22
11.ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ *Рахматиллаева М.* 23
12.БОТУЛИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ *Бўрибоева Б., Атамухамедова Д.* 24
13.ШАХМАТЧИ БОЛАЛАРДА АНТРОПОМЕТРИК КУРСАТКИЧЛАР Мухамеджонова Ф. Алиева Н. 25
14.ДИФФУЗ БЎҚОҚ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДА РИТМ БУЗИЛИШ ХОЛАТИ *Абдурахманова Д.* 28
15.К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕНИНГОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН *Шомансурова Ш. Шаджалилова М. Ульмасова С* 29
16.ФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ И ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРИ ДИАРЕЙНОМ СИНДРОМЕ *Косимов И., Шаджалилова М. Осипова Е.* 30
17.ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Шаджалилова *М. Бойматова К. Шомуродов Д.* 31
18.КАМ ВАЗНЛИ ЧАҚАЛОҚЛАР ҲАЁТИНИНГ БИРИНЧИ ЙИЛИДА РИВОЖЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ *Акрамова Х. Алиева Н. Абдурахманова Д.* 32
19.КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА *Рахимова К., Омонова У.* 33
20.ОТОМИКРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА *Исматова К.А., Амонов Ш.Э.* 34
21.ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ АСПЕКТОВ ПОРАЖЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ *Хайруллина А., Абдуллаева У., Хаитов З.* 35
22. TIBBIYOT AKADEMIK LITSEYLARIDA ADABIYOT FANINI O'QITISHDA MASOFAVIY TA'LIM IMKONIYATLARIDAN FOYDALANISH MASALALARI *Shoyimova Sh.* 36
23.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ДЕКРЕТИРОВАННОГО КОНТИНГЕНТА НА ПРИМЕРЕ КИБРАЙСКОГО РАЙОНА ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ *Эргашев А., Искандарова Ш.* 38
24.УРОВЕНЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В УЗБЕКИСТАНЕ Искандарова Ш.Т., Исаев И. С. 39
25.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ *Искандарова Ш.Т., Исаев И. С.* 40
26.АНАЛИЗ РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН *Бабаджанов А.С., Маматкулов И.Б., Агзамходжаев Т.С.* 41
27.ДЛИТЕЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Курьязова Ш. Илхомова Х.* 42
28.ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ МАРФАНА *Худайназарова С. Тошметова Б.* 43
29.КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ДЕМЕНЦИИ *Маджидова Ё. Саидова Д. Мухаммадсолих Ш.* 44
30.ВЕГЕТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА *Маджидова Ё, Ахмедова Д. Нишонбоев А. Абдусаттарова Г.* 46

31.ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНСУЛЬТА: ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ОЦЕНКИ С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГА *Маджидова Ё.Н., Турабоев О.О., Мухаммадсолих Ш.Б.* 48
32. SURUNKALI GENERALLASHGAN PARODONTITNING KOMPLEKS DAVOLASH TERAPIYASIDA ALHADAYA PREPARATINI QO'LLASH XUSUSIYATLARI *Gaybullaev A. E. Rizaev J.A. Anvarov Z. L. Alovitdinov Sh.* 49
33.ESHITISHIDA NUQSONI BO`LGAN BOLALAR TALAFFUZINI RIVOJLANTIRISH. *M.M.Qodirov* 52
34.MUTATIONS *M. Odilova, Kungratova A.* 54
35. PARODONTNING YALLIG'LANISHLI DISTROFIK PATOLOGIYARINI KELTIRIB CHIQARUVCHI MIKROBIOLOGIK VA BIOKIMYOVIY MEXANIZMLAR TAHLILI *Gaybullaev E.A., Rizaev J. A., Xojimurodova R. D.* 58
36.ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ У ДЕТЕЙ. *Абдуллаев Н. Ч., Юлдашев И.Р.* 61
37.КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ *Абзалова М.Я., Юсупалиева Г.А., Толипова С.*М 65
38.АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ *Лутфуллаева С.А.* 66
39.ТИББИЙ ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА ПЕДАГОГНИНГ МАХОРАТИ *Г.А. Примова, Б.Д. Эшонкулова, А.О. Калдибаева* 67
40. СОСТОЯНИЯ СЛУЖБЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ГЕМОДИАЛИЗА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН *Асадов Р.Х., Даминов Б.Т., Искандарова Ш.Т.* 69
41.АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРДА КАСАЛЛИКНИНГ ОҒИРЛАШ ДАРАЖАСИНИ SCORAD ИНДЕКСИ ОРҚАЛИ БАҲОЛАШ Хаитов К. Абидов Х. 70
42.КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕВРИТОВ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ *Ахмедов Э.А., Юсупалиева Г.А* 71
43.ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ *Ахралов Ш.Ф., Султанова Л.Р.* 72
44.ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ К ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ ПО ПРЕДМЕТУ ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ *Баймаков С.Р., Жамилов У.Р., Ахадова К.З., Мавлонкориева С.Д.* 73
45.ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ *Бекимбетов К.Н., Юлдашев Т.А., Бегманов Р.Б.* 74
46.АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ФРОНТИТОВ И СФЕНОИДИТОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМЫ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА *Ашуров А.М* 75
47.УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИНИ ТАЙЁРЛАШДА СИМУЛЯЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА ЎҚИТИШНИНГ РОЛИНИ ЎРГАНИШ *Ганиева Д. Шайхова М. Махкамова Г.* 76
48.Изучение результативности предохранительных программ по репродуктивного здоровья женщин в первичном звене *Джалилова Г. А., Максудова Н.А., Гафурова З. Ш.* 78
49.ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАХИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ КОНЧНОСТИ У ДЕТЕЙ. *Буриев М.Н., Усманханов О.А.Хаитов Ғ.Х., Норбеков Х.М.* 79
50.РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА *Жамилов У.Р., Баймаков С.Р., Эрметов А.Т., Мамараджабов С.Э.* 85
51.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛАГОЦИНАТ ПО СРАВНЕНИЮ С ДИЦИНОНОМ И ЛАГОДЕНОМ *Загрутдинов Ф. Болтабоева Д. Махмудова К. Курбанова Д. Пулатов М.* 87
52.ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ Хаитов К. *Абидов Х.* 88
53.КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ *Иноятова Ф.И., Юсупалиева Г.А.* 88
54.ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ *Мусаев У.Ю.* 90
55.ПОКАЗАТЕЛИ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ *Исмоилова Д.У. Мусаходжаева Д.А., Магзумова Н.М.* 91
56.ПРИМЕНЕНИЕ СТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ *Каримова Д. Шайхова М. Махкамова Г.* 94
57.КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ *Хаитов К. Абидов Х.* 95
58.ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗИ ТУГУНЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШДА МУЛЬТИПАРАМЕТРИК УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВЛАРИНИНГ КУЛЛАНИЛИШИ *Мамадалиева Я. Пулатова И. Хушназаров Х. Шамансурова Н.* 96
59.ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАМНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ Microsoft Project В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ *Мамедова Г. Талипов И.* 100
60.ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В УЗБЕКИСТАНЕ *Мухамедова Н.С., Расулова Н.Ф., Саттарова З.Р.* 103

61.ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКЛАМНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В УЗБЕКИСТАНЕ *Расулова Н.Ф., Бердимуратов Д.У., Каримова М.А.* 104
62.ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ *Насирова Г.Р., Турдиева Ш.Т.* 105
63.НЕ ИНВАЗИВНАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В И С *Н.М Мамажанова* 106
64.ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ *Мамурова Н. ,Носирова Д.* 108
65.РОЛЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПО МЕТОДУ «ЭКЗАРТА» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. *У.Т. Омонова, Ш.Ш. Абдусатторов, О.А.Юнусов* 109
66.GOOGLE CLASSROOM – МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ ОЛИШНИНГ САМАРАЛИ ВОСИТАСИ *Г.Ҳ. Тўраева Бекчанова Г.* 111
67.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДОВ ЛЕЙШМАНИИ У ДЕТЕЙ С КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ С ПОМОЩЬЮ ПЦР *Хаитов К. Абидов Х.* 113
68.ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У ДЕТЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ Хаитов К. *Абидов Х.* 114
69.ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ Ядгарова Ш., Рузиев Ш., Жулдибаева С. , *Абидов Х.* 115
70.ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА Рузиев Ш., Элиева *М. Абидов, Х. Кадиров К.* 115
71.АНАЛИЗ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭФИРНОГО МАСЛА МЯТА *Расулова Н. Болтаева К.* 116
72.РОЛЬ ЦИТОПРОТЕКЦИИ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ *Рузиева А.* 118
73.СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА *Салихов Б.* 120
74.ЗАКОНОДАТЕЛЬНО-НОРМАТИВНАЯ БАЗА ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 *Самигова Н. Бойкобилов Л.* 122
75.УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ НАХОДКИ: ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ *Султанова Л.Р., Юсупалиева Г.А.* 124
76.СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАЧАЛЬНЫХ И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ *Самибаев Р.М. Хакимова С.З. Мамурова И.Н.* 125
77.ЧАСТОТА ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СКРИНИНГЕ *Рихсиева Н.* 127
78.ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ *Нурмухамедова Ф.* 127
79.ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАХИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ КОНЧНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА *Хайитов Ғ., Норбеков Х., Буриев Н.* 128
80.ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ COVID 19 КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИ УЧУН ЎЗИГА ХОС ХАВФ ГУРУХИ *Улоғов А., Файзиев О.* 130
81.ВЗАИМОСВЯЗЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ I СТЕПЕНИ *Хасанова Г. Агзамова Ш.* 132
82.ИММУННОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ *Ашуров А.М., Арифов С.С* 134
83.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУРФАКТАНТА ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ *Мирзахмедова Д. Салихова К. Ишниязова Н.* 135
84.ИНТЕРНЕТ КАК ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЗАНЯТИЯМ В МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ *Урманова Ю.* 136
85.ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТАХ *Тиллабаева А. , Абдуразакова Ш.* 139
86.ПИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ *Тиллабаева А. Абдуразакова Ш.* 140
87.ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ В ПРЕПОДАВАНИИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В ВУЗЕ *Толипова Ш. Ш.* 142
88.ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ *Туракулова И. Худоярова Д , Кобилова З., Шопулотов Ш.* 144
89.РОЛЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПО МЕТОДУ «ЭКЗАРТА» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА *У.Т. Омонова, О.А.Юнусов, Ш.Ш. Абдусатторов* 146

90.МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННЫХ И ЭНДОКРИННЫХ СТРУКТУР СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ *Хамидова Ф. Блинова С.* 147
91.ФАКТОРЫ РИСКА В РОЖДЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ *Мирзаева Ш. Рахманкулова З.* 149
92.ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ *Шодиева Г. Низомов Б.* 150
93.ТИББИЁТ ОЛИЙГОХЛАРИДА МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМНИНГ АҲАМИЯТИ *Рихсиева Н.* 152
94.АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ФРОНТИТОВ И СФЕНОИДИТОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМЫ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА *Ашуров А.М.* 152
95.ЦИТОКИНОВЫЙ И ЛОКАЛЬНЫЙ ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ *Юлдашев И.Р., Абдуллаев Н.Ч.* 153
96.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ *Юлдашев Т.А., Бекимбетов К.Н., Ахралов Ш.Р.* 156
97.ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПНЕВМОНИИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ *Юсупалиева Г.А., Ахмедов Э.А.* 157
98.МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ *Юсупалиева Г., Бегманов Р.* 158
99.ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ *Юсупалиева Г. Фазылов А.* 159
100.ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ *Юсупалиева Г., Абзалова М., Ахмедов Э., Абзалова Ш.* 160
101.БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И УРОВЕНЬ ИНГИБИНА В У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТЬЮ *Ярмухамедов А. Файзуллаева Н. Мусаходжаева Д.* 161
102.ГЕМАБЛАСТОЗЛИ БЕМОРЛАРДА ОППОРТУНИСТИК ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ *Ярмухамедова Н. Бакиева Ш. Саломова Ф.* 164
103.ТИББИЁТ СОҲА МУТАХАССИСЛАРИНИНГ ХОРИЖИЙ ТИЛЛАРНИ МУКАММАЛ ЎЗЛАШТИРИШИ РАҚОБАТБАРДОШ КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ СИЁСАТИНИНГ МУҲИМ ЖИҲАТИ СИФАТИДА *Д.Д.Буранова* 165
104.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ *Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я.* 167
105. .ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. *Камалова М.Хайдаров Н.* 168
106.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИНСУЛЬТАХ *Камалова М.И., Исламов Ш.Э., Хайдаров Н. К.* 170
107.ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА *Камалова М. И., Исламов Ш.Э.* 171
108.ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА *Ашурова М. Ашурова М. Мадрахимова З.* 173

ПРИВЕТСТВИЕ ОРГКОМИТЕТА

Уважаемые гости и участники конференции!

Искренне рад приветствовать вас от имени Ташкентского педиатрического медицинского института на международной научно-практической онлайн-конференции ***"Актуальные вопросы медицинского образования, современные и инновационные методы преподавания".***

Конференция посвящена обсуждению широкого круга современных проблем медицинского образования, вопросов образовательных технологий и дистанционного преподавания в медицинских вузах.

Сегодня весь мир переживает, нелегкие испытания и борется против невидимого врага с большим терпением. В связи с этим, считаю, что научные и медицинские сообщества со всего мира должны сплотиться, чтобы найти эффективные методы борьбы с подобными явлениями и скорее преодолеть эти испытания.

В Республике Узбекистан осуществляется широкомасштабная работа по укреплению здоровья и повышению благосостояния населения, совершенствованию системы здравоохранения, в том числе в том числе и подготовке высококвалифицированных медицинских кадров. Охрана здоровья населения является одним из приоритетных и стратегических направлений государственной политики, и постоянно находится в центре внимания нашего многоуважаемого Президента и Правительства.

Также, глубоко символично, что данная конференция, организованная в нетрадиционном онлайн формате, проводится в «Год развития науки, просвещения и цифровой экономики». Такого рода мероприятия будут способствовать еще большей цифровизации и развитию медицинского образования.

Научная программа конференции включает в себя чтение пленарных лекций приглашенных коллег - ученых из ближнего и дальнего зарубежья по наиболее актуальным проблемам медицины и медицинского образования. В сегодняшней программе предусмотрены выступления известных ученых, профессоров

Мохамуд Дая (Орегонский университет здравоохранения и науки, США, профессор, Департамент экстренной медицины, директор секции экстренной медицинской помощи), **Питер Спенсер** (Орегонский университет здравоохранения и науки, США, профессор неврологии, медицинская школа профессионального здоровья), **Саураб Гупта (**Орегонский университет здравоохранения и науки, США, Профессор, директор департамента структуральной кардиологии

медицинского центра святого Чарльза, аффилированного с Орегонским университетом здравоохранения и науки), **Машин Виктор Владимирович** (Доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и лечебной физкультуры Ульяновского государственного университета), **Белова Людмила Анатольевна** (Доктор медицинских наук, профессор кафедра неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и лечебной физкультуры Ульяновского государственного университета), **Шамбетова Чолпон Эмильевна** (Доктор медицинских наук, специализация по двигательным расстройствам University Of Malaya, г.Куала Лумпур, Малайзия Бишкек, Кыргызстан).

Уверен, что данный формат онлайн-конференции действительно станет хорошей площадкой для обсуждения актуальных проблем медицинского образования, а также современных и эффективных методов дистанционного медицинского образования и науки, местом, где мы сможем на расстоянии обсудить перспективы развития системы здравоохранения и системы высшего медицинского образования с помощью инструментов дистанционного обучения как в нашей стране, так и на международном уровне, говорить о том, что мы должны сделать, делиться своими идеями и рассказывать о достижениях.

Онлайн-конференция предоставляет хорошую возможность для специалистов обменяться мнениями, обсудить сложные и нерешенные вопросы, согласовать дальнейшие направления исследований в рамках совместных программ. Я надеюсь, что работа конференции будет продуктивной и откроет новые возможности для сотрудничества в различных областях медицины и медицинского образования.

Считаю своим приятным долгом выразить благодарность совместную работу, ООО «Tadqiqot.uz» за оказанное содействие в проведении данной онлайн - конференции.

Поздравляю всех гостей и участников с открытием онлайн-конференции и желаю вам успехов в научно-исследовательской работе и плодотворной работы. Всего Вам самого наилучшего!

Благодарю за внимание.

Ректор Ташкентского педиатрического медицинского института, профессор Б.Т. Даминов

МЕҲРИБОНЛИК УЙИ ТАРБИЯЛАНУВЧИЛАР ОРАСИДА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИНИ УЧРАШИ ДАРАЖАСИ

Исматова К.А., Амонов Ш.Э.
ТошПТИ, Оториноларингология, болалар оториноларингологияси, стоматологияси кафедраси

Текширув мақсади. ”Сен ёлғиз эмассан” хайрия жамғармаси аксияси иштирокида меҳрибонлик уйи тарбияланувчиларида қулоқ касалликларини учрашини аниқлаш.

Текшириш материали ва усуллари. ”Сен ёлғиз эмассан” хайрия жамқармаси томонидан ташкил этилган акциясида, Тошкент шаҳридаги меҳрибонлик уйи тарбияланувчилари Тошкент Педиатрия тиббиёт институти клиникаси қабул бўлимида 2019 йилги тиббий кўриги ўтказилди. Акция доирасида тарбияланувчилар тор мутахассислари шу жумладан ЛОР кўригидан ўтқазилди.Одатдаги ЛОР кўриги билан бир қаторда БЁБ лар рентгенографияси, аудиометрия(акуметрия), тимпанометрия, МСКТ(чакка суяги) ва бошқа қўшимча текширувлар амалга оширилди.

Текширув натижалари. Хайрия акциясида 5 та мехрибонлик уйи ва” SOS” болалар қишлоғи мехрибонлик уйларининг 575 нафар тарбияланувчилари диагностик тиббий кўрикдан ўтказилди. Кўрикда 3 ёшдан - 15 ёшгача бўлган ўғил қизлар қатнашишди. Шулардан 330 нафари (58%) ўғил болалар,243 нафар (43.3%) қиз болалар. Кўрик пайтида 348 нафари 57.5% болалар соғломлиги аниқланган булса, кулок касалликлари 31 (5.4%) нафар болаларда аниқланди. Шулардан 12 нафарида (2.08%) сурункали йирингли ўрта отит, 9 (1.5%) тасида қуруқ мезотимпанит, эпимезотимпанит 3 (0.5 %) нафарида, адгизив урта отит 4 тасида (0.7%)**,** тимпаносклероз 2 тасида (0.3) ташқи диффуз отит 1 (0.17%) нафарида, 7 (1.2%) нафарида бир томонлама сенсоневрал эштиш пастлиги I даражаси, 5 (0.86%) нафарида икки томонлама аралаш типдаги эшитиш заифлиги I даражаси (ўртача 29.5-40Дб) аниқланди. Қолган 196 нафар болалар бошқа ЛОР аъзолари касалликлари (сурункали тонзилит, бурун тусиғи қишиқлиги, аденоидлар вегетацияси, фарингитлар ва бошқалар) билан ташхисланди.

Хулоса. Қулоқ касалликлари ижтимоий ахамиятга молик касалликлар гуруҳига кириб, бу беморнинг эшитиш қобилятига таъсир кўрсатиб, инсоннинг ижтимоий четланишига олиб келади. Текширувлардан малум булдики қулоқ касалликлари бошқа ЛОР аъзолари касалликларига нисбатан учраши етарлича юқор, шунинг учун мехрибонлик уйларида ЛОР шифокори ва аудиолог кўригини йилда 2 маротаба ўтқазиш мақсадга мувофиқ.

VACCINATION FEATURES OF THE CHILDREN BORN FROM HIV-INFECTED MOTHERS, INANIMATE (DTP) AND LIVE (MEASLES) VACCINE.

Khayrullina A.H., Abdullaeva U.U., Kosimov I.A.
Tashkent pediatric medical institute
Department of Epidemiology, infectious diseases

Actuality: The problem of HIV infection in recent years has acquired great importance in our country, about 42% of HIV-infected adults are women, most of them are of reproductive age, which determines the probability of infection of children born, more than 90% of infant HIV infection - the result of perinatal transmission. Vaccination is a factor in improving the quality of life of HIV-infected patients, as they have higher susceptibility to infections, more likely for developing complications and deaths. Vaccinate children need to have right after birth, but the question of HIV infection is solved by the age of 18 months.

The aim: To develop a strategy to vaccinate children born from HIV-infected mothers, based on clinical and immunological evaluation of the efficacy and safety of immunization inanimate (DTP) and live (measles) vaccine.

Materials and Methods: A retrospective analysis of 35 medical cases was conducted of children with perinatal contact on HIV

Results: During the study found that children c perinatal contact on HIV infection for health, immunity indexes, no different from children born to HIV-seronegative women. HIV-positive children from birth are symptomatic manifestations of intranatal infection: the lag in weight and height (wasting syndrome 1-3 degree 82.3%); hepatolienal (32,4%) and lymphoproliferative (58.8%) syndromes, nerve damage (100%), significantly more frequent atonic implementation processes (44.1%), markers of hepatitis C were detected in 26.5% of patients, and in the clinic there is a high incidence of viral and bacterial infections. Immunological changes in HIV-infected children are characterized by a significant decrease in the functional activity of cellular immunity due to significant reduction in the number of CD4 + and the development of compensatory Hyper Ig A, M, G. Vaccination against measles for children born to HIV-infected mothers is effective through a combination of immunosuppressive action of the vaccine virus and the initial reduction of the number of CD4 + cells, significantly more often occurs with the reactions of moderate strength and strong (18.8%), and in complicated vaccination predominate bacterial processes 70% of cases.HIV-infected children are not able of producing a specific measles, tetanus and diphtheria antibodies at the same level as that of practically healthy children, in connection with the violation of the helper function CD4 + cells.

Conclusions: In order to achieve immunological effectiveness of HIV-infected children vaccinations is advantageously carried out in the decree an early age, because within 2-2.5 years after the birth, the stage does not develop immunodeficiency, despite the worsening of functional impairment of immunity.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Саидходжаева С.Н.

ТашПМИ, кафедра неврологии, детской неврологии и медицинской генетики

Научный консультант: **Маджидова Е.Н.**

Цель исследования: оценить диагностическую значимость различных тестирующих методик в оценке выраженности ВИЧ-ассоциированного нейро-когнитивного расстройства у больных подросткового возраста.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 154 ребенка (92 мальчика – 59,74% и и 62 девочки – 40,6%), состоящие на учете по поводу ВИЧ-инфекции и получающие антиретровирусную терапию (ВААРТ). Средний возраст больных составил 14,53±1,58 лет (12-18лет), время от момента постановки диагноза ВИЧ – 7,05±3,36лет (1-13лет), длительность противовирусной терапии – 6,41±3,47лет (1-13 лет). Всем больным, включенным в исследование, проводилось тестирование, направленное на изучение психологического и эмоционально-поведенческого статуса больных, включающее тестовые методики: тест Басса и Дарки в модификации Г.В. Резапкиной (диагностика различных форм агрессивного поведения), и педиатрический опросник качества жизни (PedsQL) для подростков 13-18 лет.

Результаты: Опросник качества жизни, адаптированный для подростков 13-18 лет позволил выявить трудности связанные с физической активностью (18,30±4,51 балл при максимальной оценке 32 балла), с эмоциональным состояниям (15,50±2,23 балла при максимальном 20 баллов), социальной деятельностью (14,10±2,93 балла при максимальном 20 баллов) и жизнью в школе (19,29±1,23 балла при максимальном 20 баллов).

Те или иные формы агрессивного поведения отмечались у всех больных, включенных в исследование, при этом, по результатам теста Басса и Дарки в модификации Резапкиной, преобладал негативизм (74 больных – 48,05%), причем в 11

случаях (7,14%) он сочетался с физической агрессией, и в 12 случаях (7,79%) – с обидчивостью. Кроме того, у 18 больных (11,69%) обнаружена косвенная агрессия, у 41 больного (26,62%) – обидчивость, у 10 больных (6,49%) – подозрительность и у 19 больных (12,34%) – раздражение. В КГ у 1 подростка обнаружена косвенная агрессия (5%), у 3 (15%) – негативизм и у 2 (10%) – обидчивость ($p<0,001$ достоверность частоты встречаемости агрессивного поведения между основной и КГ по табличному критерию хи квадрат).

Выводы: У подростков с 3-4 клинической стадией ВИЧ-инфекции поражение нервной системы в виде ВИЧ-ассоциированного нейрокогнитивного расстройства проявляется различными формами агрессивного поведения и ассоциируется со снижением качества жизни в аспекте физической, эмоциональной, социальной активности и обучения в школе. Для оценки выраженности этих нарушений методы нейро-психологического тестирования с использованием теста эмоций Басса-Дарки в модификации Резапкиной и опросник PedsQL-4 являются доступными и диагностически информативными.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦЕВАНИЯ ФИЛЬТРАЦИОННОЙ ПОДУШКИ ПРИ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Назирова З.Р., Туракулова Д.М., Бузруков Б.Т.

ТашПМИ, кафедра офтальмологии, детской офтальмологии

Цель: анализ результатов современной методики хирургического лечения врождённой глаукомы с применением нового биодеградируемого дренажа «Глаутекс».

Материалы и методы исследования было обследовано пациентов 56 (112 глаз) находящихся на лечении и обследовании в глазном отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института с диагнозом первичная врожденная глаукома. Возраст больных варьировал от 10 дней до 3 лет. Средний возраст составил – 18,2±0,3 месяца. Мальчики составили 30 (52,8%) девочки составили 26 (47,2%).

Всем больным были проведены следующие методы исследования: гониоскопия тонометрия, тонография и А, В scan глазного яблока.

Результаты . Все больные разделены на 2 группы. Основную группу составили 14 больных которым проведена антиглаукоматозная операция с применением биодеградируемого дренажа «Глаутекс».

У больных основной группы во время антиглаукоматозной операции формировали традиционный конъюнктивальный лоскут и поверхностный склеральный лоскут (на 1/2–1/3 толщины склеры) в виде трапеции. После чего, на склеральный лоскут надевали муфту дренажа и выполняли непосредственно трабекулэктомию с базальной иридэктомией. Затем склеральный лоскут с надетым на него дренажом укладывали на место, производили его репозицию и фиксировали с помощью 1 или 2 швов в области вершины. Конъюнктивальный разрез ушивали узловым швом.

Контрольную группу составили 42 больных которым проведена антиглаукоматозная операция с аутосклеральной ножкой. Данная операция; Способ хирургического лечения врожденной глаукомы (Бузруков Б.Т., Левченко О.Г., Хамроева Ю.А. Патент на изобретения РесУз №IAP04890 от 12.05.2014г.)

В обеих группах после проведенной АГО послеоперационный период протекал ареактивно. При проведении биомикроскопии дренаж «Глаутекс» визуализировался в виде прямоугольника.

Истинное внутриглазное давление до операции на медикаментозном режиме варьировал от 29,0 до 35,0 мм рт. ст. и в среднем составил 32,4±0,8 мм рт. ст..

1По данным А- сканирования средний ПЗО составил в обеих группах 28,6±0,7 мм. При гониоскопии II степень гониодисгенеза– наблюдалась в 34,6% случаях. III степень

гониодисгенгеза наблюдался в 13,1% случаях. В 44% детей гониоскопию провести не удалось из-за выраженного отека и помутнения роговицы.

В 1–й группе уровень истинного ВГД (Ро) снизился на 47 % и составил в среднем 11,1 мм рт. ст., во 2–й группе Ро снизился на 35 % и составил 13,5 мм рт. ст. В контрольной группе на 3-5 сутки у 8(18,2%) детей отмечалось выраженная гипотония, у 2 (4,5%) детей отслойка хориоидеи. Гипотония у больных была купирована на 7–8 день медикаментозно назначением глазных капель атропина по 2 капле 2 раза в день и кофеина по 2 капли 6 раз в день. В основной группе умеренная гипотония выявлена у 3 больных на 2 сутки и после назначения кофеина купировались на 5 сутки.

Выводы. Проведение антиглаукоматозных операций с использованием дренажа «Глаутекс» дает возможность получить стойкий гипотензивный эффект, но вместе с тем препятствует чрезмерной фильтрации ВГЖ по вновь сформированным путям оттока, что является своеобразной профилактикой послеоперационной гипотонии и как следствие отслойки хориоидеи. Все выше перечисленное позволяет снизить вероятность повторных оперативных вмешательств.

КЛИНИК ФАНЛАРДА TELEGRAM МЕССЕНДЖЕРИНИ ҚЎЛЛАШНИНГ ЮТУҚЛАРИ

Теребаев Билим Алдамуратович[1], тиббиёт фанлари номзоди, доцент
Абзалова Шахноза Рустамовна[1], тиббиёт фанлари номзоди, доцент
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Факультет болалар хирургия кафедраси[1],
Анатомия, патологик физиология кафедраси
Ўзбекистон, Тошкент ш.

Аннотация. Ҳозирги даврда ахборот комминикация технологиялари кун сайин ривожланиб ва мукаммаллашиб бораётган пайтда, инсонларнинг вақтдан унумли фойдаланишини ошириш мақсадида онлайн электрон ўқишга талаб йил сайин ошиб бормоқда. Шу сабабли талабаларни бу воситалардан унумли фойдаланишга йўналтириш, хар бир ўқитувчининг вазифасидир. Шундай қилиб, клиник фанларда электрон ўқитишда Telegram мессенджерини олий таълим муассасалрида қўллаш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайман. Унинг афзаллик томонлари, бу гурухдаги талабалар билан доимо онлайн алоқа орқали мавзуни ўзлаштириш учун хар қандай манбаларни бемалол етказиш мумкинлиги, хамда талаба ўзига қулай вақтда ўз устида ишлаши ва фанни ўзлаштириши мумкин.

Калит сўзлар: Telegram мессенджери, электрон ўқитиш, интернет коммуникация, масофавий таълим.

Долзарблиги. Ҳозирги даврда ахборот комминикация технологиялари кун сайин ривожланиб ва мукаммаллашиб бораётган пайтда, инсонларнинг вақтдан унумли фойдаланишини ошириш мақсадида онлайн электрон ўқишга талаб йил сайин ошиб бормоқда. Бундан ташқари талабаларнинг ахборот технологияларга бўлган қарамлиги кучайиб бормоқда [4, 5, 6]. Шу сабабли уларни бу воситалардан унумли фойдаланишга йўналтириш хар бир ўқитувчининг вазифасидир.

Шундай экан, онлайн электрон ўқитишда Telegram мессенджерини қўллаш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

Мақсад. Клиник фанларни онлайн электрон ўқитишда Telegram мессенджерини қўллаш ва унинг афзалликларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Айнан Telegram мессенджерини электрон ўқитишда фойдаланиш бўйича интернетда маълумотлар кўп эмас, аммо келтирилган манбаларда бу мессенджерни онлайн ўқитишда қулайлик томонлари ва унинг камчиликлари хақида хам маълумотлар келтирилган. Гатулин Р.Р. (2017) келтирган маълумотларга кўра, интернет

хозирги пайтда инсонларнинг кўп вақтини олмоқда, қайсидир маънода хаётининг мазмунига айланиб бормоқда деган фикрларни келтирган. Бундан ташқари Россия Федерациясида Telegram мессенджери ишга тушишдан олдин Whatsapp, Viber ва Skype дастурларидан кўп қўлланилишган. Ҳозирга келиб омманинг асосий қисми Telegram мессенджеридан кенг ва унумли фойдаланишади [3]. Бу мессенджер нафақат инсонларнинг ўзаро фикр алмашиши мақсадида, балки бизнесни ривожлантириш савдо-сотиқ ва махсулотларни реклама қилиш каби соҳаларда хам кенг қўлланилмоқда.

Абакумов А.А. ва бошқалар (2018) ўз мақоласида Telegram мессенджерини ўқув жараёнига қўллашда илм олувчи ва ўқитувчи орасида бир қанча қулайлик мавжудлигини, яъни ўқув машғулотларни жадвали, ўзаро тез хабар ва маълумотлар алмашиш қулайликларини келтириб ўтган [1, 2]. Шу нуқтаи назардан олий таълимда хам электрон ўқитиш мақсадида Telegram мессенджерини қўлланиш йил сайин оммалашиб бормоқда.

Мухокама. Энди Telegram мессенджерини электрон ўқитишда қандай афзалликлари борлиги тахлил қиладиган бўлсак:

1. Бу мессенджернинг текинлиги, яъни хар ким ўз мобил қурилмаси ёки компьютерига интернетдан кўчириб олиши ва ўрнатиши мумкин. Мобил қурилмаларнинг хар қандай операцион тизимига мос дастур мавжуд.

2. Функционал жихатдан кенг қамровлиги. Мессенджернинг созламалар қисмида хар бир қўлланувчи ўзига мос тарзда ўзгартиришлар киритиши мумкин. Гурух, канал ёки бот яратиш мумкин. Бу гурухга ўзингизни талабаларингизни бириктиришингиз ва улар билан мулоқот олиб боршингиз мумкин.

3. Қидирув тизимининг қулайлиги. Фойдаланувчи ўзига керак бўлган, олдин берилган файл ёки маълумотни тезда топа олиши имконияти мавжуд.

4. Хавфсизлик яхши йўлга қўйилганлиги. Хар бир фойдаланувчи ўз Telegram мессенджерига калит қўйиши мумкин, бу унинг шахсий маълумотларини бошқалардан сақлашга имкон беради.

5. Файл ва видеороликлар билан алмашиш мумкинлиги. Яъни айнан мана шу жихати бу мессенджерни электрон ўқитишда қулайлик яратади. Яратилган гурухингиз билан талабаларга фанни ўзлаштириш учун зарур бўлган тўлиқ маълумотларни, яъни мавзулар рўйхати, хар бир машғулот бўйича хар фандай типдаги файлларни шу гурухга юклаш ва юклаб олиш мумкинлиги, шу билан бирга онлайн тушунчалар бериш, хар бир мавзуни яхши ўзлаштириш учун виедо материаллар жойлаштириш ва уларни назоратини олиб бориш мумкин. Юборилаётган электрон материал хажм жихатдан чегараланиш йўқ. Яна бир яхши кулайлиги берилган материалларни шахсий компьтер орқали онлайн браузерга кириб юклаб олиш мумкин, хамда материалларни бошқа мессенджерлар (Whatsapp, Viber ва Skype) орқали улашиш мумкин.

6. Гурухда овозли ёки видео ёзув юбориш имокнияти мавжуддир. Бу билан биз талабаларга юборилаётган маълумотларга изох ёки тушинтириш беришимиз мумкин.

Шу билан бирга ижобий томонлари кўп бўлишига қарамасдан, бизнинг фикримизча битта ноқулайлиги мавжуд, яъни онлайн коференц мулоқот ўтказишнинг мавжуд эмаслигидир. Агарда бу имконият хам бўлганида гурухдаги талабалар билан онлайн конференция ўтказиш орқали мавзуни тушинтириш, маъруза ўқиш ва савол-жавоб қилиш имкони яратилар эди.

Хулоса. Шундай қилиб, клиник фанларда электрон ўқитишда Telegram мессенджерини қўллаш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайман. Унинг афзаллик томонлари, бу гурухдаги талабалар билан доимо онлайн алоқа орқали мавзуни ўзлаштириш учун хар қандай манбаларни бемалол етказиш мумкинлиги, хамда талаба ўзига қулай вақтда ўз устида ишлаши ва фанни ўзлаштириши мумкин.

Адабиётлар рўйхати

1. Абакумов А.А., Сидров Д.П., Егунова А.И. Использование мессенджера Telegram для реализации технологии электронного обучения в вузе // Образовательные технологии и общество. 2018. С. 330-336.

2. Аббакумов А.А. Информационная поддержка управления качеством образовательной деятельности [Электронный ресурс] / Аббакумов А.А., Панфилов С.А. // Образовательные технологии и общество. – 2015. – Т. 18, № 2. – С. 472-477.

3. Гатулин Р.Р., Колупаева Д.А. Спользование мессенджера Telegram для реализации технологии электронного обучения в вузе// Санкт-Петербургский образовательный вестник . 2017. С. 31-33.

4. Иванов А.Д. Чат-бот в Telegram и ВКонтакте как новый канал распространения новостей // Вестник ВУиТ. 2016. №3. С.126-132.

5. Маликова В. Н. Использование программы Telegram как средства мобильного обучения [Текст] / В. Н. Маликова, Е. Н. Перевощикова // Инновационные тенденции развития системы образования: материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 19 февр. 2017 г.) / ред. кол.: О. Н. Широков [и др.]. — Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2017. — С. 75–78. — ISBN 978-5-9909609-5-4.

6. Рахманова В. Исследование: портрет наиболее активной аудитории Telegram в России: [Электронный ресурс] // URL: https://vc.ru/25614-audience-of-telegram

БОЛАЛАРДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АНАЛ ИНКОНТИНЕНЦИЯИНИНГ УЗОҚ ДАВР НАТИЖАЛАРИ

Теребаев Билим Алдамуратович тиббиёт фанлари номзоди, доцент
Оллабергенов Одилбек Тожиддинович тиббиёт фанлари доктори, доцент
Тошкент педиатрия тиббиёт институти Факультет болалар хирургия кафедраси
Ўзбекистон, Тошкент ш.

Аннотация. Адабиётлар шархи шуни кўрсатадики, аноректал туғма нуқсонлари ва Гиршпрунг касаллигидан кейинги оперцияларнинг яқин ва узоқ давр натижаларида нажасни ушлай олмаслик каби қониқарсиз натижалар кўп кузатилмоқда. Бемор бола ва унинг ота-онаси учун бу холат жуда муаммоли холат ва болани ўз тенгдошлари олдида хамда жамиятда чекланишига олиб келади. 2017-2020 йиллар даврида ТошПТИ клиникасида 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган 61 та операциядан кейинги анал инконтиненция ташҳиси билан даволанган беморларнинг натижалари тахлил қилинди.

Шундай қилиб, болаларда операциядан кейинги анал инконтиненцияни даволаш тактикасини танлашда, шу холатга олиб келувчи сабабларни эътиборга олган холда индивидуал ёндашиши лозим. Анал канал гел пластикаси кам инвазив алтернатив даво усули ҳисобланади.

Калит сўзлар. Анал инконтиненция, давлаш, болалар.

Долзарблик. Адабиётлар шархи шуни кўрсатадики, аноректал туғма нуқсонлари ва Гиршпрунг касаллигидан кейинги оперцияларнинг яқин ва узоқ давр натижаларида нажасни ушлай олмаслик каби қониқарсиз натижалар кўп кузатилмоқда. Асосан аноректал туғма нуқсонларнинг юқори шаклларида операциядан кейин бу асорат кўп кузатилмоқда. Бемор бола ва унинг ота-онаси учун бу холат жуда муаммоли холат ва болани ўз тенгдошлари олдида хамда жамиятда чекланишига олиб келади [2, 3, 4, 5, 7, 11].

Операциядан кейинги анал инконтиненцияни даолашда охирги пайтларда кам инвазив даво усуллари ёрдамида хажм ҳосил қилувчи геллардан фойдаланиш кенг тарғибот қилинмоқда: полиакриламид гель «Bulkamid», модифицирланган глютар альдегидли коллаген— «GAX- collagen», чўчқа коллагени «Permacol», силиконли биоматериал «PTQ» ва «Durasphere» препарати ва полиакриламид геля «ДАМ+». [1, 6, 8, 9, 10, 12].

Шундай қилиб, операциядан кейинги анал инконтиненцияни даволаш услублари етарли, аммо айнан қайси усул қай холатларда қўллаш лозимлиги бўйича ягона ёндашиш мавжуд эмас. Шу нуқтаи назарда бу йўналиш бўйича изланишлар олиб бориш лозимлигини англатади.

Мақсад. Болаларда операциядан кейинги анал инконтиненцияининг узоқ давр натижалари тахлили.

Материал ва услублар: 2017-2020 йиллар даврида ТошПТИ клиникасида 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган 61 та операциядан кейинги анал инконтиненция ташҳиси билан даволанган беморларнинг натижалари тахлил қилинди. Шундан 23 тасида анал канал гел пластикаси полиакриламид гель «Noltrex» ёрдамида, 7 та беморда стома қўйиб анал тешик сфинктер аппарати тикланди, 5 тасида ташқи сфинктер бутунлигини тиклаш бўйича оралиқ проктопластика, 17 тасида ортиқча чиқиб қолган шиллиқ қаватни бартараф этиш, 9 та холатда анал тешик чандиқли торайишини бартараф этиш операциялари амалга оширилган. Анамнезидан бу беморларга бирламчи аноректал туғма нуқсонлар ва Гиршпрунг касаллиги бўйича реконтсруктив пластик операциялар амалга оширилган.

Мухокама ва тахлил: Тахлиллар шуни кўрсатдики, 18 та (78.3%) беморда анал канал полиакриламид гель «Noltrex» билан гел пластикасида анал тешик тўлиқ ёпилиши ва нормал континенцияга эришилди. Бу гурух беморларда ёш нормасига қараганда анал каналда босим 60-65% ни ташкил қилди. 5 та (21.7%) беморда анал каналдаги босим 55% гача камайганлиги сабабли қайта гел пластикаси қилишга тўғри келди ва қониқарли натижа олиниб анал каналдаги босим 69% га ошди. 17 та (73,9%) беморда тўлиқ континенция ва 6 та (26,1%) беморда анал инконтиненция частотаси 2-3 баробарга камайиб қониқарли натижа олинди.

7 та беморда анал канал чандиқли деформацияси аниқланиб, нажас тутолмасликнинг 2-3 даражаси аниқланган, оралиқ сохадаги жарохат бирламчи битиши учун бу беморларга олдин колостома қўйиб кейинчалик сфинктер аппаратни тиклаш операцияси амалга оширилди. Шундан 6 та беморда ички сфинктерни яратиш операцияси ва 1 тасида олд леватор мушакларини тиклаш амалиётлари қилинди. 71.4% холатда яхши ва қониқарли натижалар олинган.

5 та холатда ташқи анал сфинктернинг олди порциясини тиклаш оралиқ проктопластика амалиёти орқали амалга оширилди. Бу беморларнинг барчасида яхши натижа кузатилди.

17 та беморда ортиқча чиқиб қолган шиллиқ қават бартараф қилинди. Ўтказилган комплекс реабилитацион чоралардан кейин 12 тасида (70,5%) яхши ва 5 тасида (29,5%) қониқарли натижа олинди.

9 та беморда анал инконтиненцияга анал тешик чандиқли торайиши сабаб бўлган, анмнезидан уларнинг 6 тасига оралиқ проктопластика ва 3 тасига қорин оралиқ проктопластика амалга оширилган. Бу беморларга режали бужлаш фойда бермаганлиги сабабли чандиқни бартараф қилиш ва оралиқ проктопластика амалиёти бажарилди ва қониқарли натижалар олинди.

Хулоса. Шундай қилиб, болаларда операциядан кейинги анал инконтиненцияни даволаш тактикасини танлашда, шу холатга олиб келувчи сабабларни эътиборга олган холда индивидуал ёндашиши лозим. Анал канал гел пластикаси кам инвазив алтернатив даво усули ҳисобланади. Бу усулни қилишда анал каналда чандиқли жараён бўлмаганлиги мақсадга мувофиқ. Икки контурли мушак қаватидан ички сфинктерни яратиш операциясини олдин стома қилиб бажариш мақсадга мувофиқ. Якуний натижа операциядан кейинги яқин ва узоқ даврда тўғри олиб борилган реабилитацион чора тадбирларга боғлиқ. Реабилитацион муолажалар тўлиқ ва яхши натижа олингунча олиб борилиши лозим.

Адабиётлар рўйхати

1. Комиссаров И.А., Глушкова В.А., Колесникова Н.Г. Лечение недержания кала

у детей с помощью объемообразующего агента "ДАМ+".//Педиатр. 2014. Т. 5. №2. С. 47-50.

2. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста.- М.: Медицина, 1999. - 366 с.

3. Ривкин В.Л. Анальная инконтиненция.//Справочник поликлинического врача. 2009. № 10. С. 89-90.

4. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.А., Ленюшкин А.И. Болалар хирургик колопроктологияси // Ташкент 2005. 394 стр.

5. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Хирургическая коррекция ректовагинальных форм аноректальных мальформаций //Детская хирургия. – 2017. – Т. 21. – №. 1. – С. 28-31.

6. Aliyev M. M. et al. SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE ANAL INCONTINENCE IN CHILDREN //Central Asian Journal of Pediatrics. – 2019. – Т. 2. – №. 1. – С. 179-184.

7. Aliev M. M., Terebaev B. A., Turaeva N. N. Anorectal malformations in children //Tashkent–2014 y.–164 p.

8. Altomare D.F., La Torre F., Rinaldi M. et al. Carbon-coated micro- beads anal injection in outpatient treatment of minor faecal incontinence // Diseases of the Colon and Rectum.—2008.— Vol. 51.—P. 432–435.

9. Grasshoff-Derr S., Backhaus K., Hubert D., Meyer T. A successful treatment strategy in infants and adolescents with anorectal malformation and incontinence with combined hydrocolonic ultrasound and bowel management // Pediatr. Surg. Int. - 2011. - Vol. 27, №10. - P. 1099–103.

10. Maeda Y. Pilot study of two new injectable bulking agents for the treatment of faecal incontinence // Colorectal Dis.—2008.— Vol. 10, № 3.—P. 268–272.

11. Pakarinen M.P., Rintala R.J. Management and outcome of low malformations // Pediatr. Surg. Int. - 2010. - Vol. 26, №11. - P. 1057-1063.

12. Stojkovic S. G. Intra-anal collagen injection for the treatment faecal incontinence // Br. J. Surg.—2007.—Vol. 93, № 12.—P. 1514–1518

НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ОРИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Махкамова Гулноза Тураходжаевна

Ташкентский Педиатрический медицинский институт,

Ассистент кафедры Амбулаторной медицины, физического воспитания

г. Ташкент, Узбекистан

АННОТАЦИЯ. Известно, что антибиотики не влияют на симптомы ОРИ и не предотвращают бактериальную суперинфекцию, а, скорее, способствуют ее развитию в связи с подавлением нормальной флоры дыхательных путей. Степень неадекватности назначения антибиотиков при острых респираторных инфекциях различна. Назначение антибиотиков при простуде или острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ), остром ларингите, трахеите, бронхите и рините почти всегда не оправдано, так как в большинстве случаев это - вирусные инфекции. В то же время назначение антибиотиков при остром синусите и фарингите в ряде случаев оправдано, однако должно быть веско обосновано.

Ключевые слова: дети, острые респираторные инфекции, антибактериальные препараты.

Актуальность. Врачу первичного звена очень важно не переоценивать возможную роль бактериальной флоры и воздерживаться от назначения антибактериальных препаратов в тех случаях, когда в этом нет необходимости. Ведь рациональная антибиотикотерапия в педиатрии до сегодняшнего дня остается актуальной и непростой задачей. Несмотря на значительный прогресс в развитии клинической фармакологии,

вопросы обоснованности назначения лекарственных средств при ОРИ продолжают сохранять прежние позиции.

Цель и задачи исследования: Оценить рациональность применения антибактериальных препаратов при ОРИ у детей в амбулаторных условиях на примере Юнусабадского района г. Ташкента.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленной цели проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 308 детей. В выборку были включены амбулаторные карты детей в возрасте от 2 до 6 лет, обратившихся в поликлиническую сеть Юнусабадского района г. Ташкента (СП 4, 55, 51) за период с декабря 2016 г – до февраль 2017г: оценивались, нозологическая структура ОРИ и частота применения антибактериальной терапии. Также был проведен общий фармако-эпидемиологический анализ применения антибиотиков при ОРИ, на основе которого отдельно изучена частота применения системных антибактериальных препаратов при ОРИ у детей.

Результаты исследования: Как показал анализ данных за отчетный период, в структуре ОРИ первое ранговое место занимали острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (75 случая; 24,4%), второе — острый бронхит (60 детей; 19,5%); третье — острые тонзиллиты (52 ребенка; 16,9%), четвертое – острые фарингиты, ринофарингит (47 детей; 15,3%); пятое — острые трахеиты (24 ребенка; 7,8%), в процессе убывания в дальнейшем встречались острые риносинуситы и ларингиты (20 детей, 6,5%; 10 детей, 3,2%).

Антибактериальная терапия при ОРИ была применена в 80,2% (247 ребенка) случаев. Процентное соотношение применения антибактериальной терапии по отдельным нозологиям представлено на рис. 2. Установлено, что при неосложненных формах ОРИ доля применения антибактериальных препаратов среди всех переболевших детей составила 58,1% (179 детей), от общего числа ОРИ. Среди неосложненных формах ОРИ антибиотико терапия была назначена в 78,5% (179 детей из 228). При осложненных формах антибиотика терапия назначалась в 19,4% случаях (60 детей) от общего количества ОРИ и в 75% . В результате проведенного анализа выявлено, что, по частоте применения на амбулаторном этапе у детей лидировали антибиотики 3 поколения, цефалоспарины (цефазолин, цефтриаксон) — у 95,1% детей, ампициллин (амоксациллин, ампиокс, хинкоцил, аугментин, амоксиклав) — у 89,1%, макролиды (азимаг, азитромицин) — у 80,2%, аминогликазиды (меркацил) – у 55,1%.

При выборе антибиотика для лечения ОРИ участковые врачи отдавали предпочтение препаратам цефалоспаринового ряда (95,1%). Частота назначения макролидов, являющихся альтернативной пенициллинам при амбулаторном лечении инфекций верхних дыхательных путей, составили - 80,2%. случаях от общего количества осложненных ОРИ.

Выводы: Таким образом, спектр применяемых антибактериальных препаратов был различен. Объединяло их необоснованное назначение антибиотиков при неосложнённых формах ОРИ и острых бронхитах. Среди медиков первичного звена здравоохранения стало привычным назначать антибактериальные препараты при незначительном повышении температуры тела, насморке, невыраженном покраснении слизистых оболочек. При таком подходе имеет место снижение антибиотикочувствительных штаммов бактерий и распространение резистентных форм. Как известно, системная антибиотикотерапия неэффективна при вирусной этиологии ОРИ, поскольку не предотвращает развитие бактериальных осложнений и практически не влияет на течение неосложненного острого респираторного процесса. Но, несмотря на неоспоримые факты, эти препараты продолжают широко использоваться в педиатрической практике. Полученные нами данные указывают на то, что участковые врачи недостаточно придерживаются выжидательной тактики и динамического наблюдения при неосложненных формах ОРИ. В целях соблюдения обоснованной антибактериальной

терапии острых респираторных инфекций в амбулаторно-поликлинических условиях целесообразно ведение строгого учета назначаемых антибиотиков в каждом индивидуальном случае, особенно у часто болеющих и детей раннего возраста. Назначение антибиотика без должных оснований повышает риск побочных явлений и нарушения микробиоты ребенка, способствуя распространению лекарственной устойчивости

Список литературы

1. Землякова Э.И., Шакирова Э.М., Сафина Л.З. Экспертный анализ лечения острых респираторных инфекций участковыми педиатрами // Практическая медицина. – 2012. - 7 (62). – С. 121-125.

2. Ниязматов Б.И., Рахимов Р.А. Демографические особенности Узбекистана и их влияние на эпидемиологию гриппа и острых респираторных инфекций // Медицинский журнал Узбекистана.- Ташкент, 2011. - №1. - С. 31-35.

3. Рахимов Р.А. Модернизация системы эпидемиологического мониторинга гриппа и острых респираторных инфекций // Медицинский журнал Узбекистана.- Ташкент, 2010. - №2. - С. 33-36.

4. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство. Москва. 2012. 479 с.

5. Чучалин А.Г. и др. Респираторные инфекции у детей: результаты реализации региональной программы вакцинопрофилактики // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. - М., 2016. - Том 95 N4. - С. 197-202.

6. Hersh A.L., Shapiro D.J., Pavia A.T., Shah S.S. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. Pediatrics. 2011 Nov 7; 128 (6): 1053-1061.

7. Togoobaatar G, Ikeda N, Ali M, Sonomjamts M, Dashdem- berel S, Mori R, Shibuya K. Survey of non-prescribed use of antibiotics for children in an urban community in Mongolia. Bull World Health Organ. 2010;88:930-936. doi: 10.2471/ BLT.10.079004

8. Yin X, Song F, Gong Y, Tu X, Wang Y, Cao S. et al. A systematic review of antibiotic utilization in China. J Antimicrob Chemother. 2013;68(11):2445—2452. doi: 10.1093/jac/dkt223.

СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЕЗДА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА-ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШНИНГ АМАЛИЙ АХАМИЯТИ

Нигора Алиевна Джалалова

Эпидемиология, юқумли касалликлар кафедраси

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти, Ўзбекистан

АННОТАЦИЯ. Мазкур тадқиқотда сурункали бруцеллез билан оғриган беморларда рецидив ҳолатини, ногиронликни олдини олиш ва соғломлаштириш ишларини олиб бориш ҳамда реинфекцияга йўл қўймаслик учун реабилитация, диспансеризация ва профилактика чора-тадбирларини поликлиника шароитида тор мутахассисларга йўналтириш зарурлиги мақсадли эканлиги исботланди.

Калит сўзлар: бруцеллез, сурункали бруцеллез, профилактика, диспансеризация.

Мавзунинг долзарблиги. Тиббиёт амалиётчилари ва ветеринария ходимларининг биргаликдаги сайи-харакатлари натижасида бруцеллезнинг бир қанча эпидемик ўчоқлари бартараф этилди.

Тадқиқот мақсади. Сурункали бруцеллез билан оғриган беморларда рецидив ҳолатини, ногиронликни олдини олиш ва соғломлаштириш ишларини олиб бориш ҳамда реинфекцияга йўл қўймаслик учун реабилитация, диспансеризация ва профилактика чора-тадбирларини самарадорлигин оширишни ўз олдимизга мақсад қилиб олдик.

Тадқиқот усуллари ва услублари Сурункали бруцеллез билан оғриган 40 та бемор текширилди, уларнинг ёши 19 дан 50 ни, ўртача 32 ёшни ташкил қилди. Улардан 25 таси

эркак, 15 таси аёл. Клиник ташхис беморларнинг анамнези, касаллик тарихи ҳамда лаборатор инструментал текширувлар асосида қўйилди.

Олинган натижалар таҳлили. Касаллик бошқа сурункали жараён субкомпенсация ва компенсация билан алмашиниб туради. Бирламчи сурункали бруцеллезда касалликнинг авж олиши субкомпенсация босқичида (80,0±4,1), декомпенсация босқичида эса (20,0±4,1), иккиламчи сурункали бруцеллезда қуйидагича (18,3±4,0, 79,6±4,2, $p<0,05$) бўлди. Беморларни даволашда, диспансер кузатувида ва реабилитацияда буни инобатга олишимиз керак. Касалликни даволашда икки босқични ҳисобга олиш зарур, яъни биринчисида беморга бруцеллез ташхиси қўйиш биланоқ шифохона шароитида даволаш, иккинчисида беморни поликлиникада диспансер кузатувига олиш ва санатория, курортларда соғайишини таъминлаш. Сурункали бруцеллез билан оғриган беморлар шифохонда тўлиқ комплекс давони олгандан сўнг, касалликнинг компенсация даврида, яъни 3 ойдан кейин санатория ва курортларда даволаниш тавсия этилади. Тиббий реабилитация деганда бруцеллез натижасида келиб чиққан ўзгаришлар, аъзо ва тизимлардаги патологик ҳолатларга таъсир қилиб, асли ҳолига қайтариш ва иш қобилиятини тиклашдир. Бунинг учун поликлиника шароитида тор мутахассисларга йўналтириш зарур бўлади. Шу мақсадда бруцеллез билан оғриган беморлар ўзларининг яшаш ҳудудидаги оилавий поликлиникаларда диспансер кузатувига олинади. Бундан мақсад беморда рецидив ҳолатларини олдини олиш ва соғломлаштиришдир, шунингдек ре- ва суперинфекцияга йўл қўймаслик, беморларнинг иш қобилиятини тўлиқ тиклашдир. Бруцеллез билан оғриган шахслар 2 йил, резидуал турдагилар эса 5-7 йил мобайнида кузатилади.

Хулоса. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда шуни айтиб ўтишимиз мумкинки, диспансеризация ва реабилитация ўтказиш беморларни соғайишида ҳал қилувчи босқич ҳисобланади, бу бруцеллезни бартараф этишда ва ишлаш қобилиятини тиклашда муҳим аҳамиятга эга.

ОЛТИ ЁШДАН КИЧИК БЎЛГАН МАКТАБГАЧА МУАССАСАЛАРИ ТАРБИЯЛАНУВЧИЛАРИДА S. PNEUMONIAE НИНГ БУРУН-ХАЛҚУМ ТАШУВЧАНЛИГИ

Махкамова Гулноза Тураходжаевна

Тошкент Педиатрия тиббиёт институти,
Амбулатория тиббиёти, жисмоний тарбия кафедраси ассистенти,
Тошкент ш., Ўзбекистон

АННОТАЦИЯ. ЖССТ томонидан пневмококкли инфекция дунёнинг барча минтақаларидаги касалланиш ва ўлим сабабларининг етакчи сабабчиси деб тан олинган . Пневмококкли касалликлар жабри, айниқса, бир ёшгача бўлган болалар, кекса ёшдагилар ва сурункали касалликдан азият чекувчилар учун катта. Болаларда ўткир респиратор вирусли инфекция (ЎРВИ) ва гриппнинг кечиши кўпинча зотилжам билан асоратланди, бу касаллик прогнозини аҳамиятли ёмонлаштиради. 5 ёшдан кичик болалар ҳамда соғлиғида йўлдош бузилишлар бўлган болалар грипп фонида оғир зотилжам ривожланишининг энг катта хавфига дуч келишади. S. pneumoniae ташувчанлиги пнемококкли касалликлар тарқалишига асосий замин яратувчилар ҳисобланганлиги сабабли тарқалувчи серотиплар спектрини динамик кузатиш зарур

Калит сўзлар: Болалар, пневмококкли инфекция, бурун-ҳалқумда ташувчанлик.

Муаммонинг долзарблиги. Пневмококкли инфекция нафас олиш аъзоларининг ўткир ва сурункали касалликлари бош сабабларидан бири ҳисобланади. Инфекция чақирувчи Streptococcus pneumoniae қўзғатувчи инсоннинг бурун-ҳалқум соҳасини эгаллайди ва ҳаво-томчи йўли билан атрофга тарқалади. Кичик ёшдаги болалар ушбу қўзғатувчининг асосий резервуари саналади. Streptococcus pneumoniae ташувчанлик пневмококкли касалликлар тарқалиши учун замин тайёрлаганлиги сабабли ташувчанлик

частотаси бўйича ҳам, циркуляцияланувчи серотиплар спектри бўйича ҳам динамик кузатувни амалга ошириш талаб этилади. S. pneumoniaeнинг антимикроб резистентлиги мониторинги ҳам муҳим аҳамият касб этади. Эмпирик антибактериал терапия микрофлоранинг сезувчанлиги тўғрисидаги регионал маълумотларга асосланиши керак. Тадқиқотни амалга ошириш давомида болалар боғчаларининг 6 ёшдан кичик бўлган амалий соғлом тарбияланувчиларида бурун-ҳалқум ташувчанлигида микробли манзара ўрганилди ва S. pneumoniaeнинг антимикроб резистентлиги таҳлили ўтказилди.

Тадқиқот мақсади ва вазифалари. Тадқиқот мақсади соғлом болалар орасида Streptococcus pneumoniaeнинг 6 ёшгача бўлган болалар орасида ташувчанлик частотасини аниқлашдан иборат. Пневмококкни ташувчанлик частотаси болалар ҳаётининг биринчи йилида ўсиб боради. Ташувчанлик частотаси, айниқса, болалар мактабгача муассасаларида юқори (50% гача етиши мумкин). Бошланғич мактабда ташувчанлик частотаси 35% гача, юқори синфларда – 25% гача камаяди.

Тадқиқот объекти ва предмети. Streptococcus pneumoniae ташувчанлиги бўйича 2015–2016 йилларда Тошкент шаҳрида жойлашган болалар боғчаларидаги пневмококк инфекциясига қарши эмланмаган, 3–6 ёшли тарбияланувчиларнинг профилактик кўриги ўтказилди. Бурун-ҳалқум микрофлорасини текширишлар болалар боғчасидаги болаларни диспансеризациялашда оториноларингологик кўрик жараёнида рутинли амалга оширилди. Беморларнинг ёши, вакцинал мақоми, намуна олингунга қадар сўнгги ой давомида антибиотиклар қабул қилганлиги ҳужжатлаштирилди.

Назофарингеал ташувчанликни аниқлаш мақсадида Тошкент шаҳридаги мактабгача таълим муассасасига қатновчи 76 нафар соғлом болалар текширилди. Тана ҳарорати меъёрий бўлган, катарал холатлар қайд этилмаган ҳамда сўнгги 2 ҳафта давомида антибактериал препаратлар қабул қилмаган болалар танлаб олинди. Болаларнинг ёши 2 дан 6 ёшгачани ташкил этди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси: жами 76 та бурун-ҳалқум намуналари йиғилди. Микробли спектрни ўрганиш жараёнида бурун-ҳалқум ташувчанлигида 33% (25/76) ҳолатда меъёрий микрофлоранинг ўсиши қайд этилди. Меъёрий флора, асосан, стафилококклар, яшиллашган стрептококклар, энтеробактерияларнинг турли хил кўринишлари билан ифодаланган.

Шартли-патоген флоранинг ўсиши тадқиқотга жалб этилган 66% (50/76) болада кузатилди. Кўрикдан ўтказилган 25% (19/76) болаларнинг бурун-ҳалқум намуналарида бактерияларнинг 2 ёки 3 хил кўриниши бир пайтда ўсганлиги қайд этилди. H influenzae билан S. pneumoniae (n=12), M cataralis билан S. pneumoniae (n=16)нинг бирикиши энг кўп учради, H influenzae ва M cataralis (n=6) комбинацияси, шунингдек, S. pneumoniae нинг H influenzae ва M cataralis билан бирикиши (n=4) нисбатан камроқ аниқланди. 3 та ҳолатда комбинацияларда *S.aureus* иштирок этди. Бурун-ҳалқум ташувчанлигида S. pneumoniae улуши 25% ни ташкил этди ва бу H influenzae – 16% ва M cataralis – 18% улушларига нисбатан юқори бўлди.

Ташкил этилган болалар жамоаларидаги болаларда шартли-патоген микрофлоранинг юқори частотали бурун-ҳалқум ташувчанлиги кузатилиши уларда тенгдошлари билан алоқага киришишнинг кўплиги билан тушунтирилади. Болалар боғчаларидаги болаларнинг учдан бир қисми (33%)да потенциал патоген бўлмаган флоранинг ўсиши кузатилди (биз буни нормофлора сифатида белгиладик). Муҳим респиратор патогенларнинг микробли ассоциациялари частотаси 57% ни ташкил этди.

Хулоса. Шундай қилиб 6 ёшгача бўлган болаларнинг турли гуруҳларида S.pneumoniae ташувчанлиги тўғрисидаги маълумотлардан кўриниб турибтики, эмлашдан олдин ташкиллаштирилган кичик ёшдаги соғлом болаларда бурун-ҳалқум ташувчанлиги частотаси 25% ни ташкил этди. Олиб борилган тадқиқот болалар жамоаларидаги болаларда шартли-патоген микрофлора бурун-ҳалқум ташувчанлигининг юқори частотаси мавжудлигини кўрсатди, бу мактабгача таълим муассасаларига борувчи болалар

гуруҳларида болалар боғчаларига бормайдиган болалар билан таққосланганда тенгдошлари билан алоқалар миқдорининг катталиги ва зичлиги орқали билан тушунтирилади. Биз томонимиздан амалга оширилган тадқиқотда бурун-ҳалқумда S.pneumoniae, H.influenzae ва M. cataralis респиратор патогенларининг аниқланиш частотаси мактабгача таълим муассасаларига борувчи болалар гуруҳларида болалар боғчаларига бормайдиган болалар билан таққосланганда аҳамиятли паст бўлди. S. pneumoniae болалар боғчаларидаги болаларнинг бурун-ҳалқумида 25% ҳолатда экилди, бу пайтда жамоалашмаган болалар гуруҳларида пневмококк ташувчанлиги атиги 16% ҳолатни ташкил этди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Алиева А.И. Условно-патогенная микробиота в этиологии нозокомиальных пневмоний у новорожденных детей / А. И. Алиева, С. М. Омарова // Проблемы медицинской микологии. - СПб., 2012. - Том 14 N2. - С. 64.

2. Боронина Л.Г. Эпидемиологические особенности Streptococcus pneumoniae, выделенного у детей, при неинвазивных пневмококковых инфекциях и носоглоточном бактерионосительстве / Л. Г. Боронина, Е. В. Саматова // Вопросы диагностики в педиатрии. - М., 2013. - Том 5 N3. - С. 22-26.

3. Даминов Т.А. Особенности клинико-лабораторных показателей пневмококковых пневмоний у детей / Т. А. Даминов, Л. Н. Туйчиев [и др.] // Новое в эпидемиологии, диагностике и лечении инфекционных заболеваний: научно-практическая конференция (сборник тезисов). - Ташкент, 2012. - С. 85-86.

4. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н. и др. Современные аспекты пневмококковых пневмоний у детей // Новое в эпидемиологии, диагностике и лечении инфекционных заболеваний: научно-практическая конференция (сборник тезисов). - Ташкент, 2012. - С. 86-87.

5. Зарипова А.З., Валиева Р.И.,. Баязитова Л.Т, Целищева М.В. Диагностика пневмококковых инфекций респираторного тракта// Практическая пульмонология. |2018. № 4. -С-74-80.

6. Колесник Д.С. и др. Эпидемиологические особенности пневмококкового носительства у детей в Невском и Красногвардейском районах Санкт-Петербурга: тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции по медицинской микробиологии и клинической микологии (XIX Кашкинские чтения) // Проблемы медицинской микологии. - СПб., 2016. - Том 18 N2. - С. 78.

7. Лазарева М.А., Куличенко Татьяна Владимировна, Алябьева Н.М., Пономаренко О.А., Лазарева А.В., Катосова Л.К., Маянский Н.А. Носоглоточное носительство streptococcus pneumoniae у воспитанников детских домов, дошкольных учреждений и неорганизованных детей младше 5 лет //Вопросы современной педиатрии. 2015. Том 14. № 2.- С- 246-255

8. Рамазанова Б.А., Мустафина М.М., Ералиева Л.Т., Колоскова Е.А. Особенности изучения распространения пневмококковой инфекции и носительства str. pneumoniae в республике казахстан.// Вестник КазНМУ. 2016 №1. –С-495-498.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Шахло Шамансуровна Шомансурова
Гавхар Салаховна Шаисломова
Саодат Илхомовна Ульмасова
Кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

АННОТАЦИЯ. Анализ многолетней динамики заболеваемости бруцеллёзом населения Ташкентской области и г. Ташкента за указанный период выявил регистрацию 9,5% и 6,0% заболевших детей и подростков до 14 лет соответственно. Процесс приватизации в сельском хозяйстве, бурное развитие частного сектора животноводства, ослабление контроля со стороны ветеринарно-санитарного надзора, обусловили высокую заболеваемость бруцеллёзом среди населения, включая детей и подростков.

Актуальность. Бруцеллёз, как краевая патология до сих пор сохраняет свою значимость в Узбекистане и представляет сложную проблему для практического здравоохранения республики, поскольку преимущественная животноводческая ориентация многочисленных хозяйств создает реальные условия для широкого распространения этого заболевания не только среди животных, но и среди людей. Распад системы государственного животноводства с организацией множества мелких хозяйств повлек за собой широкое привлечение детей и подростков к уходу за домашними животными, что создало благоприятные условия для распространения бруцеллёза и росту данной инфекции среди детей и подростков.

Цель исследования: выявить современные особенности эпидемического процесса бруцеллёза среди подростков.

Материалы и методы. Материалами для настоящего исследования послужили отчетные данные Агентства санитарного и эпидемиологического благополучия Республики Узбекистан, результаты рестроспективного и текущего эпидемиологического анализа заболеваемости бруцеллёза по г.Ташкенту и Ташкентской области за 2015-2019 гг. Ретроспективный эпидемиологический анализ включал многолетнюю и внутригодовую динамику заболеваемости среди детей и подростков до 14 лет.

Результаты и обсуждения. Как показали результаты исследования, создавшаяся современная эпизоотическая ситуация по бруцеллёзу в Узбекистане повлекла за собой ухудшение эпидемиологической обстановки. Ежегодно на территории республики регистрируется 300-500 случаев заболевания людей бруцеллёзом, впервые выявленным. За указанный период диагноз бруцеллёз установлен у 4559 больных, в том числе у детей до 14 лет - 402 (8,8%). Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения находился в пределах 1,9-1,4; а у детей до 14 лет - 0,4 - 0,2 демонстрируя стабильную эпидемиологическую ситуацию по данному зоонозу. В течение изучаемого периода (2015-2019 гг.) бруцеллёз у детей был зарегистрирован во всех 14 административных территориях республики. Сравнительно высокие показатели заболеваемости среди детей и подростков в возрасте от 3 до 14 лет отмечались в 2015, 2016, 2018 годах (0,5;0.6 и 1,0 на 100 тыс. населения соответственно. Анализ многолетней динамики заболеваемости бруцеллёзом населения Ташкентской области и г. Ташкента за указанный период выявил регистрацию 9,5% и 6,0% заболевших детей и подростков до 14 лет соответственно.

Выводы.Таким образом**,** сложившуюся эпидемическую обстановку по бруцеллёзной инфекции следует считать напряженной. Процесс приватизации в сельском хозяйстве, бурное развитие частного сектора животноводства, ослабление контроля со стороны ветеринарно-санитарного надзора, обусловили высокую заболеваемость бруцеллёзом среди населения, включая детей и подростков.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ

Рахматиллаева М. Ш.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Актуальность. Одним из наиболее грозных осложнений естественного течения врожденных пороков сердца (ВПС) с увеличенным легочным кровотоком является

легочная гипертензия (ЛГ), снижающая качество жизни пациентов и приводящая их к ранней инвалидизации и преждевременной смерти. Эхокардиографическим методом можно определить степень легочной гипертензии, от которой зависит выбор тактики лечения.

Цель исследования – определить эхокардиографические особенности диагностики врожденных пороков сердца, осложненных легочной гипертензий

Материал и методы. Проведен анализ ЭхоКГ 30 больных, госпитализированных с ВПС, осложненной ЛГ в отделения кардиоревматологии, кардиохирургии и раннего возраста в клинике ТашПМИ за период 2016-2018 г. При эхокардиографической диагностике врожденных пороков сердца, которые имеют лево-правый сброс, измеряли градиент давления между камерами сердца или на уровне сердечного шунта. У 95-98% пациентов определилась незначительная (физиологическая) недостаточность трехстворчатого клапана. Посредством допплер ЭхоКГ во время систолы правого желудочка измеряли значение максимальной скорости регургитации на трикуспидальном клапане. Далее по уравнению Бернули (ϫP=4V2) рассчитывали разницу давления между правым желудочком и правым предсердием. К примеру, скорость регургитации 2 м/с, соответственно градиент давления между ПЖ и ПП равен 16 мм рт.ст. Далее, анализируя реакцию нижней полой вены на вдох, определяли уровень даления в ПП. Если НПВ колабирует при вдохе более 50%, то прибавляли к градиенту давления на трикуспидальном клапане 3 мм рт. ст. и получили показатель систолического давления в легочной артерии (Пример. СДЛА = 16+3=19 мм рт.ст.).

Результаты. У 26% больных диагностирована ЛГ I степени, у 20,6%-ЛГ IIст., у 33%-ЛГ IIIст., у 20,4%-ЛГ IVст. При диагностике ЛГ использовали перечисленные эхокардиогрофические показатели, которые определили тактику лечения и ведение больных в послеоперационном периоде.

Выводы. Современный подход к эхокардиграфической диагностике у больных с ВПС, осложненный легочной гипертензией определяет оптимальную тактику введения.

БОТУЛИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ

Бахринисо Исабаевна Бўрибоева
Дилафруз Махсутовна Атамухамедова
Эпидемиология, юқумли касалликлар кафедраси
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти, Ўзбекистон

АННОТАЦИЯ. Ботулизм билан касалланишига сабаб бўлган инфекция манбаи - уй шароитида консерваланган полиз махсулотлари етакчи бўлиб (75%), инфекцияни юқиш йўллари орасида алиментар йўли устивор аҳамиятга эга бўлган. Касалликнинг бошланғич клиник белгилар мажмуасини 54% холларда неврологик бузилишлар, 43% холларда гастроинтестинал синдром ва 3% холларда нафас бузилиши сақлаб қолган, бу ўз навбатида касалликнинг эрта ташхис қилишда ва дифференциал ташхис ўтказишда ёрдам беради.

Мавзунинг долзарблиги. Овқатдан заҳарланишнинг оғир шаклларидан бири ботулизмдир. Бу касаллик оғир кечиши, ҳатто ўлимга олиб келиши боис ушбу муаммога қарши курашиш долзарб масалага айланмоқда.

Тадқиқот мақсади: Ўзбекистон Республикасида сўнгги 7 йилда ботулизм билан касалланиш даражасини қиёсий ўрганиш.

Тадқиқот усуллари: Ўзбекистон Республикаси Давлат санитар- эпидемиологик назорат марказидан олинган 2012-2018 йиллар оралиғида ботулизм билан касалланиш бўйича маълумотлар таҳлили.

Олинган натижалар: Ўзбекистон Республикаси Давлат санитар эпидемиологик назорат марказининг маълумотлари таҳлилига кўра, Ўзбекистон Республикаси ботулизм

ҳодисасининг учраши деярли бир хил даражада турибди. Фақатгина 2018 йилга келиб, ҳодисаларнинг учраш даражаси 2012 йилга нисбатан 1,2 баробарга камайган. Йиллар кесимида таҳлил этилганида, энг юқори кўрсаткич 2017 йилга тўғри келади (43 та ҳолат).

Ўрганилаётган йиллар давомида ботулизмдан кузатилган ўлим ҳолатлари таҳлил этилганида маълум бўлдики, сўнгги 2 йил давомида ўлим ҳолатлари 2016 йилга нисбатан 4,3 баробарга камайган ҳамда 2018 йилга келиб 3 та ўлим ҳолати кузатилган. Худди шундай ҳолат 2013 йилга хос бўлган, 2012 йилга нисбатан ушбу йилда ўлим ҳолати 3,7 баробарга пасайган, аммо кейинги йилларда ушбу кўрсаткич аста-секин кўтарилиб бориб, 2016 йилда энг юқори даражага етган (13 та). Тадқиқотнинг кейинги босқичида ботулизм ҳодисаси кузатилишига олиб келган сабаблар йиллар кесимида ўрганилганида маълум бўлдики, ҳар йили уй шароитида тайёрланган бодринг, помидор консерваларини исътемол қилиш овқатдан заҳарланишга олиб келган сабаблардан асосийси бўлган (71,3±2,2%), шу билан бирга уй шароитида тайёрланган сабзавотли консервалар (16,5±2,4%) ҳамда бақлажонли икра (7,3±1,8%) исътемол қилиш билан ҳам боғлиқ ҳолатлар аниқланган. Кам учраган сабаблардан: мевалардан тайёрланган мураббо, компот, дудланган балиқ, дудланган колбаса, кўк нўхот консерваси, тузланган эчки гўшти бўлди. Беморларнинг анамнезидан маълум бўлдики, беморларнинг 36,0% да уй шароитида консерваларни тайёрлаш мобайнида сув таъминоти ёмон бўлганлиги ҳамда ушбу беморларнинг яшаш жойи шаҳардан ташқарида эканлиги аниқланди.

Хулоса. Ўзбекистон Республикасида сўнгги 7 йил давомида ботулизм ҳодисаларини учраши бир хил даражада турибди, камайиш ёки кўпайиш тенденциясига ҳам эга эмас. 2012-2018 йиллар оралиғида ботулизмга олиб келувчи асосий сабабчи йиллар давомида ўзгармаган ҳолда уй шароитида тайёрланган бодринг, помидор консервалари бўлиб қолмоқда (71,3±2,5%). Бу эса аҳоли ўртасида санитар-оқартув ишларини кучайтириш зарурлигини кўрсатади. Сўнгги 2 йил давомида ўлим ҳолатлари 4,3 баробарга камайганлиги (2018 йилда 3 та ўлим ҳолати) ботулизмни эрта ташхисоти яхшиланганлигидан далолат беради.

ШАХМАТЧИ БОЛАЛАРДА АНТРОПОМЕТРИК КУРСАТКИЧЛАР

Мухамеджонова Фатима Рустамовна,
Алиева Нигора Рустамовна
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти,Узбекистон

Умумтаълим мактабларида инновацион педагогик технологияларни тадбиқ этиш, ахборотнинг таркибий даражасини ошириш ва ақлий юкламаларни жадаллаштириш (қўшимча машғулотлар, секциялар, тўгараклар), таълим жараёнини компьютерлаш билан боғлиқ бўлган янги стандартларга ўтиш шароитларида давлатнинг энг муҳим вазифаларидан бири болалар ва ўсмирлар саломатлигини сақлаб қолиш ва мустаҳкамлаш ҳисобланади [1, 3, 7].

Инновацион дастурлаш бўйича таълим олаётган болаларнинг жисмоний ривожланиши ҳақидаги маълумотлар бир-бирига зид: кўрсаткичларнинг ёмонлашиши билан [4, 8] бир қаторда кўрсаткичларда салбий ўзгаришлар мавжуд эмаслиги [2, 9], ёхуд ўқувчиларнинг ўрганилган популяцияси ўртасида жисмоний ривожланиш кўрсаткичларининг ўртача қийматлари устуворлиги аниқланган [4, 6]. Жисмоний ривожланиш, соматотип ва юрак-қон томир тизими функционал ҳолати кўрсаткичлари ўртасида етарли даражадаги узвий боғлиқлик мавжудлиги аниқланган [5, 8].

Охирги йилларда ўтказилган кўп сонли тиббий-педагогик экспертизалар натижалари ўқувчилар саломатлигидаги нохуш ҳолатдан далолат беради, ўқувчилар ўртасида турли функционал бузилишлар ва сурункали касалликларнинг ортиши кўпроқ таълим жараёни ва ўқитишнинг инновацион дастурларини киритиш билан боғлиқ бўлмоқда [2, 5,7].

Юқорида баён этилганлар тадқиқот мақсадини белгилаб берди: интеллектуал

юкламаларга мослашишда болалар жисмоний ривожланишининг ёш-жинсий хусусиятларини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва услублари: Асосий гуруҳни шахмат билан шуғулланиш тажрибаси 1 йилдан 3 йилгача бўлган иккала жинсдаги 7 ёшдан 11 ёшгача бўлган 266 нафар ўқувчи ташкил қилди. Таққослаш гуруҳини қўшимча интеллектуал юкламалар билан шуғулланмайдиган худди ёшдаги ўқувчилар ташкил қилди (1 жадвал). Қуйидаги антропометрик ўлчамлар: умумқабул қилинган усуллар бўйича тана узунлиги ва массаси, кўкрак қафаси айланаси ўлчами ўтказилди. Тана узунлиги ростомер ёрдамида, тана вазни-тиббий тарози, кўкрак қафасининг айланаси- сантиметрли тасма ёрдамида ўлчанган.

Тадқиқот натижаларига статистик ишлов бериш вариацион статистиканинг умумқабул қилинган усулларидан фойдаланиб, Microsoft Excel 2007 дастурий таъминот ёрдамида ўтказилган.

Шахсий тадқиқотлар натижалари:

7-11 ёшдаги болалардаги тана узунлигининг ўртача кўрсаткичлари, умуман олганда, ёш-жинсий стандартларга мос келган (2 жадвал).

Шахматчи болаларда антропометрик кўрсаткичлар

1- жадвал.

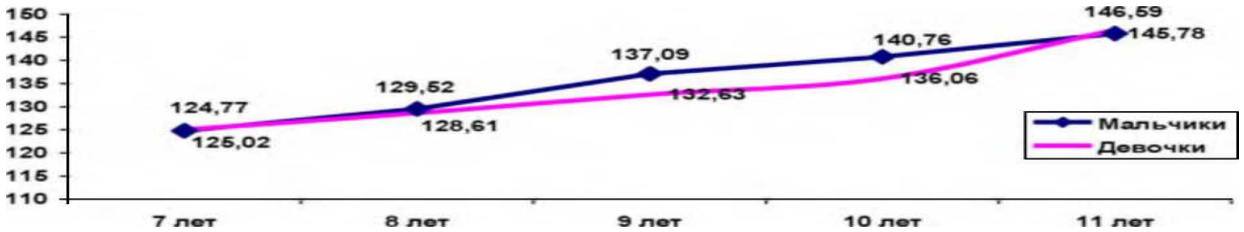
Ўрганилган болаларнинг ёш-жинсий ва миқдорий таърифи

Ёши	Болалар сони				
	Ўғил болалар		Қиз болалар		Жами
	Асосий гуруҳ	Таққослаш гуруҳи	Асосий гуруҳ	Таққослаш гуруҳи	
7 ёш	16	17	18	17	68
8 ёш	18	16	17	17	68
10 ёш	15	16	16	17	64
11 ёш	18	16	17	15	66
Жами	67	65	68	66	266

2- жадвал.

Кичик синфдаги ўқувчиларнинг (M±m) тана узунлиги кўрсаткичлари (см)

Ёши	Гуруҳ	Ўғил болалар	Қиз болалар	Б назорат билан
7	асосий	124,77±1,27	125,02±1,24	>0,05
	таққослаш	124,93±1,26	125,07±1,25	>0,05
8	асосий	129,52±1,22	128,61±1,13	>0,05
	таққослаш	129,46±1,34	128,85± 1,18	>0,05
9	асосий	137,09±1,32	132,63±1,48	>0,05
	таққослаш	136,81±1,29	133,90±1,35	>0,05
10	асосий	140,76±1,34	136,06±1,30	>0,05
	таққослаш	140,55±1,32	139,64±1,33	>0,05
11	асосий	145,78±1,46	146,59±1,40	>0,05
	таққослаш	145,47±1,48	147,12± 1,5 1	>0,05



1- расм. Шахмат билан шуғулланувчи болалар ўртасида тана вазни ошиши динамикаси

8-10 ёшда тана узунлигининг юқори кўрсаткичлари ўғил болаларда бўлган, 11 ёшда қиз болалар ўғил бола тенгдошларидан бир озгина ошган. Ўрганилган болаларнинг тана узунлиги назорат гуруҳидаги тенгдошларининг кўрсаткичлари билан таққосланганда сезиларли фарқ кузатилмади.

Тана вазни кўрсаткичларининг бир хиллиги иккала гуруҳда ҳам ҳар хил жинсдаги болаларда турли ёш оралиғида қайд этилган ва стандартга мос келган. Ўғил болаларда кўрсаткичларнинг сезиларли ортиши 8-9 ёш оралиғида бўлган (тахминан 4,5 кг, 16,5-17%, $p<0,05$), қизларда - 10 ёшдан 11 ёшгача (8 кг дан ошиқ, бу 27-29%, $p<0,05$), натижада 11 ёшли қизларда уларнинг тенгдошларига нисбатан тана вазни 1,5-2,5 кг га ортиқ бўлган (1 расм).

Кўкрак қафаси айланасининг ўртача кўрсаткичлари ўрганилган иккала гуруҳда ҳам меъёрга мос келган. Кўрсаткичнинг энг юқори ортиши 9-10 ёшда (ўғил болалар ва қизларда - 4,8-5,5% га) ва 10-11 ёшда (қизларда - 4,5-5,5% га) кузатилган.

7-ёшли ўқувчиларни саломатлик гуруҳлари бўйича тақсимлаш шуни кўрсатдики, саломаликнинг II гуруҳидаги болалар кўпчиликни ташкил этган- асосий гуруҳдаги қизлар ўртасида 58,3% дан асосий гуруҳдаги ўғил болалар ўртасида 61,2% гача, саломатликнинг III гуруҳига тегишли бўлган кичик синф ўқувчиларининг сони биринчи синфда 23,3% дан 23,9% гачани ташкил этган.

4 йиллик таълим динамикасида саломатликнинг биринчи гуруҳга киритилган иккала жинсдаги ўқувчиларнинг 13,7%-14,1%гача камайиши содир бўлган, шунга ўхшаш ҳолат саломатликнинг иккинчи гуруҳидаги болалар сонида ҳам кузатилган. 1-синфдан (7 ёш) 4- синфгача (11 ёш) (I гуруҳдан II га ўтиш ва II гуруҳдан III га ўтиш) таълим олишда соғлигини ёмонлашиши кузатилган болаларнинг улуши умумий олганда 28% ни ташкил этган: таққослаш гуруҳидаги қизларнинг 26,6% дан асосий гуруҳдаги қизларнинг 29,2% гача.

Ўқув фаолиятига мослашиш омили сифатида болалар ўзлаштириши ва касалланиши таҳлил қилинганда, асосий гуруҳда ўқув йили якунига кўра бир қатор фанлар (жумладан математика ва рус тили) бўйича ўртача баллар таққослаш гуруҳига нисбатан ишончли тарзда юқори бўлган. Касалланиш даражаси 10 ёшга бориб ортади, энг катта даражаси эса шахмат билан шуғулланадиган 11-ёшли ўғил болаларда қайд этилган.

Хулосалар:

1. Шахмат билан шуғулланадиган 7-11 ёшли ўғил ҳамда қиз ўқувчиларда антропометрик кўрсаткичлар ёш-жинсий нормативларга мос келади, саломатлик гуруҳларига кўра тақсимлашда стандарт умумтаълим дастури бўйича таълим олаётган тенгдошлари билан ишончли фарқлари йўқ.
2. 3 йилдан ортиқ шахмат билан шуғулланиш "математика" ва "информатика" фанлари бўйича ўзлаштириш кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатади, аммо уларда кўп ҳолларда вегетатив ўзгаришларнинг аломатлари билан тавсифланадиган касалланиш кўрсаткичлари юқори(45%).

Адабиёт:

1. Безруких М.М. Особенности организации внимания у гиперактивных детей 5,5-7 лет / М.М. Безруких, Н.Е. Рейсих, Т.А. Филлипова // Научные труды I съезда физиологов СНГ. М.: Медицина-Здоровье, 2005.-Т. 1. - Б. 145-146.
2. Быков Е.В. Онтогенетические аспекты регуляции артериального давления у учащихся младших классов с различным уровнем умственных нагрузок / Е.В.Быков, Е.А. Мекешкин, О.В. Казакова. Н.Г.Зинурова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». - 2010. - Чиқ. 24. - №24 (200). - Б. 24-27.” ”
3. Гребнева, Н.Н. Исследование психофизиологических функций у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / Н.Н. Гребнева, Ю.В. Евсеева // Здоровая образовательная среда здоровое поколение: матер. Всерос. с междунар. участием науч.-практ. конф. Тюмень: ТюмДУ Нашриёти, 2009.-Б. 69-76.

4. Даирбаева С.Ж. Морфофункциональное и нейрофизиологичское развитие детей и подростков 7-15 лет Павлодар ш. (Шимолий Қозоғистон): биол.фан.номз. С.Ж.Даирбаевнинг автореф.дисс.. Челябинск, 2010. - 22 б.
5. Зайнеев, М.М. Возрастные особенности реакции кардиореспираторной системы младших школьников на динамическую и изометрическую нагрузки в различные периоды учебного года: автореф. дис... канд. биол. наук /М.М. Зайнеев. Қозон, 2009. - 28 б.
6. Звездина, И.В. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы детей в динамике обучения в начальной школе / И.В. Звездина, Н.С. Жигарева, Л.А. Агапова // Российский педиатрический журнал: илмий-амалий журнал. 2009. - №2. - Б. 19-23
7. Кокорева, Е.Г. Гетерохронизм развития психофизиологических функций у детей с сенсорными нарешениями: биол.фан.док. Е.Г.Кокорева дис. Челябинск, 2010. - 26 б.
8. Колосова, Т.С. Особенности эмоционального статуса младших школьников, обучающихся по разным образовательным программам / Т.С. Копосова, М.Ю. Кондратьева // Новые исследования. №1-2. - 2004. -Б. 213-214.
Sato, N. Cardiovascular reaction to mental stress: relationship with menstrual cycle and gender / N. Sato, S. Miyake // J. Pysiol. Anthropol. Appl. Hum. Science. 2004. - V. 23. - №6. - P. 215.

ДИФФУЗ БЎҚОҚ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДА РИТМ БУЗИЛИШ ХОЛАТИ

Абдурахманова Дилноза Фуркатовна
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти
1-Госпитал педиатрия ва ноаньанавий тиббиёт асослари кафедраси,
Ўзбекистон

Муаъммонинг долзарблиги: Болалар ва ўсмирлар саломатлигини сақлаш, уларнинг ҳаёт сифатини ошириш устувор йўналишлар ва замонавий педиатриянинг долзарб муаммоларидан ҳисобланади. Сўнгги йилларда болалар ва ўсмирлар ўртасида нотоксик бўқоқ негизидаги кардиалгия ва вегетатив қон томир дистонияси частотасининг ошиб кетиши кузатилмоқда. Диффуз нотоксик бўқоқ хасталигида юрак қон томир тизими динамикасини издан чиқиши, уни гемодинамик метоболик асоратларга олиб келишини олдини олишда клиник анамнестик маълумотларнинг ўрни хам катта ахамиятга эга. Нотоксик буқоқнинг кўп тарқалиши ижтимоий аҳамиятга эга касалликлар, айниқса кардиоваскуляр патологиянинг кузатилиш частотасининг ўсиши билан бирга кечади, қалқонсимон без (ҚБ) дисфункцияси қайд этилган болаларда бу хасталикнинг ривожланиш механизмлари ва натижалари деярли ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади: Диффуз нотоксик бўқоқни даражасига кўра учраши ва юрак қон томир тизимида ритм бузилиш холатини эрта ташхислаш.

Тадқиқот услублари: Текширув учун бемор болаларни РИЭИАТМ болалар бўлими, ТошПТИ клиникаси ва 1-сон шахар болалар клиникасидан танлаб олинди.Текширувда муаммони ёритиб беришда 8-14 ёшгача бўлган 30 та диффуз бўқоқ билан касалланган бола киритилди. Беморлардан 18 (60%) та қиз ва 20 (66,6%) та ўғил болаларни ташкил қилади. Ташхис қўйиш клиник, анамнестик, лаборатор, инструментал электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) текширувларига асосланиб қўйилди.

Тадқиқот натижалари: Бўқоқни даражасига кўра текширилганда,беморларни 2 баробар кўп қисмида диффуз нотоксик бўқоқ 1 даражали катталашуви кузатилди. ЮҚТТда ритм бузилишига олиб келувчи холатлардан бири қалқонсимон безда марфологик гормонал ўзгаришларни учраши хисобланади. Ўрганилаётган беморларни 5 (16.6 %) тасида ўзгариш аниқланмади. 9 (30 %) нафас аритмияси, Гисс тутами ўнг оёқчаси

нотўлиқ блокадаси 6(20%) ва гисс тутами чап оёқчаси нотўлиқ блокадаси 8 (26.6%) да кузатилди. Қисман блокадаларни учраши 2 (6.6%) болада ўрганилди.

Хулоса: Хулоса сифатида кўрилганда ушбу тадқиқот ишимизни жинсга қараб тақсимланишида ДНБ 1-даражали катталашуви ДНБ 2-даражали катталашувидан 2 маротаба ортиқ кузатилди. Жинсга қараб тақсимланганда 2 баробар ортиқ қисмини қизлар ташкил қилди.ЮҚТТда ритм бузилишига олиб келувчи холатлардан бири қалқонсимон безда марфологик гормонал ўзгаришларни учраши хисобланади.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕНИНГОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Шахло Шамансуровна Шомансурова,Мукаррам Салимджановна Шаджалилова, Саодат Илхомовна Ульмасова

Ташкентский педиатрический медицинский институт,Узбекистан
Кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней

АННОТАЦИЯ Проведен анализ многолетней заболеваемости менингококковыми инфекциями различной этиологии среди населения Ташкентской области за 2009 -2018 гг. Заболеваемость гнойными менингитами и менингоэнцефалитами носила относительно равномерный характер и находилась на уровне 3,2-4,8 на 100 тыс. населения. Уровень этиологической расшифровки гнойных менингитов и менингоэнцефалитов не превышал 45%. Наиболее частыми этиологическими агентами являлись S.pneumoniae (80,6%), H. Influenza (11,7%) и N. meningitidis (2,4%).

Актуальность. В настоящее время менингококковые инфекции инфекции продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения. Несмотря на относительно низкую заболеваемость гнойными менингитами, составляющей в среднем 3,7 на 10 ты. Населения, летальность при этой патологии остается высокой и колеблется в зависимости от региона в пределах 2 – 42,3 %.

Целью нашей работы явился анализ эпидемиологических особенностей гнойных и серозных менингитов и менингоэнцефалитов.

Материалы и методы. На основании данных Агентства санитарного и эпидемиологического благополучия Республики Узбекистан, нами проведен анализ многолетней заболеваемости менингококковыми инфекциями различной этиологии среди населения Ташкентской области за 2009 -2018 гг.

Результаты и обсуждения. Как показал проведенный анализ, уровень заболеваемости менингитами, менингоэнцефалитами на территории на территории Ташкентской области был неравномерным, с 2009 по 2011 года отмечался некоторый рост заболеваемости (с 2,18 до 6,32 на 100 тыс. населения). Начиная с 2012 года наблюдались циклические колебания в границах от 6,3 до 8,2 на 100 тыс. населения с 2-летней периодичностью, обусловленные, главным образом, энтеровирусными менингитами. Заболеваемость гнойными менингитами и менингоэнцефалитами носила относительно равномерный характер и находилась на уровне 3,2-4,8 на 100 тыс. населения. Для серозных менингитов было характерно наличие четко выраженной летне-осенней сезонности. Наиболее частым этиологическим агентом гнойных менингитов был S. pneumonia , на долю которого пришлось 80,6% случаев, реже встречались H. Influenza (11,7%) и N. Meningitides (2,4%).

Анализ возрастной структуры заболеваемости менингококковыми инфекциями показал, что в среднем в 55,1% случаев заболевание развивалось у детей до 14 лет, при этом доля детей до 2-х лет была максимальной и составила 32,6%.

Выводы. 1.Показатель заболеваемости гнойными менингитами и менингоэнцефалитами в Ташкентской области находится на невысоком уровне и составляет в среднем 2,6 на 100 тыс. населения.

2.Для гнойных менингитов и менингоэнцефалитов в последние годы характерно отсутствие сезонности, серозные менингиты и менингоэнцефалиты характеризуются четко выраженной летне-осенней сезонностью.

3.Уровень этиологической расшифровки гнойных менингитов и менингоэнцефалитов не превышал 45%. Наиболее частыми этиологическими агентами являлись S.pneumoniae (80,6%), H. Influenza (11,7%) и N. meningitidis (2,4%).

ФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ И ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРИ ДИАРЕЙНОМ СИНДРОМЕ

Косимов Илхом Асомович, Шаджалилова Мукаррам Салимджановна, Осипова Елена Максимовна

Кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Узбекистан

АННОТАЦИЯ.Учитывая сложность, многофакторность показателей характеризующих клиническое течение диарейного синдрома инвазивного генеза у больных детей, был проведен факторный анализ, позволивший выделить рациональное количество наиболее значимых факторов (причин), играющих определяющую роль в клинических проявлениях и возникновении осложнений, как связанных с исходным состоянием, больных детей, так и эффективностью лечения.

Ключевые слова: диарейный синдром; дети раннего возраста; дисбактериоз кишечника

Актуальность. Проблема диарейного синдрома у детей в условиях нашего региона приобретает еще большую актуальность в связи с некоторыми климатическими и социальными факторами, способствующими их распространению, неблагоприятным течением с формированием клиники синдрома инвазивной диареи, тяжелых осложнений и частым переходом в хроническую форму.

Цель. Изучить факторную модель и причинно-следственные взаимосвязи клинико-микробиологических характеристик при диарейном синдроме.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования явились наблюдения за 260 детьми в возрасте от 4-х месяцев до 3-х лет. Для построения модели и проведения факторного анализа был использован метод главных компонент. Оптимальное количество выделяемых факторов было определено с учетом критериев Кайзера, «Scree-test» и степени полноты факторизации.

Результаты и их обсуждение. Возрастно-половая структура обследованных больных показала, что в возрастном аспекте средний возраст детей составил 14,5±0,65 месяцев. Дети второго года жизни составили 45% от общего числа обследованных больных. По полу преобладали мальчики (62% против 38%). У детей в большинстве случаев ОКИ протекали в среднетяжелой форме (61,5% и 77,6%). Однако, рецидивы болезни достоверно чаще наблюдались у детей до 1 года (39,1%). Сопоставление частоты выявления тяжести течения ОКИ в зависимости от возраста детей показала прямую зависимость тяжести течения от возраста детей.

Наши исследования показывают, что при наличии у больных клинических симптомов интоксикации и выраженных проявлений диарейного синдрома, отсутствуют выраженные дисбиотические нарушения со стороны микрофлоры кишечника, что на наш взгляд, связано со степенью выраженности компенсаторных возможностей организма.

Учитывая сложность, многофакторность показателей характеризующих клиническое течение диарейного синдрома инвазивного генеза у больных детей, нами был проведен факторный анализ, позволивший выделить рациональное количество наиболее значимых факторов (причин), играющих определяющую роль в клинических проявлениях и возникновении осложнений, как связанных с исходным состоянием, больных детей, так и эффективностью лечения. С учётом существования бесконечного множества решений, получаемых при повороте осей пространства общих факторов, мы применили методы подбора подходящей системы координат при помощи вращения факторов (“Vazimax normalized”). Критериями адекватности модели служила полнота факторизации (>60%) и

значений факторов (>1.0). Факторное влияние анализировали при значении факторной нагрузки показателей более 0,3 по модулю. Исходное состояние детей явилось ориентиром для определения всей совокупности патогенетических нарушений выявляемых при инвазивном диарейном синдроме и оценка действия общих факторов, оказывающих влияние на отдельные компоненты формирования общей клинической картины, позволило целенаправленно рассматривать причины, условия и следствия системных позиций. Кроме того, выделение общих факторов исходного состояния при диарейном синдроме акцентирует внимание на главные, системообразующие элементы, которые необходимо учитывать при дальнейшем разборе результатов исследования. В результате факторного анализа было выделено 20 наиболее значимых факторов с полнотой факторизации 70,8%. При этом, не идентифицированные факторы данной модели объединились в F – 0 (29,2%). Обобщенная интерпретация выделения 20 факторов, непосредственно оказывающих влияние на исходное состояние пациентов и результаты корригирующий терапии, определило около 71% действия на изучаемые клинико– лабораторные данные, параметры характеризующие отклонение и результаты корригирующий терапии, сказываясь практически на всех проявлениях патологического процесса

Выводы. В результате факторного анализа было установлено, что в структуре общего факторного влияния на исходное состояние больных детей, наиболее значимыми факторами оказались F-1 (фактор длительности гипертермии), его влияние оказалось 8,5%, F-2 (фактор болевого синдрома) – 5,8%, F-3 (фактор нормальной ферментативной активности кишечной палочки) – 4,9%, F-4 (этиологический фактор) с долевым участием 4,6%, а также F-5 (фактор условно-патогенной флоры кишечника – 4,4%).

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Мукаррам Салимджановна Шаджалилова,
Камола Зокиржон кизи Бойматова,
Диёр Шухратович Шомуродов.
Кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Узбекистан

АННОТАЦИЯ

В работе представлен анализ клинического наблюдения 205 детей с с диагнозом «острая диарея». Проведена разработка интегральных характеристик степени тяжести течения дисбактериоза кишечника у детей раннего возраста, больных острыми диарейными заболеваниями, адекватно описывающих патологический процесс.

Ключевые слова: дети, острая диарея, методы, статистика.

Целью нашей работы явилось применение математических методов моделирования для оценки степени тяжести течения дисбактериоза кишечника у детей раннего возраста.

Материал и методы. Для достижения намеченной нами цели был использован массив данных *n*=205 больных детей раннего возраста с диагнозом «острая диарея». Для ввода исходной информации в ЭВМ с целью ее последующей статистической обработки была разработана специальная кодировочная карта обследования больных, в которую вошло 33 клинических показателя, имеющие отношение к исходу и течению заболевания.

Результаты. Нами проведена разработка интегральных характеристик степени тяжести течения дисбактериоза кишечника у детей раннего возраста, больных острыми диарейными заболеваниями, адекватно описывающих патологический процесс.

Статистическая обработка сформированного таким образом информационного массива данных позволила определить наиболее информативные показатели, которые и легли в основу построения линейных интегральных характеристик при острых диарейных заболеваниях у детей. Построение математической модели производилось по методу

наименьших квадратов. Выбор метода наименьших квадратов был обусловлен тем, что при исследовании медицинских процессов, мы имеем дело с данными статистического характера. Именно поэтому статистическая обработка данных производится почти в каждой медицинской задаче и служит одним из этапов обработки информации. Для выявления закономерностей, то есть построения математических моделей используется регрессионный анализ. И здесь нами был применен метод наименьших квадратов, который является базовым методом регрессионного анализа. Метод наименьших квадратов, всесторонне изучен и имеет несколько теоретических обоснований. Оценки МНК, обладают минимально возможной дисперсией в классе всех линейных несмещенных оценок и являются соответственно наилучшими линейными несмещенными оценками неизвестных параметров функции. Градация степени тяжести и дисбактериоза: 0 – нет; 1 – легкая; 2 –средняя; 3 – тяжелая. При построении моделей степени тяжести и исхода заболеваний методом наименьших квадратов на параметры модели накладывалось условие их эффективности не ниже уровня $p<0,05$ по t-критерию. В результате расчетов были получены модели следующего вида: Оценка степени дисбактериоза на основе иммунных показателей, оценка степени дисбактериоза на основе сопутствующих показателей, оценка степени тяжести патологического процесса на основе иммунных показателей и оценка степени тяжести патологического процесса на основе сопутствующих показателей.

Выводы. Таким образом, прогнозируемый исход острой диареи, сделанный при поступлении в клинику совпал с клиническим исходом заболевания в 95% случаях. Хорошая эффективность моделей позволяет рекомендовать их к использованию в клинической практике кишечных отделений инфекционных стационаров.

КАМ ВАЗНЛИ ЧАҚАЛОҚЛАР ҲАЁТИНИНГ БИРИНЧИ ЙИЛИДА РИВОЖЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Акрамова Хурсаной Абдумаликовна,
Алиева Нигора Рустамовна,
Абдурахманова Дилноза Фуркатовна
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Ўзбекистон

Долзарблиги. Жаҳон миқиёсида кам вазнли чақалоқлар ва муддатидан аввал туғилган чақалоқларнинг мослашув имкониятларини аниқлаш ва ушбу тоифадаги беморларни олиб боришнинг дифференциацияланган дастурларини ишлаб чиқиш бўйича кенг қўламли илмий тадқиқот ишлари олиб борилмоқда.

Кам вазн билан туғилган болалар ногиронликка олиб келувчи оғир патологиялар шаклланиши бўйича максимал хавф гуруҳи ҳисобланади, ва уларга жуда катта миқдорда дори препаратлари ҳамда муолажалар тайинланади, бу дорилар ва муолажалар кўпинча бола ҳолатининг яхшиланишига эмас, балки табиий компенсациянинг бузилишига олиб келади. Шу боисдан, кам вазнли чақалоқлар мослашувининг клиник-биокимёвий хусусиятларини тахлил қилиш ва уларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини ошириш долзарб бўлиб қолмоқда.

Максади. Кам вазнли болаларга тугри парвариш олиб бориш сифатини яхшилаш.

Тадкикод усуллари. Кам вазнли болаларга кўрсатилган тиббий тавсиялар самарадорлигини баҳолаш 72 нафар чақалоқда бир ёшга тулгунга қадар ўтказилди. Хаммасига ҳаётнинг биринчи йилида кам вазнли чақалоқларни парваришлаш қоидалари Тадқиқот жараёнида ўрганилган болалар 2 та гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳни тиббий ёрдам таклиф этилган тавсияларни тўлиқ ҳажмда бажарган 49 бола, 2- гуруҳни таклиф этилган тавсияларни ота-оналар томонидан тўлиқ амал қилмаслик сабабли қисман олган 23 бола ташкил этган.

Таклиф этилган тавсиялар:гипотермияни олдини олиш,она билан болани бирга булишини таъминлаш,кўкрак сути билан эмизишни тўғри ташкиллаштириш; кун тартиби ва овқатланиш тартибини назорат қилиш; мунтазам чиниқтириш муолажаларини олиб бориш; рахит, гиповитаминоз А ва камқонликни олдини олиш; индивидуал график бўйича профилактик эмлашларни ўтказиш; хар ойда усиш ва физик ривожланишни мониторинг тугри олиб бориш, ўзгаришлар кузатилганда коррекция мақсадида кўпроқ олиб бориш.

Олинган натижалар. Болаларни олиб бориш усулларига кўра касалланишларини дифференциацияланган ҳолда ўрганишда тадбиқ этилган парвариш усулини олган болалар (1-гуруҳ) ўткир респиратор касаллик (ЎРК) билан сезиларли равишда кам оғриганликлари аниқланди, - 8,4±1,3 га нисбатан 14,6±1,3 (P<0,01). Ҳаётнинг биринчи йилида касалликнинг давомийлиги 1-гуруҳ болаларида деярли 2 баробар кам бўлди, мос равишда 2 гуруҳдаги 91,3±2,4 кунга нисбатан 51,6±2,4 кун (P<0,01). Кам вазнли болаларни олиб боришнинг тадбиқ этилган усули қўлланилганда даволаш давомийлиги ҳам кам бўлди. Зотилжам ва бронхит частотаси ўрганилганда 2-гуруҳдаги– 2,3±0,1га нисбатан 1-гуруҳда - 1,6±0,1 пастлиги қайд этилди; 1-гуруҳда касаллик давомийлиги 13,7±1,6 кунни, 2-гуруҳда – 21,9±2,3 кунни ташкил этди. Зотилжамни даволаш давомийлиги 1-гуруҳда(13,3±1,7кун) 2-гуруҳга (19,8±2,8кун) нисбатан кам бўлди.

1-гуруҳ болаларида диарея ишончли равишда кам кузатилган (1,6±0,2 марта), 2-гуруҳда эса частотаси 2,7±0,3 мартани ташкил қилди (p<0,05). Касаллик давомийлиги ва давомли даволаш мухимлиги 1чи гурухда кам кузатилган. 1-гуруҳ болаларда рахитнинг ривожланиш частотаси 2 марта кам бўлди ва 5,3±1,2 ни ташкил этди, 2-гуруҳда - 11,0±0,8(P<0,001). Рахит белгиларининг давомийлиги давомийлиги ҳам 1-гуруҳда 2 марта кам бўлди- 324,6±2,9га нисбатан 160,0±3,2 (P<0,001), бола ҳаётининг биринчи йилида кам вазнли болаларни олиб бориш қоидалари таъсирининг салмоғидан далолат беради. Кам вазнли болларда камқонлик частотаси ҳам олиб бориш тактикасига боғлиқ равишда турлича бўлди. 1-гуруҳда камқонликнинг кузатилиш частотаси 2-гуруҳдагига қараганда деярли икки баробар паст бўлди ва 7,6±1,6%га нисбатан 4,2±1,3% ни ташкил этди.

Хулоса. Шундай қилиб, кам вазнли болаларни парваришлаш бўйича таклиф этилган усуллар самарадорлигини дифференцирлашган ҳолда ўрганишда тавсияларни тўлиқ ҳажмда олмаган болаларда хаетининг биринчи йилида ЎРК, зотилжам, диарея, рахит ва камқонлик каби касалликларга кўпроқ мойил бўлиши аниқланган.

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Рахимова К.Э., Омонова У.Т.

ТашПМИ, кафедра Неврология, детской неврология и медицинская генетика.

Цель исследования: изучить клинико-параклиническую характеристику различных форм детского церебрального паралича.

Материал и методы: Нами было обследовано 102 детей (57 мальчиков и 45 девочек), в возрасте от 2х до 17 лет с различными формами ДЦП, которые находились на стационарном лечении в Республиканской детской психоневрологической больнице имени У.К. Курбанова. Диагноз ДЦП устанавливался на основании клинико-анамнестических данных, и инструментальных методов исследования (МРТ головного мозга).

Результаты исследования: При анализе анамнестических данных выявлено, что основными факторами риска развития ДЦП у обследованных детей были внутриутробная гипоксия (91%), острые респираторные вирусные: инфекции в I половине беременности (45%), угроза прерывания беременности с необходимостью стационарного лечения (74%), преждевременные роды. особенно при сроке гестации менее 35 недель (34%), резус конфликты (28%). И следует подчеркнуть что, у 35% случаев ДЦП не имели точно установленной этиологии Все больные были разделены на 5 групп в соответствии по МКБ10-го пересмотра. 1) У 72(70.5%) больных была спастическая диплегия, всех

пациентов проявлялось двусторонним поражением конечностей с преимущественным преобладанием нарушений в ногах и ранним формированием деформаций и контрактур нижних конечностей. Из них у 10 (13%) детей интеллект был сохранным. При МРТ головного мозга у 70% определялось перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ) и у 30% ПВЛ сочеталось с перивентрикулярными кровоизлияниями. 2) У 6 (5.8%) спастический двусторонний церебральный паралич, которые сопровождался у всех обследованных выраженными нарушениями движения, речи, психики и интеллекта, расстройствами зрения (4%) и слуха (3%), с частым присоединением эпилепсии (90%) и у 93% ранним формированием вторичных осложнений (контрактур суставов и костных деформаций). При МРТ определялось у 76% выраженная ПВЛ и мультикистозная корковая энцефаломаляция, у 16% деструктивно-атрофические нарушения с признаками гидроцефалии и у 8% выявлено сочетание ПВЛ с интра- и перивентрикулярными кровоизлияниями. 3) Дискинетическая форма выявлено у 12 (11.7%). Оно проявлялось у всех пациентов непроизвольными движениями – гиперкинезами (атетоз, хореоатетоз), изменением мышечного тонуса (мышечная дистония), частыми речевыми нарушениями (гиперкинетическая дизартрия). На МРТ у 68% выявлено «status marmoratus» базальных ганглиев, у 32 % отмечалось неспецифическая церебральная атрофия. 4) Спастический односторонний церебральный паралич выявлено у 10 (9.8%). Из них у 3 (30%)- левосторонняя гемиплегия, у 7 (70%)- правосторонняя гемиплегия. Это форма ДЦП у всех обследуемых проявлялось односторонним спастическим парезом с преобладанием поражения в руке. Более трети пациентов (>35%) страдали эпилепсией. При этом преобладали фокальные и вторично генерализованные эпилептические приступы. При МРТ у 72% определялось гемиатрофии полушарий с расширенными боковыми желудочками на контралатеральной пораженной конености стороне, у 14% порэнцефалические кисты и у 14% выявлено асимметричные перивентрикулярные лейкомаляции. 5) Атаксический церебральный паралич 2 (1.9%) проявлялось диффузной мышечной гипотонией и нарушением координации движений и равновесия, выраженными явлениями интенционного тремора при выполнении целенаправленных движений. На МРТ выявлено атрофия лобных долей (27%), атрофия мозжечка (93%).

Выводы: 1) Факторами риска развития ДЦП, могут быть представлены как отдельные, изолированные факторы или как комбинация нескольких факторов риска, таких как, маловесность, недоношенность, последствия внутриутробной инфекции. По нашим данным при описании основных факторов риска развития ДЦП до 35 % случаев не имел точно установленной этиологию. 2) Возникновение структурного поражения головного мозга, обнаруживаемого при МРТ у детей с церебральным параличом, являются взаимодополняющими в определение их форм приводящего к возникновению различных нарушений. 3) Изучение факторов риска развития, клинико-неврологических и инструментальных особенностей различных форм детского церебрального паралича, позволит разработать критерии ранней диагностики и прогнозирования заболеваний.

ОТОМИКРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

Исматова К.А., Амонов Ш.Э.

ТашПМИ, кафедра Оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии является диагностика тимпаносклероза. Это связано с тем, что данная патология широко распространена во всех возрастных группах и является причиной стойкой тугоухости. Применяемые до настоящего времени в клинической практике методика отоскопии не отвечают современным требованием отиатрии, поскольку оказываются недостаточными для получения достоверной информаций о характере и распространенности в среднем ухе

патологического процесса. Отомикроскопия является надёжным методом диагностики тимпаносклероза, особенно при планировании хирургических способов лечения.

Цель: оценить роль отомикроскопии в диагностике тимпаносклероза.

Материалы и методы исследования. За период с 2018-2019 годах под нашим наблюдением находилось 80 (100%) больных с тимпаносклерозом в детском клинике Таш ПМИ и на ООО “Happy life” возрасте от 11 до 65 лет. Правостороннее поражение были выявлены у 42 (52.5%) больных, левосторонние у 38 (47.5%). Больных разделели на две группы: в первую группу вошли больные без перфоративной формы тимпаносклероза -32 (40%) больных, во вторую – 48 (60%) с перфоративной и холестеатомной формой тимпаносклероза.

Результаты исследования. При диагностической отомикроскопии выявлены: белые меловые пятна на остатках барабанной перепонки, маленкие тимпаносклеротические глыбки расположенные в слизистой оболочке барабанной полости. Перечисленные патологические изменения, былы выявлены в основном у больных второй группы.

Вывод. Таким образом, исходя из полученных данных использование отомикроскопии при тимпаносклерозе дает новые возможности в диагностике и позволяют оптимальную тактику лечения больно

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ АСПЕКТОВ ПОРАЖЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Хайруллина А.Х., Абдуллаева У.У., Хаитов З.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней

Актуальность По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время более 34 миллионов людей в мире ВИЧ-инфицированы. Ежегодно почти 3 миллиона 700 тысяч человек заболевают СПИДом, около 2 миллионов человек от него умирают. Решение этой глобальной проблемы остается одной из актуальных задач всего человечества.

Целью работы явилось изучение основных аспектов поражения бронхолегочной системы у пациентов с ВИЧ инфекцией.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе специализированной клиники инфекционных заболеваний при Республиканском центре по борьбе со СПИДом, под нашим наблюдением находилось 37 детей, в возрасте от 1,5 до 18 лет, с жалобами со стороны бронхолегочной системы: от 1,5 года до 5 лет – 6 детей, от 5 лет до 10 лет – 22 и от 10 до 18 лет – 9 детей. При сборе анамнеза было выявлено: повторные ОРВИ у 29 (78,38%) детей, рецидивирующие бронхиты у 27 (72,97%) пациентов, отиты у 19 (51,35%) детей, пневмонии у 18 (48,65%) пациентов. Грибковые поражения кожи были отмечены у 13 (35,13%) пациентов, герпетические высыпания у 11 (29,73%) пациентов, стоматиты у 9 (24,32%) больных. При сборе анамнеза также было выявлено, что у 31 (83,78%) ВИЧ позитивного ребенка с бронхолегочной патологией, рождались с признаками недоношенности и признаками внутриутробной гипоксии и различными неврологическими нарушениями. Из анамнеза выяснено, что дети плохо развивались, страдали рецидивирующими инфекциями, у них постоянно обнаруживалась лимфаденопатия, гепатомегалия и спленомегалия. Первыми признаками заболевания у 13 (35,13%) детей отмечалось отсутствие прибавки массы тела, у 11 (29,73%) детей пневмоцистная пневмония, рецидивирующая диарея была выражен у 7 (18,92%) детей и упорный кандидоз кожи и слизистых оболочек был отмечен у 6 (16,22%) детей. У всех детей характерно отставание в психомоторном развитии, микроцефалия у 2 детей.

Жалобы при поступлении на длительный, сухой упорный кашель, боли за грудиной, высокой температурой тела, потливостью, общей слабостью.

При поступлении у всех детей 37 (100%) пальпировались увеличеннные лимфатические узлы, которые были подвижные, не спаяны с подкожной клетчаткой. Из других клинических симптомов был выявлен немотивированный субфебрилитет 34 (91,89%) , повышенная утомляемость 29 (78,38%) и потливость 32 (86,49%), особенно в ночное время и даже при нормальной температуре тела. Отмечалась диарея у 23 (62,16%) пациентов и снижение массы тела у 33(89,19%) детей. В периферической крови у больных было обнаружено: лейкопения, снижение СД4-лимфоцитов.

Вывод. Таким образом, первыми симптомами поражения бронхолегочной системы были длительный, сухой упорный кашель, боли за грудиной, высокая температура тела, потливость, общая слабость, длительная диарея и отсутствие прибавки массы тела.

TIBBIYOT AKADEMIK LITSEYLARIDA ADABIYOT FANINI O'QITISHDA MASOFAVIY TA'LIM IMKONIYATLARIDAN FOYDALANISH MASALALARI

Shoyimova Shoira Sanakulovna,
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti akademik litseyi, Tillar kafedrasi

Annotatsiya. Maqolada tibbiyot akademik litseylarida adabiyot darslarida masofaviy o‘qitish usuli, ijodiy yondashuv hamda yangiliklar bilan malakasini oshirish va bu ko‘rsatkichlarni jahon ilmi yutuqlari bilan muvofiqlashtirib borish, asosan o‘quvchi-talabaning o‘z ustida ishlashini tashkil etish, ko‘proq bilim olishga intilishi, kompyuter bilan mustaqil ishlash va olgan bilimlaridan ijodiy foydalanish ko’nikmasini zarur ekanligi e’tirof etiladi.

Tayanch iboralar: masofaviy o’qitish, akademik litsey, adabiyot darsi, adabiy ta'lim amaliyoti, o’z ustida ishlash, mustaqil o’zlashtirish, dunyoqarashni kengaytirish, ma’naviyatini yuksalish, mustaqil fikrlash, nazorat turlari.

Respublikamizda ma’naviy yetuk, chuqur bilimli, jismonan sog‘lom bo‘lgan barkamol avlodni voyaga yetkazish yo‘lida bir qancha amaliy ishlar bajarilmoqda. Shuningdek, bugungi kun talabidan kelib chiqib, ta’lim tizimida o‘qitishning zamonaviy shakllari va usullarini qo‘llash, zamonaviy axborot texnologiyalaridan unumli foydalanish, masofaviy o‘qitish texnologiyalarini amaliyotga joriy qilish masalalari dolzarb muammolardan biri hisoblanmoqda.

Masofaviy o‘qitish - axborot-kommunikatsiya texnologiyalari va ilmiy asoslangan o‘qitish usullarini qo’llab ta’lim olish shaklidir [1]. Masofaviy o‘qitish asosida o‘quvchi-talabalarning o‘zlari kompyuter axborotlar bankidan kerak bo‘lgan ma’lumotlarni qidirib topadi va o‘zlarining tajribalarini boshqalar bilan yaxshi muloqotda bo‘lishini ta’minlaydi. Masofaviy o‘qitish usuli an’anaviy ta’lim shakllaridan farq qiladi. U o‘quvchi-talabalarni o‘ziga qulay vaqtda va sharoitda o‘qitish imkonini beradi.

Masofaviy o‘qitish usuli mutaxassis o‘qituvchi (pedagog)larning oldiga yangidan-yangi dolzarb vazifalarni qo‘ymoqda. Chunki, o‘quv materiallarini to‘ldirib borish, ijodiy yondashuv hamda yangiliklar bilan malakasini oshirishlari va bu ko‘rsatkichlarni jahon ilmi yutuqlari bilan muvofiqlashtirib borishlari talab etilmoqda. Bu o‘qitish usuli ta’lim talabiga asosan o‘quvchi-talabaning o‘z ustida ishlashini tashkil etish, ko‘proq bilim olishga intilishi, kompyuter bilan mustaqil ishlash va olgan bilimlaridan ijodiy foydalanishini ta’minlaydi hamda olingan bilimlar maxsus o‘quv-uslubiy nashrlar, testlar bilan tekshirilib, to‘ldirib boriladi.

O‘qituvchining o‘quvchi-talabaga nisbatan shaxsiy yondashuvining turli shakllarini qo‘llash, har bir o‘quvchi-talabaning bilim darajasi va tayyorgarligiga hamda uning qobiliyatiga mos ravishda shaxsiy yondashishni qo‘llash maqsadga muvofiqdir [2].

Tashkil etilgan masofaviy darslar o‘quvchi-talabaning o‘qituvchi (pedagog)ga va o‘zaro muloqotdagi ishonchsizlik hissiyotidagi psixologik to‘siqlarni yo‘qotish, talabaning intellektual va ilmiy imkoniyatlarini, o‘zini o‘zi tashkillashtirishni rivojlantirish masalasiga qaratilishi lozim.

Masofaviy o’qitishda asosiy e’tiborni o’quv-uslubiy materiallarni tayyorlashga qaratish lozim. O’quv-uslubiy materiallarning sifati masofaviy o’qitish sifatining asosiy omillaridan biri hisoblanadi. Masofaviy o’qitishda interaktiv audio va videokonferentsiyalar ma’lum vaqt orasida

o’zaro muloqotda bo’lishga, elektron pochta orqali xabarlarni jo’natish hamda qabul qilishga mo’ljallangan.

Shuni alohida e’tirof etish lozimki, boshqa fan muallimlariga nisbatan adabiyot o’qituvchilariga qo’yiladigan talab yana-da zalvorliroq bo’ladi. Zero, ular o’quvchiga bilim berish, ma’lumot yetkazish, axloq- odobini tarbiyalashdan tashqari, o’quvchining dunyoqarashini kengaytirish, ma’naviyatini yuksaltirish, mustaqil fikrlash va fikrni aniq, lo’nda, ravon nutq bilan ifoda eta olish qobiliyatini shakllantirishga ham mas’uldirlar. Buning uchun masofaviy adabiyot darslarini nisbatan erkin, qiziqarli, fantaziyaga boy, ijodkorlik ruhida tashkil etilishi talab qilinadi.

Masalan, adabiy ta’lim amaliyotida Cho‘lponning “Go‘zal” she’ri [3] tahlilini erkin tarbiya talablariga tayangan holda tashkil etish uchun dars jarayonida qanday ishlash masalasini o‘quvchilar bilan maslahatlashgan holda amalga oshirish ulaming ruhiyatida ma’lum o‘zgarish yasashi tayin [5, 6]. Cho‘lponning “Go‘zal” she’rini yod olish topshirig’i beriladi. Keyin mustaqil ishlash uchun “She’rdagi Go‘zal obrazini kim deb o‘ylaysiz? Odam timsolimi?, vatan obrazimi?, ozodlik ramzimi yoki baxt ifodasimi?” degan muammoli savol beriladi. O‘quvchilar mustaqil holda istalgan timsolni - kim vatan, kimdir qiz, qay biridir baxt, yana kimdir ozodlik timsolini tanlashi tabiiydir. O‘z qarashlarini matndan misollar keltirgan holda asoslashlari kerak bo’ladi.O‘zaro kelishilgan holda xulosalar chiqariladi. Bu jarayonda o‘qituvchining vazifasi fikrlami tinglash, ulaming asosiga diqqat qilish, o’quvchilarning fikr va xulosalariga isbot talab qilishdan iborat bo‘ladi. Tahlil jarayonida o‘quvchilaming fikrlariga daxl qilinmaydi, e’tiroz bildirilmaydi. O‘quvchilarning fikrlari, qarashlari sog‘lom, toza ma’naviyat mahsuli ekani ustuvor ahamiyat kasb etishi lozim. Agar ozgina chetlangan o‘rinlar bo‘lsa, o‘qituvchi buni nazoratga olishi kerak bo‘ladi. She’r yozilgan davrga tayaniladigan bo‘lsa, undagi Go‘zal timsolini vatan deyish uchun ham, ozodlik deyishga ham, baxt deb qarashga ham asos bor.

Tibbiyot akademik litseylarida adabiyot darslarini samarali tashkil etishda har qanday mavzuga nisbatan o‘quvchilarda ichki motivatsiya uyg‘otish va asar ustida ishlashni mana shu ichki ehtiyojni qondirish niyatida tashkil etish maqsadga muvofiqdir. Insonning fe’lu atvorini zo‘rlik bilan o‘zgartirish mumkin emas. Odamlar tomonidan yaratilgan qoidalar, tartiblar, qonunlar insonning tabiiy xususiyatlariga mos tushsagina ular tarbiyalanuvchiga “yuqishi” mumkin. Ya’ni, ta’limning har bosqichida har bir o‘quvchi qobiliyati, iqtidori, qiziqish va imkoniyatlariga asoslangan holda, imkon qadar individuallashtirilgan tarzda amalga oshirilishi lozim [4].

Said Ahmadning “Qorako’z Majnun” hikoyasini o’zlashtirish davomida quyidagilarga ahamiyat berish maqsadga muvofiq hisoblanadi:

- “Qorako’z Majnun” hikoyasini o‘qish;
- o‘qiganlarining rejasini tuzish va reja asosida qayta ijodiy hikoyalash;
- hikoya yuzasidan uning matnini takrorlashga emas, mustaqil mulohaza yuritib, o‘z fikrini aytishga undovchi mantiqli savollar tuzish va ularga javob berish;
- yozma va og‘zaki insho;
-matnni bo‘laklarga ajratish va ularning mazmuniga mos sarlavha topish;
- mavjud matnni shu sarlavhalarga mos tarzda bo‘laklarga bolishni talab qilish;
- har bir bo‘lakning rejasini tuzish va shu reja asosida gapirishga tayyorlanish;
-hikoyaning mazmun mohiyatini ochib beruvchi suratlar ustida ishlash;
-rasmdagi shaxslaming yuz ifodasi, yuzidagi, ko‘zlaridagi, turishi yoki holatidagi ifodalar tahliliga, har birini tasvirlashda qo‘llangan ranglarga o‘quvchilaming e’tibori tortiladi.

Bu o‘quvchida rangni his qilish, undan ta’sirlanish, tasvirni, ranglardagi musiqiylikni o‘qish mahoratini shakllantiradi. Suratda ifodalangan har bir predmetni ajratish, uning rasmdagi vazifasini izohlash, rasmda tasvirlangan hodisaning boshi yoki oxirini o‘ylab topish, hikoyalab berish, kabi topshiriqlar hikoya bayonida fikrdan fikrga o‘rinsiz sakrab ketmaslik ko‘nikmasini shakllantiradi. Olamni, odamni ranglar ko‘magida baholashga o‘rgatadi.

Kalit so'zlar bilan ishlash bo'yicha topshirig'i biror qahramon timsolida, biror epizod yoki hodisa misolida ham bo'lishi mumkin. Asar qahramoni shaxsi bilan bog'liq kalit so'zlar ustida ishlash uchun o'quvchi matndan asosiy so'zlami ajratib oladi. Ulaming mohiyatiga kiradi, ma'nosini aniqlaydi. So'ngra bu so'zlaming qahramon shaxsi, fe'l-atvorini ochishdagi o'rni, ahamiyatini belgilaydi.Ulaming qo'llanilishiga o'z munosabatini bildiradi, fikrini asoslaydi.

Tibbiyot akademik litseylarida o'quvchilarning uy insholarini tashkil etish ham alohida ahamiyatga ega. Chunki insho yozish o'quvchilaming adabiyot darslaridagi asosiy vazifalaridan biri hisoblanadi. Insholar inson tafakkurini charxlash, dunyoqarashini kengaytirish, fikrlarini, qarashlarini qat'iylashtirish va ma'naviyatni shakllantirish omili hisoblanadi. O'quvchini ijodkorlikka yo'naltirish uning ruhiyatini bezovta qila oladigan, qiziqtiradigan mavzuda yozishga, eng muhimi, tuyg'ularini, munosabatini so'z bilan ifodalab berishga qiziqish uyg'otilganda yengil amalga oshadi [6,8] .

Xulosa o'rnida aytish mumkinki, an'anaviy ta'lim uslublari Internet, elektron-kompyuter tarmoqlari va telekommunikatsiya muhitiga asoslangan yangi o'qitish uslublari bilan to'ldirilmoqda. Internet texnologiyaga asoslangan teleo'qitish va masofaviy ta'lim bir qator yangi funksiyalarni bajarish bilan birga o'zaro taqsimlangan hamkorlik prinsipi, integratsiya, xalqaro Internet tarmog'iga kirish kabi aniq tamoyillarni amalda qo'llashni talab etadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Abduqodirov A.A., Pardaev A.X. Masofali o'qitish nazariyasi va amaliyoti. - T: Fan, 2009.

2. Azizxo'jayeva N.N. Pedagogik texnologiya va pedagogik mahorat. – T.:TDPU, 2003.

3. Yo'ldoshev Q.va boshqalar. Adabiyot. 7-sinf uchun darslik-majmua. - T:

" O'qituvchi", 2005, 106-bet.

4. Muhamedova S.X., Abdullayeva M.D., Yuldasheva Sh.Sh., Eshmatova Y.B. O'zbek tili va adabiyoti ta'limida zamonaviy axborot texnologiyalari.- "Tafakkur bo'stoni" MCHJ., 2018.

5. Husanboyeva Qunduzxon, Niyozmetova Roza Adabiyot o'qitish metodikasi "Barkamol fayz media", 2016, 205-206 b.

6. Шойимова Ш.С.Узбекская литература. "Экономика и социум", №1(56) февраль, Москва, 2019, 113-114стр.

7. Shoyimova Sh.S. "Qutadg'u bilig" asarining tarbiyaviy ahamiyati. "Тиббий таълимдаги ислоҳотлар – мамлакатимиз тиббиёт соҳасининг тараққиёт мезони" Республика ўқув-услубий конференцияси. ТошПТИ, 2018 йил, 8 январь, 236-237 бетлар.

8. Шойимова Ш.С. Подготовка будущих учителей к выбору педагогических технологий."Экономика и социум",N9 (52), Москва, 2018. С. 474-475.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ДЕКРЕТИРОВАННОГО КОНТИНГЕНТА НА ПРИМЕРЕ КИБРАЙСКОГО РАЙОНА ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Эргашев А.А., Искандарова Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проведенное исследование было выполнено в соответствии с концепцией развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы.

Целью нашего исследования явилась разработка единой базы данных для декретированного контингента и создание единой медицинской информационной-аналитической базы данных.

Материалы и методы. В проводимом масштабном исследовании были изучены сотрудники дошкольных, школьных образовательных и районных медицинских

учреждений которые, периодически проходили медицинские осмотры в Кибрайском районе Ташкентской области.

Результаты. Согласно полученным данным, население Кибрайского района на 01.01.2020 составляет 200 447, при разделении по гендерному признаку, из них женщин – 101 872, а мужчин 98 575, из общего числа населения несовершеннолетние дети до 18 лет составляют 66 930. Из них девочек – 38 820, а мальчиков – 28 110. Населения трудоспособного возраста составляет-116 061 человек, из них женщин до 55 лет -58 871 человек, из них мужчин до 60 лет -57 190 человек. Дошкольные образовательные учреждения Кибрайского района составляют 42 учреждения, в них трудоустроены 996 служащих, из них женщин 837, из них мужчин 159. На момент изучения в центральной многопрофильной поликлиники (ЦМП) работают 120 врачей, что составляеет 33 % от общего количества работников, количество младшего медицинского персонала составляет -145 человек, из них женщин-142, из них мужчин -3, служащие и санитарки работающие в ЦМП составляет -27 человек, из них женщин-27, из них мужчин-0. При изученни выявлено, что со стороны медицинской комиссии РМО Кибрайского района в 2019 году осмотрено всего 4992 работников, или 4,3% от трудоспособного населения Кибрайского района (116061) из них выявленных заболеваний составляет всего 29 (0,58 %) работников, из них женщин до 55 лет 20 (0,4 %), из них мужчин до 60 лет 9 (0,18 %) человек. Учитывая соотношение численности населения к численности врачей и среднего медицинского персонала в данном районе, мы можем сделать вывод, что количество врачей и среднего медицинского персонала не в состоянии удовлетворить существующие потребности населения в медицинском персонале.

Выводы. Анализ декретированного контингента даст возможность создание единой базы данных (БД) категорий лиц декретированного контингента проживающих по группам, по возрасту, по заболеваемости и периодичности прохождения медицинского осмотра в разрезе дошкольных, школьных образовательных и районных медицинских учреждений.

УРОВЕНЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Искандарова Ш.Т., Исаев И. С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Для снижения показателя младенческой смертности необходим подробный анализ структуры явления с учетом этих особенностей. Все вышеперечисленное послужило основанием для проведения научного исследования.

Цель исследования: изучить показатели младенческой смертности (дети до 1 года) и дать оценку их причине.

Материалы и методы: объектом исследования явилось детское население Узбекистана в возрасте до 1 года. Был проведен анализ статистических данных Госкомитета Республики Узбекистан по статистике за 2018 год.

Результаты исследования: За последние годы увеличилась продолжительность жизни населения на 4,6 лет, так в 1995 году продолжительность жизни населения Узбекистана составила 69,1 лет, тогда как в 2017 году - 73,7 лет. В республике в 2018 г. умерло 7,8 тыс. детей в возрасте до 1 года, коэффициент младенческой (дети до 1 года) смертности на 1000 живорожденных составил 10,7 промилле. Коэффициент младенческой (дети до 1 года) смертности на 1000 живорожденных в 2017 г. составил 10,7 промилле. Из общего числа зарегистрированных умерших детей в возрасте до 1 года 56,7 процента умерли от состояний, возникающих в перинатальном периоде, 22,4 процента - от болезней органов дыхания, 9,8 процента - от врожденных аномалий, 3,1 процента - от инфекционных и паразитарных заболеваний, 1,9 процента - от несчастных случаев, отравлений и травм, 0,6 процента - от болезней органов пищеварения, 5,5 процента - от других болезней.

Отмечается, что снижение показателя младенческой смертности связано с реализацией комплексных мер по усилению охраны здоровья матери и ребенка, формированию здорового и гармонично развитого поколения в рамках госпрограммы "Год здоровой матери и ребенка", реализованной в 2016 году.

Заключение: на территории Узбекистана сформировалась тенденция снижения уровня младенческой смертности на 7,2%. Как показывают исследования, современная динамка младенческой смертности в Узбекистане носит достаточно устойчивый и позитивный характер в сторону снижения. Регистрация и анализ случаев смерти детей в возрасте до 1 года является обязательной частью организационной и методической работы органов здравоохранения Узбекистана. Ведение работы по мониторингу младенческой смерти необходимо для эффективного управления ее причинами.

Эффективность информационно-коммуникационных технологий в педиатрической практике

Искандарова Ш.Т., Исаев И. С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Оптимизации рабочего процесса путем внедрения электронного документооборота (заполнение медицинских карт и историй болезней, выдача «электронных рецептов») является актуальной проблемой современности.

Цель исследования: изучения эффективности разработанного способа совершенствования работы по диспансерному наблюдению детей первого года жизни и минимизации факторов риска.

Материалы и методы: была создана программа «Определение групп риска здоровья у детей первого года жизни». Нами была осуществлена компьютеризация рабочего места врача педиатра, оптимизированная внесением программного продукта и принтера для распечатки для родителей индивидуальных памяток-рекомендаций во время профилактического приема. Для составления прогностической матрицы были получены сопоставимые показатели прогнозируемого явления по градациям наиболее важных факторов.

Результаты исследования: В результате нами получено, что в 1 группу риска по отклонению в здоровье входят дети с наличием более 2 факторов патологии беременности, с отягощенной наследственностью по аутоиммунным заболеваниям, дети из неполной семьи, и семью с низким уровнем дохода; во 2-ю группу - с выявлением более 2 факторов патологии беременности, с отягощенной наследственностью по аутоиммунным заболеваниям, наличием часто болеющих членов семьи; в диспансерные 3, 4, и 5 группы большую вероятность попасть имели дети с такими факторами риска как перинатальная травма ребенка во время родов, низкая масса тела при рождении, наличие более 2 факторов патологии беременности, профессиональными вредностями у родителей. В результате, согласно полученным результатам врач-педиатр дает индивидуальные рекомендации по профилактике и ведению ребенка в зависимости от группы здоровья. Так же врачу выдается необходимая информация для дальнейшего ведения ребенка, где отражаются дополнения к стандартам обследования, проводящиеся всем здоровым детям. По результатам внедрения отмечалось увеличение частоты исключительного грудного вскармливания до 67%; снизилась частота заболеваемости в 2,5 раз; улучшились показатели физического, соматического и психо-эмоционального статуса ребенка.

Заключение. В результате внедрения была рассчитана экономическая эффективность, которая заключалась в снижении частоты обращения в СВП в 1,8 раза. Быстрая обработка первичной медицинской документации с помощью информационных технологий даёт возможность интерпретировать полученные данные, что в свою очередь способствует адекватной оценке состоянию здоровья детей первого года жизни.

АНАЛИЗ РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Бабаджанов А.С., Маматкулов И.Б., Агзамходжаев Т.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Как известно, в 2000 году на Саммите тысячелетия 193 страны мира приняли восемь Целей Развития Тысячелетия (ЦРТ), среди которых четвертая означала «достижение снижения к 2015 году уровня детской смертности в 3 раза по сравнению с уровнем 1990 года» (на две трети). Однако и сейчас для Республики Узбекистан задача дальнейшего снижения детской смертности свою актуальность сохраняет. Поскольку детская анестезиология и реаниматология (ОДАРИТ), наряду с педиатрией, детской хирургией и инфектологией имеет наибольший потенциал в решении этой задачи, представляется необходимым выявить наиболее перспективные направления дальнейшего снижения детской смертности.

В результате проведенной в соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан №1652 и изданным в его исполнение приказом №185 МЗ РУз оптимизации сети учреждений здравоохранения и регионализацией оказания специализированной медицинской помощи, в Областных детских многопрофильных медицинских центрах (ОДММЦ) включенных в исследование областей общий коечный фонд суммарно увеличился с 3003 коек до 4075, или до 136% к 2002 году. При этом прирост в % к 2002 году оказался неоднородным – от минимальных 116% в Хорезмской области до максимальных 175% в Навоийской[1].

Соответственно, увеличился и коечный фонд ОДАРИТ в каждом ОДММЦ. Причем речь идет о заметном на первый взгляд приращении количества реанимационных коек. Действительно, наименьший прирост числа этих коек отмечен в Кашкадарьинской области – на 16% к уровню 2002 года (с 18 до21 койки), и в Самаркандской области – в полтора раза (с 12 до 18 коек). Во всех остальных областях прирост составил от 166% в Сурхандарьинской, Ферганской и Наманганской областях до 200% в Навоийской, 250% - в Сырдарьинской и 300% - в Джизакской областях.

Из литературы известно, что с момента создания службы АРИТ она сразу продемонстрировала свою высокую эффективность, в результате чего доля этой службы в общем коечном фонде большинства стран стала постоянно возрастать, что породило термин «эпидемия интенсивной терапии». Так**,** на рубеже столетий доля коек интенсивной терапии в общей структуре коечного фонда выросла в США – от 7 до 20%. При этом доля пациентов, прошедших через ОРИТ возросла соответственно до 20%. Следовательно, такая динамика коечного фонда в регионах РУз, достигнутая посредством реформирования здравоохранения, соответствует современным мировым трендам.

В то же время, более объективно степень соответствия вышеназванным трендам отражают не приведенные выше показатели, а доля коек ОДАРИТ в общей структуре коечного фонда больницы. Здесь ситуация выглядит далеко не такой радужной. В частности, если в 2002 году эта доля в ОДММЦ регионов колебалась в диапазоне от 2,1% в Хорезмской области до 5% в Навоийской, составляя в среднем по стране 3,9%, то в 2015 году этот показатель в среднем по Узбекистану вырос до 4,8% (то есть менее чем на 1%), колеблясь от 3,3% в Наманганской области до 7,5% в Навоийской области. Но при этом прирост доли ОДАРИТ в общей структуре коечного фонда ОДММЦ отдельных областей составлял от 0,3% в Наманганской области до 4% в Навоийской. При этом в двух ОДММЦ – Кашкадарьинской и Самаркандской – этот показатель даже снизился на 0,2%. В целом по стране этот мизерный прирост доли реанимационных коек в общем коечном фонде ОДММЦ дал снижение больничной детской летальности на 2,2%.

[1] Детские койки во вновь созданных в этот период Областных филиалах РНЦЭМП в расчет не включались, т.к. их количество по каждой из областей составляет от 10 до 20% от коечного фонда Областных ДММЦ.

Категорическая недостаточность достигнутых цифр становится понятной, если учесть, что утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации №1387 от 5 ноября 1997 года «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» предусматривает довести 2020 году долю коек интенсивного лечения до 20%.

Таким образом, возможность приведения соотношения коек ОДАРИТ к общему коечному фонду всех ОДММЦ в процессе оптимизации была упущена. В результате резерв снижения детской смертности оказался не использованным.

Дальнейшее выявление подобных резервов и скорейшая их мобилизация являются неотложной задачей как штаба отрасли, так региональных Управлений здравоохранения.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Курьязова Шарофат Машариповна, Илхомова Хилола Абдурауфовна

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Актуальность. Кашель принято классифицировать по длительности (острый, подострый, или затяжной, и хронический). Острый кашель длится от 1 до 3 нед, затяжной — более 3 нед. Мнения о сроках, когда кашель становится хроническим, расходятся: диапазон колебаний охватывает сроки от 3 до 12 нед. Американские коллеги считают хроническим «ежедневный кашель, продолжающийся более 4 недель у детей и более 8 недель у взрослых» [1, 2]. Кашель может быть продуктивным (влажным) или непродуктивным (сухим). Если кашель является неотъемлемым симптомом конкретной болезни, то его называют специфическим. Кашель как изолированный симптом считается неспецифическим. Причины кашля весьма разнообразны. Традиционно он ассоциируется с патологией органов дыхания, но может быть и нелегочного происхождения. В большинстве случаев острый кашель у детей связан с острыми респираторными вирусными инфекциями, которыми дети болеют значительно чаще, чем взрослые. Острый кашель также является симптомом острого бронхита, пневмонии, плеврита, а иногда и аспирации. Аспирация инородного тела в дыхательные пути возможна в любом возрасте, однако чаще происходит у детей раннего возраста, особенно — у мальчиков. Попадание инородного тела в дыхательные пути сопровождается кашлем в 70% случаев. Другие респираторные симптомы наблюдаются значительно реже: ослабленное дыхание — у 53%, свистящее дыхание — у 45%, эпизод удушья — у 32-51% детей [4]. Причинами затяжного кашля у детей являются перенесенные респираторные вирусные инфекции, коклюш, микоплазменная инфекция, патология верхних дыхательных путей. Постинфекционный кашель, как правило, связан с развитием гиперреактивности стенок бронхов, с повышенной секрецией мокроты и нарушением мукоцилиарного клиренса [3, 5].Именно в этом случае возникают наибольшие диагностические проблемы.

Цель исследования. Изучения длительного кашля у детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 60 детей в возрасте от 12 до 18 лет которые, обратились в Городской Подростковый Диспансер по поводу длительного кашля (кашель более 2 месяцев). В работе были использованы клинические, инструментальные, лабораторные и статистические методы исследования, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, консультация Лор-врача, аллерголога и по необходимости невропатолога.

Результаты и их обсуждения. Поданным нашего исследования преобладание мальчиков (62,2%) среди наблюдаемых больных с длительным кашлем в соотношении 2:1, что соответствует известной закономерности о более высокой распространенности бронхолегочной патологии среди лиц мужского пола. Нозологическая структура сочетанной патологии впервые был выявлен у 56,5 % детей, а у 43,5% детей заболеваний (уточненные диагнозы) после углубленного обследования существенно отличалась от диагнозов при поступлении и была представлена следующим образом: Рецидивирующий бронхит(РБ)-34% и респираторный аллергоз - 25,5%, Хронический тонзиллит -40,5%,

Рецидивирующий обструктивным бронхит(РОБ) и хронический отит с аллергическим ринитом - 7,7% и аллергическим синуситом - 12,1%, РОБ и пищевая аллергия 15%,РБ и атопический дерматит12,8%. А также в ходе нашей работы было распределение детей по возрасту в зависимости от продолжительности кашлевого симптома. Во всех возрастных группах преобладало затяжное течение кашля, нежели хроническое, в соотношении 2:1. Однако судить о факте реже встречаемого хронического течения кашля, достаточно сложно. Данный результат зависит от множества различных причин: от сроков обращения матери в стационар за помощью, от правильно проводимой или наоборот, не проводимой амбулаторной терапии, от сроков установления точного диагноза и соответственно назначенной специфической терапии и т.д. Интересный факт было проанализировано что, среди подростков 16-18 лет 25% курящие длительностью от 6 месяцев до 1 года и преобладало среди лиц мужского пола. Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям выявлена у 52 (88,0%).

Выводы. Таким образом, на длительный кашель влияет наследственная отягощенность по аллергически заболеваниям, сочетанные патологи Верхних и нижний дыхательный путей. Несвоевременное обращение родителей на кашель ребенка и самолечение на дому в одних случаях неправильный образ жизни (раннее, пассивное курение).

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ МАРФАНА

Саломат Рузибаевна Худайназарова[1]
Бахтинисо Рустоевна Тошметова[2]
Кафедра :Госпитальная педатрия №2, с нетрадиционными методами лечения
2Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Аннотация. Болезнь Марфана является наследственным заболеванием соединительной ткани с аутосомно-доминантным типом наследования. В основе заболевания лежит нарушение синтеза одного из основных белков соединительной ткани — фибриллина, что приводит к нарушенному строению а-цепи коллагена I типа и эластина, входящих в структуру клапанов сердца, миокарда, стенок сосудов, органа зрения и опорно-двигательного аппарата

Ключевые слова: наследственная патология соединительной ткани, синдром Марфана, сердечно-сосудистой системы, дети.

Актуальность. Болезнь Марфана является наследственным заболеванием соединительной ткани с аутосомно-доминантным типом наследования[1,4]. В основе заболевания лежит нарушение синтеза одного из основных белков соединительной ткани — фибриллина, что приводит к нарушенному строению а-цепи коллагена I типа и эластина, входящих в структуру клапанов сердца, миокарда, стенок сосудов, органа зрения и опорно-двигательного аппарата [5]. В клиническом статусе превалируют скелетные деформации, кардиоваскулярные расстройства, но отсутствует поражение глаз [2]. По-видимому, в части случаев синдром Марфана связан с мутациями в генах FBN2, FBN3 [1,6]. Поэтому для верификации диагноза целесообразно использовать не только клинические, но и молекулярно-генетические методы.

Цель нашего исследования. В настоящем сообщении приводятся данные по изучению особенностей сердечно-сосудистых изменений у детей с болезнью Марфана.

Материалы и методы. В клинике ТашПМИ за последние три года находились 9 детей с болезнью Марфана. При обследовании 9 детей (3 мальчиков и 6 девочек) изучали особенности сердечно-сосудистой системы с использованием комплексного клинико-инструментального обследования, включающего электрокардиографию, эхокардиографию и рентгенографию грудной клетки. Диагноз болезни Марфана подтвержден генетическими исследованиями в скрининг центре.

Результаты и обсуждения. Полученные результаты показали, что по клинико-функциональным показателям были выявлены: деформация грудной клетки в виде сердечного горба – 57,1%, воронкообразная грудная клетка – 14,2%, расширение границ сердца у 7 детей, из них у 63,6% детей наблюдалась гипертрофия левого желудочка, у 36,4% детей – гипертрофия левого и правого желудочка сердца. Нарушения сердечного ритма отмечены у 8 детей, из них различные типы блокад – 66,6%, одна из них атриовентрикулярная блокада II степени, экстрасистолия – 25%, мерцательная аритмия – 16,6%, синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта (WPW-синдром) – 8,3%, нарушения процесса реполяризации различной степени у всех 9 детей. На ЭКГ, на фоне снижения вольтажа зубцов, отмечались удлинение интервала P-Q – 36%, удлинение интервала Q-T – 52%, косовосходящий сегмент ST-12%, остроконечный зубец T-2,5%. Нарушения работы клапанов сердца типа пролапса митрального – 40%, с развитием функциональной недостаточности митрального клапана – 57,1%, недостаточность аортального клапана – 6,2%. Среди обследованных детей ВПС у 1 (7,2% ДМЖП), 1 (7,2% коарктация аорты). По степени развития сердечной недостаточности диагностированы ССН I ст. – 50%, II ст. – 35,7%, III ст. –14,3%.

Изменения сердечной деятельности являются одним из основных признаков болезни Марфана и могут быть основным фактором усугубляющим общее состояние больного.

Выводы. Таким образом, для болезни Марфана изменения в сердечно-сосудистой системе характеризуются следующими признаками: наличием дистрофических изменений в миокарде практически у всех обследованных детей с развитием гипертрофии полостей сердца; нарушения работы клапанов сердца обусловлено у 40% за счет дистрофических изменений миокарда, наличие ВПС отмечено всего у двух детей. Нарушения ритма отмечены у подавляющего большинства с преобладанием различного типа блокад. Изменения сердечной деятельности характеризуются также невероятной стойкостью патологических изменений корригирующей терапии. Приведенные сведения необходимо учитывать практикующему врачу при ведении детей с данной болезнью.

Литература.

1. Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Кетинг Е.В. Синдром Марфана. Кардиология 2006; 1: 92—98.
2. Нечаева Г.И., Викторова И.А. Синдом Марфана в практике кардиолога: диагностика, лечение, возможность беременности и родов. Кардиология 2005; 12: 79—86.
3. Collod-Be'roude G., Boileau C. Marfan syndrome in the third Millennium. Eur J Human Genet 2002; 10: 673— 681.
4. Jacobs A, Toudjarska I., Racine A. et al. A recurring FBN1 gene mutation in neonatal Marfan syndrome. Arch Pediat Adolesc Med 2002; 156: 1081—1085.
5. McKusick V.A. Mendelian Inheritance in Man. Baltimore London: John Hopkins University Press 1988; 1676.
6. Uyeda T., Takahashi T., Eto S. et al. Three novel mutations of the fibrillin-1 gene and ten single nucleotide polymorphisms of the fibrillin-3 gene in Marfan syndrome patients. J Hum Genet 2004; 49: 8: 404—407.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ДЕМЕНЦИИ

Маджидова Ёкутхон Набиевна, Саидова Дилноза Пайзуллаевна, Мухаммадсолих Шахло Бахтиёр кизи
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

АННОТАЦИЯ. В данной статье проведен анализ клинико-анамнестические данных при сосудистой деменции и болезни Альцгеймера. Отмечается, что наиболее частой причиной

деменции является болезнь Альцгеймера (БА), на долю которой приходится 40-50% случаев прогрессирующего ухудшения когнитивных функций пожилых пациентов. Второе место (10-15%) в структуре деменции занимает сосудистая деменция (СД). В изученном материале с сосудистой деменцией было 66,7 % всех случаев, а с болезнью Альцгеймера составило 33,3 %. Во всех двух группах больных отмечалось преобладание женщин. В двух группах были выявлены у 57% пациентов депрессивные расстройства. Деменция тяжелой степени при БА выявлены у 50 % пациентов.

Ключевые слова: сосудистая деменция, болезнь Альцгеймера, шкала MMSE, тест МоСА, шкала депрессии Гамильтона

Актуальность. Болезнь Альцгеймера (БА) является одной из актуальных мировых проблем. Данное психическое расстройство составляет значительную часть деменций, развивающихся в пожилом и старческом возрасте. На фоне общего постарения населения прогнозируется дальнейший рост числа новых случаев БА. По эпидемиологическим данным, в настоящее время в мире насчитывается около 35 млн человек с БА. Наиболее частой причиной деменции является болезнь Альцгеймера (БА), на долю которой приходится 40-50% случаев прогрессирующего ухудшения когнитивных функций пожилых пациентов. Второе место (10-15%) в структуре деменции занимает сосудистая деменция (СД), при которой в первую очередь поражаются управляющие (регуляторные) функции при менее грубом по сравнению с БА страдании функции памяти. По данным ВОЗ это 2–8% людей старше 60 лет. Известны случаи раннего формирования деменции — в 50 лет и моложе.

Цель работы. Изучить клинико-анамнестические особенности сосудистой болезни Альцгеймера и деменции.

Материалы и методы. Обследовано 28 пациентов с СД (10 мужчин и 18 женщин) в возрасте 46-90 лет (средний возраст 61,9±14,2 лет) и 14 пациентов с БА (4 мужчин и 10 женщин) в возрасте 60-83 лет (средний возраст 70±11,3 лет). Оценка когнитивной сферы проводилась с использованием MMSE и МоСА. Для исследования эмоционального состояния больных применялась шкала оценки депрессии Гамильтона (ШДГ).

Результаты. В изученном материале первое по частоте место занимает сосудистая деменция (66,7 % всех случаев). Болезнь Альцгеймера составляет 33,3 % наблюдений. Во всех двух группах больных отмечено преобладание женщин. Психометрическая оценка степени тяжести деменции с использованием мини-теста психического состояния (MMSE) и монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МоСА) показала, что при сосудистой деменции средний бал по шкале МоСА был 18, а при БА средний бал составил 9, при этом его значение достоверно ниже, чем при сосудистой деменции, но значимо выше по шкале депрессии Гамильтона. У 7% пациентов с СД было легкое депрессивное расстройство, у 29% средней степени тяжести, у 7% тяжелой степени, и у 57% отмечалось депрессивное расстройство крайне тяжелой степени. У 29% больных БА отмечалось депрессивное расстройство средней степени тяжести, у 14% тяжелой степени, и у 57% отмечалось депрессивное расстройство крайне тяжелой степени. Среднегрупповое значение по шкале MMSE при сосудистой деменции было наибольшим 21±7, наименьшим у больных с БА 11±7. В первой группе у 25% пациентов с СД не выявлены нарушениия когнитивных функций, у 18% пациентов отмечались преддементные когнитивные нарушения, у 21% пациентов - деменция легкой степени выраженности, у 21%- деменция умеренной степени выраженности, и у 15%- тяжелая деменция. Во второй группе у 14% пациентов с БА отмечена деменция легкой степени выраженности, у 36% пациентов - деменция умеренной степени выраженности, и у 50%- тяжелая деменция.

Выводы. Таким образом, во всех двух группах больных отмечено преобладание женщин. Пациенты с диагнозом БА были достоверно старше (средний возраст – 70 лет) к моменту обследования в сравнении с больными с СД (средний возраст – 62 года). Нарушение

когнитивных функций является одним из наиболее частых неврологических симптомов, в особенности у пациентов пожилого возраста. Для выявления когнитивных расстройств необходимо применение нейропсихологических методов исследования. В повседневной клинической практике это могут быть простые скрининговые шкалы, применение и интерпретация которых не требует специального психологического образования или опыта. Деменция тяжелой степени при БА выявлены у 50 % пациентов. В то же время у пациентов с болезнью Альцгеймера частота депрессии увеличивалась по мере прогрессирования деменции. Среди больных всех двух групп обнаружены депрессивные расстройства. В двух группах у 57% пациентов выявились депрессивные расстройства крайне тяжелой степени. Депрессивные расстройства нарастали по мере прогрессирования заболевания и ассоциировались с очаговыми изменениями.

Использованная литература:

1.МКБ-10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Женева 1995; 1: 1: 315.
2. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. Под ред. Н.Н. Яхно. М: 2002; 86.
3. Случевская С.Ф., Шигашов Д.Ю. Экономические затраты на лечение деменций альцгеймеровского типа (ДАТ) у пациентов старше 60 лет с расчетом прогнозного значения на 2015 год в Санкт- Петербурге // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2007. – С 47
4. Dubois B, Feldman H et al. Revising the definition of Alzheimer’s disease: a new lexicon. Lancet Neurol, 2010, 5: 1118-1127.
5. Katzman R. Education and prevalence of dementia and Alzheimer’s disease. Neurology, 1993, 43: 13-20.
6. Ferri C.P., Prince M., Brayne C. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005; 366: 2112-2117.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ёкутхон Набиевна МАДЖИДОВА
Дилдора Саьдуллахужаевна АХМЕДОВА
Аброр Хотамович НИШОНБОЕВ
Гавхар Шухратовна АБДУСАТТАРОВА
Кафедра неврологии, детской неврологии и медицинской генетики, Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

АННОТАЦИЯ. В статье представлены результаты исследования вегетативной нервной системы при различных формах церебрального паралича. Всестороннее исследование ANS было выполнено с помощью теста Даньини-Ашнера, ортоклиностатических образцов и вегетативной поддержки, определенной с помощью таблицы Гийома-Уэйна.
Ключевые слова: детский церебральный паралич, вегетативное изменение, дети.

Ведение. К одним из наиболее предрасполагающих факторов к развитию церебрального паралича большинство отечественных и зарубежных авторов относят преждевременные роды с рождением детей с низким весом. У больных с различными формами ДЦП, наряду с двигательными нарушениями имеются признаки вегетативной дезадаптации, значительно ухудшающего самочувствие таких больных.

Цель исследования. Изучить особенности вегетативных изменений при различных формах ДЦП.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 60 пациентов с различными формами ДЦП в возрасте от 1 года до 14 лет.

Исследование вегетативной нервной системы проводилось клиническими методами. Вегетативный тонус определялся с помощью таблицы Гийома – Вейна, вегетативная реактивность с помощью пробы Даньини – Ашнера, вегетативное обеспечение с помощью ортоклиностатической пробы.

Полученные данные подвергали статистической обработке по программам, разработанным в пакете EXCEL с использованием библиотеки статистических функций с вычислением среднеарифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ), стандартной ошибки (m), относительных величин (частота, %), критерий Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P). Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости $P<0,05$. При этом придерживались существующие указания по статистической обработке данных клинических и лабораторных исследований.

Результаты и их обсуждение. Основное значение в диагностике степени тяжести и прогнозировании вторичных двигательных нарушений имели индекс напряжения, индекс вегетативного равновесия, показатель адекватности процессов регуляции. Нормализация вегетативного фона, вегетативного обеспечения деятельности способствовали адекватности работы мышц, уменьшению психоневрологических дефектов. В группе до 5 лет доминировал ваготонический тип вегетативной дисфункции - у 15 (5,6%) детей. У пациентов с легким и очень тяжелым течением ДЦП преобладал симпатикотонический тип вегетативной дисфункции -77 (28,8%) детей. В группах со среднетяжелым течением регистрировали как симпатикотонический, так и парасимпатикотонический тип вегетативной дисфункции.

В группе от 6 до 14 лет выявлялась выраженная симпатикотония у 42 (15,7%) и сим-патикотония — у 30 (11,2%) детей. Проявление синдрома вегетативной дисфункции оказалось более выраженным при среднетяжелом течении ДЦП. У детей с тяжелыми двигательными нарушениями отмечалась выраженная симпатикотония. Преимущественно нарушались механизмы терморегуляции, кожные покровы были бледными, холодными, нарушалась масса тела, преобладала гипоталамическая трофическая и нейровегетативная недостаточность.

Нарушения центральной вегетативной регуляции были выявлены у 21 (7,9%) ребенка, пароксизмальное течение вегетативной дистонии- у 4 (1,5%), пароксизмальные вагоинсулярные расстройства- у 7 (2,6%), гастродуоденальные вегетативные нарушения: боли в животе, метеоризм, диарея -у 3 (1,1%).

Таким образом, у больных с различными формами ДЦП, наряду с двигательной дезадаптацией, обусловленной поражением анимальной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, имеются признаки вегетативной дезадаптации, значительно ухудшающего самочувствие таких больных. Поэтому реабилитационное лечение в этот период болезни должно учитывать индивидуальные особенности вегетативного гомеостаза.

Выводы. 1. У детей с различными формами ДЦП нарушения вегетативной регуляции являются соматическим симптомокомплексом со специфичными клиническими проявлениями и возрастной динамикой.

2. Для вегетативных расстройств характерны пароксизмальность, цикличность, склонность к хронизации патологических проявлений, своеобразие способов регуляции и снятия напряжения у детей с различными формами ДЦП.

3. Отмечаются нарушения вегетативного реагирования и недостаточное обеспечение ортостаза, характер вегетативной регуляции соответствует клиническим проявлениям вегето-сосудистой дисфункции у детей с гиперкинетической формой ДЦП.

ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНСУЛЬТА: ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ОЦЕНКИ С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГА

[1]Маджидова Ё.Н., [2]Турабоев О.О., [1]Мухаммадсолих Ш.Б.

[1]Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,

[2]Китабское Районное Медицинское Объединение

[1]Ташкент, [2]Кашкадарьинская область, Узбекистан

Актуальность проблемы. Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются важнейшей медико-социальной проблемой современной неврологии, поскольку дают самые высокие показатели по заболеваемости, смертности и инвалидности практически во всех странах мира. Согласно проведенным исследованиям установлено, что ежегодно от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) умирают около 5 млн. человек. В Узбекистане ежегодно регистрируется более 60 тысяч случаев инсульта (острое нарушение мозгового кровообращения). При этом инвалидность после инсульта составляет 83,8%, а процент госпитальной летальности — 17,3%.

Цель исследования. Изучение факторов риска развития ЦВЗ и инсульта среди врачей с помощью скрининга.

Материал и методы исследования: Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование – сплошной скрининг среди врачей (мужчин и женщин от 29–80 лет). В результате скрининга была сформирована когорта из 64 человек, в т.ч. 17 мужчин (27%) и 47 женщин (73%). По возрастным десятилетиям (29-39, 40–49, 50–59,60-69,70-79,80 и старше лет) обследованные мужчины и женщины распределились относительно равномерно. Выявление ФР осуществлялось в ходе скрининга популяции с применением специального опросника. При обследовании, помимо общеклинических и неврологических методов оценки состояния больных, использовали амбулаторную шкалу ХИМ А.И. Федина.

Результаты и обсуждение: Средний возраст обследованных был равен 50,5±11,2 лет. Таким образом, данная популяционная выборка была представлена в основном работающими лицами. Скрининг предусматривает, на основании полученных результатов, определение степени риска развития ЦВЗ.

В результате исследования выявлено, что изменения показателей амбулаторной шкалы Федина существенно различались среди мужчин и женщин. Среди мужчин этот показатель равнялся — 6,6±4,8, а среди женщин — 8,2±5,9. Средний показатель по тесту Мини КОГ среди мужчин был 1,2±1, среди женщин был 1,6±0,7 балл. Аускультация сонной артерии в области её бифуркации на шее среди мужчин составило 1,2±1 баллов, среди женщин 1,1±0,8 баллов. Холестерин в крови в обеих гендерных группах равнялся 5,5±0,9 что составило 1,4±0,7 балла. Сахар в крови у мужчин и у женщин в среднем составило 5,6±1 что составило 1,4±0,8 баллов. По результатам измерения артериального давления у мужчин и у женщин составило 1,1±0,7 баллов. Показатель ИМТ среди мужчин равнялся 1,4±0,7 баллов, а среди женщин 1,2±0,5 баллов. Надо отметить, что проведённый скрининг среди врачей показал то, что риск цереброваскулярных заболеваний высок и среди врачей, то есть той части населения, которая относится к здоровому контингенту. Результаты скрининга среди врачей были таковы: низкий риск у 48 % присутствующих, средний - у 36%, высокий - у 16 % обследованных. Так, лица с высоким риском ЦВЗ будут направлены на дальнейшее обследование: проведение ультразвуковой допплерографии, ЭхоКГ, на консультацию сосудистого хирурга, к ангионеврологу, с оценкой возможности выполнения хирургического вмешательства.

Выводы: Таким образом, несмотря на активную работу медико-социальных служб, проблема цереброваскулярных заболеваний остается актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. У трудоспособного населения в возрасте 39–59 лет наблюдалась широкая распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний. Среди мужчин и женщин статистически значимыми

были отличия значений по шкале ХИМ Федина. Проведённый скрининг среди врачей показал то, что низкий риск выявлен у 48 % присутствующих, средний - у 36%, высокий - у 16 % обследованных. Полученные данные указывают на необходимость продолжения постоянной активной информационно-образовательной работы среди всего населения и совершенствования системы выявления и диспансерного наблюдения за лицами с факторами риска. Для решения поставленных задач использование специального опросника – является оптимальным, поскольку обладает рядом несомненных преимуществ по сравнению с другими современными шкалами.

SURUNKALI GENERALLASHGAN PARODONTITNING KOMPLEKS DAVOLASH TERAPIYASIDA ALHADAYA PREPARATINI QO'LLASH XUSUSIYATLARI

Elbek Azizbekovich Gaybullaev,
Toshkent davlat stomatologiya institutining Bolalar terapevtik stomatologiyasi kafedrasi dotsenti, Ph.D.
Toshkent,Uzbekiston.
Rizaev Jasur Alimdjanovich,
Samarqand Davlat tibbiyot instituti rektori, tibbiyot fanlari doktori, professor.
Samarqand,Uzbekiston.
Anvarov Zafarbek Laziz og'li,
Toshkent Davlat stomatologiya instituti, Xalqaro Fakulteti talabasi.
Alovitdinov Shamshod Dilshodovich,
Jarrohlik stomatologiya va dental implantologiya kafedrasi assistenti, Toshkent davlat stomatologiya instituti.

Izoh: Ushbu maqolada, o'rta og'irlikdagi surunkali generallashgan parodontitni davolashda qora kunjut moyipreparati (Alhadaya) dan foydalanish to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan. Klinik, rentgenologik va biokimyoviy tadqiqot usullarining ma'lumotlari keltirilgan. Tadqiqot natijasida klinik yaxshilanishlar davolash boshlanganidan 2-3 kun o'tgach (qon ketish, og'izdan nohush hid kelishi , tishlarning qimirlashi, periodontal cho'ntak) kabi klinik o'zgarishlar yoq bolganligi aniqlandi an'anaviy terapiya qo'llanilgan taqqoslash guruhida esa yaxshilanish 8-10 kundan keyin boshlangan. Rentgenologik tekshiruvlar ma'lumotlari (ortopantomografiya) davolash boshlanganidan 2-3 oy o'tgach, kortikal plastinkalarning yaxshilanishi, osteoporoz o'choqlarining kamayishi haqida xulosa chiqarishimizga imkon berdi. Bundan tashqari, taqqoslash guruhida osteoskleroz o'choqlarining osteoporoz bilan birga kelishi aniqlangan. Biokimyoviy ko'rsatkichlar taqqoslash guruhiga qaraganda asosiy guruhdagi bemorlarda antioksidantlardan himoya qilish jarayonlarining yaxshilanishini ham ko'rsatadi. Natijalar taqdim etiladi, tegishli xulosalar chiqariladi.

Kalit so'zlar: milkning lahtakli operatsiyalari; ochiq kuretaj; qora kunjut moyi(Alhadaya); surunkali generallashgan parodontit.

Kirish: Parodontit kasallik keng tarqalgan yallig'lanish kasalligi bo'lib, u tishning qo'llab-quvvatlovchi to'qimalarini progressiv yo'q qilish, tish va uning atrofidagi tish to'qimalari o'rtasida parodont cho'ntaklarni hosil qiladi. Ma'lumki, parodontit ko'p faktorli etiologiyaga ega va asosiy etiologik moddalar milk sohasidagi patogen bakteriyalardir [1].

Stomatologiyada, xususan, parodontitni ko'p yillar davomida muvaffaqiyatli davolash uchun 10% dioxycycline, 2% monocycline, 10% linkomycin, metronidazol va xlorgeksidin biglyukonat ishlatiladi, lekin hech bir mahalliy qollangan dori vositalari nojo'ya ta'sir o'tkazmasdan qolmaydi [5-10]. Ammo Avitsenna (Abu Ali ibn Sino) davridan beri dorivor o'simliklar ko'plab kasalliklarni davolash uchun an'anaviy vosita sifatida ishlatilgan va bugungi kunda butun tibbiyotda kimyoviy moddalar o'rniga tabiiy mahsulotlardan foydalanish bo'yicha tadqiqotlar kundan-kunga tobora dolzarb bo'lib kelmoqda.[8]

Tadqiqot maqsadi: O'rta og'irlikdagi surunkali generallashgan parodontitni davolashda qora kunjut yog'ini qo'llash bo'yicha qiyosiy randomizatsiyalangan tadqiqot o'tkazish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Ushbu maqsadga erishish uchun o'rta og'irlikdagi generallashgan surunkali parodontitli 40ta bemor tekshirildi va davolandi. Barcha bemorlar 2 guruhga bo'lindi: 1-guruh - asosiy - ochiq kuretajdan o'tgan 20ta bemorga terapevtik yordam sifatida kuniga 2-3 marta 1-2 kapsuladan qora kunjut moyi(Alhadaya) buyurilgan, 2-guruh - taqqoslash guruhi - yopiq kuretaj texnikasidan o'tgan 20ta bemor (an'anaviy davolash).

Natijalar va muhokamalar: O'rta og'irlikdagi surunkali generallashgan parodontit bilan og'rigan bemorlarni qora kunjut moyipreparatini (Alhadaya) lahtak ko'chirish operatsiyalaridan keyin qo'llaganda 7 kundan so'ng tekshirganda, (asosiy guruhda) va yopiq kuretaj (nazorat guruhi)ga qaraganda ijobiy dinamikani qayd etdi, ya'ni PMA indeksi19,7±6,4% asosiy guruhda va nazorat guruhida esa 11,3±4,2%, OHI-S asosiy guruhda 1.8 marta va nazorat guruhida esa 32,4±3,6% ni tashkil etdi.

30-kunida OHI - S indeksining 31,6% (asosiy guruhda) va 12,4% (nazorat guruhi) – $p \leq 0,05$ va 6 oydan keyin asosiy guruhdagi ushbu indeksning pasayishi 4 marta, nazorat guruhida esa-1,5 marta kamaydi. PI indeksining qiymati 7-kuniga 3,4±2,5 (asosiy guruhda) va 4,3±1,2 (nazorat guruhida) ga kamaydi, ammo indeksning sezilarli pasayishi jarrohlik davolanishdan so'ng 1 va 6 oy davomida aniqlandi, navbati bilan 2,6±0,7 va 3.0±0,2 ($p \leq 0,05$). Nazorat guruhida jarrohlikdan 1 oy o'tgach, ushbu ko'rsatkichning qiymati avvalgi darajasiga qaytdi va 6 oy davomida barqaror bo'lib qoldi. Operatsiyadan 1 yil o'tgach, tishlarning qimirlashi dastlabki o'lchovlarga qaraganda kamroq bo'lganligi aniqlandi - asosiy guruhda bu ko'rsatkich 0,60 ± 0,03 ($p \leq 0.001$), nazorat guruhida - 0,76 ± 0,03 (asosiy guruhda). $p \leq 0.001$)ni qayd etdi.

Operatsiyadan oldin barcha bemorlarda Parodontit cho'ntaklar chuqurligining o'rta qiymati 6,4 ± 0,3 mm edi. Kuzatish dinamikasida asosiy guruhning 87% va nazorat guruhining 65% sezilarli pasayish kuzatildi.

Shuni ta'kidlash kerakki, uzoq muddatli kuzatuvda nazorat guruhidagi 12 bemorda davolash samaradorligi qoniqarsiz deb topildi. Asosiy guruhda bemorlarning 87% operatsiyadan 1 oy o'tgach Parodontit cho'ntagida osteoplastik moddalarning to'liq yo'qligini ko'rsatdi, bu rentgen tekshiruvi bilan tasdiqlandi.

Operatsiyadan 6 oy o'tgach, asosiy guruhdagi bemorlarning 13% takroriy tekshiruvda, operatsiya qilingan hududda parodontal cho'ntagining qaytalanishi aniqlangan. Ushbu bemorlarning barchasida og'iz gigienasi yomon, ko'p miqdordagi yumshoq blyashka va toshlar mavjud edi.

O'rta og'irlikdagi surunkali generallashgan parodontitli bemorlarda rentgenologik tekshirish usullariga ko'ra, davolanishdan 1 oy o'tgach, asosiy guruhning bemorlari kortikal plastinka tiklanganligini, suyaklarning ingichka shakllanishi kuzatilganligini, ba'zi joylarda osteoporoz o'choqlari saqlanib qolganligini aniqlandi. Davolanishdan keyin 6 oy o'tgach, takroriy rentgen tekshiruvi asosiy guruhda jarayonning aniq barqarorlashishini, suyak cho'ntagining yo'qligini, alveolyar tizimida balandligining osishi kuzatildi. Doimiy remissiya bemorlarning 86% da kuzatildi.

Shu bilan birga, nazorat guruhida operatsiyadan 1 va 6 oy o'tgach, osteoskleroz o'choqlari, osteoporoz o'choqlari bilan almashishi kuzatildi. Kortikal plastinka alveolalar tizmasining barcha sohalarida kuzatilmagan, alveolyar suyakning konturi loyqa, intervalgacha bo'lgan. Alveolyar septa cho'qqilarining silliqligi kuzatildi. Parodontit cho'ntaklar chuqurligi o'zgarmadi, lekin 6 oydan so'ng biroz pasaygan, rentgenologik ko'rinish yaxshilanmadi. Bundan tashqari, suyak to'qimalarining progressiv pasayishi va individual tishlar sohasidagi suyak cho'ntagining chuqurlashishi kuzatildi. Kasallikning qaytalanishi bemorlarning 78% da kuzatilgan, remissiya belgilari kuzatilmagan.

Og'iz bo'shlig'ining holatini tavsiflovchi biokimyoviy parametrlarni o'rganish, periodont yallig'lanishining dastlabki bosqichlarini ko'rsatadigan markerlarni o'rnatish, bunday bemorlarni davolash natijalarini ob'ektiv baholash imkonini beradi.

1-jadval. Jarrohlikdan oldin o'rta og'irlikdagi surunkali generallashgan parodontitda og'iz suyuqligining ba'zi biokimyoviy ko'rsatkichlari.

Ko'rsatkichlar	Asosiy guruh	Taqqoslash guruhi

Ca, mmol/l	2,24 [1,85-2,87]	2,12 [1,68-2,64]
Mg, mmol/l	0,69 [0,66-0,78]	0,75 [0,62-0,79]
P, mmol/l	3,24 [2,84-4,74]	3,60 [3,14-3,94]
Umumiy protein, g/l	1,84 [1,50-2,54]	2,66 [2,07-2,87]
SOD 1/mg protein	32,1±1,1	30,9±1,0
katalaza mkkat/l	0,39±0,01	0,37±0,01*
GPO 1/mg protein	0,21±0,02*	0,20±0,02*

*-p≤0,01
SOD– superoksiddismutaza
GPO- glutetionperoksidaza

Ochiq kuretajdan so'ng lahtak ko'chirib o'tkazish usuli bilan davolashda, qora kunjut moyi(Alhadaya) bilan birgalikda so'lakning biokimyoviy ko'rsatkichlari sezilarli darajada yaxshilandi. Shunday qilib, asosiy guruhdagi kompleks jarrohlikdan so'ng (jarrohlik + terapevtik) SOD tarkibi 57,8 ± 2,9 ga yaxshilandi, katalaz miqdori 0,09 ± 0,01 (p≤0.01) gacha, GPO miqdori esa 0 ga tushdi. 13 ± 0,05 (p≤0.01), bu normal ko'rsatkichlarga mos keladi.

Xulosa: Klinik va rentgenologik ma'lumotlar qora kunjut moyi(Alhadaya) preparatining o'rta og'irlikdagi surunkali generallashgan parodontitni yordamchi davolash usuli sifatida qo'llanishini, shuningdek uni ishlatishda erkin radikallar sonining kamayishini, bu esa respirator portlashnii nazorat qilinishini anglatadi, bu esa qora kunjut moyini qo'llashni ijobiy natija berishini va tananing antioksidant mudofaa tizimiga ijobiy ta'sir ko'rsatib immunitetni tiklashini anglatadi.

а также при ее применении происходит уменьшение количества свободных радикалов, респираторный взрыв становится контролируемым, что дает основание полагать, что масло черного тмина благоприятно действует на антиоксидантную систему защиты организма и восстанавливает иммунитет;

Adabiyotlar ro'yxati:

1) Akalin, F. E. Baltacioˇ glu, A. Alver, E. Karabulut A. (2017) Lipid peroxidation levels and total oxidant status in serum, saliva and gingival crevicular fluid in patients with chronic periodontitis Journal of Clinical Periodontology. –. – Vol. 34. – № 7. – P. 558 – 565
2) Albander J.M., De Nardin E. Serum (2019) Ig G level to P. Gingivalis in healthy and early-onset periodontitis individuals. J. Dent. Res. Vol.78: 250-255
3) Artese L. A. Piattelli, L.A. de Gouveia Cardoso, D.S. Ferrari, T. Onuma, M. Piccirilli, M. Faveri, V. Perrotti, M. Simion, J.A. Shibli (2010) Immunoexpression of angiogenesis, nitric oxide synthase, and proliferation markers in gingival samples of patients with aggressive and chronic periodontitis J. Periodontol, , 81, 5, P. 718-726
4) Blasco-Baque V. Garidou L., Pomie C., Escoula Q (2016) Periodontitis induced by Porphyromonas gingivalis drives periodontal microbiota dysbiosis and insulin resistance via an impaired adaptive immune response, et. al. Gut. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309897
5) Gaybullaev E.A., Rizaev J.A. (2019) Modern ideas about the etiopathogenetic mechanisms of the occurrence of inflammatory and dystrophic lesions of the periodontium. Vol. 7 (9). Pp. 541-545
6) Gaybullaev E., Rizaev J., Alovitdinov Sh., Dusmukhamedov E. (2020). Valuation of a retrospective analysis of surgical treatment of inflammatory and dystrophic periodontal lesions according to the epartment of surgical dentistry TSDI. World journal of pharmaceutical and medical research. 6(2), Pp.111-114
7) Gaybullaev E.A. (2019). Clinical and radiological assessment of the quality of surgical treatment of chronic generalized periodontitisof moderate and severe severity. Global science research journals. Vol. 7 (9). Pp. 546-550 December

8) Gaybullaev E.A., Rizaev J.A. (2020). Improving Medical Diagnostic Tactics and Surgical Treatment of Chronic Generalized Periodontitis, Kenya. Vol-2, Iss-1 p. 32-36.
9) Gaybullaev E.A. (2020). Clinical and Biochemical Features of the Use of Black Cumin Oil in the Treatment of Chronic Generalized Periodontitis of Moderate Severity, EAS Journal of Dentistry and Oral Medicine, Vol-2, Iss- 1 p. 29-30.

Eshitishida nuqsoni bo`lgan bolalar talaffuzini rivojlantirish.

M.M.Qodirov
Nizomiy nomidagi TDPU Surdopedagogika kafedrasi

Eshitishda nuqsoni bo`lgan bolalarda to`g`ri talaffuzni shakllanitrish usullarga ta`lim-tarbiya berishning asosiy vazifalaridan biri hisoblanadi.

Chunki og`zaki nutq muomala vositasi sifatida insonlar hayotida muhim o`rin tutadi. Talaffuzni shakllantirishning dastlabki bosqichi nutqiy naqas ustida ishlashdir.

ENB bola odatda to`liq yoki deyarli to`liq nonutqiy nafasga ega bo`ladilar.

Ular o`zlarining eshituvchi tengdoshlaridan o`pkalarining tiriklik sig`imi bo`yicha biroz orqada qoladilar. Ma`lumki, biz nafas chiqarayotib gapiramiz. Nafas uzunligi so`z va gaplarni qo`shib aytishga yordam beradi. Bu esa tinglovchi nutqni tushinishga yordam beradi. Uzun nafas chiqarmshni ta`minlash uchun o`pkani kerakli xavo bilan to`ldirish kerak. Nutq jarayonida tez va chuqur nafas olish so`zlashuv pvytida nafasni og`izdan olishga olib keladi. Brundan tez nafas ola olmasligimizga sabab burun yo`llarining torligidir.

Ta`lim olmagan ENB bola nafasni olib tez chiqarishga odatlangan bo`ladi. Davomli, tejamli nafas chiqarishga o`rganish, uning uchun ma`lum qiyinchiliklar tug`diradi. Agar ENB bolalarga unlilarni, sonorlarni, frikativlarni bir nafasda aytishni taklif qilsak, o`zining eshitadigan o`rtoqlaridan bu borada ancha orqada qolishi ma`lum bo`ladi. Bu xolat ENB bola nafaqat nafas muskullarini to`g`ri ishlata olmasligidan, balki artikulyasiya apparati va ovoz apparatini nomukammal ishidan darak beradi.

Faqat nafas mashqlari bilan keragidan ortiqcha shug`ullanishdan saqlanish kerak. Ko`p vaqtni olgan xolda ular har doim ham ko`zlagan natijaga olib kelmaydi, ishga zarar etkazishi mumkin. ENB bolalarda nutqiy frikativlarni, bo`g`inlarni cho`zib talaffuz qilishdir.

Nutqiy nafasni rivojlantirish uchun o`quvchiga har-hil nafas o`yinlariga unli tovushlarni cho`zib aytishga, bo`g`inlar qatorini, so`z va frazalarni bir nafasda aytishga doir turli topshiriqlarni berish kifoya. O`qitishning birinchi kunlarida nutqqa bog`liq bo`lmagan har-hil nafas mashqlari o`yie vaqtida bajariladi. Bu o`yinlarning maqsadi – bolalarni asta – sekin chuqur naqas olib kuchli, davomli va tejamli nafas chiqarishga o`rgatishdir. Bu o`yinlar keyinchalik so`zlarni baland va qo`shib talaffuz qilishi uchun zarurdir.

Nafas chiqarishning kuchi va uzunligini rivojlantirish uchun quyidagi mashqlardan foydalanish mumkin: Stoldan qog`oz bo`laklarini puflash, momiqni puflash, masofadan turib yonib turgan shamni puflash, stol ustidagi qalamni puflab dumalatish va b. Bir maromda nafas chiqarish va nafas kuchini boshqaro olish murakkabroq jarayon hisoblanadi. Buning uchun quyidagi mashqlardan foydalanish mumkin: suvda suzfyotgan plastmassa buyumlarini puflash, qog`oz qayiqni, sovun pufakchalarini, stoldan qog`oz parchalarini, momiqlarni puflash. U yoki bu nafas mashqlarini bajara turib undan ko`zlangan maqsadni aniq qo`yish va o`quvchini shu ko`zlagan maqsadga yo`naltirish lozim.

Masalan, o`quvchini chuqurroq nafas olib, kuch bilan chiqarishga o`rgatish uchun o`qituvchi o`quvchi o`chirayotgan shamning masofasini o`zgartiradi. Tejamli, uzluksiz nafas chiqarishga o`rgatish uchun og`iz oldida ushlab turilgan qog`ozni puflab, uni chiqayotgan havo oqimi bilan itarib bir necha muddat shunday holatda ushlab turish kerak. Bu mashqlar faqat tayyorlov sinflarda o`tkaziladi.

Birinchi xaftalardanoq unlilarni cho`zib aytish, btr nafasda bo`g`inlar qatorini aytish kerak. Bunday mashqlarni tayyorlov va 1-sinflarda davom ettirib o`qituvchi asosiy e`tiborini

o`quvchining nutqiga so`z va kichik frazalarni bir nafasda, bo`g`inlamay ayttirishga e`tiborni qaratish kerak. O`quvchilarni xar bo`g`inlar va so`zlar orasida nafas chiqarishiga yo`l qo`ymaslik kerak.

Masalan DADA so`zini yaxlit ayta olmasa, avval ADA so`zini ayttirib keyin DADA so`ziga o`tish lozim.

Nafas chiqarishning uzunligiga talabalar asta-sekinlik bilan oshib boraveradi. Agar tayyorlov sinfda o`quvchidan bir nafasda 4-5 bo`g`in aytish talab qilinsa, 3-sinfga borganda 10-12 ta bo`g`in aytish talab qiliniadi.

Masalan: Men yozib bo`ldim. Men qiziqarli kitob o`qidim. Nafas chiqarishning davomiyligi ustida ishlaganda quyidagilar yaxshi natija beradi. To`g`ri va teskari sanash, xafta kunlari, oylarni sanash va sinfdoshlarinining ismlarini aytish. Bajargan ishlari haqida savol-javob qilish.

Masalan: Sen nima qilding? Deb savol beradi.

Men kecha kitob o`qidim, maktabga bordim, o`ynadim.

2-sinfdan boshlab quyidagi usulni qo`llash tavsiya etiladi. Avval bir nafasda quyidagi jumla keltiriladi: “Biz teatrga bordik”. Keyin bu jumlaga “kecha” so`zi qo`shiladi. “Kecha biz teatrga bordik” gapi xosil bo`ladi va u ham bir naqasda aytiladi. “Kecha biz dadam bilan taetrga bordik” . “Kecha kechqurun biz dadam bilan teatrga bordik” gaplari ham bir nafasda aytiladi. Bu gapdagi so`zlar soni o`quvchining nafasi etguncha qo`shilib borishi mumkin.

2-sinfdan boshlab ko`p o`quvchi so`zli jumlalarga duch keladi. Bunday jumlalarni bir nafasda aytish qiyin. Bu paytda gaplprni sintagmalarga ajratib talaffuz qilish malakasini xosil qilish kerak. Gapdagi tinish belgilar va o`qituvchi qo`yib bergan belgilarga qarab o`quvchilar pauzalar bilan gapirishga, 4-sinfga borganda nafas pauzalarini boshqarishga o`rganadilar.

Buning uchun o`qituvchi sintagmalarga bo`lingan matnni yozib beradi. Matnni eshitib ko`rish va eshitishga taklif qilinadi. Keyin belgili matn olib tashlanadi. O`quvchilar matnni mustaqil sintagmalarga bo`lib o`qiydilar.

To`g`ri nutqiy nafasni shakllantirishda xalq maqollari, she`rlar va adabiy asarlardan parchalar manba bo`lib xizmat qiladi.

Nutqiy nafas bilan ishlayotganda quyidagi xatolarga yo`l qo`ymaslik lozim:

O`quvchilardan qator jumlalarni aytishni talab qila turib bir tarafdan o`ta kuchli nafas olib o`pkalarni havo bilan juda to`ldirib yubormaslikka e`tibor beriladi. Ikkinchi tarafdan o`quvchi o`pkasidagi bor havoni siqib chiqarib yuborishi kerak emas. Ikkala holat ham nutq shartlariga salbiy ta`sir qiladi.

Ko`pincha o`qituvchilar o`quvchiga nafas oldira turib elkalarini ko`taradilar, qo`llarani ko`krakka qo`yadilar va h.k. Bu usullardan foydalanish noto`g`ri, chunki ular o`quvchilardan noto`g`ri va notabiiy nafasni keltirib chiqaradi.

Agar o`quvchiga nafas olish jarayonini ko`rsatish kerak bo`lsa, qorin devorlarini harakatini ko`rsatish kifoya.

O`quvchilardan nutq jarayonida faqat burundan nafas olishni ham talab qilish noto`g`ri. Bu holat nutq paytidagi nafas olish talablariga zid. Bu mavzuda faqat nutq paytidagi nafas olish ko`zda tutilmagan.

Nutqiy nafas ustida ishlash o`qish jarayonida, barcha darslarda ham amalga oshiriladi. Nutqiy nafasni rivojlantirishda nafaqat jumlalarni bir nafasda qo`shib aytish balki, gaplarda kerakli joylarda to`xtalish malakalarini ham hosil qilish zarur. Buning uchun o`qituvchi gaaplar orasiga chiziqchalar qo`yib beradi va bu holat o`quvchi o`zi sintagmalar orasidagi chiziqsiz to`xtalishlar qilishni o`rganib olmaguncha davom etadi. Nutqiy nafas ustida ishlashning mazmuni o`quvchilarda nafasdan to`g`ri foydalanish malakasini hosil qilishdan iboratdir. Bu bir nafasda so`zlar va qisqa jumlalarni talaffuz qilish, gaplarni ma`noli bo`laklarga ajratishdir.

Bolalar to’g’ri tallafuzni rivojlanishi masalasiga ularning tafakkuri hamda bilishga bo’lgan qiziqishi bilan bog’liq holda qarash lozim. Nutq va tafakkurning o’zaro bog’liqligi muammosi psixologik va pedagogik tadqiqotlarning diqqat markazida turgan doimiy

masalalardan biri sanaladi. Maktabgacha yoshdagi bolalarda ona (rus) tilini o'zlashtirishda nutqiy va aqliy jihatlarning o'zaro aloqalarini o'rgangan F.A.Soxin va A.M.Borodichlar til va nutq hodisalarini anglab etish ko'nikmalarini shakllantirish zarurligini qat'iy asoslab bergan holda, ravon nutq ona tilini o'zlashtirishda bola erishgan barcha yutuqlar (tovush tizimi, lug'at tarkibi, grammatik tuzilishini o'zlashtirish)ni o'zida qamrashi hamda bunda ravon ifodaning tuzilishi maqsadli, avvaldan rejalashtirilgan, o'ylab qo'yilgan bo'lishi kerakligini ta'kidlaydilar . Til vositasida mantiqiy fikrlash birdaniga yuzaga kelmaydi. Ona tilini o'zlashtirishning dastlabki davrlarida bola tafakkurining boshlan-g'ich shakllarini ko'rgazmali-amaliy va ko'rgazmali-obrazli tafakkur turlari tashkil etib, keyinchalik ular so'z vositasida mantiqiy tafakkur bilan o'zaro aloqaga kirishadi. U esa astasekin leksik, grammatik va boshqa nutq vositalari negizida amalga oshiriladigan fikriy faoliyatning etakchi shakliga aylanadi hamda tilning intellektual funkstiyasi tomon rivojlanib boradi.

Mutations

Madina Odilova
a medical student at the Termez branch of the Tashkent Medical Academy
Kungratova Anorhol Innayatovna,
a teacher of medical biology and general genetics at the Termez branch of the Tashkent Medical Academy

Mutations are qualitative changes that are passed from generation to generation. Mutation theory is a theory that recognizes inherited discontinuous variables. Mutation theory developed by Dutch botanist, H. De Frieze. De Friese is a botanist who has observed changes in plants over the years. Between 1901 and 1903, he developed his theory of mutations. The gist of this theory is that it is a phenomenon of abrupt change in genetic material. Mutation Theory Ideas are the followings:

1. Mutation occurs suddenly without intermediate forms;

The occurrence of mutations depends on certain factors. They are called mutagenic factors. As a result of mutagenic factors, part of the body's gene pool is altered. The change is unique to this organism, and its ancestors do not have such a sign. In some cases, a group of organisms changes as a result of a mutagenic factor. The result is a group variable. Group-modified organisms are more flexible. This is very important in the transition of evolution from one generation to another.

2. Mutation-induced traits are stable.

Because mutations change the genotype, new traits do not change for generations or for the rest of the organism's life.

3. Mutation is inherited.

If the mutant organism is alive, the new sign will be passed on to future generations. In many cases, mutations reduce the viability of the mutated organism.

4. Mutations occur in different directions.

They come in many forms: beneficial, harmful, and neutral. Beneficial mutations increase the viability of the organism. This allows for flexibility. Harmful mutations are eliminated at this point. A non-living individual is doomed to death. Neutral mutations are, by their very nature, neutral.

Mutations are different

1. According to the changing nature of the genome

a. Genome mutations are changes in the number of chromosomes

b. Chromosome mutations are changes in the structure of chromosomes

c. Gene mutations are changes in genes

2. According to the occurrence of heterazygotes in the body:

a. Dominant mutations

b. Recessive mutations

3. According to the causes of mutations

a. Spontaneous mutations, in which the cause of the mutation is not clear, but spontaneous mutations.

b. Induced mutations, (induced mutations)

4. By inheritance:

a. Generative, that is, mutations that occur in germ cells are passed from generation to generation.

b. Somatic mutations

Mutations that occur in somatic cells are passed on to the next generation.

Genome mutations

Each species has its own number of diploid chromosomes, and this value is the same in all individuals of the species. At haploid, only one of the homologous chromosomes is present. If we take the example of a human, the diploid value in a human being is 2n = 46, and in his germ cells it is n = 23. When an egg cell is fertilized with n = 23 sperm, the diploid value of the species is restored. The set of genes of an individual leaves the genome. The denominator does not change normally. 8but there is not always a normal division. Chromosomes are distributed until the mother cell divides into two daughter cells. There is more in one cell and less in the other. The result is mutant cells. Cells with marked chromosomes are called anaeploids or heteroploids. In some cases, the dividing cells may hang together. In this case, the number of chromosomes in one cell is equal, and in the other it is not at all. This phenomenon is called polyploidy, and an organism with twice as many chromosomes is called a polyploid. In polyploids, the “n” value can increase 2, 3, 4 times. If the value of n increases 3 times, it becomes triploid, if it increases 4 times, it becomes tetraploid. In genome mutations, this value is such that the value of “n” is balanced when it is even or odd, and unbalanced when it is odd. Unbalanced organisms are not viable and can become extinct by natural selection. The reason they are not viable is that they cannot mate during meiotic division and the division is abnormal. Even pairs of polyploids are more flexible than diploids. Because as a result of the repetition of a gene useful for a lifetime, the beneficial traits become stronger. The most productive plant species today are polyploids.

Autopolyploid and allopolyploid organisms

Autopolyploid organisms are caused by a multiplication of the genome of one species. For example, the multiplication of the A gene resulted in the formation of the AAAA tetraploid organism. Allapoliploids are an increase in the number of genomes belonging to different species. Example: When genes A and B increase, the organism AABB is formed.

Aneploidy

Aneploidy occurs during cell division as a result of the unequal distribution of individual cells at the poles. Anaploidy can also occur in somatic and germ cells. When there is an excess of one chromosome in the germ cell (n + 1), it forms a zygote with a normal germ cell. The new organism contains 2n + 1. When the gamete is n-1, it normally forms a zygote with another gamete, forming 2n-1. If the genotype is 2n + 1, trisomic, 2n-1 is monosomic, and 2n-2 is nolisomic anaploidy. In some cases, tetrasomic 2n + 2 and pentasomic 2n + 3 are also present. Anaeuplod organisms are weak and unable to win the battle for survival. Anauploids are also found in humans. For example, Patau, Down, and Edward syndromes have been studied in somatic cells;

Chromosome mutations

Each chromosome consists of a set of genes of a specific order, and each species has its own set of genes and chromosome shape. Only in some pathological cases can these symptoms change. The change in appearance also affects the genes of this chromosome and, ultimately, the actions performed by the chromosome. Romasome changes can be divided into inversion, deletion, translocation, and duplication.

Inversion

A certain part of a chromosome changes 180 degrees, and the chromosome must be broken in two places. In inversion, a certain sequence of genes is reversed. If two breaks occur on one shoulder of a chromosome, the shape of the chromosome remains the same. It's just that the order of the genes changes.

Such mutations are very difficult to detect cytologically. Similar mutations are called paracentric inversion in science. In perestroika inversion, there is a break in both shoulders of the chromosome. Presentric inversion is easy to detect under a microscope.

Deletion

Deletion is the loss of a chromosome as a result of one or two disruptions. A delation that occurs with a single interruption from the last part of the chromosome is called a simple delation. A deletion that results from the loss of the middle part of a chromosome by tearing it in two is called interstitial deletion. The fragment that is to be lost in inertial deletion usually forms a ring. If there is a break in both chromatids of the chromosome, such deletion is called isochromatin deletion. In normal deletion, the chromosomes shrink and a piece of chromosome is formed. This part is called a fragment.

Translocation

Translocations are common examples of chromosomal mutations. In translocation, two chromosomes must be broken at the same time. They share parts. Translocations are divided into types according to when they occur. If it occurs before DNA synthesis, it is called chromosome translocation, and if it occurs later, it is called chromatid translocation. When the centromere parts of the broken chromosomes join together, they form a dysentric chromosome or a dysentric chromate. Such a chromosome is called an asymmetric chromosome. If the asymmetric translocation was between chromosomes, two broken segments are formed. If two identical chromosomes are separated from each other and exchanged, the shape of such chromosomes will not change and it will be very difficult to distinguish them in metaphase. Although the symmetric translocation is between chromatids, one chromatid lengthens and the other shortens. It is very easy to distinguish them. Because they come in different sizes.

Gene mutations

Gene mutations are caused by the replacement of nucleotides in DNA. This changes the composition of tripled codons in protein biosynthesis. Changes in the genetic code, which are important in matrix synthesis, lead to abnormal synthesis of the protein that the body needs. As a result, the required protein may not be formed or may perform a different function due to changes in its composition. Gene mutations cannot be studied under a microscope. Such mutations can only be studied by traits in future generations. Gene mutations can increase, decrease, or replace nucleotides. Gene mutations are also called point mutations because they occur in a very small part of the entire chromosome. There are two types of gene mutations. The first occurs as a result of the exchange of nitrogen bases with another, while the second occurs when these bases fall. Mutations that occur with the exchange of anode bases are of two types. Transition and transversion. Transition is the exchange

of bases formed by one pair with the bases of another pair belonging to the same pair, while transversion is the exchange of bases of one pair of bases into another pair. Nitrogen base depletion can also cause problems in protein biosynthesis. But there are parts of the chromosome that always have point mutations. Such points are called boiling points. They perform the function of absorbing mutations resulting from mutagenic factors. Boiling points are almost not involved in protein biosynthesis. Mutations caused by a decrease or increase in the nitrogen base are of two types, either by increasing or decreasing the number of nucleotide pairs.

Somatic and generative mutations

When mutations occur in body cells, they are called somatic mutations. If they occur in germ cells, they are called generative mutations. Somatic mutations lead to a variety of tissues in the body. They are not passed down from generation to generation. But when it reproduces asexually, it can be passed on to the next generation. Generative mutations occur in gametes. Generative mutations appear in the genotype of the next generation. A dominant mutation occurs in the first generation, and an erratic mutation occurs in subsequent generations. Most mutations are lethal in nature, and mutants die in the early stages of life. Mutations that impair the vital functions of an organism are called semi-lethal mutations.

Spontaneous and induced mutation

Spontaneous mutations occur spontaneously in nature without human intervention. In nature, some species are resistant to spontaneous mutations, and mutations are rare. Humans also have many spontaneous mutations. An example is hemophilia, a gene that causes blood clots. Hemophilia is inherited by attaching to the sex X chromosome. Given the recessive nature of the disease, hemophilia is more common in men

Antimutagens

As with any poison, there are antimutagens against the mutation. Without antimutagens, the purity of the species would not be as it is today. Evolution has provided protection against mutations. The protective factor against gene mutations is the replication of certain genes. The compactness of the triplet code is also an anti-mutation tool. Another such tool is the coding of amino acids overnight. So, as a result of evolution, life creates an antimutation system. In addition, many chemicals and biologics can reduce mutations. Such substances are antimutagens. It is known that when a mutagenic factor acts, it takes a certain period of time for a mutation to occur. Antimutagens act during this period to slow or stop the mutation.

An industrialized mutation is a disease caused by mutagenic factors. Mutagens can be divided into 3 groups.

1. Physical mutagens (radioactive rays, X-rays, high temperature)
2. Effects of chemicals (organic and inorganic substances such as ethanol)
3. Biological factors (viruses, metabolic toxins)

High temperatures from physical factors can cause mutations. Mutations are usually increased by the activation of substances with slightly lower mutagenic properties with increasing temperature. The founders of chemical mutagenesis, Sakharov (1932) and later other scientists: Lobashev, Smirnov (1934), proved that certain chemicals (iodine, vinegar, ammonia) cause recessive lethal mutations in Drosophila. In 1946, it was proved that the strongest mutagenic chemical was ethelenamine. Biological mutagenic factors include viruses and toxins produced by metabolism in the body. In 1958, mutagenicity in viruses was proved by Russian geneticists. Mutagenicity is not limited to disease-causing fungi, but can be caused

by normal, non-pathogenic fungi. This means that viruses not only cause disease but also mutations.

In short, mutations are extremely dangerous. If a mutation occurs en masse, the species may become extinct. People should be protected from mutagenic factors as much as possible. To do this, people who work with good working conditions, radioactive, chemical, biologically active substances must strictly follow the rules of technical safety.

From the history of industrialized mutations

It was not until 1925-27 that it was known that mutations could be controlled in the interests of man. For the first time in the world, Russian scientists George Adamovich Nadson and Gennady Alekseyevich Filippov irradiated fungi with radiation and created a mutation. As a result, mutated fungi have different genetic traits. Two years after this experiment, the American geneticist Myeller studied recessive mutations in Drosophila melano gaster by directing X-rays. In 1928, another American scientist, Stadler, studied the mutations in barley and corn by irradiating them with X-rays. These experiments show that, on the one hand, the use of mutations in the interests of man, on the other hand, ionizing radiation can cause great harm to living organisms, and X-rays can endanger human life. It is known that ionizing radiation produces ions. Positive and negative ions are formed. The resulting ions do not fulfill their phase, resulting in an anomaly. If this condition occurs within a chromosome, it can lead to a breakdown of a chromosome component, leading to chromosome mutations. Another disadvantage of ionizing rays is that they cause water molecules to form radicals. These radicals are very active and break down nucleic acids and proteins. The use of radioactive weapons in the military is currently restricted because not only people but all lives are killed in the areas where such weapons are used.

PARODONTNING YALLIG'LANISHLI DISTROFIK PATOLOGIYARINI KELTIRIB CHIQARUVCHI MIKROBIOLOGIK VA BIOKIMYOVIY MEXANIZMLAR TAHLILI

Elbek Azizbekovich Gaybullaev,
Toshkent davlat stomatologiya institutining Bolalar terapevtik stomatologiyasi kafedrasi dotsenti, Ph.D.
Toshkent,Uzbekiston.
Rizaev Jasur Alimdjanovich,
Samarqand Davlat tibbiyot instituti rektori, tibbiyot fanlari doktori, professor.
Samarqand,Uzbekiston.
Xojimurodova Robiya Daniyorovna,
Toshkent Davlat stomatologiya instituti, Xalqaro Fakulteti talabasi

Annotatsiya. Mazkur maqolada parodont kasalliklarini keltirib chiqaruvchi omillar mexanizmlari tahlil qilingan. Shuningdek, RANK-RANKL-ORG sistemasi hamda og'iz bo'shlig'idagi mikrob mikrofloralarining o'zaro aloqasining o'ziga xos xususiyatlari tadqiq qilingan. Shuningdek, parodontogen bakteriyalarni ostereozorbik xususiyatlari RANK-RANKL-ORG sistemasi balan uzviy bog'liqliqligi, ularning suyak to'qimalari osteolizisini xosil qilishi va suyak to'qimalari atrofiyasi sabablaridan biri ekanligi ta'kidlab o'tilgan. Shunigdek, maqolada mikroblarning surunkali parodontitni keltirib chiqaruvchi asosiy omillardan biri ekanligi ilmiy tahlili isbotlangan. Bundan tashqari, mavzuga doir bir qancha zamonaviy ilmiy adabiyotlar qiyosiy tahlil qilinib, xulosalar berilgan.

Kalit so'zlar: surunkali generallashgan parodontit, parodontit, RANK-RANKL-ORG, osteoliz, atrofiya, parodontit yallig'lanishi, mikroflora.

Kirish: Parodontit kasalligi bu yallig'lanish jarayonida yuzaga keladigan va ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, tishning mustaxkamlab turuvchi to'qimalarini yemirishi, tishlararo parodontal bo'shliqlar hamda ular orasidagi milk to'qimalarini yemirilishida namoyon bo'ladi. Ma'lumki, parodontit turli etiologik xususiyatga ega bo'sada, birlamchi etiologik agentlarga milkdagi patogen bakteriyalarni misol qilib keltirish mumkin[1,11,14].

Parodont yallig'lanishining avj olayotgani, mustaxkam remissiyaga erishishdagi qiyinchiliklar, polietiologik xususiyatlar, ayniqsa parodontning atrofik va og'ir destruktiv ko'rinishlari yoshlar orasida ommalashayotgani hamda axoli o'rtasida parodontologik yordamning sustligi ushbu mavzuning xozirgi kundagi dolzarb masalalardan biri ekanligini belgalab beradi.

Tadkikotning maksadi: Retrospektiv tadkikot asosida, yallig'langan parodont kasalliklarini vujudga kelish xususiyatlarini biokimyoviy va mikrobiologik mexanizmlarini tahlil qilishdan iborat.

Tadkikot materiallari va usullari. Surunkali parodontit bilan kasallangan bemorlarning tahlili natijalari va oxirgi yigirma yillikda nashr etilgan mavzuga doir ilmiy adabiyotlar mavzuni yoritishdagi asosiy manba va ma'lumot sifatida qo'llanildi.

Natijalar va muxokamalar. Xozirgi kunda yallig'langan parodont kasalliklarining yetakchi etiologik omili, invaziv fermentlar yani entotoksinlar ajrashishiga olib keladigan va tish to'qimalari adgeziyasini keltirib chiqaradigan yuqori patogen mikroorganizmlarga ega mikrobli blyashkalari xisoblanadi. [7,12].

Parodontogen bakteriyalar makrofag, leykotsit kabi immunokompetent xujaylaralarni faolligini stimulyatsiya qiladigan fermentlarni ishlab chiqaradi. Parodontogen bakteriyalarning proteolitik fermentlari asosiy virulent faktorlardan biri xisoblangan Actinobacillus actinomycetecomitans va Porphyromonas gingivalis bo'lib, virulent faktorlarning keng spektorlariga ega bo'lib proteolitik osteorezorbik aktivlashuvida o'z aksini topadi. Actinobacillus actinomycetecomitans kallogenaza ishlab chiqarib kollagennologik faollashuмga olib keladi; Porphyromonas gingivalis metalloproteinazlar, sisteinproteinazlar, asparaginproteinazlar kirib, ularni mayda peptidlarga parchalalash yo'li orqali nospetsefik degradatsiya IgA va IgG larni keltirib chiqaradi [4,13].

Gingivitlar odatda milk atorofi tish blyashkalaridagi aktinometsitlar sonining ortishi,shuningdek, bakterioid va kokk floralari mavjudligi bilan boshlanadi. Surunkali gingivitda esa fuzo-bakteriyalar, veyllonellolar va bakteralar ajraladi[3]. Parodontit alveolyar usmalardagi yallig'langan-distrofik jarayon xisoblanadi. Parodont to'qimalarining shikastlanishi noinfektsion tabiatga ega bo'lgan allergen sensibilyatsiyasi, almashinuvni buzilishi, neyrogumoral korrelyatsiyalar natijasida yuzaga kelishi mumkin[2, 8]. Parodont yallig'lanish kasalliklari milk birlashtiruvchi to'qimallarining, parodont bog'lamlarining, alveolyar suyak yemirilishiga olib keladi. Shu sababli, parodont yallig'lanishi? organizmning infektsion agent singishiga va jarohatga nisbatan javoban maxalliy ximoya reaktsiyasi xisoblanadi. Bunda bir qator biokimyoviy reaktsiyalar yuzaga kelishi natijada tomirlar kengayadi va qon tomir devorining o'tkazuvchanligi oshib qon oqimini ko'payadi, bu esa plazma va qon elementlarini ekstra sellyulyar matriksga chiqishiga olib keladi.

Parodontit anaerob shakllarga ega bo'lgan mikrofloraning o'ziga xos xususiyatlari bilan xarakterlanadi. Ulardan eng virulentlari Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Bacteroides forsythus, Tneponema denticola, Weilonella recta kabi parodontogen shtammlar xisoblanadi [5,8]. Shuningdek, parodontogen

faollikga Campylobacter rectus, Tannerella forsythia, Prevotella nigrescens, Eikenella corrodens, Peptostreptococcus micros, Eubacterium nodatu kabilar xam ega[10,14].

Shunday qilib, zamonaviy tadqiqotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, bakterial invaziyaning parodont patologiyalarini rivojlanishidagi muhim omili ekanligi o'z isbotini topadi [4].

Yallig'lanish jarayonining boshlang'ich bosqichida, endotoksinlarning gram-manfiy bakteriyalari tish blyashkalariga ajraladi. Endotoksinlar, lipopolisaxaridlar (LPS) bo'lib, immunologik reaktsiyalarning butun bir zanjirini ishga soladi: sitokinlarni makrofaglar bilan sintezini amalga oshiradi, komplementar sistemani faollashtiradi, antigen va sitotoksik xossalarga ega bo'ladi. Bundan tashqari, makroorganizmning bakterial lipopolisaxaridlarga munosabati immun tizimining holatiga qarab, parodont kasalliklarning rivojlanish xavfini belgilaydi [6,13].

Yallig'lanish o'chog'ida ular deyarli barcha turdagi hujayralarga: granulotsitlar, makrofaglar, fibroblastlar, epiteliy hujayralariga, so'ngra T - va B-limfotsitlarga ta'sir ko'rsatadi. Sitokinlarning muhim jihati nospetsefik himoya reaktsiyalarining va o'ziga xos immunitet bilan o'zaro munosabatni amalga oshiradi[14]. Shunday qilib, liposaxaridlar ta'sirida monotsitlar, makrofaglar va epiteliy hujayralari ko'p miqdorda bir to'lqinli sitokinlar ajraladi, ulardan asosiylari o'simta nekrozi omili (FNO faktor nekroza opuxoli), interleukin-1β (IL-1β), interleukin-6 (IL-6) bo'lib, ular aynan shu ketma-ketlikda bir birining sekretsiyasini oshiradi. [5, 8]. Ushbu sitokinlarning yuqori konsentratsiyalarda chiqarilishi boshqa yallig'lanishga oid sitokinlar, shuningdek matriks metalloproteinazalar (MMP) va prostoglandin Ye2 sekretsiyasini rag'batlantirishi mumkin. Shuningdek, IL-1β va TNFlar suyak to'qimaliri rezorbsiyasini faollashtiradi va suyak formatsiyasiga osteoklast prekursorlari va RANK-RANKL-OPG tizimi orqali bilvosita ta'sir qiladi [4]. Ko'p tadqiqotlarda sog'lom patsienlar va gingvit bilan og'riganlarga qiyoslanilganda parodont kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda milk suyuqligida IL-1β tarkibining ortishi namoyon bo'lgan[10,12]. Shuningdek, parodontologik davolashdan so'ng milk suyuqligida IL-1β tarkibining kamayishi kuzatilgan. Bundan tashqari, antogonistlar IL-1β va o'simta nekrozi omili primatlarda klinik birikish va alveolyar suyak yo'qotilishini kamaytira olish xususiyatlariga ega [9].

Zamonaviy tadqiqotlarda T. denticola sistalizin ishlab chiqarib, ferment, α, ß-eliminatsiyasi L-tsisteinni katalizatsiyasi natijasida piruvat, ammiak va sulfid ishlab chiqaradi bu esa o'z navbatida, bakteriyalarga gemolitik, Milk va parodantal to'qimalarning yemirilishi fallashuviga jarayonga javob beruvchi sulfidning millimolyar kontsentratsiyasida tish-milk oralig'ida ajratib chiqaradi. Bundan tashqari sulfid S-qatlamni glikozilidlashtiradigan, immun tizimida muxim o'rin egallaydigan T. Denticola uchun ijobiy ekologik muhit yaratadi[9]. Olimlarning ta'kidlashicha, in vitro S-qatlami monotsit va makrofaglariga javoban sitokinning sekinlashuviga olib keladi [5,11].

Xulosa. Shunday qilib, xozirgi kunda parodontning yallig'langan distrofik ko'rinishlarinnig asosiy sabablariga Porphiromonas gingivalis, Prevotella melanogenica, Veillonella parvula, Fusobacterium nucleatum, Peptostreptococcus micros kabi bakteriyalarni keltirib o'tish mumkin. Xozirgi kunda doimam mikrofloraning son va ko'rinish jihatidan kasallikning klinik ko'rinishi sifatida namoyon bo'lavermaydi. Bu esa parodontning yallig'langan distrofik ko'rinishlari biomarkerlarining to'liq ilmiy tadqiq etilmaganligini ko'rsatadi. Parodontopatogen bakteriyalarning osteorezorbik xususiyatlari RANK-RANKL-ORG sistemasi bilan uzviy bog'liq bo'lib, bevosita va bilvosita kompkat alveolyar suyak plastinkasiga ta'sir ko'rsatib, osteoblastar lizisini keltirib chiqaradi va oqibatda atrofiyaga olib keladi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Davis I.J., Wallis C., Deusch O. (2013) A cross-sectional survey of bacterial species in plaque from client owned dogs with healthy gingiva, gingivitis or mild periodontitis / [et al.] PLoS ONE [Electronic Resource]. Vol. 8, № 12. - P. e83158.
2. Sartirana C., Levings M.K., Bordignon C., S. Narula, M.G. Roncarolo (2012) Growth and expansion of human T regulatory type 1 cells are independent from TCR activation but require exogenous cytokines Eur. J. Immunol., , vol. 32, 8, P. 2237-2245.
3. Biedermann T., M. Kneilling, R. Mailhammer, K. Maier (2000) Mast cells control neutrophil recruitment during T-cellmediated delayed-type hypersensitivity reactions through TNF and MIP 2 J. Exp. Med., , 192, p. 1441-1452.
4. Blasco-Baque V., Garidou L., Pomie C., Escoula Q. (2016) Periodontitis induced by Porphyromonas gingivalis drives periodontal microbiota dysbiosis and insulin resistance via an impaired adaptive immune response Gut. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309897
5. Gaybullaev E.A. (2019). Clinical and radiological assessment of the quality of surgical treatment of chronic generalized periodontitisof moderate and severe severity. Global science research journals. Vol. 7 (9). Pp. 546-550 December
6. Gaybullaev E., Rizaev J., Alovitdinov Sh., Dusmukhamedov E. (2020). Valuation of a retrospective analysis of surgical treatment of inflammatory and dystrophic periodontal lesions according to the epartment of surgical dentistry TSDI. World journal of pharmaceutical and medical research. 6(2), Pp.111-114
7. Gaybullaev E.A. (2019). Clinical and radiological assessment of the quality of surgical treatment of chronic generalized periodontitisof moderate and severe severity. Global science research journals. Vol. 7 (9). Pp. 546-550 December
8. Gaybullaev E.A., Rizaev J.A. (2020). Improving Medical Diagnostic Tactics and Surgical Treatment of Chronic Generalized Periodontitis, Kenya. Vol-2, Iss-1 p. 32-36.
9. Gaybullaev E.A. (2020). Clinical and Biochemical Features of the Use of Black Cumin Oil in the Treatment of Chronic Generalized Periodontitis of Moderate Severity, EAS Journal of Dentistry and Oral Medicine, Vol-2, Iss- 1 p. 29-30.

ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ У ДЕТЕЙ.

Абдуллаев Н. Ч., Юлдашев И.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация: По данным ВОЗ, аллергические заболевания у детей лидируют по частоте, ранней манифестации и тяжести клинических проявлений. В настоящей статье рассмотрен вопрос диагностики аллергических заболеваний, опирающийся на использование поэтапного выявления причинно-значимого фактора аллергических реакций. Для уточнения причинно-значимых аллергенов у детей, страдающих экзогенной и эндогенной аллергией, была проведена комбинация из 20 аллергенов в одной мембране, которая определяет наличие IgE у пациентов.

Ключевые слова: аллергический ринит, бронхиальная астма, дети, аллерготесты.

В современном понимании аллергия представляет собою антиген/ аллерген-специфическую повышенную чувствительность (гиперчувстви-тельность) организма, в основе которой лежит иммунологически опосредуемая реакция воспаления [3,11].

Организм, его ткани, органы и клетки, способные отвечать реакцией гиперчувствительности на данный антиген (аллерген), принято называть сенсибилизированными, т.е. имеющими подготовленную гиперчувствительность к антигену/аллергену. Такая антиген/ аллерген- специфическая подготовленность

обеспечивается образованием определенных антител или специфически реагирующих лимфоцитов. Серьёзной проблемой является изменчивость аллергенных свойств. Эти изменения возникают, в частности, вследствие взаимодействия природных аллергенов с некоторыми продуктами антропогенного происхождения, что представляет собой актуальную экологическую проблему современности [1]. Большинство регистрируемых у детей аллергических заболеваний являются атопическими по своей природе. Атопические болезни являются мультифакториальными по своей природе. Атопический фенотип формируется под воздействием средовых и генетических факторов [7]. Заболеваемость детского населения аллергией находится в широких пределах. Однако нет точных и научно обоснованных сведений о региональных особенностях распространения аллергии среди детей, проживающих в условиях жаркого климата. Между тем эта проблема имеет большое научно-практическое значение и для практического здравоохранения.

Цель настоящего исследования – уточнение причинно-значимых аллергенов у детей, страдающих аллергическим ринитом и бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Исследования были проведены на базе ГК ДБ №1 г. Ташкента в 2013-2017 гг. Были обследованы 99 детей в возрасте 4- 5 лет, находившиеся на лечении в аллергологическом отделении и ОРИТ Городской клинической детской больницы №1 г. Ташкента. В процессе работы проведен ретроспективный анализ данных из истории болезни. Из них у 53 детей БА сочеталась с АР, а у 46 детей изолированная БА. Обследованным детям проводили анамнестический и клинический анализ. Для сбора клинических данных и анамнеза была использована индивидуальная карта ребенка (ф. 112/у) и истории болезни детей с лекарственной аллергией, находившихся на стационарном лечении в ГДКБ №1 Юнус-Абадского района г. Ташкента. Лабораторно-инструментальные методы исследования включали: общий анализ крови и мочи, биохимические показатели, аллергологический метод (проведение кожных скарификационных тестов со стандартным набором аллергенов), УЗИ почек, печени и сердца, ЭКГ.

23 практически здоровых детей того же возраста составили контрольную группу. При обработке анамнестических данных о заболеваемости детей перечень классов и наименование болезней был составлен согласно «международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра (МКБ-10) 2000 г.

При гендерном анализе было выявлено, что среди больных детей было 50 мальчиков и 49 девочек, а в контрольной группе (n=23) -12 мальчиков и 11 девочек. Аллергологическое обследование включало определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью набора ООО «Хеми-Медика» (Москва, РФ).

Статистическая обработка полученных данных проведена методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту.

Полученные результаты и их обсуждение. Клинические формы проявления аллергических заболеваний были разнообразными. Аллергические риниты клинически характеризовались появлением сильного зуда и жжением в носу, носоглотке, горле, обильным выделением из носа липкой водянистой слизи. Больные жаловались на приступообразное чихание, затрудненное дыхание через нос, ощущения инородного тела в глазах, плохой сон. Больные дети были беспокойны, раздражительны, плаксивы. При риноскопии слизистая оболочка носа бледно-серая с голубоватым оттенком. Нередко наблюдали на слизистой оболочке носа белые пятна или пятна Воячека, характерные для аллергических ринитов. В клинической картине аллергического бронхита преобладали симптомы приступообразного кашля. У большинства больных детей перед появлением кашля отмечались симптомы- предвестники: общее беспокойство, зуд в носу, заложенность носа, выделения из носа, что указывало на частое сочетание бронхита с

рино - синуситами. При поллинозе эти явления имели сезонный характер и сопровождались с инъекцией сосудов склер и отечностью век.

Клиническая картина аллергического бронхита отличалась многократной повторяемостью упорных приступов кашля. Рецидивы заболевания у некоторых больных детей наблюдались по несколько раз в месяц. Характер кашля часто менялся: то сухой, то влажный. При аускультации легких прослушивались сухие или среднепузырчатые, влажные хрипы, которые часто носили диффузный характер. Из общих симптомов преобладали явления вегетодистонии. Эозинофилия наблюдалась у всех больных. При рентгенографии отмечали периваскулярную инфильтрацию и усиление сосудистого рисунка. Как правило, при проведении спирометрии и пикфлоуметрии суточная разница показателей составляла менее 20%. Типичные приступы удушья не отмечались.

Клиническая картина бронхиальной астмы зависела от периодов развития болезни. В предприступном периоде у больных наблюдали выделения из носа, чихание, зуд в глазах, носу, кашель, общее беспокойство, раздражительность, плохой сон. В приступном периоде больные жаловались на типичные приступы удушья, экспираторную одышку и шумное свистящее дыхание, особенно в ночное время. В легких выслушивались и сухие, и влажные разнокалиберные хрипы. В межприступный период состояние больных детей было относительно удовлетворительное, физикальные явления в период ремиссии, как правило, отсутствовали. Однако при спирометрии и пикфлоуметрии выявляли снижение показателей функции внешнего дыхания. Эозинофилия в крови сохранялась. Так как наблюдались классические приступы бронхиальной астмы, не у всех больных было проведено рентгенографическое исследование. При рентгенографии отмечалась повышенная воздушность легочной ткани, а также усиление сосудистого рисунка.

Важнейшим критерием аллергии, особенно атопических форм, является наследственное предрасположение. По нашим данным, аллергическая наследственная отягощенность отмечалась у 78 (78,8%) больных детей, причем по отцовской линии – у 48 (48,5%), материнской - у 39 (39,4 %), по обеих линиям у 10 (10,1%). Родители страдали различными клиническими формами аллергических заболеваний. Аллергическая патология родителей и детей не всегда совпадали. Это свидетельствует о том, что передается по наследству не болезнь в готовом виде, а предрасположенность организма к аллергии вообще.

При анализе по паритету беременности, были больные дети, родившиеся от первой беременности – 40 (40,4%), от 2-й – 34 (34,3%), от третьей и более количества беременности- 27 (27,3%). Возрастная структура родителей больных детей показывает, что чаще родители были в среднем репродуктивном возрасте 20-29 лет.

Легкая форма аллергического ринита составляет у 19 (19,2%), среднетяжелая форма – 28 (28,3 %), тяжелая форма- 50 (51,5 %).

В абсолютном количестве мальчики почти в 2,0 раза чаще страдали БА, чем девочки. По нашим данным, легкая форма встречалась в 21,7 %, среднетяжелая степень – 34,8 %, тяжелая степень – 43,5 %.

Для уточнения причинно-значимых аллергенов у детей, страдающих экзогенной и эндогенной аллергией, была проведена комбинация из 20 аллергенов в одной мембране, которая определяет наличие IgE у пациентов.

В состав первой панели входит ингаляционный, эпидермальный и грибковые аллергены.

Как показали результаты специфического исследования аллергическая реакция на D1 Клещ Derm. Pteronyssionus выявлена у 23 (36%), на T2 пыльцу Ольхи у 24 (38,8%), на пыльцу T3 Березы у 26 (44,4%), на пыльцу T4 Лещины у 22 (33,3%), на пыльцу T7 дуба у 25 (41%), на пыльцу Gx смеси трав у 32 (49%), на пыльцу G12 ржи у 21 (30,5%), на пыльцу полыни W16 у 16 (24%), на пыльцу W9 подорожника у 22 (33,3%), на E1- эпителий и шерсть кошки у 23 (36%), на E3 - эпителий и шерсть лошади у 21 (30,6%), на

Е5- эпителий и шерсть собаки у 24 (38,8%), на Е6 морскую свинку у 14 (11,1%), на Е84 – хомяка у 19 (27,7%), на Е82 – кролика у 11 (16,7%), на М1- грибок Penicilium notatum у 27 (47,2%), на М2 грибок- белок у 27 (47,2%), на М3 - грибок Aspergillus fumigates у 46 (72,2%), на М6 - грибок Altrnaria Alternata у 59 (80,5%). При интерпритации данных мы ссылались на % чувствительности аллергенов (рис. 1). Результаты специфического исследования выявил аллерген на М6 грибок Altrnaria Alternata 59 (80,5%), на М3 грибок Aspergillus fumigates 71 (72,2%), на Gx пыльцу смеси трав у 42 (49%), на М1 грибок Penicilium notatum у 27 (47,2%), на М2 грибок- белок у 27 (47,2%), на Т3 пыльцу березы у 26 (44,4%) пациентов.

Рис.1 Распределения данных панелей на чувствительность аллергенов

Таким образом, для современного врача принципиально важным является знание поэтапного алгоритма диагностики аллергии у детей, опирающийся на использование пошагового выявления причинно значимого фактора аллергических реакций для разработки алгоритма диагностики, соответствующий потребностям детского населения, обеспечивающий индивидуальный подход к пациенту.

Список использованной литературы:

1. Annes-Maesano I, Beyer A, Marmouz F et al. Concurrent allergic diseases, a cross_sectional study in a French population. Allergy, 2016, 61: 390-391.

2. Bachert C, Vignola AM, Gevaert P, Leynaert B, Van Cauwenberge P, Bousquet J. Allergic rhinitis, rhinosinusitis, and asthma: one airway disease. Immunol Allergy Clin North Am, 2004, 24: 19-43.

3. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. J Allergy Clin Immunol., 2001, 108: 147-334.

4. Braunstahl GJ, Overbeek SE, Kleinjan A, Prins JB, Hoogsteden HC, Fokkens WJ. Nasal allergen provocation induces adhesion molecule expression and tissue eosinophilia in upper and lower airways. J Allergy Clin Immunol, 2001, 107: 469-476.

5. Gustaffson G, Sjoberg O, Foucard T. Development of allergies and asthma in infants and young children withatopic dermatitis – a prospective follow_ up to 7 years of age. Allergy, 2000, 55: 240-245.

6. Inman MD. Bone marrow events in animal models of allergic inflammation and hyperresponsiveness. J Allergy Clin Immunol, 2000, 106: S235-S241.

7. Jeffery PK, Haahtela T. Allergic rhinitis and asthma: inflammation in a one-airway condition. BMC, Pulm Med., 2006, Nov. 30, 6 (Suppl. 1): S5.

8. Johansson SGO, Hourinehane JOB, Bousquet et al. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy, 2001, 56: 813-824.

9. Kapoor R, Chandrakala M, Hoffstad O et al. The prevalence of atopic triad in children with physician_confirmed atopic dermatitis. J. Am. Acad. Dermatol., 2018, 58: 68-73.

10. Leynaert B, Neukirch C, Kony S, et al. Association between asthma and rhinitis according to atopic sensitization in a population-based study. J Allergy Clin Immunol., 2004, 113: 86-93.

11. Rimmer J, Ruhno JW. 6: Rhinitis and asthma: united airway disease. Med J Aust, 2006, 185: 565-71.

КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Абзалова М.Я., Юсупалиева Г.А., Толипова С.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Острый аппендицит является самым распространенным заболеванием требующим проведения экстренного хирургического вмешательства. Встречаемость острого аппендицита составляет от 3 до 6 на 1000 детей. У детей острый аппендицит развивается быстрее, а деструктивные изменения в отростке, приводящие к аппендикулярному перитониту, возникают значительно чаще, чем у взрослых. Учитывая высокий процентнеобоснованных аппендэктомий в сомнительных случаях нами в стандарт диагностики острого аппендицита включено ультразвуковое исследование (УЗИ) червеобразного отростка.

Цель исследования. Изучение преимущества метода УЗИ при диагностике острого аппендицита.

Материал и методы исследования. Нами было изучено 39 детей с подозрением на острый аппендицит (ОА). Дети с острым аппендицитом поступали в стационар с жалобами длительностью до 12 часов - 27,6%, от 12 до 24 часов - 22,4%, от 24 до 48 часов - 21,6% и от 48 часов и более - 28,4% детей. Ультразвуковое исследование проводилось на диагностических аппаратах «SONOSCAPE S22» и «APLIO 500».

Результаты исследования. При остром катаральном аппендиците к прямым эхографическим признакам мы отнесли возможность визуализации изменений аппендикса. Одним из признаков, на который мы обратили внимание, было отчетливое выявление контуров поверхности органа. Этот феномен, по-видимому, может быть объяснен тем, что уже в первые часы развития воспалительного процесса вокруг ЧО происходит отек-набухание, что эхографически создает контраст визуализируемой поверхности ЧО. При локальной компрессии датчиком на область визуализируемого участка мы наблюдали ригидность отростка, что явилось одним из косвенных признаков ОА. Ослабление перистальтики в терминальном отделе тонкой кишки также служило косвенным признаком катаральной формы ОА. Отмечено единичное усиление сосудистого рисунка при ЦДК и ЭД лишь в 4наблюдениях, и они не всегда регистрировались в первые 6 часов от появления клинических симптомов. Флегмонозный аппендицит характеризовался дальнейшим увеличением диаметра ЧО (до 11 мм) и толщины его стенки до 5 мм. В связи с появлением многослойности стенки ЧО, контраст между слизистой, мышечной слоями и серозной оболочкой усиливался. В полости отростка визуализировалось анэхогенное содержимое. Они особенно выражены при блокаде ЧО копролитами. При компрессии отмечалась выраженная ригидность ЧО. Косвенными признаками этой формы заболевания служили наличие спайки с сальником и/или с петлей тонкой кишки. Выявление скопления жидкости вокруг ЧО - один из важных признаков флегмонозного аппендицита. При ЦДК и ЭД наряду с усилением сосудистого рисунка ЧО выявляется усиленный кровоток в прилегающих петлях

кишечника. Характер изменений сосудистого рисунка при флегмонозной форме нарастает в динамике. Поэтому в уточнении флегмонозного ОА важны периодические эхографические наблюдения, которые при отсрочке операции по объективным или субъективным причинам может объективно оценить переход в гангренозную стадию заболевания. При гангренозной форме ОА в 87,7% наблюдений были выявлены изменения брыжейки и сальника. В проекции расположения отростка имело место разобщение листков брюшины и скопление в них жидкости.

Выводы. Полученные данные свидетельствовали о том, что форма ОА зависела от сроков поступления в стационар. В первые 12 часов от начала клинических проявлений заболевания с катаральной формой ОА было 94,1% больных, с флегмонозной - 23,5% пациентов, с гангренозной формой - 5,6% случаев. В последующие 12 часов наблюдалось уменьшение катаральных форм ОА до 5,9%, увеличение деструктивных форм ОА до 38,9%. Также были, систематизированы прямые и косвенные эхографические признаки ОА в зависимости от формы течения заболевания и его осложнений. Изучены основные ультразвуковые симптомы острого аппендицита у детей.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лутфуллаева С.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гулямова М.А.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Хроническая артериальная гипертензия беременной женщины или повышение артериального давления при преэклампсии оказывают негативное влияние на состояние плода и на последующее течение неонатальной адаптации.

Цель исследования. Изучение анамнестических аспектов у новорожденных детей, родившихся от матерей с хронической артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 28 новорожденных детей, которые были разделены на 2 группы: 1-ую составили новорожденные, родившиеся от матерей с преэклампсией (14), 2-ую-дети, родившиеся от матерей с хронической артериальной гипертензией (14). Проведено анамнестическое исследование.

Результаты. Анализ историй родов показал, что возраст матерей, обследуемых новорожденных детей составил от 18 до 35лет – 89,2%, от 35 лет и старше 10,7%. Средний возраст составил 27,7±1,5лет. Среди матерей I и II группы с высокой разницей превалировало число матерей, обследованных новорожденных в возрасте от 18 до 35 лет (92,8% и 85,7%), от 35 лет и старше наблюдались в единичных случаях (7,1% 14,2%).). Было выявлено, что число матерей в возрасте 18-35 лет преобладало в 1-й (52,0%), а возрасте 35 лет и во 2-й группах (66,6%). При обследовании кратности беременности матерей новорожденных наиболее часто встречались дети, родившиеся от II и III беременности (39,2%) и в 1,3 раза меньше от IV и более (28,5%). Среди обследованных, матерей новорожденных 1-й группы, наибольшее количество составили первородящие женщины (50,0%) и от II-III беременностей (35,7%), а от IV беременности наблюдалось в 4,5 раза меньше (28,0%). Во 2-й группе среди обследованных новорожденных наиболее часто встречались дети, родившиеся от II-III беременности и 42,8% от IV и более (по 42,8%). Сравнительная характеристика между группами показала, что среди матерей новорожденных детей 1- группы превалировало количество первородящие 77,7%, а во 2-й от II-III беременности и от IV и более составило соответственно 54,5% и 75,0%. Наблюдались выкидыши (25,0%), в 2,5 раза меньше- мертворождение (10,7%) и в незначительном количестве аборты (7,1%). В анамнезе матерей 1-ых и 2-ых групп так же были выявлены частые выкидыши 14,2%- 35,7% и на 2-й план выступали мертворождения-7,1 % и 14,2%. Аборты имели в анамнезе только женщины 2-й группы. Сравнительный анализ показал, что у матерей новорожденных 2-й группы чаще

наблюдались выкидыши (71,42%) и мертворождения (66,6%). Среди соматических патологий наиболее часто у матерей обследованных новорожденных встречались ОРВИ (35,7%), анемия (25,0%), пиелонефрит (25,0%), в 2 раза меньше сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) - (17,8%) и эндокринные заболевания (7,1%). У матерей 1-й группы чаще наблюдалось ОРВИ (42,8%), в 1,8 раз меньшее анемия (21,4%), пиелонефрит (14,2%) и ССЗ (7,1%). Во 2-й группе у женщин часто превалировал пиелонефрит (35,7%), а также ОРВИ, анемия и ССЗ по 28,5%. Было выявлено что среди соматической патологии матерей 2-й группы наиболее часто встречалось пиелонефрит 74,1%, ССЗ 80,0%, патологии эндокринной системы 100%. В то время как 1-й группе ОРВИ 60,0%.

Выводы. Таким образом, часто встречающиеся патологии со стороны почек, сердечно-сосудистой системы и гестозы у матерей новорожденных детей, с хронической артериальной гипертензией могут явиться значимыми предикторами осложнений во время беременности и родов как для матерей, так и плода, и привести к повышению перинатальной заболеваемость и смертности.

ТИББИЙ ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА ПЕДАГОГНИНГ МАХОРАТИ

Г.А. Примова, Б.Д. Эшонкулова, А.О. Калдибаева

Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти

Олий таълим тизимини, хусусан тиббий таълим тизимини тубдан ислоҳ қилиш ва кадрлар тайёрлаш миллий дастурини замонавий илмий тафаккур ютуқларига, илғор тажрибаларга таянган ҳолда, тиббиёт олий ўқув юртларида таълим жараёнини таъминловчи омил ҳамда илмий – услубий технология сифатида амалга оширишдир.

Педагог ўз мутахассислиги бўйича ўзлаштирган билимидан қатъий назар, таълим жараёнига қадам қўяр экан, педагогик - психологик билимлар, педагогик технологиялар ва ноанъанавий усуллар, ўқитиш-ўргатиш услублари йиғиндиси бўлган зарур педагогик кўникмаларни эгаллаган бўлиши керак. Тарбия-таълимнинг ажралмас бўлаги эканлигини ҳар бир ўқитувчи ҳис қила олиши ва шу асосида иш олиб бориши зарур.

Ҳозирги долзарб муаммолардан бири юқори малакали, рақобатбардош мутахассис кадрлар тайёрлаш, уларнинг касбий маҳоратини такомиллаштириш, замон талаби даражасида тадбиркорлик қобилиятини шакллантириш, янги педагогик технологиялар хамда ноанъанавий усуллар билан қуроллантириш бўлиб қолмоқда

Бугунги таълим жараёни педагогнинг шахсга бўлган инсон-парварлаштирилган муносабати талабаларни севиш, уларнинг тақдири учун қайғуриши, талабаларга ишончнинг юқорилиги, ўзаро ҳамкорликнинг вужудга келиши, мулоқот маданиятининг юқори даражада бўлиши, таълим олувчиларни тўғридан-тўғри мажбурлашдан воз кечиш ва аксинча ижобий рағбатлантиришнинг устунлиги туфайли кўзланган мақсадга эришиш, болалар фаолиятида учрайдиган камчиликларга чидамли бўлиш, уларни бартараф этишнинг самарали усулларини қўллашда намоён бўлса, таълим жараёнини демократлаштириш эса ўқитувчи ва ўқувчилар ҳуқуқларини тенглаштириш, таълим жараёнида таълим олувчиларга танлаш ҳуқуқининг берилиши, ўз фикри, нуқтаи- назарини эркин баён этишни тақозо этади.

Ноанъанавий таълим жаарёнида ўқувчилар ва ўқитувчилар муносабатининг ўзига хос жиҳати ўқувчилар мустақиллиги ва ўқув фаолиятини бошқариш эмас, балки ҳамкорликда ташкил этиш, таълим олишда мажбурлаш эмас, балки ўқувчиларни ишонтириш, бирор-бир фаолиятни амалга ошириш буйруқ орқали эмас, балки шу фаолиятни самарали ташкил этиш, шахснинг эҳтиёжи, қизиқиши, имкониятларини чегаралаш эмас, балки эркин танлаш ҳуқуқини бериш саналади.

Янги муносабатларнинг асосий моҳияти, анъанавий таълимда кўзда тутилган натижаларни бермаётган мажбуран ўқитишдан воз кечиш ва унинг ўрнига:

- ўзаро ишончга асосланган талабчанлик;
-таълим жараёнини самарали ташкил этиш орқали ўқувчилар ўртасида қизиқиш уйғотиш ва онгли интизомни вужудга келтириш;

- талабаларни муваффаққиятли билим олишга йўлловчи ҳамкорликнинг пайдо бўлиши;
- мунтазам фаолиятнинг ташкил этилиши;
- тегишли талабларни жамоа орқали қўллашни амалга ошириш муҳим саналади.

Ноанъанавий таълим жараёнини ташкил этишда:
- ўрта савияли ўқувчига нисбатан мўлжал олишдан воз кечиш;
- ўқувчиларнинг энг яхши сифатларини аниқлаш ва ривожлантириш;
-таълимда психологик-педагогик диагностикани қўллаш орқали
- ўқувчиларнинг қизиқиши, эҳтиёжи, қобилияти, шахсий сифатлари, ақлий фаолиятнинг хусусиятларини аниқлаш;
- ўқувчилар ўзлаштирадиган билим, кўникма ва малакалар динамикасини тасаввур қилиш;
- ўқувчи шахси ривожланишининг дастурига тегишли ўзгартиришлар киритиш талаб этилади.

Дарҳақиқат, барча касблар тизимида ўқитувчилик касби муҳим ижтимоий аҳамият касб этади. Зеро, ўқитувчи ёш қалблар камолотининг меъморидир. Бугун у ёшларни ғоявий – сиёсий жиҳатдан чиниқтириб, табиат, жамият, тафаккур тараққиёти, қонуниятларини ўргатар экан, аввало, у ёш авлодни келажак меҳнат фаолиятига тайёрлаши, касб – ҳунар эгаллашларига кўмаклашиши ва жамият учун муҳим бўлган ижтимоий – иқтисодий вазифани ҳал этишга чоғламоғи даркор. Ана шу маъсулият ўқитувчидан ўз касбининг моҳир устаси бўлишни, талабаларга тарбиявий таъсир кўрсатиб, уларнинг қизиқиши, қобилияти, истеъдоди, эътиқоди ва амалий кўникмаларини ҳар томонлама ривожлантиришнинг оптимал йўлларини излаб топадиган касб эгаси бўлишни талаб этади.

Республикамиз ҳукумати томонидан таълимни ижтимоий-иқтисодий тараққиётнинг устувор соҳаси деб эълон қилиниши, ижтимоий ҳаётнинг барча соҳаларининг демократлашуви ва инсонпарварлашуви ҳамда “Таълим тўғрисида”ги қонун ва «Кадрлар тайёрлаш миллий дастури»нинг қабул қилиниши, сўнгги йилларда олий таълим тизимининг тубдан ислоҳ қилиниши педагогларни ўз устида янада кўпроқ ишлашини талаб этади. Бу эса олий таълим тизимининг айниқса тиббиёт соҳасининг ривожланиши асос бўлади ва таълим тизимида туб ислоҳотлар учун кенг имкониятлар яратади.

Ижтимоий воқелик таълимни бошқариш муаммоларини кўриб чиқиш ва ҳал қилишни мустақил йўналиш сифатида ажратиб олиш, таълим-тарбия жараёнини бошқаришнинг асосланган усул, воситаларини ишлаб чиқиш ва жорий қилиш заруратини белгилаб берди. Унинг ўқитиш, тарбиялаш ва ривожлантириш ўртасидаги ташкилий-бошқарув, ахборот алоқалари; ижтимоий жиҳатдан аҳамиятга молик шахсни шакллантиришдаги яхлит жараённинг таркибий қисмлари сифатидаги аҳамиятини оширади.

Бугунги кунда эркин ва мустақил фикрловчи, ижтимоий-сиёсий ҳаётда онгли равишда ва фаол иштирок этишга қодир ёш авлодни шакллантириш- «Кадрлар тайёрлаш миллий дастури» нинг асосий устувор йўналишидир. Бу эса мамлакатнинг ижтимоий-сиёсий ҳаётига демократик асосларни жорий этиш, фуқаролик жамияти ва ҳуқуқий давлат қуришни тезлаштириш имконини беради. Дастур таълим муассасалари мустақиллигини кенгайтириш орқали таълим бошқарувини демократлаштиришни ўз ичига олади.

Ўқиш, ўқитиш – инсон фаолиятининг бошқа соҳалари сингари - ижтимоий фойдали фаолиятдир. Иқтисодий тизимлар нима ишлаб чиқараётгани билангина эмас, балки қандай ишлаб чиқараётгани ва қанақа меҳнат қуроллари ёрдамида ишлаб чиқараётганлиги билан бири иккинчисидан фарқ қилади, деган ғоя ўқиш-ўқитиш фаолиятига ҳам тааллуқлидир.
Анатомия фанида таълим усуллари ривожланишига шу нуқтаи назардан қараб, уни шартли равишда қуйидаги босқичларга ажратиш мумкин:

1. Муаллим «ўз қўл кучи» билан ўқитиш босқичи, яъни ўқувчи учун ахборот манбаи – ўқитувчининг ўзи бўладиган жараён.
2. Ўқув китоблари, дарсликлар яратилган ва кенг қўлланилган босқич.
3. Аудиовизуал воситалар қўлланилган босқич.
4. Ўқитишни бошқаришда оддий автоматлаштириш воситаларини қўллаш босқичи.
5. Ўқитишни замонавий АКТлари воситасида бошқаришнинг автоматлаштирилган босқичи.

Юқорида келтирилган жараёнларда ўқитувчи педагогик технологиялардан фойдаланган ҳолда талабаларга таълим тарбия беради. Ноанъанавий усуллардан Муаммоли ўқитиш технологияси, “Фикрлар хужуми”, ФСМУ технологияси, баҳс-мунозара, кичик гурухларда ишлаш кабилар мувоффақиятли қўлланилиб келинмоқда. Айниқса кичик гурухларда ишлаш ва баҳс-мунозара технологиялари талабаларни мустақил фикрлаш билан бирга ўз фикрини эркин баён қилишга, бир-бирини фикрини эшита олиш ва ҳурмат қилишга ўргатади.

Ҳозирги замон педагогик технологиянинг илмий – назарий ва амалий – методик асослари, таълим жараёнидаги ахамиятидан фойдаланиган ҳолда ўқитиш тиббий кадрларни тайёрлашда мустахкам пойдевор бўлиб хизмат қилади. Тиббий таълимда фундаментал фанларни ўқитишда самарали ноанъанавий усулларни танлаш ва тадбик этиш талабаларга касбий билимларни беришда, уларнинг мустақил таълим олишида, кейинги босқичларда клиник фанларни ўзлаштиришда яхши натижалар беради.

СОСТОЯНИЯ СЛУЖБЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ГЕМОДИАЛИЗА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Асадов Р.Х., Даминов Б.Т., Искандарова Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Аннотация. На основе комплексного социально-гигиенического исследования разработать и научно обосновать систему организационных мероприятий по совершенствованию гемодиализной помощи населению в Узбекистане. Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи: Изучить и оценить факторы, влияющие на состояние, функционирование и развитие службы гемодиализа, изучить динамику числа больных и структуру заболеваний, приводящих к развитию хронической почечной недостаточности и разработать систему организационных мероприятий по совершенствованию диализной помощи пациентам.

Ключевые слова: экстренной медицинской помощь, гемодиализ, нефрологической, современный, достижение, хронической почечной недостаточности.

Материал и методы исследования: Для исследования выбраны следующие методы: обзор литературы, статистический метод и социологический опрос-интервью. К настоящему времени службы гемодиализа организованы в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и во всех его областных филиалах, в областных многопрофильных медицинских центрах, а также в ряде учреждениях столицы, крупнейшим из которых является Ташкентский центр нефрологии.

Результаты: Согласно данным литературы и результатам проведенного анализа, наблюдаются сложности, связанные с полноценным охватом и обеспечением гемодиализом всех больных данной категории. Это, прежде всего, связанно с нехваткой или поломкой имеющихся гемодиализных оборудований и их комплектующих в медицинских учреждениях республики, что в свою очередь препятствует своевременному и полноценному прохождению нуждающимися лицами процедуры гемодиализа, а также возникновению постоянных очередей на данный вид медицинской помощи.

Также установлено, что по стране около 50% гемодиализных отделений нуждаются в капитальном ремонте. Функционирующие 40 гемодиализных отделений обеспечены в совокупности 326 ед. оборудований немецкого производства фирмы «Fresenius Medical Care» и «B.Braun Dialog». Число больных, нуждающихся в получении гемодиализа, по

стране составляет порядка 4 тыс. человек, из которых несвоевременно и с перебоями, в некоторых случаях неполноценным прохождением процедур (2-2,5ч.) обслуживаются 2,8 тыс. пациентов, 25% остальных ожидают свою очереди.

Сегодня каждый десятый человек в мире страдает почечными заболеваниями, из них страдающим хронической почечной недостаточностью жизненно необходимо принимать 3-4 сеанса гемодиализа в неделю пожизненно, каждый из которых длится 4-5 часов. Современные данные говорят о том, что каждая качественно проведенная процедура гемодиализа способствует достижению очищения крови от мочевины не менее чем на 65%, следовательно, регулярное применение диализа позволяет в значительной степени увеличить продолжительность жизни больных.

С учетом отмеченных факторов в течение 2018-2019 гг. предприняты усилия по качественному улучшению медицинской помощи лицам, страдающим нефрологическими заболеваниями. Знаменательным событием в данном направлении стало Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по повышению эффективности оказания нефрологической и гемодиализной помощи населению Республики Узбекистан» от 12 июля 2018 года № ПП-3846.

Выводы: Таким образом, на сегодняшний день общее количество мест в медицинских учреждениях для получения гемодиализа ниже реальной потребности, имеется необходимость в создании специализированного медицинского центров по оказанию высококвалифицированной нефрологической и гемодиализной помощи населению.

Список литературы:

1. Андрусев А.М., Сагатова Н.Л. Интегрированный подход к заместительной почечной терапии. // Нефрология и диализ. 2003. - №2. - Т5. - С. 134 – 141.
2. Зиборова И.В., Лопаткин Н.А. Социально-экономические аспекты целевой программы "Урология". // Экономика здравоохранения. 2009. - № 2. - С. 25 – 28.
3. Тахиров Н.Ф., Томилина Н.А. Актуальные проблемы организации нефрологической помощи // Экономика здравоохранения. 2017. -№7. -С. 121-124.
4. Низамов И.Г., Мухаметзянов И.Ш. Организационные аспекты создания регистра больных с почечной недостаточностью. // Гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. – № 5. - С. 228- 232.

АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРДА КАСАЛЛИКНИНГ ОҒИРЛАШ ДАРАЖАСИНИ SCORAD ИНДЕКСИ ОРҚАЛИ БАҲОЛАШ

Хаитов К.Н., Абидов Х.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Кириш. Атопик дерматит (АтД) – ҳозирги даврда дерматология ва венерология фанининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, у турли ёш қатламлари орасида кенг таркалган, ривожланиши генетик ва экологик омилларнинг комбинацияси билан боғлиқ бўлган сурункали яллиғланишли ва мултифакториал тери касаллиги ҳисобланиб, ЖССТнинг берган маълумотга қараганда 5 ёшгача бўлган болаларнинг 10–15% и АД билан касалланади. АД беморларнинг деярли 30% умрининг охиригача давом этади. Ҳозирги вақтда атопик дерматитнинг кечишига, унинг оғирик даражасига бахо бериш учун авторлар томонидан ишлаб чиқилган баҳолаш тизимлари, оғирлик индекслар қўлланиб келинади. Лекин улар орасида энг маъқули SCORAD индекси ҳисобланади. SCORAD индекси АД гурухига кирувчи диффуз нейродермит, экзема, қичима касалликлари учун универсал бахолаш тизими ҳисобланади.

Мақсад. Атопик дерматит билан ҳасталанган болаларда SCORAD индексини қўллаган ҳолда унинг клиник шаклларининг оғирлиш даражасини аниқлаш.

Материал ва методлар. Бизнинг кузатувимизда атопик дерматитнинг турли клиник шакллари билан оғриган 25 та бемор (6 ёшдан 18 ёшгача) бўлиб, уларнинг 12 тасини (48%) болалар, 13 (52%) тасини (57%) қизлар ташкил қилди.

Натижалар. Беморларда АД нинг қуйидаги шакллари кузатилди: экссудатив шакли 7 та (28%), эритематоз-сквамоз шакли – 6 та (24%), лихенификацияли эритематоз-сквамоз шакли – 7 та (28%), лихеноид шакли – 2 та (8%), қичимали шакли – 3 та (12%) беморда кузатилди.

Беморларда SCORAD индекси умумий хисобда 75,2±1,5 баллни ташкил этди. Унга мувофиқ тарзда енгил даражада хасталанганлар 7 та (28%), ўрта даражада – 12 та (48%) та ва оғир даражада–6 тани ташкил этди. Атопик дерматит билан хасталанган беморларда касаликнинг зўрайишига сабаб бўлган омилларни тахлил қилганимизда қуйидаги натижалар аниқланди: уларнинг 12 тасида (48 %) алиментар, 6 тасида (24%) да асаб тизимидаги ўзгаришлар, 4 тасида (16%) сурункали инфекция ўчоқлари, ошқозоничак трактидаги ўзгаришлар ва 3 тасида (12%) эса мавсумийлик кузатилди. Беморларга гипоаллерген пархез, антигистаминлар, гипосенсибилацияловчи ва махаллий гормонал воситалар, ҳамда физиотерапевтик усулларни ўз ичига олган анъанавий даволаш усули қўлланилди. Даволанишдан сўнг SCORAD индекси 31,2±1,2 баллни ташкил этди.

Ҳулоса. Хулоса килиб айтганда, SCORAD индекси АтД га нисбатан қўлланилган янги даво чораларининг клиник самарадорлигини баҳолаш учун қўлай тизим эканлиги намоён бўлди.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕВРИТОВ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ахмедов Э.А., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Среди осложнений острой пневмонии плевральные осложнения встречаются до 40% случаев, а летальность в специализированных детских хирургических отделениях составляет 1-3%. Стоит отметить, что около половины всех случаев приходится на детей раннего возраста, а по данным зарубежных авторов, эмпиемой плевры болеют до 70% грудного или младшего возраста, из них почти половина - от 7 месяцев до 2 лет. Нерешенными остаются вопросы ранней диагностики осложнений пневмоний у детей.

Цель исследования. Уточнить возможности комплексного рентгенологического и ультразвукового исследования в диагностике плевральных выпотов и изучить сонографические дифференциально-диагностические симптомы свободной, осумкованной жидкости и эмпием плевры.

Материалы и методы исследования. Нами в отделении лучевой диагностики и терапии клиники ТашПМИ проведено комплексное рентгенологическое и ультразвуковое исследование 37 детям с жидкостью в плевральной полости. Начинали исследование с рентгенологического метода с применением обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях. Предпочтение в проведении диагностической эвакуации жидкости мы отдали эхографии. Всем больным параллельно было проведено эхографическое исследование грудной клетки.

Результаты и обсуждение: рентгенологическое обследование больных с экссудативным плевритом позволяло выявить однородное интенсивное затемнение в той или иной области грудной клетки, независимо от характера выпота и включений. При осумковании жидкости в плевральной полости интенсивная тень имела ровные, как правило, полуокруглые контуры, не смещалась при наклонных положениях больного, была подвижна при форсированном дыхании. Но при больших осумкованных выпотах и пристеночно расположенных плевритах возникала необходимость в проведении дифференциальной диагностики с опухолевым или кистозным поражениями. По

рентгенологическим данным в таких случаях диагноз был сомнителен в пользу осумкованного плеврита в 28%. С гнойным воспалением плевры при рентгенологическом методе исследования свободная жидкость была выявлена у двух больных, осумкованная - у пяти. Эхографический метод позволил выявить жидкость в плевральной полости и решить дифференциально - диагностические затруднения при осумковании выпота. С помощью ультразвукового метода исследования удавалось возможным увидеть структуру жидкости. При ультразвуковом исследовании четко диагностируются признаки осумкования жидкости. Эхоструктура при эмпиеме плевры имела высокую степень неоднородности плеврального содержимого с большим количеством эхогенных структур. Степень неоднородности не зависела от длительности течения заболевания. Однородное анэхогенное содержимое плевральной полости не отмечено ни в одном случае.

При анализе комплексного рентгенологического и ультразвукового исследования больных с жидкостью в плевральной полости мы пришли к выводу, что имеются различия в частоте встречаемости эхогенных компонентов в структуре плевритов различной этиологии. Для воспалительных плевритов частыми эхогенными компонентами являются эхогенная взвесь и плевральные изменения, для эмпиемы плевры характерны дополнительные компоненты в виде эхогенных сгустков и включений воздуха. Использование комплексного рентгенологического и ультразвукового метода позволяет быстро, без существенных затрат, с высокой степенью информативности разграничить свободную, осумкованную жидкость, эмпиему плевры, вне- и внутрилегочные процессы во всех случаях.

Выводы. Ультразвуковой метод дал ценную информацию о характере содержимого в плевральной полости, так как за счет физических свойств ультразвуковых лучей была возможна более тонкая дифференциация изменений плеврального выпота, в отличие от рентгеновского метода.

ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Ахралов Ш.Ф., Султанова Л.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Своевременная и правильная диагностика заболеваний головного мозга у детей является одной из актуальных проблем в педиатрии. Комплекс исследований для определения состояния головного мозга необходимо проводить с учетом возможности получения максимальной диагностической эффективности, безопасности и приоритетных возможностей современных методов нейровизуализации в конкретной клинической ситуации.

Цель исследования. Разработка и совершенствование методики комплексного полипроекционного ультразвукового исследования головного мозга и церебральных сосудов у детей первого года жизни.

Материалы и методы. Нами были обследованы 30 детей в возрасте до 1 года без патологии головного мозга. Обследование проводилось в клинике ТашПМИ на аппаратах Sonoscape S22 с использованием секторного и линейного датчиков частотой 3,5-5,0-7,5 MHz.

Результаты исследования. Стандартным алгоритмом методики исследования является сканирование во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Аксиальную плоскость сканирования, а также исследование через швы черепа и большое затылочное отверстие следует считать дополнительными. После стандартного проведения исследования в серошкальном режиме, мы использовали методику ЦДК для визуализации и уточнения топографии мозговых сосудов, а также для дальнейшей оценки качественных и количественных показателей церебральной гемодинамики при использовании спектральной допплерографии. Следующим этапом была проведена энергетическая

допплерография, для оценки кровотока с низкими скоростями. При обследовании мы выявили, что здоровый ребенок рождается с низкими скоростями артериального мозгового кровотока (максимальная скорость кровотока в средней мозговой артерии на 3 день жизни ребенка составила 39,5±7,2 см/с) и высокой сосудистой резистентностью (0,74 - 0,7). На первой неделе жизни происходит резкое снижение показателей ИР (0,7 - 0,68) на фоне повышения линейных скоростей артериального интракраниального кровотока (63,5 ± 6,2 см/с) и увеличением линейных скоростей в венозных сосудах мозга, что связано с закрытием фетальных коммуникаций. В дальнейшем изменение показателей происходит менее интенсивно (индекс резистентности у детей на первом году жизни колеблется 0,68 - 0,66). При исследовании качественных параметров кривых скоростей кровотока в основных магистральных артериях мозга у детей контрольной группы установлено, что он имеет типичную для артериальных сосудов форму двухфазной кривой, отражающий пульсирующий характер кровотока. При этом в начале спектра выделяется фаза акселерации, характеризующая непрерывное быстрое повышение скорости кровотока в первой половине систолы, а затем фаза децелерации, представляющая замедление скорости кровотока от максимальной систолической до минимальной конечно диастолической. Допплеровская кривая в вене Галена имела монофазный спектр.

Вывод. Комплексное ультразвуковое исследование является методом выбора в оценке структурных и гемодинамических параметров головного мозга у детей первого года жизни. Неинвазивность, высокая информативность, отсутствие ионизирующего облучения и противопоказаний со стороны ребенка, не зависимо от тяжести состояния позволяет использовать нейросонографию с допплерометрией в качестве скринингового метода диагностики перинатальной патологии головного мозга у детей.

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ К ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ ПО ПРЕДМЕТУ ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Баймаков С.Р. Жамилов У.Р.Ахадова К.З.Мавлонкориева С.Д.-

Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан

Несмотря на имеющиеся методы обучения в ВУЗах, роль преподавателя при подготовке специалиста остается главной. Время заставляет использовать новые инновационные пути развития при подготовке знающих и умеющих специалистов, при этом предъявляя более высокие требования, которые постоянно совершенствуются. При этом правильная организация научно исследовательской работы в начальном этапе обучения студентов, требует более профессионального отношения преподавателей к данному вопросу, которые также необходимы при прохождении циклов по хирургическим болезням. Интерес к освоению практических навыков имеет и другую грань, так как именно в это время для многих молодых людей решается вопрос профессии, то есть, быть ему хирургом или нет (Ларичев, А.Б., 2012., Баймаков С.Р., Тешаев О.Р., 2020).

Практические навыки в своей основе предполагают работу с пациентами, независимо от выбора профессии, поэтому решая прикладные вопросы, важны проблемы деонтологии и этики.

Успешность освоения практических навыков на клинических занятиях во многом зависит от количества обучающихся в академической группе и оптимальное количество студентов не должно быть более 7–8 человек.

Курация пациентов и написание истории болезни, является важным моментом при освоении практических навыков. При каждом этапе написания истории болезни необходимо требовать от студента творческого подхода к решению поставленной задачи, чтобы в дальнейшем формировать мировоззрение врача. Помимо сбора анамнеза, осмотра и исследований у постели больного, студент должен иметь возможность вместе с

курируемым пациентом посещать диагностические кабинеты и участвовать в инструментальном исследовании.

Следующим важным моментом для реализации возможностей освоения практических навыков для студента является дежурство, которая дает возможность неоднократно выполнить рекомендуемые практические навыки.

Сокращение часов программы по хирургическим болезням, сместило практическую составляющую хирургии и освоение программы в целом, в сторону производственной практики. Студенты осваивают и совершенствуют навыки на амбулаторном приёме и встречаются с пациентами преимущественно с травмой, инфекционными процессами кожи и подкожно жировой клетчатки, при этом редко с хирургическими заболеваниями. Вместе с тем, производственная практика, расширяя возможности освоения практических навыков в целом, не позволяет реализовать те возможности, которые студенты могут приобрести при прохождении цикла под контролем преподавателя.

Отработка практических навыков на муляжах, также относится к одному из вариантов обучения ВУЗов, что дает возможность укрепить практические знания непосредственно самому. Однако такие навыки, определяющие важные моменты подготовки и становления врача, как поверхностная пальпация живота, определение симптомов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, аускультация и т.д., требуют длительной работы именно с пациентами. Значение в решении данных вопросов имеет и материально техническая база, поскольку современные муляжи и фантомы – это пока недоступные большие компьютерные комплексы.

Выводы: Проведение пролонгированных циклов по хирургии, является необходимым для совершенствования практической подготовки студента. Инновационные технологии во время занятий необходимо применять с одновременным созданием специализированных лабораторий и ежедневным контролем студента преподавателем, проведением при этом мониторинга занятий.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Бекимбетов К.Н., Юлдашев Т.А., Бегманов Р.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность темы Острая инвагинация кишечника (ИК) является наиболее частой причиной (в 70-80% случаев) острой кишечной непроходимости у детей, а число заболевших в последние десятилетия все увеличивается.

Цель исследования. Определить возможности ультразвукового исследования в диагностике острой инвагинации кишечника.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в приемном отделении клиники ТашПМИ у детей с подозрением на ИК в возрасте от 1 мес. до 14 лет. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Sonoscape S 22» (Китай), с использованием конвексного и линейного датчиков с частотой 3,5 - 7,5 МГц. Для выявления локализации инвагината применялась методика ультразвукового обследования, включающая серошкальное исследование органов брюшной полости в В-режиме. Исследование проводилось в сагиттальной, фронтальной и косых плоскостях.

Результаты исследования. Обследование начинали с оценки паренхиматозных органов, затем проводилось полипозиционное сканирование брюшной полости для поиска инвагината. Особое внимание уделялось поиску расширенных петель тонкой кишки с анэхогенным внутрипросветным содержимым или петель тонкой кишки с ограниченной подвижностью относительно друг друга или передней брюшной стенки. При ультразвуковом исследовании инвагинат в поперечном сечении визуализировался как эхоразнородное образование овальной или округлой формы, состоящее из чередующихся

концентрических гиперэхогенных участков, соответствующих количеству вовлеченных кишечных цилиндров и гипоэхогенного периферического ободка, обусловленного отеком (в литературе данная эхосемиотика описывается как симптом «мишени» или же симптом «псевдопочки» (при сканировании инвагината в продольном сечении)). Помимо вышеперечисленных ультразвуковых симптомов мы выявили и косвенные эхографические признаки инвагинации кишечника: отсутствие перистальтики кишечника по ходу инвагината, в некоторых случаях визуализировали свободную жидкость в брюшной полости, а также расширенные петли кишечника выше инвагината и их маятникообразную перистальтику.

Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование является высокоинформативным, неинвазивным и безопасным методом диагностики инвагинации кишечника у детей. Этот метод позволяет контролировать эффективность консервативного расправления инвагината.

Анатомические предпосылки развития фронтитов и сфеноидитов у больных, перенесших травмы лицевого скелета

Ашуров А.М.

Ташкентский институт усовершенствования Врачей Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан.

Актуальность.Повреждение околоносовых пазух, занимает один из первых мест по частоте травматизма. Не менее актуально развитие посттравматических синуситов после перенесенного перелома костей лицевого скелета. В этом большую роль играют анатомо-топографическая структура пазухи: размеры, объем, толщина стенок, формы естественного соустья.

Целью исследования являлось - изучить роль анатомической структуры лобной и клиновидной пазух, в развитии посттравматических фронтитов и сфеноидитов у больных, перенесших травмы костей лицевого скелета.

Материал и методы. Произведено изучение данных эндоскопии полости носа, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга у 312 больных с сочетанной травмой лицевого скелета, в возрасте 18-60 лет. Повреждение лобной пазухи - 69 случаев (22,1 %), развитие острого посттравматического фронтита у 37 пациентов (11,8 %). Повреждение клиновидной пазухи - 25 случаев (8 %), развитие острого посттравматического сфеноидита у 10 пациентов (3,2 %). Контрольная группа: 20 пациентов с острым нетравматическим фронтитом, 10 пациентов с острым нетравматическим сфеноидитом.

Результаты. Факторами, предрасполагающими к посттравматическим фронтитам, можно считать: угол изгиба между носолобным каналом и вертикальной линией, проходящей через переносицу, равный 30^{o} и более, длина носолобного канала более >12,4мм. К предрасполагающими факторам развития сфеноидита можно отнести: точечную форму естественного соустья, конхобуллезу средней носовой раковины и чрезмерное выпячивание клеток Оноди.

Заключение. Результаты исследования доказывают вариабельность анатомо-топографических показателей лобной и клиновидной пазух, что оказывает влияние на клинические появления патологических процессов. Эти данные необходимо учитывать при проведении различных манипуляций и хирургических вмешательств, особенно при наличии травмы лицевого скелета.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИНИ ТАЙЁРЛАШДА СИМУЛЯЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА ЎҚИТИШНИНГ РОЛИНИ ЎРГАНИШ

Ганиева Дурдона Камоловна , Шайхова Мунира Икрамовна

Махкамова Гулноза Тураходжаевна
Амбулатория тиббиёти, жисмоний тарбия кафедраси
Тошкент педиатрия тиббиёти институти

Аннотация. Сўнгги йилларда тиббий таълимда симуляцион технологиялар клиник кўникмаларни ўзлаштиришда асосий усуллардан бири бўлиб ҳисобланмоқда. Ҳозирги замон талаби тиббий ёрдам кўрсатишнинг янада самарали шаклларини тадбиқ этишни тақозо қилади. Ўзбекистон Республикаси аҳолисига, жумладан, болаларга сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш зарурати симуляцион технологияларга бўлган талабнинг ошишига сабаб бўлди. Симуляция амалий кўникмалар, алгоритмлар ва коммуникацияни ишлаб чиқишга йўналтирилган комплекс чора-тадбирларни ўз ичига олади.

Калит сўзлар: замонавий технологиялар, симуляция, умумий амалиёт шифокори, болалар.

Умумий амалиёт шифокорининг касбий маҳорати беморларни даволашда уларнинг замонавий амалиётга йўналтирилган даволаш технологияларини қўллашларига боғлиқ.

Умумий амалиёт шифокорини тайёрлашда симуляцион технологиялар ёрдамида ўқитишнинг ролини ўрганишни олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Талабаларни ўқитишда манекенларни қўллаш таълимнинг назарий қисмини яхши ўзлаштиришга ва ҳар бир мутахассисга амалий фаолиятида кўникмаларга эга бўлишига олиб келади.

Ёш мутахассисларни тайёрлаш кўплаб қийинчиликларга дуч келади. Беморлар кўпинча талаба билан мулоқотга салбий қарайдилар, чунки алоҳида муолажаларни бажариш маълум бир хавфни ўз ичига олади [4]. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, шифокорнинг хатосини камайтириш, болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш учун бугунги кунда ўқитишнинг янги замонавий модулини яратишга бўлган талаб мавжуд.

Клиник моделлаш, яъни симуляция, бу муаммоларни ҳал қилишда энг самарали ва хавфсиз усуллардан бири бўлиб ҳисобланади [1-3]. Шу боис умумий амалиёт шифокорларини тайёрлашнинг таълим стандартларига юқори талаб қўйилади, тиббий таълим муассасаларидан эса назарий билимларнинг юқори даражасини сақлаб қолган ҳолда, амалий тайёргарликни кучайтириш талаб этилади. Бу мақсадда тиббий таълим муассасаларида янада кўпроқ симуляцион технологиялар қўлланилади [1, 2, 4].

Симуляцион ўқитиш усули тиббиётда, хусусан, анестезиология соҳасида, манекенлар XX асрнинг 80-йилларидан бери қўлланилиб келади [5].

Симуляторлар, айниқса бемор бола учун юқори хавфга эга бўлган, ҳар бир кўникмани кўп карра такрорлашга имкон беради. Умумий амалиёт шифокорлари мутахассислиги бўйича шифокорларни тайёрлаш ва уларнинг билим кўникмаларини ошириш учун Тошкент педиатрия тиббиёт институтида амалий кўникмаларнинг симуляцион маркази ташкил этилган бўлиб, у ерда талабалар турли манекенлар ва симуляторларда зарур амалий кўникмаларга эга бўлишлари ва ўзлаштиришлари мумкин.

Касбий фаолиятни имитация қилиш шароитида фантомлар, симуляторларда таълим олиш зарурати нафақат талабалар-бўлажак шифокорлар, балки ёш мутахассислар, шунингдек ўз малакасини ошираётган мутахассислар учун ҳам муҳимдир.

Симуляцион марказ ишининг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат:

1. Талабаларнинг амалий тайёргарлиги сифатининг доимий мониторингини олиб бориш;
2. Тиббий ёрдам кўрсатишнинг халқаро стандартларига мос келиши;
3. Тиббий таълим тизимида симуляцион ўқитиш технологиясининг узлуксизлиги;
4. Симуляцион ўқитиш технологиясининг очиқлиги.

Тиббий таълимнинг замонавий тенденциялари, турли-туман клиник сценарийларни имитациялашда максимал даражада реализмга эришишга имкон берувчи симуляцион техникадан фойдаланишни таклиф қилади. Бундай таълимнинг мақсади янги билимлар билан таъминлаш эмас, балки турлича тиббий муолажаларнинг бажарилиш техникасини

ўзлаштириш ҳисобланади. Симуляцион техникадан фойдаланиш билим ва тушунчалар етарлича бўлмаган соҳаларни аниқлашга ёрдам беради.

Умумий амалиёт шифокорини тайёрлашда Тошкент педиатрия тиббиёт институтида таълим жараёнида кўпгина симуляцион технологиялардан фойдаланилади. Булардан визуал, яъни классик дарсликлар, ўқув қўлланмалар, электрон дарсликлар ва б.; тактил технологиялар, яъни организм аъзоларининг реаллаштирилган фантомлари, юрак-ўпка реанимацияси учун манекенлар ва бошқалар; видеожиҳозлардан фойдаланилади.

Фантомлар ва симуляторлар бир ҳаракатларни кўп карра такрорлаш йўли билан кўникмаларни автоматик тарзда бажара олишга имкон беради.

“Педиатрия” мутахассислиги бўйича умумий амалиёт шифокорларини тайёрлашда “Янги туғилган чақалоқларни парваришлаш”, “Болаларнинг ўсиши ва ривожланиши мониторингини олиб бориш”, “Ўпканинг сунъий вентиляциясини ўтказиш”, “Юракни массаж қилиш” ва б. лар каби симуляцион технологиялардан фойдаланилади.

Шу нарса муҳимки, талаба амалий кўникмаларни бажариши жараёнида хатолар кузатилиши ва уни ўқитувчи билан муҳокама қилиш имконига эга бўладилар. Шубҳасиз, қўлланилаётган симуляцион технологиялар беморнинг хавфсизлиги бўйича муҳим муаммоларни ҳал қилишга имкон беради. Манекенда ишлаш жараёнида мустаҳкам амалий кўникмага эга бўлган талаба уни беморларда дадиллик билан ва бехато амалга оширади.

Хулоса. Шундай қилиб, симуляцион марказда таълим бериш талабаларга умумий амалиёт шифокори амалиётида касалликларни ташхислаш ва даволаш учун зарур бўлган амалий кўникмаларга эга бўлишларига имкон беради. Умумий амалиёт шифокорининг замонавий компетент ва амалиётга йўналтирилган даволаш технологияларига эга бўлиши кўрсатилган тиббий ёрдамдан сўнг беморнинг ҳаёт сифатини оширишга имкон беради, бу эса соғлиқни сақлаш тизими даражаси, ҳамда давлатимизнинг демографик потенциалини оширади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Авдеева, В.Г. Инновационные технологии в системе непрерывного медицинского образования. Опыт подготовки специалистов службы медицины катастроф и скорой медицинской помощи / В.Г. Авдеева // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2010. – №1. – С. 12-15.

2. Блохин, Б.М. Симуляция как инновационный метод обучения неотложной педиатрии / Б.М. Блохин, И.В. Гаврютина // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2011. – №3. – С. 9-11.

3. Максимович, Н.А. Основные практические навыки в педиатрии: уч.-метод. пособие для студентов / ред. Н.А. Максимович [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2014. – 112 с.

4. Graber, M.A. Patient opinions and attitudes toward medical student procedures in the emergency department. / M.A. Graber, J. Pierre, M. Charlton //cademic Emergency Medicine. – 2003. – Vol. 10(12). – P. 1329-33.

5. Cooper J.B., Taqueti V.R. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training // Postgrad Med J. — 2008. — № 84
(997). -P. 563—570.

Изучение результативности предохранительных программ по репродуктивного здоровья женщин в первичном звене

Джалилова Г. А., Максудова Н.А., Гафурова З. Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация. Настоящая время приоритетными функциями здравоохранения Республики Узбекистан являются охрана материнства и детства, укрепление репродуктивного здоровья населения. Врач общей практики, работая в системе первичного звена

здравоохранения, осуществляет профилактику заболеваний на индивидуальном и семейном уровне, проводит анализ социальных и биологических факторов риска, влияющих на здоровье семьи. Совершенствованием репродуктивного здоровья населения, профилактики материнской заболеваемости и смертности в республике стало расширение мероприятий по планированию семьи, оздоровлению беременных, послеродовой реабилитации, профилактике обострений хронических соматических заболеваний, предупреждению осложнений беременности, сохранение и улучшение репродуктивного здоровья населения на уровне оказания первичной медицинской помощи в условиях работы врач общей практики.

Ключевые слова: репродуктивный, профилактика, здоровья, населения, помощь, охрана, врач общей практики

Материалы и методы исследования. Основным материалом исследования явились результаты анкетирования, проводимые среди сотрудников медицинского персонала, пациенток тринадцатый служб первичный медико-санитарный помощ Кибрайского района для определения роли врач общей практики и ключевых компетенций в области внедрения программы по охране репродуктивного здоровья женщин, основных методов профилактики, применяемые в службах первичный медико-санитарный помощ. Полученный материал обработан статистически.

Результаты исследования. Результаты проводимого исследования показали, что знания врачей общей практики о том, в чем заключается просветительская, консультативная и агитационная помощь женщины фертильного возраста в программе по охране репродуктивного здоровья не достаточны. Основными трудностями, с которыми приходится сталкиваться врачам в ведении патронажа среди женщины фертильного возраста, характеристики данных полученных в ходе были полными патронажа. Как показывают результаты исследования, население заинтересовано в получении знаний о репродуктивном здоровье. Однако среди основных источников информации касающихся репродуктивного здоровья, врачи первичного звена женщины фертильного возраста отмечены были, что непосредственный может указывать насколько эффективно проводится патронаж и консультативная работа среди женщины фертильного возраста по охране репродуктивного здоровья врачами общей практики служб первичный медико-санитарный помощ.

Список литературы:

1. Велишковский Б.Т. Реформы и здоровье населения // Экономика здравоохранения. 2015. - № 6. - С. 22-27.
2. Максудова М.М. Социальное расслоение в среде медицинских работников как проблема охраны здоровья населения // Здравоохранения. УзР. 2004. - № 3. - С.35 - 38.
3. Решетников А.В. Профессиональный стресс и здоровье работающих // Бюллетень Научного совета медико-экологические проблемы работающих. 2004. - № 2. - С. 58 - 62.
4. Коробов П.А. Социально-гигиенические аспекты здоровья и образа жизни средних медицинских работников // Медицинская помощь. 2001. - № 2. - С. 11 - 14.
5. Измеров Н.Ф. Новые технологии в медицине труда как основа охраны здоровья работающих // Бюллетень Научного Совета Медико-экологические проблемы работающих. 2004. - № 2. - С. 12 - 16.
6. Величковский Б.Т. Социальная и трудовая мотивация, здоровье // М. Издателство «Истоки», 2012. – С.127.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАХИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ КОНЧНОСТИ У ДЕТЕЙ.

Буриев М.Н., Усманханов О.А.Хаитов Ғ.Х., Норбеков Х.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

У рахитических детей часто развивается искривления позвоночника и ножек, нередко развивается деформация таза, грудной клетки. Но по частоте встречаемости деформации нижней конечности занимает первое место среди пострахитический деформации скелета. Для проведения исследования было обследована 68 детей в отделении травматологии и ортопедии клинике ТашПМИ. Хороший результат выявили из 42 детей получивший консервативный способ лечения у 29 детей до 3 лет (69%), удовлетворительный результат выявлено у 13 детей (30.1%) и неудовлетворительный результатов не было. Сделено вывод, что варусные деформации имеют большие рычаги для исправления деформации, а при вальгусных деформациях один из рычагов искривления короткий, нагрузка при редрессациях падает на капсуло-связочный аппарат коленного сустава в частности на его латеральную порцию, тем самым под гипсовой повязкой исправление оси конечности происходит за счет растяжения капсуло-связочного аппарата, что необходимо учитывать при проведении физиотерапии после снятия гипса.

Цель: Совершенствовать способы диагностики и оценка результатов лечения больных с рахитическими деформациями нижних конечностей

Материалы и методы: Для проведения исследования было обследована 68 детей в отделении травматологии и ортопедии клинике ТашПМИ.

Результаты и обсуждение: Хороший результат выявили из 42 детей получивший консервативный способ лечения у 29 детей до 3 лет (69%), удовлетворительный результат выявлено у 13 детей (30.1%) и неудовлетворительный результатов не было.

Актуальность: Рахит – заболевание всего организма, связанное с расстройством обмена веществ, проявляющееся рядом признаков со стороны нервной системы, скелета и других систем организма, в крови и тканях уменьшается содержание фосфора и кальция, которые крайне необходимы для правильного развития растущего организма, особенно его нервной системы и костей. У ребенка, больного с рахитом наблюдается слабость мышц и связок. Он позже начинает сидеть, стоят, ходить. У рахитических детей часто развивается искривления позвоночника и ножек, нередко развивается деформация таза, грудной клетки. Но по частоте встречаемости деформации нижней конечности занимает первое место среди пострахитический деформации скелета.

Многие авторы (Б.М.Миразимов и др 1976) считают, что деформации нижних конечностей возникают с началом ходьбы ребенка и анатомо-физиологическими особенностями того периода жизни. Особенностью этой патологии является выевление деформации коленного сустава до 3-х летнего возраста и проведение лечения при деформации угла 10-15 градусов путем консервативное способа, а старше 3-х лет при деформации угла 25-30 градусов и более оперативного способа.

Способы определение степени при рахитических деформациях нижних конечностей и некоторые вопросы дифференциальный диагностики также активно обсуждается среди авторов. Имеется множество методов определе-ния степени искривления в области коленного сустава: Спицина.Е.Н 1953; Вердыев.В.Г 1977; Сеглинь.Т.Я 1974; R.Bragard 1932 и др. Б.М.Миразимов и др (1993г) считает, что в этих способах исчислении имеется ряд недостатков. Он считает, что деформации конечности необходимо определять с помощью угла искривления коленного сустава. При этом различают 4 степени тяжести деформаций: деформации с углом до 15*,от 15* до 30*, от 30* до 45*, более 45*. Тяжесть искривления зависит от степени искривления угла между коленными суставами. Однако здесь не учитывается длина конечностей и ротационные искривления костей голени.

Дифференциальная диагностика рахитических деформаций представляет определенную трудность. Ошибочно за рахитические деформации принимают другие системные заболевания скелета ахондроплазию, дисхондроплазию. Наибольшие трудности для дифференциальный диагностики Д-авитаминозног рахита представляют

собой рахитоподобные заболевания (М.В.Волков Г.М.Тер-Егиазаров 1983г). К таким заболевниям относят семйный гипофосфатэмический витамин Д-резистентный рахит (фосфатдиабет). Данное заболевание начинается с деформации скелета, отставание в росте, в последующем появляется утомляемость и нарушение походки, в осповном наблюдается варусная деформация. Присоединяется полиурия гипофосфатэмия, активность щелочной фосфотазы повышена. В моче повышено содержание фосфатов, оксипролина, понижено выделение кальция.

В лечении рахитических деформаций Б.М.Миразимов Н.К.Осилова (1978) рекомендуют при искривлении до 10* нормализовать осевую нагрузку, ортопедическая обувь, физио- терапия, массаж, ванны. При прогрессировании процесса (угол 15*-45*) накладывать этапные повязки. В зависимости от податливости кости от двух до пяти этапов. Хирургической коррекции подвергается при искривлении от 25* до 60*.

Таким образом, рахитические деформации являются тяжелой патологией, причина их возникновения многообразны. Здесь огромную роль играет минеральный обмен, особенно фосфорно-кальциевый, насыщение организма витаминами главным образом витамином Д, функциональное состояние паращитовидной железы общий обмен веществ и др. Неизвестно почему происходит искривление в виде варуса или вальгуса. Нет ли здесь взаимосвязи с ростковой зоны и кровоснабжением данных областей кости. Поэтому изучения более детельно степень нарушения ростковой зоны и кровоснабжение костей и разработка оптимальных подходов к лечению имеет большое значения для практических врачей..

Цель исследования: совершенствовать способы диагностики и оценка результатов лечения больных с рахитическими деформациями нижних конечностей

Материалы и методы: Данная работа основана на изучении результатов лечения больных с рахитическими деформациями нижних конечностей, лечившихся в клинике Ташкентского Педиатрического медицинского института с 2016 по 2019 г. Под нашим наблюдением находились 68 детей с рахитическими деформациями нижних конечностей в возрасте 1.5-5 лет. Из них 20 ребенка лечились традиционным методом, служили контрольной группой. Основную группу составляли 48 больных, с данной патологией, леченные по методике, предложенной нами.

Причиной возникновения деформаций были остаточные явления рахита. Частота и выраженность проявлений зависила от возраста детей. Степень изменения угловых параметров в тазобедренном и в коленном суставе определялись по общеизвестном схеме. На скиограммах определяли степень изменения шеечно-диафизарного угла, а также угол искривления оси голени.

Всех 68 детей и контрольной группы с деформациями нижних конечностей в зависимости от осевых искривлений мы разделили на 3 основные группы: варусные и вальгусные деформации костей голени и коленного сустава, а также их сочетание (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и в зависимости от деформации, леченные традионным методом

Возраст	1,5-2		2-3		3-5	
Вид патологии	правый	левый	Правый	левый	правый	Левый
Genu varum	5	4	12	11	2	1
Genu valgum	2	2	6	5	1	1
Genu valgum Crura varum	4		8		4	
Общее количества	17(25%)		42(61.7%)		9(13.2%)	

Как видно из данных приведенной таблицы, наибольшее количество детей с рахитическими деформациями нижней конечности встречался в возрасте 2-3 года.

Методы исследования

Клинический метод исследования. Исследование проводилось с общего осмотра больных, проведения антропометрии и особенности походки. В первую очередь при наличии деформаций нижних конечностей выявляли рахитические проявления или его остаточные признаки, для дифференцировки от других заболеваний. Дополнительно к традициооному рентгенологическому исследовани также проводили эхоостеометрия и электромиография.

Эхоостеометрия. Исследование проводилось эхостеометре ЭОМ- 01Ц предназначенный для изучения плотности кости и скорость мазолеобразования на участке, где нарушена целостность. Принцип работы прибора основан на измерении времени прохождения ультро-звуковых колебаний между передающими и принимающими диагностическими головками (Датчик ДГ-012Н). Исследования проводили в 1, 3, 7, 14, 21, 28-е дни заболевания.

Измерения проводили три раза и вычеслялось среднее значениею Датчики прикладывали к костным выступам на места выше и ниже оперированного участка. Это медиальные и латеральные лодыжки, головка малоберцовой кости и бугристость большеберцовой кости.

Электромиография. Электромиографическое исследование проводилось на сгибателях и разгибтелях голени, а также четырехглавой мышцы бедра для определения электрической и функциональной активности нерно-мышечной системы нижних конечностей до и после снятия гипса. Который наложен после операции.

Исследования проводили аппарате МГСТ- 01 (Россия). Электроды накладывлись с помощью 2-х полюсных датчиков с расстоянием между ними 2,0 см. Биопотенциалы, полученные на осцилографе, затем распечатывались на принтерной бумаге и расшифровывались.

Результаты и обсуждение

Провели анализ детей с рахитическими деформациями леченные традиционным методом. Возраст составил от 1.5-х до 5-ти лет. В первую очередь при обследовании данного контингента больных особое внимание уделяется клинике, клиническая картина этих детей в зависимости от возраста и степени тяжести резко отличается друг от друга. Мы для себя выделили следующие деформации не зависимо от возраста, а уже потом определяли сочетание 2-х и более деформаций нижних конечностей, которую мы использовали в качестве рабочей классификации.

С целью точной градации степени и вида рахитических деформаций нами была разработана и внедрена в практику рабочая классификация:

1) варусная деформация голени (cruro varum).
2) варусная деформация коленного сустава (genu varum).
3) вальгусная деформация голени (cruro valgum).
4) Вальгусная деформация коленного сустава (genu valgum)

Вид искривления:

А. за счет нарушения оси бедра

Б. за счет нарушения оси голени

5) Вальгусная деформация коленного сустава с сочетанием варусной деформацией голени
6) Варусная деформация шейки бедра (coxa vara).

Варусная деформация голени самостоятельная нозологическая единица которая сопровождается с варусной деформацией. При этой деформации основная деформация соответствует средней нижней трети голени. Для хорошего проявления этой клинической

симптоматики необходимо положить голень на ладонь исследуемого и после чего оттянуть икроножные мышцы в латеральную сторону. В результате чего резко прослеживается деформированная ось голени, а при возвращении в исходное положение мышцы передвигается на свое исходное место и затушевывает клинику деформации. Необходимо отметить, что данный способ выявления деформаций очень эффективный при всех проявлениях деформаций.

Очень характерным симптомом при cruro varum является симптом перекрещивания голени: кости голени накладываются друг на друга, а колени соприкасаются. Симптом обусловлен тем, что из-за наличия деформаций только в области средней трети или нижней трети голени накладываются друг на друга. При других деформациях нижних конечностей и их сочетаниях этот симптом отрицательный. В просмотренной нами литературе мы не нашли этого симптома, который строго характерен только для cruro varum. При этом точка перекрещивания соответствует наибольшей деформации т.е средней или нижней трети.

Накладывая угломер на переднюю поверхность в область коленного сустава и голени можно определить степень деформации. При измерении угломер накладывается на среднюю треть голени.

Варусная деформация коленного сустава genu varum, это особый вид деформации, где варусная деформация, которая сопровождается с особой клинической картиной. При осмотре ребенка отмечается волнообразная походка. Ребенок ходит прихрамывая на обе стороны, при перекрещивании обеих ног точка перекрещивания будет соответствовать уровню коленного сустава. При соприкосновении обеих лодыжек отмечается очень большое расстояние, которое выявляется между коленными суставами. Хотя суставная щель коленного сустава имеет строго горизонтальное положение. В варусной деформации участвуют и дистальные отделы бедра, которые подтверждаются рентгенологически. Для измерения степени деформации одна планка угломера должна накладываться на бедро, а другая на голень. Центр угломера соответствует надколеннику. Эта своеобразная хромота образуется из-за отклонения коленного сустава от оси нижней конечности, с нарушением биомеханики коленного сустава.

Для исследования больных с вальгусной деформацией голени важное значение имеет обследование больного в положении стоя т.к в положении стоя все деформации более выражены чем в положении лежа. Необходимо обратить внимание, что причиной вальгусного положения нижней конечности могут быть:

- вальгусное положение стопы, которое с момента упора на стопу способствует перекосу оси конечности в сторону, тем самым прогрессу варусной деформации;
- разболтанность (гипермобильность) коленного сустава, в результате упора на стопу способствует искривлению оси нижней конечности в сторону;
- напряжение широкой фасции бедра т.к она прикрепляется к головке малоберцовой кости;
- недоразвитие или отставание в развитии наружного мыщелка бедра.

Одним из важных моментов в обследовании всех детей с деформациями бедра и голени является определение положения суставной щели коленного сустава. Эта манипуляция проводится следующим образом: Ребенок в положении лежа. Двумя ладонями удерживая коленный сустав, большими пальцами прощупываем суставную щель, которая легко проецируется особенно при сгибательно-разгибательных движениях. Эту суставную щель потом помечаем ручкой, и по этим линиям условно определяем взаимоотношение оси голени с осью бедра. По отношению дистального отдела бедра и проксимального отдела голени к суставной щели можно судить о интактности коленного сустава к деформации.

При genu valgum когда причиной деформации является бедро суставная щель выходит из горизонтального положения.

При cruro valgum суставная щель остается в горизонтальном положении и искривление находится ниже в проксимальных отделах голени.

Таким образом, при варусных деформациях суставная щель всегда остается в горизонтальном положении, т.е. с осью туловища образуется прямой угол.

При вальгусных деформациях если деформация выше суставной щели, последняя отклоняется от горизонтальной линии. Если деформации ниже суставной щели, то щель не отклоняется от горизонтальной линии.

Таким образом, рахитические деформации нижних конечностей является распространенным заболеванием среди детей, требующие в первую очередь дифференцировки от других рахитоподобных и системных заболеваний.

В последующем требуется уже дифференцировка имеющейся самой деформации, для уточнения тактики лечения.

Эту группу составило 68 больных возраст от 1.5-х до 5-ти лет.

Таблица №2

Распределение больных по возрасту и в зависимости от деформации

	Нозология	1,5-2 года	2-3 года	3-5 лет
1	Genu varum	9	23	3
3	Genu valgum	4	11	2
5	Genu valgum + Cruro varum	4	8	4
Всего:		17	42	9

Из этой таблицы видно дети от 1,5 до 2-х летнего возраста составило 17 больных. Этот контингент имел различные деформации. Все эти дети были направлены после осмотра педиатров для лечения к ортопеду. Подробный осмотр больных показал, что деформации имели различный характер. Множество этих деформаций выявлены у детей через 3-4 месяца после начала ходьбы. На наш взгляд это связано с осевой нагрузкой на нижние конечности.

Особенности консервативного лечения

Всем этим больным приводились следующие лечебные мероприятия: массаж, ЛФК, парафиновые аппликации, электрофорез, с препаратами кальция, витамины группы Д, солевые и хвойные ванны. Следует отметить, что для лечения этой группы больных все лечебные мероприятия направленны на улучшение метаболизма в костной ткани. Лечение проводись 2-3 этапа, в зависимости от переносимости больными детьми. Использование регрессирующих гипсовых повязок не желательно, т.к. в этом периоде жизни кости относительно мягкие, поэтому исправление оси, хотя увенчается успехом, в последующем из-за нагрузок опять может деформироваться. Поэтому в этом периоде жизни для исправления использовали следующие мероприятии, которые направлены на исправление конечности:

1) редрессирующие ЛФК ежедневно;
2) бинтование эластичными бинтами ежедневно.

Редрессирующая ЛФК проводится следующим образом: ребенок укладывается на спину, после легкого массажа и разминания одной рукой удерживают коленный сустав, а другой рукой насильно исправляют голень в нужном направлении. Эти движения должны проводится в нужном направлении. При этом в момент редрессирования необходимо наблюдать за мимикой ребенка, когда чрезмерное редрессирование вызывает умеренную боль, следует ослабить движение.

Другим наилучшим методом является редрессирование ножек следующим образом: Изготавливаем ватно - марлевые бублики диаметром отверстия 5см, толщина бублика сотавляет также 5см. Два таких бублика накладываются между сведенными ножками в двух местах: между коленами и медиальными лодыжками. Врач или обученные родители потом надавливают по боковым поверхностям обеих голеней. Можно двумя руками или же одной рукой, эти движени проводятся плавно дозированно.

Все эти мероприятия очень эффективны при правильно и умелом проведении и способствуют исправлению оси конечности.

Таким образом, рахитические деформации нижних конечностей у детей до 2-х летнего возраста легко диагностируемы и в тоже время легко поддаются консервативному лечению. Необходимо помнить, что в этом периоде все мероприятия должны быть направлены в первую очередь на исправление оси конечности, на втором плане усиление метаболизма в костной ткани улучшение кровообращения, усиление мышечного тонуса.

Однако если принцип лечения будет наоборот, тогда стабилизируется имеющаяся деформация, кость будет затвердевать с незначительными положительными коррекциями.

У детей с 2-х до 3-х летнего возраста лечебные мероприятия были следующими: этот контингент больных трудно поддается редрессирующим ЛФК и другим методам насильственного исправления. Учитывая это, мы использовали этапные коррегирующие гипсовые повязки в 2-4 этапа зависимо от степени деформации.

Мы при наложении роедрессирущих гипсовых повязок ввели некоторые изменения, к ходьба в гипсовых сапогах затруднена для детей, а также в момент надавливания имеется вероятность пролежней. Мы рекомендуем накладывание дополнительно ватника 2-4 слоя сверх обмотанной повязки ватника. Эти участки следующие:

1) Область пяточной кости по задней и нижней поверхности.
2) По боковой поверхности голени на месте предполагаемого надавливания кости меры предосторжнности способствуют отрицанию вероятности формирования пролежней, которые обычно имеют мсето в практике детской ортопедии.

Использование редрессирующих гипсовых повязок в 2-3-х летнем возрасте дал нам возможность получить следующие результаты у детей от 2-х до 3-х лет

Таблица №3

Результаты консервативного лечения рахитических деформаций у детей от 2 до 3 лет

Деформация	n	хорошо	Удовлетворительно	неудовлетворительно
Genu varum	12	12	-	-
Cruro varum	9	9	-	-
Genu valgum	6	2	4	-
Cruro valgum	7	2	5	-
Genuvalgum + Cruro varum	8	4	4	-
Всего	42	29(69 %)	13(30.1 %)	

Как видно из этой таблицы, дети 2-3 летнего возраста при лечении деформаций с помощью редрессирующей этапной гипсовой повязки дает хорошие результаты во всех варусных деформациях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализируя эту возрастную группу можно сделать сдедующее заключение: Варусные деформации имеют большие рычаги для исправления деформации, а при вальгусных деформациях один из рычагов искривления короткий, нагрузка при редрессациях падает на капсуло-связочный аппарат коленного сустава в частности на его латеральную порцию, тем самым под гипсовой повязкой исправление оси конечности происходит за счет растяжения капсуло-связочного аппарата, что необходимо учитывать при проведении физиотерапии после снятия гипса.

В некоторых случаях использование редрессирующей гипсовой повязки приводит варусной деформации средней трети голени, а genu valgum сохраняется. Теперь уже у ребенка genu valgum усугубляется cruro varum.

Необходимо отметить что пришла время изменения подхода к тактике лечения вальгусных деформаций коленного сустава у детей 2-3 х летнего возраста.

ЛИТЕРАТУРЫ

1 Волков М. В. Болезни костей у детей. — М.: Медицина, 1985. — 512 с. Метод лечения осевых деформаций нижних конечностей у детей младшего возраста аппаратом Илизарова: метод. рекомендации. — Ташкент, 2008. — 8 с.

2 Холхужаев М.Х.. Буриев М.Н. Ганиев Ж.К. Болаларда рахит касаллиги натижасида оёк суякларининг шаклий узгаришларини янги усулда даволаш. «Педиатрия» илмий амалий журнал. № 2, 2001 й, 78 – 79 бетлар.

3 Зыкин А.А. Новый способ корригирующей остеотомии голени // Новости хирургии Том 23. № 6. 2015. 657

4 Метод лечения осевых деформаций нижних конечностей у детей младшего возраста аппаратом Илизарова : метод. рекомендации / сост. : Б. М. Миразимов. Ташкент, 1998. 8 с.

5 Миразимов Б. М. Рахитические деформации нижних конечностей: метод. рекомендации. — Ташкент, 2003. — 200 с.

6. Рахитические деформации нижних конечностей : метод. рекомендации / сост. : Б. М. Миразимов. Ташкент, 1993. 200 с.

7. Arnold Markus, P. See the whole picture: knee preserving therapy needs more than surface repair / P. Arnold Markus, T. Hirschmann Michael, C. M. Verdonk Peter // Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. – 2012. – № 20. – P. 195–196/

8. Gigante, C. Correction of lower limb deformities in children with renal osteodystrophy by guided growth technique / C. Gigante, A. Borgo, M. Corradin // J. Child. Orthop. – 2017. – N 11 (1). – P. 79–84.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Жамилов У.Р., Баймаков С.Р., Эрметов А.Т., Мамараджабов С.Э.

Ташкентский Государственный стоматологический институт, г.Ташкент,
Ташкентский областной филиал РНЦЭМП, г.Ташкент,
Самаркандский Государственый медицинский институт, г. Самарканд,
Республика Узбекистан

Одним из самых актуальных проблем абдоминальной хирургии как грозное осложнение острых хирургических заболеваний является послеоперационный перитонит

(ПП), которое привлекает к себе пристальное внимание хирургов всего мира. Проведение малоинвазивных оперативных пособий с использованием видеолапароскопической техники имеет особое место в современной хирургической практике. Позднее выявление и стертая клиническая картина заболевания на фоне проводимой интенсивной терапии, является главной причиной неудовлетворительных результатов в лечении ПП.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и тактики лечения ПП с использованием видеолапароскопической техники.

Материал и методы: исследование основывается на результатах лечения 104 больных, у которых наблюдались ранние послеоперационные внутрибрюшинные осложнения, которым были выполнены лапароскопические вмешательства. Из них у 73 больных имело место ПП. Всем больным производилось комплексное обследование, которое состояло из исследования общего анализа крови с лейкоцитарной формулой, биохимических анализов крови с определением средней молекулярной массы пептидов и бактериологического анализа экссудата брюшной полости. Лапароскопии подвергались больные со стертой клинической симптоматикой и неоднозначными показателями клинико-инструментальных и лабораторных данных, подозрением на ПП.

Результаты исследования: При обосновании результатов мы руководствовались реальными возможностями лапароскопического метода лечения, которая в ряде случаев по своему эффективному воздействию на инфекционный процесс в брюшной полости не уступает релапаротомии. При этом задачей лапароскопии являлось не только диагностика осложнений и санация брюшной полости, но и активное вмешательство на патологический очаг. В 50 случаях распространенность перитонита носила диффузный и разлитой характер, в 23 случаях - местный. Из них у 40 больных имело место серозно-фибринозный характер, у 12 - желчный, у 12 - гнойный и у 9 - геморрагический. Из 73 больных, которым было произведено диагностическая лапароскопия, к традиционному вмешательству пришлось прибегнуть в 38 (52,7%) случаях.

В послеоперационном периоде эффективность лечения оценивали по клинико-лабораторным показателям: уменьшением болей в животе, усилением перистальтики кишечника, снижением температуры тела, частоты пульса и дыхания, падением концентрации креатинина, мочевины и лейкоцитарного индекса интоксикации.

Осложнений со стороны послеоперационной раны при повторных лапароскопических вмешательствах не наблюдалось. Летальный исход отмечено у 14 (19,1%) больных, основной причиной которых явилось полиорганная недостаточность на фоне продолжающегося перитонита.

Выводы: Лапароскопические санации брюшной полости можно успешно применять в диагностике и лечении ПП, как современный высокоэффективный способ. Использование видеолапароскопии при ПП позволяет уменьшить число необоснованных релапаротомии и практически исключает вероятность осложнений со стороны послеоперационной раны.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛАГОЦИНАТ ПО СРАВНЕНИЮ С ДИЦИНОНОМ И ЛАГОДЕНОМ

Загрутдинов Фанил Фаридович ,Болтабоева Дилбар Файзирахмоновна
Махмудова Камола Адхамжановна, Курбанова Дилором Ибрагимовна
Пулатов Маъружон Давлатбекович
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: В настоящее время у большинство населения людей часто наблюдается кровотечение от причин их возникновения (травмы, механические повреждение, повышение проницаемости стенки сосудов, переломы, нарушение свёртывающей системе и др) . И в данном положение за мельчайшие минуты подобрать

эффективный препарат трудно. Исходя из этого мы решили сравнить эффективность препаратов лагоцинат, дицинона, лагодена и фармакологические свойства этих препаратов.

Цель исследования: Влияние лагоцината на сосудисто-тромбоцитарное звено системы гемостаза-агрегацию тромбоцитов и антиагрегационное свойства стенки сосудов**.**

Методы исследования: Исследование проводились на кроликах, которым вводили Лагоцинат внутривенно в дозах 10, 25 и 50 мг/кг. Препарат изучали в динамике: исходные показатели, через 30, 60, 120 и 180 минут с начала введения препарата. Параллельно проводили эти же исследования и при внутривенном введении Дицинона в дозе 30мг/кг. Объектами исследования служил тест который определял агрегацию тромбоцитов**.** Этот тест отражает сосудисто-тромбоцитарный механизм гемостаза, и определяется количеством и состоянием тромбоцитов (их способностью к адгезии и агрегации).

Результаты: Как видно из таблицы 1, время кровотечения через 60 минут после введения Лагоцината сократилось в дозах 25; 50 и 150 мг/кг соответственно с 400±30сек. до 280±24; 170±15; и 248±24сек. или в 1,4-2,4 раза. При этом максимальный эффект прослеживался в дозе 50 мг/кг. Аналогичную картину мы просматриваем и при изучении величины кровопотери: Так, в контроле этот показатель составил 400±30 мг, а при введении Лагоцината в дозах 25; 50 и 150мг/кг соответственно 220±17, 70±6 и 176±15 мг. При этом максимальное уменьшение величины кровопотери мы наблюдали в дозе 50 мг/кг в 5,7 раза.

Дицинон в через 60 минут сокращал время кровотечения при пероральном и внутривенном введении, соответственно – до 290±30 и 180±20 сек или в 1,4 и 2,2 раза, а величину кровопотери уменьшал до 150±20 и 160±14,0 мг или в 2,5 раза. Лагоден сокращал время кровотечения, до 96±6 сек или на 76%, а величину кровопотери до 28,0±2,6 мг или на 93%.

Выводы: Таким образом, Лагоцинат в исследуемых дозах проявлял выраженное гемостатическое действие. Наилучшей оказалась доза 25 мг/кг, при которой время кровотечения сокращалась в 5 раз, а величина кровопотери в 16,6 раза.

При этом Лагоцинат по эффективности гемостатического действия в 2 раза превосходил Дицинон и работал на уровне Лагодена.

Список литературы

1. Лабораторные и инструментальные исследования в клинике: Справочник./ Под ред. В.Н.Титова. М.: «ГОЭТАР-МЕД», 2004. 960с.
2. Проблемы свертывания крови и гемостаза , Научн. труды, т XXXIII под ред. Акопова И.Э., 1971, С.13-15
3. Балуда В.П. и др. Лабораторные методы исследования системы гемостаза. Томск, 1980.
4. Белинький М.Л. Методы количественного анализа в биологии М., 1963 г.
5. Харкевич Д.А. Фармакология. «ГОЭТАР-МЕД», 2004. С. 445-451.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

ХАИТОВ К.Н., АБИДОВ Х.А.

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся высыпаниями, зудом и сухостью кожи. На сегодняшний день, по данным современных литературных источников установлено, что АтД страдают

10–20% детей во всем мире. В настоящее время в Узбекистане также регистрируется устойчивая тенденция к росту числа атопического дерматита среди детей.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости некоторых аллергических дерматозов, в том числе атопического дерматита, у детей.

Материалы и методы исследования. Была проанализирована обращаемость больных в клинику Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера за последние 5 лет (2015–2019 гг.), которое является нашей учебной базой. Общее количество больных, принятых сотрудниками кафедры за эти годы составляло 10757 из них 1462 (13,59%) с аллергодерматозами.

Результаты. С каждым годом количество принимаемых амбулаторных больных детей растет: 2015 г. - 2044, 2016 г. - 2478, 2017 г. - 1928, 2018 г. - 2058, 2019 г. - 2249, среди принятых больных детей доля аллергических заболевании кожи составило: 225 (11,1%), 225 (11,58%), 446 (18,1%), 337 (16,38%), 299 (13,3%) соответственно в 2015–2019 гг.

Согласно МКБ-10 (2000 г.), учитывая идентичность выявленных иммунологических наращении, наращении со стороны вегетативной нервной системы, генетической предрасположенности и роли IgE в развитии заболевания, экзема, почесуха, нейродермит отнесены к группе атопического дерматита [L20]. Согласно этих данных атопический дерматит по частоте встречаемости среди принимаемых больных занял первое место - 132 (58,15%), 177 (61,67%), 205 (58,74%), 269 (79,82%), 245 (81,94%), затем токсикодермия - 77 (33,92%), 88 (30,66%), 111 (31,8%), 44 (13,1%), 34 (11,4%) и крапивница –18 (7,9%), 22 (7,66%), 33 (9,45%), 24 (7,1%), 20 (6,6%) соответственно в 2015–2019 гг.

Выводы. Как видно из полученных данных, общее количество аллергических заболевании по частоте встречаемости за эти годы варьирует от 11.1% (2015 г.) до 18.1%; (2019 г.) от общего количества принятых больных детей. Проанализировав, нужно отметить, что обращаемость количество пациентов с атопическим дерматитом среди аллергических заболевании в последние 5 лет выросло с 58%, (2015 г.) до 82% (2019 г).

КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Иноятова Ф.И., Юсупалиева Г.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Проблема хронических диффузных заболеваний печени, основную долю которых составляют вирусные поражения, является одной из наиболее актуальных в педиатрической гепатологии. Несмотря на использование современных методов лечения и существенное снижение острых форм заболевания всё же хронические вирусные гепатиты (ХВГ) остаются глобальными во всём мире. За последние годы увеличилось число быстро прогрессирующих форм с переходом в цирроз печени (ЦП) и гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК), нередко заканчивающиеся летальным исходом. Одной из причин прогрессирования заболевания является несвоевременная диагностика патологического процесса печени.

Цель исследования. Совершенствование диагностики хронических вирусных гепатитов B, C, D у детей путём применения современных технологий ультразвуковых исследований в комплексной клинико-лучевой диагностике.

Материалы и методы исследования. Комплексное ультразвуковое исследование выполнялось в РСНПМЦ педиатрии в отделении гепатологии и в клинике ТашПМИ в плановом хирургическом отделении на ультразвуковых диагностических аппаратах SSD 630 «Алока» (Япония), «Sterling Philips» (Голландия) в РСНПМЦ педиатрии, «Sonoscape

5000» (Китай) в клинике ТашПМИ, «ISTYL-TOSHIBA» (Япония) с использованием мультичастотных конвексных и линейных датчиков. Оценивали УЗ признаки изменений в печени при ХВГ у детей, сопоставляя их с клинико-лабораторными показателями.

Нами было обследовано 184 детей с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), из них 150 (81%) детей с ХГВ, 15 (8%) детей с ХГС, 19 (11%) детей с ХГD. Мальчиков было 102, девочек 82. У 40 детей изучена нормальная комплексная эхографическая анатомия печени и селезёнки (контрольная группа).

Результаты исследования. При оценке данных УЗ - исследований выявлено, что изменения эхографических признаков печени и селезёнки по всем параметрам у больных детей, при ХВГ минимальной степени активности, были в пределах нормы, при этом со стороны желчного пузыря отмечалось утолщение стенок у 56%, неоднородное содержимое у 40 %. Перегибы в области дна, тела и шейки визуализировались у 62 %.

По результатам допплерографии (ДФ) установлено, что у детей больных ХВГ с минимальной активностью процесса при отсутствии значимых изменений в диаметре чревного ствола, достоверное снижение было обнаружено в следующих гемодинамических показателях: максимальная скорость (Vmax), усреднённое значение максимальной скорости (TAMX), пульсативный индекс (PI), резистивный индекс (RI) и объёмный кровоток (Vvol). Анализ кровотока по общей печёночной артерии выявил достоверные отклонения в максимальной и минимальной скорости кровотока, а также в объёмном кровотоке. Для селезёночной артерии и резистивный индекс. По данным УЗ - исследований при ХВГ с умеренной активностью у 64% больных отмечалась гепатомегалия, уплотнение капсулы печени у 32% больных, изменения паренхимы в виде мелкоочаговой структуры было обнаружено у 36%, мелко - и среднеочаговой у 40%, среднеочаговой разноплотной структуры у 20%, изменение сосудистого рисунка выявлено у 52%, увеличение диаметра портальной вены у 32%, увеличение диаметра селезёночной вены у 24% и спленомегалия была определена у 36% исследованных больных. У детей больных ХВГ с умеренной активностью по данным ДФ отмечалось достоверное снижение в следующих гемодинамических показателях чревного ствола: Vmax, TAMX, PI, Vvol и Vmin. По общей печёночной артерии обнаружены достоверные отклонения в максимальной и минимальной скорости кровотока, существенное снижение диаметра общей печёночной артерии и усреднённое значение максимальной скорости, и в объёмном кровотоке. Для селезёночной артерии по данным ДФ достоверные отклонения были выявлены по всем гемодинамическим показателям. При исследованиях был установлен факт отсутствия полного параллелизма между клинико-биохимическими и ультразвуковыми изменениями. При индивидуальной оценке результатов ДФ выявленные изменения сосудистого русла позволяли отнести ряд больных ХВГ умеренной активности, классифицированных по данным клинико - лабораторного и УЗ - исследований, в группу с более высокой активностью ХГВ, что имело принципиальное значение для тактики врача. 15 % больных детей из группы с минимальной активностью по данным ДФ были отнесены в группу ХВГ умеренной активности. 35,7 % больных детей из группы с умеренной активностью вошли в группу с выраженной активностью патологического процесса. При выраженной активности ХВГ отклонения показателей в чревном стволе от нормальных величин были более интенсивными. При анализе кровотока по общей печёночной артерии у больных с выраженной активностью изменения определялось по всем параметрам, за исключением резистивного индекса (RI), то есть если по данным серошкальных УЗ - исследований портальная гипертензия была выявлена у 53% больных, то по данным ДФ она присутствовала у всех больных. Для селезёночной артерии прослеживались те же закономерности. Наиболее интенсивные сдвиги, охватывающие все параметры, наблюдались у больных с выраженной активностью патологического процесса в печени.

Выводы. Допплерография является ценным методом обследования детей, больных ХВГ, позволяющим расширить диагностические и прогностические возможности клинициста в дополнении к диагностическому комплексу, включающему клинические, биохимические, иммунологические и данные серошкальных ультразвуковых исследований, оценить активность патологического процесса в печени и своевременно выявить гемодинамические нарушения в висцеральных сосудах. Широкое внедрение в педиатрию методов эхографии с допплерографией позволит провести раннюю своевременную терапию и улучшит исход заболевания у детей.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Мусаев Улугбек Юлдашевич
Самаркандский государственный медицинский институт

«То, что я слышу - я забываю, то, что я вижу - я запоминаю, то, что я делаю - я умею»
Конфуций

Актуальность. Приоритетной задачей интерактивного практического занятия является обучение навыкам, которые определяют квалификационную характеристику. В современных условиях Государственными образовательными Стандартами и Квалификационной характеристикой врача-стоматолога предусмотрены освоения определенного перечня практических умений и навыков, с указанием уровня освоения на кафедрах [1, 2] При этом процесс обучения практическим навыкам включает несколько этапов:

– определение цели и задачи занятия с мотивацией обоснования использования навыков;

– демонстрация и многократный тренинг навыков;

– заключение, – обсуждение с обучающимися значимости навыка и использования его в различных ситуациях [2].

Целью работы является определение приоритетности освоения навыков на практических занятиях по терапевтической стоматологии в последипломном образовании.

Материалы и методы. Материалом работы является содержание и характеристика универсальных и профессиональных компетенций, формирующихся и углубленных в результате прохождения цикла общего усовершенствования врачей по терапевтической стоматологии, согласно квалификационной характеристике на врачебную специальность «терапевтическая стоматология», – врач после окончания курса должен знать рекомендуемый перечень общих умений, специальные знания и умения по Учебной программе цикла [3].

Отработка практических навыков имеет свою специфику при обучении врача-стоматолога. Следует учитывать несколько общих положений: врачам должен быть доступен алгоритм выполняемых действий (подробных профессиональных инструкций в методическом пособии кафедры, в виде схемы на стене учебной комнаты). Преподаватель контролирует и, при необходимости, исправляет недочёты в работе обучающихся.

Результаты и обсуждение. Интерактивность проявляется в том, что другие обучающиеся должны быть готовы выступить экспертами и оценить правильность освоения сокурсниками практического навыка. Если моделируемая ситуация требует участия нескольких человек, то врачу должна быть предоставлена возможность отработать алгоритм действия каждого участника.

При этом на кафедре терапевтической стоматологии особое внимание уделяется отработке мануальных навыков. При освоении практических навыков на клинических дисциплинах не всегда есть возможность обеспечить каждого врача индивидуальным тематическим больным.

Причинами того, что пациент перестал быть «больным, готовым для исследования его врачами» являются изменения в законодательной базе, осведомленность больных о своих правах и существенное внимание к информированному согласию, проникновение в клинику рыночных отношений. Поэтому практические занятия с использованием манекенов, тренажёров, имитаторов, стандартизированных пациентов, волонтеров, стали неотъемлемым компонентом в практике современной высшей медицинской школы. Симуляторы способны моделировать разнообразные клинические сценарии, воссоздавать учебную ситуацию под каждого врача, ориентировать на многократное повторение конкретных действий и отработку профессиональных навыков.

После освоения практических навыков на тренажёрах наступает этап компьютерной имитации, для чего врачам рекомендуется перейти в компьютерный класс и приступить к работе с соответствующим модулем интерактивной учебной программы.

Последовательно пройдя этапы теоретической подготовки, освоения практических навыков (навыков работы с оборудованием и пациентом, навыков работы в команде), отработав виртуальный алгоритм лечения неотложных состояний, врач вступает в завершающую часть занятия, которая проводится в симуляционной части аудитории. Условия, моделирующие реальную профессиональную ситуацию – обстановку, оборудование, манекен, самостоятельно реагирующий на вмешательства врача, – позволяют ему путем многократного повторения и анализа своих ошибок формировать профессиональные компетенции.

Список литературы

1. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Современные педагогические технологии в организации учебного процесса на клинических кафедрах медицинских вузов. (Руководство для преподавателей высших медицинских учебных заведений и студентов медико-педагогического факультета). Ташкент 2011г.-192 с.
2. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Интерактивные методы обучения в медицинском вузе: учебное пособие / А.И. Артюхина, В.И. Чумаков. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. 212 с.
3. Хасанова Л.Э. Учебная программа. Цикла общего усовершенствования по специальности терапевтическая стоматология (4.04)144 часа (1мес.). Ташкент 2018г. -29с.

ПОКАЗАТЕЛИ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Исмоилова Д.У. Мусаходжаева Д.А., Магзумова Н.М.

Ургенчский Филиал Ташкентской медицинской академии, Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкентская медицинская академия, Ургенч, Ташкент, Узбекистан

Резюме. Было проведено клинико-иммунологическое обследование 65 женщин с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ), которые составили 2 группы: 35 женщин с бесплодием на фоне НГЭ и фертильные женщины с НГЭ. При изучении функциональной активности нейтрофилов периферической крови было выявлено, что более выраженные наблюдались у женщин с бесплодием на фоне НГЭ. А у женщин с эндометриозом и нормальной фертильностью признаков гиперактивации реакции врожденного иммунитета не отмечалось.

Ключевые слова: наружный генитальный эндометриоз, бесплодие, врожденный иммунитет, фагоцитарная активность.

Патогенез эндометриоза, несмотря на многолетние исследования, ведущиеся в этом направлении, остается для нас загадкой. В настоящее время дискутируются большое число гипотез, пытающихся объяснить механизмы развития эндометриоза. Большинство исследователей придерживается точки зрения, что патогенез эндометриоза непосредственно связан с изменением функции иммунной системы [1,7,8]. Развитие

эндометриоидного очага, являющегося по своей сути тканевым аутотрансплантатом, безусловно, должно сопровождаться угнетением иммунной защиты, так как известно, что основной функцией иммунной системы является поддержание тканевого гомеостаза в организме. Однако полностью установить иммунные причины формирования эндометриоидных гетеротропий различной локализации пока еще не удалось [2,3].

Можно считать доказанным, что развитие эндометриоза связано с нарушением продукции цитокинов и факторов роста, с изменением функций фагоцитарных клеток и цитотоксических лимфоцитов. В то же время не всегда можно сказать точно, какие иммунные нарушения лежат в основе формирования эктопического эндометрия, а какие являются уже следствием развившейся болезни и связанных с ней клинических проявлений, таких, например, как бесплодие [4,5].

Целью исследования явилось изучение функциональной активности периферических нейтрофилов у женщин с бесплодием на фоне НГЭ и при сохраненной фертильности.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследования 65 женщин с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ). Средний возраст обследованных женщин составил 29,3 ± 3,8 лет. Отбор и обследование женщин проводились методом сплошного и выборочного анализа в условиях центра женского здоровья (ЦЖЗ) и на базе отделения гинекологической клиники ТМА. Обследованные пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от клинических симптомов: 1-я группа - 35 женщина с бесплодием и 2-я группа -30 женщин с ненарушенной репродуктивной функцией. Иммунологические исследования проводили изучением активности нейтрофилов периферической крови по данным спонтанного и стимулированного теста восстановления нитросинего тетразолина (НСТ-теста) по методике И.В. Нестеровой (1992). Статистическая обработка полученных данных проведена методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. При анализе, полученных во время лапароскопии данных было установлено, что чаще всего встречалось 3-4 очага эндометриоза брюшины и/или яичников. Значительно реже было обнаружено 2 очага (22,4%), 5 очагов было найдено у 8,4%, а 1 очаг – у 1 пациентки. Наиболее часто очаги эндометриоза локализовались на брюшине Дугласова пространства – 83 (77,6%) случая и крестцово-маточных связках – 67 (62,6%) случаев, несколько реже эндометриоидные очаги располагались на широких маточных связках (47,7%) и значительно реже – на брюшине пузырно-маточного углубления – (14,9) случаев. Эндометриоидные кисты яичников или поверхностные очаги эндометриоза яичников выявлялись у 86 (80,3%) больных. В 89 (83,1%) случаях выявлялись комбинации очагов НГЭ разного цвета и только в 17 (15,9%) встречались изолированные черные очаги. Наличие красных очагов НГЭ, указывающие на высокую пролиферативную активность гетеротопий, было выявлено в 38,3% случаев, а в 61,1% выявлялись черные очаги или их комбинации с белыми, что указывало на стабилизацию заболевания.

Уровень функциональной активности периферических нейтрофилов оценивался нами по показателям спонтанного и стимулированного зимозаном НСТ-теста с расчетом индекса фагоцитарного резерва (табл.1).

Анализ полученных результатов показал, что в периферической крови пациенток с НГЭ 1-й группы была достоверно повышена НСТ-активность нейтрофилов в спонтанном НСТ-тесте, а также увеличен индекс активности восстановления красителя по сравнению с аналогичными параметрами в периферической крови здоровых женщин ($P< 0,01$; $P< 0,05$, соответственно). Кроме того, в 1-й группе отмечалось незначительное снижение относительно нормативных значений резерва функциональной активности нейтрофилов, оцениваемое по уровню индекса фагоцитарного резерва (ИФР), ($P< 0,05$). Изменений показателей стимулированного зимозаном НСТ-теста в периферической крови женщин 1-

й группы по сравнению с аналогичными параметрами в периферической крови здоровых женщин, не отмечалось (P< 0,05).

Таблица 4.

Характеристика функциональной активности нейтрофилов периферической крови женщин с различными формами эндометриоза

Показатель	**Контр. гр., n=28**	1-я группа, n=61	2-я группа, n=46
НСТс, %	16,8 ± 1,52	26, 8 ± 1,63*	22,5 ± 1,7*
НСТс, и.а.в.	0,24 ± 0,05	0,38 ± 0,02*	0,31 ± 0,03*
НСТз, %	38,3 ± 2,4	37,9 ± 2,0	37,4 ± 2,0
НСТз, и.а.в.	0,86 ± 0,06	0,81 ± 0,03	0,83 ± 0,04
ИФР	1,46 ± 0,3	0,64 ± 0,1*	0,89 ± 0,2

Примечание: *Значение достоверно по сравнению с контрольной группой (P< 0,05 - 0,001)

При сравнении показателей функциональной активности нейтрофилов периферической крови пациенток 2-й группы и здоровых женщин достоверных отличий нами так же не было. Количество НСТ-позитивных периферических нейтрофилов в спонтанном и стимулированном НСТ-тесте у женщин с ненарушенной фертильностью и эндометриозом соответствовало нормативным значениям.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что функциональная активность нейтрофилов изменялась только в группе женщин с НГЭ и бесплодием. Возможно, это связано с АМГФ-α2 микроглобулином фертильности, или гликоделином, уровень которого в сыворотке больных эндометриозом значительно повышается (Посисеева Л.В. с соавт., 1998). При НГЭ повышается объем перитонеальной жидкости, повышается количество клеток до 18-20 млн в мл при норме - 1 млн. Повышение идет за счет макрофагов [28] и Т-хелперов (Тх:Тс = 5:1), возрастания NK до 40% (в норме МФ:ЛФ = 2:1, Тх:Тс = 3,5:1, NK = 10%). В динамике менструального цикла клеточный состав не изменяется. Повышается количество В-лимфоцитов (при IV ст. НГЭ - 15% при норме 0,1-1%) [6].

В норме отношение МФ:ЛФ в ПЖ = 9:1. При НГЭ и бесплодии неясного генеза повышается количество ЛФ (МФ:ЛФ = 4:1, а в периферической крови - 1:4). МФ больше 13 млн (норма - 5-7 млн в ПЖ) - критерий НГЭ [8].

Полученные результаты убедительно доказывают о необходимости включение в комплексную терапию эндометриоза иммунокорректоров в зависимости от клинического течения и показателей иммунной системы.

Выводы

1. Изменения функциональной активности нейтрофилов периферической крови было более выражено у женщин с бесплодием на фоне НГЭ. А у женщин с эндометриозом и нормальной фертильностью признаков гиперактивации реакции врожденного иммунитета не отмечается. Следовательно, аутоиммунный компонент присоединяется при нарушении репродуктивной функции.
2. Полученные результаты исследования по изучению показателей фагоцитарной системы у женщин с наружным генитальным эндометриозом, ассоциированной с бесплодием и ненарушенной фертильности диктуют применение дифференцированной иммунокоррекции.

Список литературы

1. Адамян Л.В. Роль современной гормономодулирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Проблемы репродукции. – 2011., № 6., С. 66-77.
2. Анциферова Ю.С., Сотникова Н.Ю., Посисеева Л.В., Назаров С.Б. Иммунные механизмы развития генитального эндометриоза//

Иваново, 2007, 312 с.
3. Зайнетдинова Л.Ф., Телешева Л.Ф., Шамаева Т.Н., Коряушкина А.В. Клинико-анамнестические особенности у женщин с наружным генитальным эндометриозом //Human. Sport. Medicine , 2017, vol. 17, no. 2, p. 52–61
4. Коржевский Д.Э., Колос Е.А. Белок PGP 9.5 и его использование в качестве функционального маркера в // Медицинский академический журнал. – 2013.– Т. 13, № 4. – С. 29-35
5. Попов А.А. Медикаментозная терапия в лечении эндометриоза // РМЖ. «Акушерство. Гинекология. Педиатрия». – 2014.– № 14. – С. 1010-1013.
6. Овакимян А.С. Клиническая, иммуноморфологическая характеристика хронических тазовых болей при различных формах наружного генитального эндометриоза. Автореф. канд.дисс….Москва, 2016., 26с
7. Слободянюк Б.А Иммунологические аспекты эндометриоидной болезни / Б.А. Слободянюк, А.А. Попов, Т.З. Чантурия, Т.Н. Мананникова, О.В. Мачанските, А.А. Федоров, Т.С. Будыкина // Альманах клинической медицины. – 2015. – №37. – С. 123–128

Применение стероидных препаратов при нефротической форме гломерулонефрита у детей

Каримова Дилором Исматовна , Шайхова Мунира Икрамовна
Махкамова Гулноза Тураходжаевна
Кафедра Амбулаторной медицины и физического воспитания
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация. В последние годы наблюдается рост почечной патологии среди детей. Почки являются органом, обеспечивающим постоянство гомеостаза в организме. Функции почек состоят в поддержании объема циркулирующей крови и других жидкостей внутренней среды; обеспечении постоянства концентрации в них осмотически активных веществ и отдельных ионов, pH крови, экскреции чужеродных веществ. До настоящего времени многие вопросы патогенеза и терапии гломерулонефрита у детей, остается не решенными. В статье изложены рекомендации по рациональному применению стероидных препаратов при нефротической форме гломерулонефрита у детей.

Ключевые слова: нефрология, гломерулонефрит, нефротическая форма, нефритическая форма, стероидные препараты.

Почки являются органом, обеспечивающим постоянство гомеостаза в организме. Функции почек состоят в поддержании объема циркулирующей крови и других жидкостей внутренней среды; обеспечении постоянства концентрации в них осмотически активных веществ и отдельных ионов, pH крови, экскреции чужеродных веществ.

Несмотря на интенсивные исследование в области нефрологии, проводимые клиницистами, морфологами, иммунологами до настоящего времени многие вопросы патогенеза и терапии гломерулонефрита (ГН) у детей, остается не решенными. Согласно современным представлениям, в основе возникновения ГН у большинства больных лежит иммунокомплексный механизм мембранопатологический процесс.

Цель исследования. Изучить показания применения и эффективности стероидных препаратов при нефротической форме гломерулонефрита у детей.

Пациенты и методы. Нами было обследовано 43 детей в возрасте от 2 до 14 лет, с диагнозом «гломерулонефрит». В зависимости от синдрома дети были подразделены на 3 группы: 1-я группа- дети с нефротическим синдромом, 2- группа- дети с нефритическим синдромом и 3-я группа- дети, смешанной формой. У детей проводили клиническое обследование, лабораторное исследование (биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Результаты наших исследований свидетельствует о том, что у детей первой группы наблюдались жалобы на отеки и уменьшение мочи, а анализах мочи значительная протеинурия, уменьшение количества и удельной плотности. У детей второй группы

наблюдались незначительные отеки, повышение артериального давления и макрогематурия. При смешанной форме наблюдались симптомы обоих групп. При терапии применялись кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты. Как показывает, результаты исследование преднизолона в дозы 1 мг/кг веса значительно давал положительные результаты у детей с нефротическим синдромом, а нестероидные препараты как индометацин, вольтарен и ибуброфен были успешно пременины в группе нефритическим синдромом.

Выводы. Таким образом, как показывают наших исследований у детей первой группы, у которых наблюдается заболевание, протекает с нефротическим синдромом можно в терапии ограничится только назначением стероидных препаратов.

Литература

1. Вялкова А.А, Гриценко В.А. Инфекция мочевой системы у детей: современные аспекты этиологической диагностики и лечения. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2017; 62 (1): 99-107
2. Длин В.В., Османов И.М, Чугунова О.Л. Инфекция мочевой системы у детей: Руководство для врачей. Под ред. В.В Длина, И.М. Османова, О.Л.Чугуновой. 2-е изд., доп. М.: 2017.
3. Летифов Г.М., Кривоносова Г.П. вопросы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации. Ростов-на-Дону, 2012
4. Нефрология детского возраста Под общ. ред. Е.В. Прохорова, Т.П. Борисовой. Донецк,2008.—С.7-21
5.Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. -СПб.,2008.-С.66-76.
6. Возианов А.Ф., Майданник В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста. К.: Книга плюс, 2002.

КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

ХАИТОВ К.Н., АБИДОВ Х.А.

Актуальность. Кожный лейшманиоз – протозойное заболевание, вызываемое простейшими рода Leishmania, которое характеризуется полиморфными поражениями кожного покрова, расположенными на открытых участках кожи. В Узбекистане кожный лейшманиоз является одной из распространенных болезней и чаще встречается в эндемических регионах, где ежегодно отмечаются сотни новых случаев заболеваемости.

Цель исследования. Изучить клинические особенности кожного лейшманиоза у детей.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 50 детей с кожным лейшманиозом, которые получали лечение в Ташкентском и Джизакском областных кожно-венерологических диспансерах. Клинический диагноз кожного лейшманиоза был подтвержден результатами микроскопического исследования материалов с пораженного участка кожи.

Результаты. Среди исследованных детей было 35 - мальчиков и 15 – девочек в возрасте от 3 до 18 лет. В 39 случаях (78%) был выявлен только один очаг поражения. У 8 пациентов (16%) обнаружены два очага поражения, и у 3 пациентов (6%) - три очага. Лицо было наиболее часто поражаемым участком тела у 42 пациентов (84%). Патологический процесс сопровождался такими патогномоничными симптомами «чёток» в 14 случаях (28,2%) и «рыбьей икры» 18 (36,9%) случаях заболевания.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показывают сохраняющуюся тенденцию к росту заболеваемости кожным лейшманиозом среди детей. Своевременное

распознавание клинических признаков и подтверждение диагноза кожного лейшманиоза у детей позволит повысить эффективность лечения заболевания.

Қалқонсимон бези тугунли ўсма касалликларини ташҳислашда мультипараметрик ультратовуш текширувларининг кулланилиши

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Онкология УТТ курси билан кафедраси профессори
т.ф.д. Мамадалиева Яшнар Мамасалиевна
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Онкология УТТ курси билан кафедраси доценти
Пулатова Ирода Зокирходжаевна
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Онкология УТТ курси билан кафедраси ассистенти
Хушназаров Хасан Холикович
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Онкология УТТ курси билан кафедраси ассистенти
Шамансурова Наргиза Хаётовна

Аннотация. Қалқонсимон бези саратон (КБС) нинг яхши сифатли ҳосила ва ўчокли ҳосилаларга нисбати адабиётларга кўра, 2 дан 30% гача бўлади [1,6,13,16,19].

Тадқиқот остида, қалқонсимон бези (ҚБ) ўчоқли ҳосилаларини характерини аниқлаш учун ультратовуш текшируви(УТТ)га юборилган 86та бемор бўлди. Беморлар ёши 18 дан 78 гача. УТТ текшируви, 5-13МГц диапозони оралиғидаги датчиклар ёрдамида Logiq S8 XD clear GE Healthcare (Америка кушма штатлари), «MINDRAY ДС-7», «MINDRAY ДС -8» (Хитой), HI VISION Preirus (Hitachi Medical Corporation, Япония) ва Samsung-Medison WS 80 AC ELITE (Жанубий Корея) каби замонавий УТТ аппаратларида ўтказилди.

Калит сўзлар: қалқонсимон бези тугунли ҳосилалари, мультипараметрик ультратовуш текшируви, допплерография,эластография.

Долзарблиги. Замонавий тиббий ва ижтимоий муаммолар орасида энг муҳимларидан бири қалқонсимон бези (ҚБ) касаллиги бўлиб, у ҳозирги кунда эндокрин патологиянинг қолган қисми орасида етакчилик қилмоқда. Бундан ташқари, қалқонсимон без саратони (ҚБС) нинг ёмон нодуляр ва фокал шаклланишларга нисбати адабиётлар бўйича 2-30% орасида ўзгариб туради [1,6,13,16,18]. ҚБС касаллигининг окибати кўп жиҳатдан эрта ташхисга боғлиқ. ҚБС касаллигини замонавий комплекс ташхислашнинг асосий қийинчиликлари унинг бошқа ҚБ касалликлар фонида узоқ вақт яшаши мумкинлиги билан боғлиқ. Радиацион диагностика соҳасида эришилган катта ютуқларга қарамай, тиббий тасвирлаш усулларининг ҳеч бири ҳам ҚБ патологиясини хавфли касалликдан аниқ ажратиб туролмайди [4,13,16,18,19]. ТИ-РАДС таснифлаш тизимини ультратовуш диагностикаси мутахассиси амалиётига киритилиши ингичка игна аспирацион пункцион биопсиясининг (ТАПБ) умумий сонини 31,5% га камайтирди. Ультратовуш маълумотларига асосланган ТИ-РАДС таснифи саратон хавфига қараб нодуляр ҚБС шаклланишини акс эттиради. ТИ-РАДС қалқонсимон безини ультратовуш текшируви учун протоколини стандартлаштиришга, қалқонсимон безининг нодуляр шаклланишининг ультратовуш расмини талқин қилишда субъектив омилни минималлаштиришга имкон беради. ТИ-РАДС дан фойдаланиш қалқонсимон безининг ТАПБ учун кўрсатмаларни аниқ белгилашга ёрдам беради ва шу билан қалқонсимон безидаги асоссиз минимал инвазив ва жарроҳлик аралашувлар сонини камайтиради [3,13,14,16,19]. Ҳозирги вақтда Б-режими, рангли ва энергетик допплер хариталаш соҳасидаги тадқиқотлар қалқонсимон касалликларни ультратовуш ташхислашда катта аҳамиятга эга. Қалқонсимон бези касалликларининг дифференциал ташхиси ушбу безнинг ҳажмини, унинг эхогенлигини, эхоструктурасини ва периферик лимфа тугунлари

тўғрисидаги маълумотни баҳолашга асосланади. Бездаги нодуляр ҳосилалар локализация, ҳажми, шакли, чегаралари, контурлари, эхогенлиги, ички эхоструктураси, капсула ҳолати ва безнинг қон томирлари билан фарқланади [6,7,10,13,17,19]. Кўплаб маҳаллий ва хорижий нашрларнинг маълумотларига кўра, хавфсиз ва хавфли жараёнларни дифференциал ташхислашда кулранг ўлчовли техниканинг сезгирлиги ва ўзига хослиги 55-70% орасида ўзгариб туради [16,18]. Пульс тўлқинли допплер ультратовуш текширувидан фойдаланиш, бу тугунларда ва қалқонсимон безида қон оқимини баҳолашга имкон беради, бу усул сезгирлигини бироз 65-75% гача оширади [7.16] Ультратовуш текшируви ва допплер ультратовушидан иборат замонавий ультратовуш диагностикаси учинчи технологияси - эластография билан тўлдирилди. "Кесиш тўлқини" эластографияси - бу маълумотларнинг субъектив талқинини истисно қиладиган тўқималарнинг эгилувчанлигини миқдорий баҳолашга имкон берадиган усул [7,10,13,16]. Жисмоний томондан, силжиш тўлқини эластик кўндаланг тўлқин (ультрасоник тўлқин - узунламасига) бўлиб, муҳит заррачаларининг силжиши тўлқин йўналишига перпендикуляр бўлади. Ушбу усулнинг ишлаш принципи ультратовуш пульси натижасида келиб чиқадиган тўқималарда силжиш тўлқинининг пайдо бўлишига ва кейинчалик унинг тарқалиш тезлигини баҳолашга асосланган. Бундай ҳолда, кесиш тўлқинининг ўтишини визуализация қилиш, шунингдек, ультратовуш сенсори томонидан амалга оширилади. Эгилувчанлик индексининг сонли қийматлари м/с ёки кПа да, кесма тўлқин эластографиясининг турига қараб берилган, шунинг учун усул "миқдорий ультратовуш эластографияси" ёки "эластометрия" деб номланади.

Адабиётда, кесиш тўлқин эластографияси учун иккита усул ишлатилганлиги айтилган: нуқта ва икки ўлчовли кесиш тўлқин эластографияси [6,12,13,16,19]. Товуш тўлқинларини ҳосил қилиш усули сифатида кесиш тўлқинлари нуқтаси эластографияси тўқима эгилувчанлиги тўғрисида миқдорий маълумотларни олишга имкон беради, аммо фақат диққат марказида маълум бир чуқурликда.

Сочиш тўлқинларини бошқа чуқурликда олиш учун фокус зонасини сенсордан яқинроқ ёки бошқа томонга силжитиш ва янги кучли ультратовуш пульсда керакли босимни ҳосил қилиш учун кесиш тўлқинларини олиш ва уларнинг хусусиятларини ўлчаш керак.

Рангли эластограммаларни ўрганиб чиққандан сўнг, эластометрия эркин ҳаракатланадиган ва ўлчамлари ўзгарувчан бўлган бир ёки бир нечта синов ҳажмлари ёрдамида амалга оширилади. Рақамли маълумотлар ҳам тебраниш тўлқинларининг тезлиги (м/с) ёки эгилувчанлик (кПа) кўрсаткичлари сифатида тақдим этилиши мумкин. Шундай қилиб, ушбу технология қалқонсимон безининг эгилувчанлигини миқдорий равишда акс эттиришга имкон беради.

Ушбу технология ва олдинги технологиядан (қия тўлқинли нуқта эластографияси) сезиларли фарқ шундаки, рангларни хариталаш эластометрияни сезиларли даражада осонлаштиради ва бу шифокорга фақат юқори сифатли, артефакт бўлмаган эластограмларни танлаш имкониятини беради [1,6,13,14,17].

Ишнинг мақсади. Қалқонсимон безининг тугунли ўсма касалликларини дифференциал ва аниқловчи ташҳисотини мультипараметрик ультратовуш текширув ёрдамида яхшилаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот остида, қалқонсимон безнинг ўчоқли ўсма касалликлари характерини аниқлаш учун УТТга юборилган 86 та бемор бўлди. Беморлар ёши 18 дан 78 гача. Текширилганлар орасида эркаклар ва аёллар нисбати 27(32%) ва 59(68%). УТТ текшируви, 5-13МГц диапозони оралиғидаги датчиклар ёрдамида Logiq S8 XD clear GE Healthcare (Америка кушма штатлари), «MINDRAY ДС-7», «MINDRAY ДС -8» (Хитой), HI VISION Preirus (Hitachi Medical Corporation, Япония) ва Samsung-Medison WS 80 AC ELITE (Жанубий Корея) каби замонавий УТТ аппаратларида ўтказилди.

УТТ текшируви стандарт: серошкал, рангли, энергетик ва спектрал допплерография усуллари ёрдамида ўтказилди. Шу қаторда эластография режими қўлланилди, бу режим қалқонсимон безининг ўчоқли ўсма касалликлари қаттиқлиги даражасини баҳолаш имконини беради.

Ишнинг натижалари ва муҳокамаси. Текширилган 44(51%) та беморда қалқонсимон безида битта- иккитадан тугунли ҳосилалари топилган бўлса, 42(49%) та беморда қалқонсимон безининг кўплаб тугунли хосилалар билан шикастланганини кузатдик.

Қалқонсимон безининг шикастланиши кўпроқ 29(85,2%) репродуктив ёшдаги аёлларда кузатилди. Текширилганлар орасидаги энг катта гуруҳни (n=58) 67% диффуз-тугунли бўқоқнинг турли вариантларидан азият чекувчилар ташкил этди.

86 та бемордан: 64(74%) тасида қалқонсимон безини катталашгани, 29(34%) тасида қалқонсимон безини контурлари нотекислиги, 31(36%) тасида қалқонсимон безини нотекис эхогенлиги, 53(62%) тасида қалқонсимон безини “хало” ҳошияси, 71(82%) тасида қалқонсимон безининг ҳажми катталашиши, 23(27%) тасида хосилаларда кальцинатлар ва 76(88%) та беморда қалқонсимон безини гиперваскуляризация белгилари аниқланди.

Эластография ўтказилганда норматив диапозон 18,4±7,8 кПа ни ташкил этди. Яхши сифатли ўсмаларда ўрта арифметик қиймат 47,5±10 кПа, яъни ишончлилиги нормадан юқори ($p<0,05$). Эластографияда 10-25 мм ўлчамдаги гипоэхоген ўчоқли ҳосилалар бир меъёрда кўк рангга бўялади.

Хулоса. Шундай қилиб, мультипараметрик ультратовуш текширувларидан фойдаланиш турли хил ҚБ тугунли касалликлари шаклланишини аниқлашда ушбу усулнинг самарадорлигини оширади. ҚБ тугунли касалликларини мультипараметрик ультратовуш текширувида энг информацион ультратовуш мезони бўлиб қалқонсимон безини контурларнинг нотекислиги, ҳажмнинг кўпайиши, кальциятларнинг мавжудлиги, гиперваскуляризация ва таъсирланган тўқима эгилувчанлигининг пасайиши ва қаттиқлик индексининг ошиши эди. Эластография қалқонсимон безини тугунли касалликларини ультратовуш текширувида муҳим қадам бўлиб, ТАПБ учун зоналарни янада оқилона аниқлашга ёрдам беради. Фақатгина мультипараметрик ультратовуш текшируви, шу жумладан Б-режими, энергитик допплер, рангли допплер, спектрал допплер ва эластография параметрларнинг ахборот аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда, ўрганиш сифатини яхшилашга, ҚБ тугунли касалликларини эрта аниқлашга ёрдам беради ва ушбу беморларни олиб бориш тактикасини оптималлаштиришга ёрдам беради. Фокус ҚБ тугунли касалликларининг босқичини аниқлаштириш учун ультратовуш усулининг диагностикаси аниқланади, бу эса хавфли ўсмаларни эрта босқичда аниқлаш имконини беради. ҚБ тугунли касалликлари ташхисида мультипраметрик ультратовуш текширувининг сезгирлиги 89,7%, ўзига хослиги 81,8%, диагностика аниқлиги 91,2% ташкил этди.

Адабиётлар руйхати:

1. Воронцова Н.А. Соноэластография в диагностике ургентных состояний в гинекологии:канд. мед. наук. – М., 2013. – С. 29-31.
2. Зубов А.Д, Чирков Ю.Э., Чередниченко С.И., Губанов Д.М. //TI-RADS: ультразвуковая классификация узлов щитовидной железы// Методическое пособие 2015 г., С. 12-17.
3. Зыкин Б.И., Постнова Н.А., Медведев М.Е. Ультразвуковая эластография (обзор).Медицинский алфавит. Диагностическая радиология и онкотерапия 1-2/2013 г., С. 14-19.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в Россиив 2014 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ«НМИРЦ» Минздрава России, 2016. – ил. – 250 с. ISBN 978-5-85502-219-3.

5. Кит О.И., Максимова Н.А., Дурицкий М.Н., Арзамасцева М.А., Ильченко М.Г. Роль ультразвукового исследования на этапах скрининга при проведении дней профилактики онкологических заболеваний молочных желез // Современные проблемы науки и образования. –2015. – № 2–1; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18134.

6. Мамадалиева Я.М., Хушназаров Х.Х.Возможности мультипараметрического ультразвукового исследования в диагностике очаговых образований щитовидной железы. //Журнал Клиническая и Экспериментальная онкологии. Ташкент 2018 №4 С 62-70.

7. Максимова Н.А., Арзамасцева М.А., Бойко К.П., Гурнак В.В., Ильченко М.Г.Ультразвуковая эластография – новый метод в дифференциальной диагностике новообразований различных локализаций // Оптимизация методов лечения рецидивов и метастазов рака различных локализаций. Сб. РНИОИ под редакцией д.м.н., проф. О.И. Кита. –Ростов-на-Дону: ЗАО «Ростиздат», 2012. – С. 149-153.

8. Максимова Н.А., Ильченко М.Г. Ультразвуковое исследование на этапах скрининга при проведении дней профилактики онкозаболеваний молочных желез в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте // Журнал Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2015. – № 5. – Тезисы 7 съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. – С. 106.

9. Митьков В.В., Митькова М.Д. Ультразвуковая эластография сдвиговой волной//Ультразвуковая и функциональна диагностика. – 2015. – № 2. – С. 94-108.

10. Осипов Л.В. Технологии эластографии в ультразвуковой диагностике. Обзор //Диагностическая радиология и онкотерапия. –2013. – № 3-4.– С.5-23.

11. Паршин В.С., Тарасова Г.П., Павлинова Е.С. Эластография сдвиговой волны в дифференциальной диагностике доброкачественной и злокачественной природы узловых образований щитовидной железы // Радиация и риск. – 2014. – Т. 23, № 2. – С. 72-84.

12. Поморцев А.В., Астафьева О.В., Дегтярева Ю.С., Ахарова О.И. Комплексная ультразвуковая диагностика очаговых образований в щитовидной железе // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – № 2 (144). – С. 99-105.

13. Пулатова И.З., Мамадалиева Я.М., Хушназаров Х.Х. Эластография в системе комплексного ультразвукового исследования очаговых образований щитовидной железы.// Журнал Блютень Ассоциация Врачей Узбекистана 2019. № 3. С. 80-85

14. Руденко О.В., Сафонов Д.В., Рыхтик П.И., Гурбатов С.Н., Романов С.В. Физические основы эластографии. Часть 2. Эластография на сдвиговой волне (лекция) // Радиология-Практика. – 2014. – № 4 (46). – С. 62-71.

15. Ультразвуковая эластография в оценке патологии щитовидной железы [электронный ресурс]. Доступно по: http://rh.org.ru/news/141-ultrazvukovaya-elastografiya-otsenke-patologiishchitovidnoj-zhelezy. Дата обращения 19.04.2016.

16. Хушназаров Х.Х.Современные ультразвуковые технологии в диагностике рака щитовидной железы. // Журнал Блютень Ассоциация Врачей Узбекистана 2019. № 3. С. 74-80.

17. Хушназаров Х.Х. Роль и значение мультипараметрического ультразвукового исследования в уточняющей диагностике рака щитовидной железы. // Журнал Блютень Ассоциация Врачей Узбекистана 2019. № 1. С. 131-136.

18. Bojunga J., Herrmann E., Meyer G., Weber S., Zeuzem S., Friedrich-Rust M. Real-time elastography for the differentiation of benign and malignant thyroid nodules: a meta-analysis. Thyroid,2010, vol. 20, pp. 1145-1150.

19. Cosgrove D., Piscaglia F., Bamber J., Bojunga J., Correas J.M., Gilja O.H., Klauser A., SporeaS., Calliada I., Cantisani F.V., D'Onofrio M., Drakonaki E.E., Fink M., Friedrich-Rust M., FromageauJ., Havre R.F., Jenssen C., Ohlinger R., Săftoiu A., Schaefer F., Dietrich C.F. EFSUMB Guidelines andRecommendations on the Clinical Use of Ultrasound Elastography.

Part 2: Clinical Applications.Stuttgart-New York: Georg ThiemeVerlag KG, 2013. Available athttp://elastografia.ru/upload/iblock/66f/ 66f89dc0f6693e57cdad15204749b5ad.pdf.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАМНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ Microsoft Project В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Мамедова Гузаля Бакировна, Талипов Илшод Яшарович

Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением, Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкент, Узбекистан

Аннотация В данной публикации рассматривается применение новых принципов в педагогической деятельности с использованием информационных технологий в процессе преподавания дисциплины по маркетингу в здравоохранении. Проанализированы проблемы традиционной модели образования и рассмотрен концептуальный подход к созданию новой модели образования на базе использования ИКТ. Построена структурно-функциональную модель обучения маркетингу, способствующая успешности профессиональной подготовки студентов. В ходе опытно-поисковой работы оценена успешность использования информационных и коммуникационных технологий в обучении «Маркетинга в системе здравоохранения». Рассмотрены и предложены перспективные направления программного обеспечения Microsoft Project по дисциплине «Маркетинг в системе здравоохранения».

Ключевые слова: Маркетинг в системе здравоохранения, Microsoft Project, педагогические технологии, информационные технологии.

Введение. Понятие педагогической технологии частно-предметного и локального уровней почти полностью перекрывается понятием методик обучения; разница между ними заключается лишь в расстановке акцентов. В технологиях более представлена процессуальная, количественная и расчетная компоненты, в методиках - целевая, содержательная, качественная и вариативно-ориентировочная стороны. Технология отличается от методик своей воспроизводимостью, устойчивостью результатов, отсутствием многих «если» (если талантливый учитель, если способные студенты, хорошие родители...). Смешение технологий и методик приводит к тому, что иногда методики входят в состав технологий, а иногда, наоборот, те или иные технологии -- в состав методик обучения.

Попытки внести технологию в учебный процесс не прекращались все наше столетие. Приблизительно до середины 50-х годов они были связаны с созданием некоей технической среды, комплекса автоматизированных средств для традиционного обучения. С середины 50-х годов появился новый технологический подход к построению самого учебного процесса. Но и первый подход продолжает развиваться по пути освоения новых информационных технологий. Оба направления все более смыкаются, меняя саму парадигму образования. Сегодня понятие образовательной технологии может рассматриваться широко как область педагогической науки и как конкретная образовательная технология.

В современном образовании происходит трансформация целей и задач: с задачи «усвоения знаний» акцент все больше переносится на формирование «компетентности», происходит переориентация его на личностно-ориентированный (гуманистический) подход, противоположный знаниево-ориентированной, без личностной педагогики. Другой значимой задачей является овладение учащимися современными технологиями управления проектами, поскольку использование проектного метода в решении экономических, технологических и других задач стало уже общепринятым. Освоение данной темы значительно повысит квалификационный уровень учащихся, даст им необходимые знания и мощный инструментарий, сделает их востребованными и

конкурентоспособными на рынке труда в условиях как современной инновационной экономики Узбекистана, так и мировой экономики в целом.

В связи с чем перед нами были поставлены следующие задачи:

- Проанализировать проблемы традиционной модели образования и рассмотреть концептуальный подход к созданию новой модели образования на базе использования ИКТ;
- Построить структурно-функциональную модель обучения маркетингу, способствующую успешности профессиональной подготовки студентов;
- В ходе опытно-поисковой работы оценить успешность использования информационных и коммуникационных технологий в обучении «Маркетинга в системе здравоохранения»;
- Рассмотреть перспективные направления программного обеспечения **Microsoft Project** по дисциплине «Маркетинг в системе здравоохранения»

Использование программного обеспечения **Microsoft Project** в преподавании дисциплины «Маркетинг в системе здравоохранения» призвана помочь преподавателям глубже освоить новейшие информационные и педагогические технологии, расширить их использование в повседневной работе с учащимися и при подготовке учебных материалов к занятиям, в проектной работе и самостоятельных исследованиях студентов. Данная программа предусматривает освоение преподавателями проектно-исследовательской методики, работу учителей с мультимедиа- и интернет-ресурсами, разработку ими собственных проектов с широким использованием информационных технологий, создание от лица учащихся презентаций, публикаций и веб-страниц, как представлений результатов самостоятельных учебный исследований. Таким образом, MS Project и ее апробация призвана оптимизировать труд преподавателя и помочь ему в реализации поставленных обществом задач.

Методология управления проектами с использованием Microsoft Project

Целью применения данной методологии является, ознакомление учащихся с основными понятиями теории управления проектами, научить планировать и создавать проекты с помощью актуальных компьютерных технологий, дать навыки реальной работы с проектами в среде пакета MS Project.

Основы планирования включают теоретические основы управления проектами, основные понятия теории управления проектами, определение термина «проект», использование MS Project в управлении проектами, особенности составления плана проекта в MS Project, определение составляющих проектного плана, выявление основных принципов планирования, характеристику базовых понятий теории управления проектами, основных принципов планирования в среде MS Project.

В процессе преподавания дисциплины маркетинга, педагогам часто приходится разъяснять принцип маркетингового планирования, его этапы и четкое описание действий маркетологов на каждом этапе. Каждой группе студентов дается задание, составить вой маркетинговый план и то, как эффективно это будет сделано позволяет оценить уровень знаний данного студента или группы студентов. Составление плана с использованием программного обеспечения Microsoft Project позволяет более детализировано и эффективно использовать теоретические знания на практике.

Планирование проекта с использованием MS Project включает решение следующих подзадач: определение состава работ; ввод названий задач; создание подзадач; преобразование задач в подзадачи; ввод длительности задачи; длительность суммарной задачи; создание вехи; преобразование задачи в веху; суммарная задача проекта; установление связей между задачами; типы связей и их свойства; ограничения и крайние сроки; свойства ограничений и крайних сроков; ввод повторяющихся задач.

Методические рекомендации и их применение по управлению проектом при использовании программы MS Project.

Разработана методика управления студенческим проектом с использованием MS Project, включающая следующие этапы: планирование проекта, реализация и отслеживание состояния проекта. Решены основные задачи по планированию проекта: определены цели проекта и технологические стадии; составлен список задач и спрогнозирована их длительность; заданы вехи; установлены связи между задачами; составлен список назначенных на задачи ресурсов; задан бюджет проекта; утвержден базовый план;

В настоящее время информационные технологии в сфере образования получают все большее и большее распространение, поскольку большое количество программ позволяют значительно повысить качество образовательного процесса.

Исходя, из полученных результатов можно сделать **заключение**, что применение программного обеспечения Microsoft Project в системе преподавания цикла «Маркетинг в здравоохранении» даёт большой положительный эффект в плане рационального планирования и управления проектом составления маркетингового плана.

Эффективный план дает четкое видение проекта, включая что должно быть сделано, по каким стандартам выполнено, кто будет делать, в какие сроки, сколько это будет стоить, кто за это будет платить. Что в конечном итоге будет способствовать лучшему пониманию студентами работы отделов маркетинга в медицинских учреждениях.

Литература:

1. Корокошко Ю. В. Доверительный маркетинг или продвижение продукции на основе информационных технологий. Информационные технологии в экономике, управлении и образовании. Сб-к науч. стат. - СПб.: СПбГУЭФ, 2011. - Ч. 2. - С. 116 - 119.
2. Корокошко Ю. В. Игровой маркетинг или новая форма интерактивных маркетинговых коммуникаций. Актуальные проблемы социальной коммуникации: мат-лы I Межд. науч.-практ. конф. НГТУ им. Р. Е. Алексеева. - Нижний Новгород, 2010. - С.38 - 41.
3. Наумов В. Н. Маркетинг доверия: теория, стратегии, практика // Маркетинг и маркетинговые исследования, 2019, №2 (86). - С. 98 -108.
4. Шутенко А.В. Методы проведения учебных занятий с использованием средств информационных и коммуникационных технологий. - М.: Педагогический поиск, 2010.
5. Королев Д.В. Эффективное управление проектами. - М.: ОЛМА-ПРЕСС Инвест, 2018.
6. Культин Н.Б. Инструменты управления проектами: Project Expert и Microsoft Project. - СПб.: БХВ-Петербург, 2019.

ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В УЗБЕКИСТАНЕ

Мухамедова Н.С., Расулова Н.Ф., Саттарова З.Р.
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Расширение сегментации медицинского туризма неизбежно повлечет за собой развитие экономики и повышения имиджа страны на международной арене. Соответственно, нужно уделять внимание сопутствующей инфраструктуре, маркетингу, привлечению специалистов и квалификации персонала медицинских учреждений. В первую очередь перспективные реформы должны затронуть медицинские учреждения, оздоровительные центры и пансионаты. Здоровье для каждого человека стало залогом полноценной, счастливой и продолжительной жизни. Растет число людей, которые хотят поддерживать хорошую физическую форму, а при необходимости своевременно получать качественную медицинскую помощь. Появляются социальные субъекты,

предоставляющие оздоровительные, лечебно-реабилитационные и медицинские услуги, первоначально оздоровительный, лечебный и медицинский туризм.

Ключевые слова: медицинский туризм, компания, маркетинг, туристический, оздоровительный, реабилитация.

Цель исследования: Изучить постановку дел в области медицинского туризма в Республике Узбекистан с целью определения наиболее важных положительных и отрицательных факторов развития данной сферы с целью ее дальнейшего совершенствования.

Материалы и методы исследования. В процессе написания диссертационной работы были использованы следующие методы исследования: статистический, аналитический, метод анкетирования. На первом был проведен анализ законодательно правовой базы данных в области медицинского туризма в Республике Узбекистан, а также сравнительный анализ статистической базы данных Республики Узбекистан с зарубежными странами. На втором этапе было проведено интервью среди руководящего состава и персонала медицинских туристических компаний занимающихся медицинским туризмом.

Результаты исследования: Анализ опыта зарубежных стран в области медицинского туризма показал, что Южная Корея, к примеру, стала одним из лидеров медицинского туризма не за счет уникальной природы, а благодаря передовым методикам лечения и, особенно, достижениям в сфере хирургической косметологии. Аналогично и с другими известными направлениями — Израиль, Германия, США, Франция. Анализ постановки дел в области медицинского туризма в Республике Узбекистан выявил ряд проблем таких как: отсутствие системы взаимосвязей Минздрава, Совета Федерации профсоюзов, НК «Узбек туризм» по вопросам медицинского и оздоровительного туризма, а также медицинской реабилитации(87.9%); отсутствие международной аккредитации ведущих медицинских учреждений, решение вопроса страхования для лиц, получающих медицинские услуги (93%)как в пределах нашей республики, так и за рубежом с учетом всех рисков, которые могут возникнуть во время и после лечения. А также проблемы организации трансфера(36.2%), переводчиков(39.6%), специальных палат(50%), персональных сиделок(32.7%), дополнительных мест для сопровождающих лиц(60.3%), покупка сим-карт иностранными гражданами(15.5%), поддержка связи с лечащим врачом после окончания лечения и возвращения в свою страну(72.4%).

Список литературы:

1. Horowitz M.D., Rosensweig J.A., Jones Ch.A. Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace // Medscape General Medicine, 2005. 9(4), C. 11-17.
2. International Tourism // A Global Perspective. Madrid, WTO, 2017. C.402.
3. Грошев И.В., Корчагин Е.П. // Туристический бизнес для людей старшего возраста. ЭКО, 2012, № 9, С. 33-39. [Groshev I.V., Korchagin E.P. Turisticheskiy biznes dlya lyudey starshego vozrasta [Tourism Business for Elderly People]. EKO, 2012, no. 9, C. 33-39.]
4. Pharmaceuticals & Medical Products Practice. Available at: http://www.mckinsey.com/Client_Service/Pharmaceuticals_and_Medical_Products accessed 20.02. 2017.
5. Medical Tourism Around the World. Available at accessed 20.02.2017.
6. Мулихов М.Н., Куцевол Н.Г. Разработка механизма реализации концепции медицинского туризма. Фундаментальные исследования, 2012, № 6, сс. 739-743. [Mulikhov M.N., Kutsevol N.G. Razrabotka mekhanizma realizatsii kontseptsii meditsinskogo turizma [Development of a Mechanism for Implementing the Medical Tourism Concept Fundamental'nye issledovaniya, 2012, no. 6, pp. 739-743.]

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКЛАМНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В УЗБЕКИСТАНЕ

Расулова Н.Ф., Бердимуратов Д.У., Каримова М.А.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Аннотация. В развитие реформирования отношений в здравоохранении происходит разгосударствление медицинских учреждений и приватизация ведут к тому, что лечебным учреждениям приходится вести свою деятельность в условиях рынка медицинских услуг. Особое место в развитии маркетинга и продвижении медицинских учреждений на рынке медицинских услуг отводится медицинской рекламе.

Ключевые слова: маркетинг, реклама, частный, учреждения, рынок, научный центр, специализированный

Цель исследования. Изучить постановку дел в области развития рекламы в Республиканский специализированный научной медицинской центр, а также частных медицинских учреждениях Республики Узбекистан и разработать рекомендации по ее совершенствованию.

Материалы и методы исследования. Основными методами исследования были: изучение литературных источников по теме; санитарно-статистические анализы; социологические исследования; анкетирование. Материалом исследования в данной работе послужила рекламная деятельность в медицинских учреждениях. Для чего было составлено анкетирование и проведено среди персонала частных медицинских клиник и Республиканский специализированный научной медицинской центр на предмет определения эффективности рекламы. Общее количество медицинских учреждений, в которых проводилось анкетирование, составило 10 из них 9 (90%) это частные медицинские клиники и 1(10%) Республиканский специализированный научно-практический центр акушерства и гинекологии. Количество респондентов, которые приняли участие в анкетировании, составил 43 человека. Возраст респондентов распределился практически с одинаковой частотой (30%)в трех возрастных группах кроме возрастной группы старше 60 лет, которая составила(10%). Средний возраст респондентов составил 43 года. 23 респондента (53%) среди опрошенных были мужчины и 20 (47%) женщины.

Результаты исследования. Результаты нашего исследования показали, что наиболее часто используемая реклама в медицинских учреждениях это баннерная реклама 93%. Интернет реклама также становится популярной, однако ее использование отметили лишь 51%, не смотря на то что 90.6% респондентов считают ее наиболее эффективной 81% руководителей медицинских учреждений не обращаются за помощью в проведении рекламы в профессиональные рекламные агентства, считая, что в этом нет необходимости, таким образом, рекламой медицинских услуг не всегда занимаются профессионалы своего дела, и она осуществляется интуитивно без учета анализа потребностей потребителя. Проведение рекламной деятельности в медицинском учреждении в 72% случаев возлагается на директора клиники, зачастую не имеющего специального экономического образования.

Список литературы:

1.Ноздрева Р. Б., Соколова М. И. Маркетинг // Учебное пособие М. 2007. С. 298-304.
2.Максимова С.И. Маркетинг в здравоохранении // Учебно-методическое пособие. К. 2011. С. 47-51.
3.Белоусова Л.А. Маркетинг в социальной сфере // СПб. 2005. С. 255-259.
4.Вихров И.П. Менеджмент социальных услуг// Учебно-методическое пособие. К. 2012. С. 123-127.
5.Мамедова Г.Б., «Применение принципов маркетинга в системе здравоохранения» Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы

гигиенической службы Узбекистана» // Ташкент 2011. С. 98-99.

ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Насирова Г.Р., Турдиева Ш.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Одним из актуальных вопрос современной педиатрии остаётся повышение эффективности лечения острого тонзиллита у детей. Данная проблема связана с высокой встречаемостью заболевания среди часто болеющих детей - до 23% (А.С.Полякова с соавт., 2018).

Цель исследования. Изучить особенности бактериальной обсеменённости миндалин у детей с острым тонзиллитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось в амбулаторных условиях среди 128 детей в возрасте от 3 до 14 лет с остром тонзиллитом. Всем обследуемым детям проводили общеклинические исследования, фарингоскопию. Бактериальная флора миндалин изучался путём бактериального посева мозка из слизистых миндалин.

Результаты. Как показали наши исследования, в поликлинических условиях катаральная форма острого тонзиллита диагностирована у 65,63% (n=84) детей, фолликулярная – 22,66% (n=29), лакунарная – 11,72% (n=15) детей, что указывает на преобладание катаральной формы острого тонзиллита среди амбулаторных пациентов.

При клинико-лабораторном исследовании отмечали выраженный лейкоцитоз с нейтрофилёзом, на фоне ускорения СОЭ.

Исследования совместной колонизации бактерий и вирусного взаимодействия в патогенезе острого тонзиллита показали, что у пациентов чаще всего наблюдалась следующие колонизации: *Staphylococcus aureus* (42,2%) *Streptococcus pneumoniae* (32,0%), *Haemophilus influenzae* (24,2%), *Haemophilus parainfluenzae* (18,8%), *Streptococcus anginous* (10,9%), *Moraxella catarrhalis* (9,4%), *Streptococcus dysgalactiae ssp. equisimilis* (8,6%), *Streptococcus agalactiae* (3,1%), которые чаще всего встречались в виде совместной колонизации. По результатам исследования *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes*, с различными относительными пропорциями, и инфекция стрептококкового ряда являлся доминирующем звеном. Примерно у одной пятой таких пациентов *Staphylococcus aureus* был единственным патогенным агентом. При этом, совместная колонизация *Moraxella catarrhalis*, увеличивал риск развития острого тонзиллита. Одновременно с бактериальной группой определили наличие *Candida sp.* - 16,4% (n=21). Указывающее на роль миксинфекции при развитии острого тонзиллита у детей.

Вывод. Основным предиктором развития острого тонзиллита у детей является вирусная инфекция (75,8%), которая может способствовать к усилению колонизации миндалин патогенной бактериальной флорой, особенно *Staphylococcus aureus* (42,2%) *Streptococcus pneumoniae* (32,0%), и в 66% случаев отмечается совместная колонизация нескольких бактерией, что следует учесть при назначении антибактериальной терапии данным пациентам.

Не инвазивная инструментальная оценка фиброза печени у больных с хроническим гепатитом В и С

Н.М Мамажанова

Актуальность. Проблема хронических диффузных заболеваний печени, основную долю которых составляют вирусные поражения, – одна из наиболее актуальных в современной медецины.Гепатотропные вирусы вызывают хроническое воспаление печени с развитием

фиброза. Биопсия печени считается «золотым стандартом» в диагностике фиброза. Однако данные опубликованных в последние годы работ свидетельствуют о некоторых расхождениях в результатах, о наличии противопоказаний к проведению морфологического метода, что послужило толчком к разработке неинвазивных методов диагностики фиброза печени. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости в настоящее время является обязательным методом для диагностики заболеваний печени и используется практически во всех лечебных учреждениях, что значительно облегчает диагностику в выявлении патологии на ранней стадии болезни.

При накоплении фиброзной ткани в печени изменяются ее физические свойства. В связи с этим весьма актуальным в настоящее время является определение эластичности ткани печени - метод эластографии. Таким образом, неинвазивные методы исследования информативны при обследовании органов брюшной полости, но уточнение диагноза является прерогативой того или иного метода. Каждый из методов имеет свои показания к применению и решает определенные диагностические задачи, поэтому необходим индивидуальный подход к каждому пациенту и назначение комплексного обследования, с наиболее информативными критериями, характерными для данного заболевания.

Ключевые слова гепатит , фиброз, допплер, эхогенность , УЗИ

Цель работы:Клиническая оценка применения ультразвуковой допплерографии и ультразвуковой эластографии в неинвазивной диагностике фиброза печени у больных хроническими вирусными гепатитами.

Материал и методы. Для поведения исследования были сформированы 3 группы.

В первую группу (здоровые - ЗД) вошли профессиональные спортсмены возрастом 18-26 лет, ведущие здоровый образ жизни, рационально питающиеся, не имеющие клинико-лабораторных проявлений каких-либо заболеваний и сведений о болезнях печени в анамнезе – 18 человек.

Во вторую группу (пациенты без заболеваний печени – БЗП) вошло 76 пациентов возрастом 20-67 лет, обратившихся по поводу патологии молочной железы, щитовидной железы, опорно-двигательного аппарата, либо для профилактического осмотра. На момент обследования у пациентов отсутствовали острые заболевания либо обострение хронических, не было клинико-лабораторных данных за патологию печени и сведений о перенесенном гепатите.

В третью группу (больные хроническим гепатитом – БХГ) - вошло 89 больных хроническим гепатитом возрастом 17-72 года, из которых у 49 – выявлен вирусный гепатит С, 29 - вирусный гепатит В, 3 – токсический, 8 - аутоиммунный гепатит, не имеющих клинико-лабораторных данных за цирроз печени.

Всем пациентам выполнено УЗИ печени по стандартным методикам на аппрате УЗИ ESAOTEMYLAB 7. Оценивали частоту выявления признаков, наиболее характерных (по данным литературы) для хронического гепатита: гепатомегалия, повышение или понижение эхогенности паренхимы, наличие включений, неоднородность структуры, а также случаев эхографически нормальной печени. Пациентам группы БХГ была выполнена ультразвуковаяэластография. Использовался режим импульсноволновойдопплерографии для получения количественных характеристик кровотока. На основании данных В-режима и оценки допплеровской кривой в венах портальной системы определяли диаметр, максимальную, минимальную, среднюю скорость кровотока .Также оценивалась форма спектра допплеровского сдвига частот.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ позволил сделать следующие заключения. Как показывают полученные данные у 55% пациентов с подтвержденным хроническим гепатитом присутствовали его эхографические признаки, т.е. высок уровень ложноотрицательных результатов, что обусловливает не высокие показатели чувствительности (40%) и ОПЦ (45,0%). Таким образом, невыявление при УЗИ эхографических признаков хронического гепатита не свидетельствует об его отсутствии, и

не может служить причиной отказа от дальнейшего обследования.С другой стороны, эхографические признаки, упоминаемые в литературе как типичные для хронического гепатита, могут иметь место и при отсутствии такового . Так, даже у молодых здоровых людей наблюдались изменения эхогенности печени в 2 (11,2%) случаях, у пациентов же группы БЗП описываемые признаки имели место в 8 (10,5%) случаях, причем наиболее распространенным их них явилось изменение эхогенности паренхимы печени (10,5%). Таким образом, выявление эхопризнаков, описываемых в литературе как типичные для хронического гепатита, не является свидетельством его наличия.По данным допплерографии **у** пациентов группы со слабыми клиническими проявлениями на УЗИ отмечался слабо выраженный фиброз печеночной ткани по ходу ПВ , не большие эхо неоднородные зоны , умеренное повышение эхогенности капсулы печени , диаметр воротной вены достоверно не изменялся. Значительно повышались максимальная — до 42,93+4,52 см/сек, минимальная — до 22,69+1,58 см/сек и средняя линейная скорость кровотока — до 30,87+2,15 см/сек

У больных с выраженными клиническими проявлениями В стадию с умеренным фиброзом диаметр воротной вены увеличивался, но изменения не были достоверными. Скоростные характеристики кровотока в селезеночной вене, особенно в проекции поджелудочной железы имели тенденцию к снижению. Средняя скорость кровотока — 11,91+1,32 см/сек.

Стадия тяжелогофиброзахарактеризовалась возрастанием скоростей кровотока в воротной вене: максимальная — 39,9+3,88 см/сек, минимальная — 27,28+1,63см/сек, средняя — 34,91 + 1,83 см/сек. Наблюдалось уменьшение волнообразности спектра допплеровской кривой, что подтверждало повышение сопротивления в портальной системе.

Выводы

1. Результаты нашего исследования показали что эхографические признаки, упоминаемые в литературе как типичные для хронического гепатита, могут иметь место и при отсутствии такового даже у молодых здоровых людей

2.Поданными нашего исследования ультразвуковое исследование печени не является достаточным для диагностики хронического гепатита, оценки его стадии и активности но, вследствие своей неинвазивности, безвредности и доступности, может быть полезно в установлении показаний к дальнейшему обследованию

3. Допплерографическое исследование информативна для дифференциальной диагностики стадий фиброзирования печени, что позволяется своевременно корригировать тактику лечения.

4. При выявление эхографических изменений печени является необходимым комплексное исследование в том числе выполнение допплерографии и эластографии.

Литература

1. Митьков В.В Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике 1996г Т.1. С.9-27

2. Doppler Ultrasonography as a Non –invasive Procedure for Diagnosis of Chronic Hepatitis British journal of Medecine & Medical Resear18 (1) 1- 6 2016, Article no BJMMR.28880

3. Митьков В.В Допплерография в диагностике заболеваний печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и их сосудов

4. Левитан Б.Н Особенности портального кровотока при хронических гепатитах и циррозах печени. Визуализация в клинике. 2001 № 5 С.16-20

5. Нарушение внутри печеночной гемодинамики при острых и хронических гепатитах, выявляемых с помощью дпплерометрии. Раевнева Т.Г Детская инфекционная клиническая больница. Г. Минск

6. Значение ульразвукового исследования при определение стадии хронических диффузных заболеваний печени . Терапевт , 2011 , N 1 , с 32-35
7. Рахимова З.Р Ходжакуелиев Б.Г Допплерографическое изменение печеночного кровотока у больных с циррозом печени//молодой ученный -2014.-N 4.- С .377-379)
8. . Diagnostic Value of Conventional and Doppler Ultrasound Findings in Liver Fibrosis in Patients with Chronic Viral Hepatitis. Journal of Medical Ultrasound (2015) 23 123-128

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Мамурова Нигора Нормуратовна, Носирова. Дилдора Эркиновна
Самаркандский Государственный медицинский институт

Аннотация. Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых патологий умирает 16 миллионов человек. Вклад метаболического синдрома в эту статистику довольно значим, но влияние метаболического синдрома на течение ВП изучено мало. Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения внебольничной пневмонии у больных с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: пневмония, метаболический синдром, пульмонология.

В настоящее время эксперты Всемирной организации здравоохранения оценивают метаболический синдром как новую пандемию XXIвека. Данная проблема опасна своими серьезными последствиями для здоровья человека. Тем более, что большинство людей не придают должного значения проявлениям синдрома. Между тем, данное состояние обратимо. Для исчезновения или уменьшения выраженности его симптомов достаточно обратиться к врачу, изменить образ жизни и контролировать артериальное давление или уровень сахара в крови [2]. “Метаболический синдром”- это конгломерат факторов риска, которые связаны между собой и способствуют развитию таких патологий, как ишемическая болезнь сердца и атеросклероз. Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых патологий умирает 16 миллионов человек. Вклад метаболического синдрома в эту статистику довольно значим, но влияние метаболического синдрома по течение ВП зучено мало. Одним из основных признаков метаболического синдрома считается наличие излишней жировой прослойки в области талии. Объем более 80 сантиметров у женщин 94 сантиметров у мужчин в районе талии- повод оценить наличие дополнительных факторов риска, в том числе, артериальной гипертензии(артериальное давление более 140/90мм ртутного столба), инсулинорезистентности и других [1].

Целью настоящего исследования является изучение особенностей течения внебольничной пневмонии у больных с метаболическим синдромом.

Методы исследования. Нами были обследованы 50 больных в разных возрастных категориях (1-я группа – молодые в количестве 18 человек, в возрасте 17-35 лет, 2-я группа – 32 больных старшего возраста - 38-82 года). Больные находились на стационарном лечении в отделении пульмонологии ГМО №1 г. Самарканда. Все больные были обследованы: объективный осмотр, измерение веса и роста, а также окружность живота. Всем больным на основании стандартов был выставлен диагноз пневмония. У всех больных также определялись глюкоза крови и мочи. Среди больных в 32% случаях обрядился метаболический синдром. Метаболический синдром вставлен на основе у лиц, страдающих патологическим ожирением тесно связана с ИМТ и ИР.

Результаты и их обсуждение. В среднем нахождение всех больных в стационаре - койка дни составило 9 дней. Больные, у кого быль определен метаболический синдром находились в среднем на 3-4 дня больше на стационарном лечении, чем остальные больные. Также всем больным была проведено антибиотика терапия. В динамике состояние больных улучшалось к 7-8 дню, по сравнению чем у больных без метаболического синдрома, которые отмечали улучшение состояния на 5-6 день. Это понижение температуры тела, уменьшение слабости, потливости и одышки.

Выводы. Метаболический синдром отягощает течении ВП по этому при обследование больных с ВП также учитывать присутствие у них метаболического синдрома комплексной терапии**.** При развитии любой воспалительной реакции в организме всегда взаимодействуют эндотелий, тромбоциты, лейкоциты, коагуляционная система плазмы и система комплемента [5]нарушения на этих уровнях и обусловливают все проявления МС. Установлено, что все составляющие МС способствуют развитию внутрисосудистого тромбообразования. В целом, значение понятия МС заключается в формировании раннего риска сосудистых катастроф, вследствие тромботических и реологических нарушений[3]. Метаболические нарушения у пациентов с МС приводят к возникновению более выраженных изменений показателей гемо-реологии и гемостаза [4]. А также к эндотелиальной дисфункции, к дисбалансу между продукцией вазодилатирующих, ангиопротективных, антипролиферативных факторов с другой. Подобные нарушения крови и сосудистой стенки занимают одно из ключевых мест в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Новости медицины и фармации» Газета.- №17. (340) 2010. Зарецкий М.М. к.м.н., Черникова Н.М. к.м.н., «Метаболический синдром в клинической практике».
2. Мамурова Н.Н., Носирова Д.Э. Статья: “Изменение со стороны ОАК у больных с пневмониальным заболеванией”. “Проблема эффективного использования научного потенциала общества”. Сборник статьей Международной Научно-практической конференции . Часть 2. УФА. 2017г.
3. Мамедов М. Метаболический синдром в реальных клинико-амбулаторных условиях: принципы диагностики и лечения: изд. Известия 2005 .- 41-45 с.
4. Мамурова Н.Н., Носирова Д.Э. «Тяжесть течение внебольничной пневмонии в зависимости от сопутствующей патологии». «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации». Выпуск 22. Г.Переяслав- Хмельницкий. 2017 год.
5. Дедов И.И. Ожирение: руководство для врачей. МИА.-М. 2004.- 450 с.

РОЛЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПО МЕТОДУ «ЭКЗАРТА» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА.

У.Т. Омонова, Ш.Ш. Абдусатторов, О.А.Юнусов
Ташкентская Педиатрическая медицинская институт.
Кафедра Неврологии, детской неврологии и медицинской генетики.

Актуальность: Проблема сосудистых заболеваний головного мозга по-прежнему является одной из наиболее актуальных в современном мире, в первую очередь по причине высокой смертности и инвалидизации населения [Верещагин Н.В., с соавт., 2011; Семенютин В.Б. с соавт.,2016; Alabri H, et al.,2017]. На сегодняшний день одной из ведущих причин инвалидизации населения являются сосудистые катастрофы в вертебро-базилярном бассейне (ВБН), поскольку при данной патологии страдают мозжечок, ствол мозга и верхние сегменты шейного отдела спинного мозга, задние отделы полушарий, что приводит к нарушениям вестибулярных функций, расстройствам статики и координации, зрительным и глазодвигательным нарушениям, что затрудняет физическую, психическую и социальную реализацию личности [Ибрагимова Е.Л. с соавт.,2012; Луцик А.А., с соавт., 2014]. Прогресс в лечении и реабилитации больных после инсульта позволил значительно снизить смертность, а также улучшить восстановление утраченных функций [Новикова Л.Б., 2012, Цукурова Л.А. и соавт., 2013, Горбачев В.И. и соавт., 2013]. Однако вопросы реабилитации в раннем восстановительном периоде по-прежнему требуют дальнейшего углубленного изучения. Выраженность постинсультных расстройств, прогноз определяются исходной тяжестью повреждения мозга и затрагивают физическую и психическую сферы деятельности человека, влияя на его качество жизни. Все

вышеизложенное и определило актуальность проблемы, цель и задачи настоящего исследования.

Цель: Изучить особенности двигательных нарушений в динамике терапии с использованием кинезотерапии по методу «Экзарта».

Материал и методы исследования: Анализу были подвергнуты результаты лечения 69 пациентов, перенесших ишемический инсульт. Средний возраст 42 женщин и 27 мужчин составил 68,5 лет. Диагноз устанавливали по результатам клинико-неврологических и инструментальных исследований. Оценка двигательных функций проводилась с использование шкалы MRS (Modified Rankin Scale), выраженность спастичности определили по шкале Ashworth. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от получаемого терапии. 1 группу составили 35 пациентов, которые получали кинезотерапию по методу «Экзарта» в дополнение к фармакотерапии. Во 2 группу вошли 34 пациентов, которые получали только базисную терапию. Анализ результатов лечения производился по следующим параметрам: восстановление неврологических функций, уровень социально бытовой адаптации, психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов. По шкале Бартел оценивались двигательные функции и бытовая адаптация.

Результаты: Так, в 1 группе достаточная и полная степень восстановления неврологических функций отмечалась у 66,3% больных, а во 2 группу этот показатель составил 38,5% ($p<0,001$). После курса реабилитации у детей в основной группе отмечается увеличение объема активных и пассивных движений, в целом в 1,7 раза по сравнению с группой сравнения. Улучшение походки зарегистрировано у 48% основной и 18% группы сравнения. Результаты, полученные в группе высокотехнологичного лечения по шкале Эшворта для нижних конечностей, также показали статистически достоверное улучшение. В группе пациентов, получавших кинезотерапию по методу «Экзарта», достаточная и полная степень бытовой адаптации отмечалась в 64,2% случаев, а во 2 группе в 36,2% случаев ($p<0,001$). Кроме того, применение кинезотерапию по методу «Экзарта», как свидетельствуют результаты исследования, способствует возвращению навыка вождения автомобиля. В 1 группе 27,2% больных среди тех, кто управлял автомобильными средствами до развития инсульта и утратил данную способность вследствие заболевания, вновь вернулись к вождению. Анализ материала показал существенную разницу в сроках и достигнутых результатах лечения: в группе больных, получивших комплексное лечение в ранние сроки после перенесенного инсульта, восстановление двигательных и чувствительных функций наступали быстрее, их медико-социальная адаптация – раньше, чем у пациентов при поздно начатой реабилитации. У некоторых больных контрольной группы восстановление некоторых функций не достигнуто.

Вывод: Согласно результатам исследования, применение кинезотерапию по методу «Экзарта» в дополнение к фармакотерапии в достоверной степени влияет на повышение эффективности восстановительного лечения пациентов после инсульта. Таким образом, ранняя реабилитационная терапия инсульта с комплексным воздействием дает отчетливые положительные результаты.

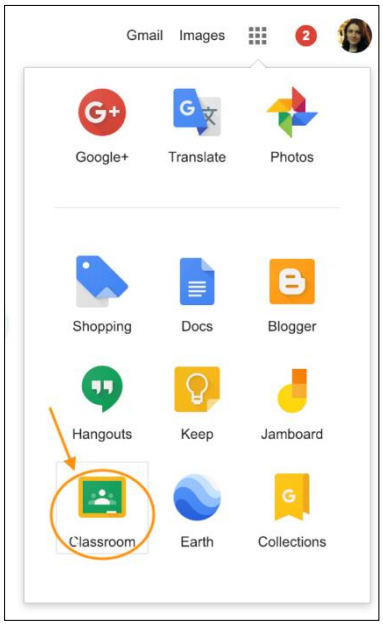
GOOGLE CLASSROOM – МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ ОЛИШНИНГ САМАРАЛИ ВОСИТАСИ

Г.Ҳ. Тўраева
Бухоро давлат университети
Ахборот технологиялар кафедраси
Бекчанова Гулбону
Бухоро давлат университети
Хорижий тиллар факультети
Таржима назарияси йўналиши

1-босқич талабаси

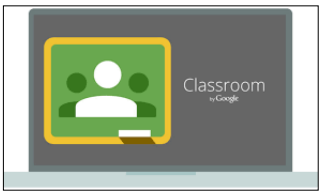
Аннотация: Тезисда пандемия муносабати билан жаҳон ва Ўзбекистон таълим тизимидаги ўзгаришлар, республикадаги онлайн таълим платформалари хусусида сўз юритилган. Хусусан, Google сервисларидан бири ҳисобланган Google Classroomнинг имкониятлари борасида алоҳида тўхталиб ўтилган.

Калит сўзлар: Масофавий таълим, онлайн платформалар, ўқув курси, талаба (ўқувчи), онлайн курс, онлайн тест, Google Play, Google Classroom, Google Drive, Google Hangouts, Google Account, Gmail.



Республикамизда Covid-19 пандемияси эълон қилинган бир даврда масофавий таълим олишга бўлган эҳтиёж кескин равишда ортиб кетди. Қатор миллий ҳамда хорижий таълим ресурслари ўз web-сайтлари орқали таълим олишни онлайн тарзда олиб боришни йўлга қўйди. Web-саҳифаларга жойлаштирилган видеодарслар, китоблар, маъруза материалларини бепул кўриш ва юклаб олиш имкониятини яратди. Республикамиздаги мобиль операторлар абонентлари учун prep.uz, teacher.uz, xanakademiyasi.uz, edu.uz, utube.uz каби таълим сайтларига киришни хеч қандай трафик тўловисиз бепул амалга оширишни жорий қилди.

Хорижий мамлакатларда эса, хусусан, АҚШнинг Кэмбридж университети китоблар, архив материалларидан фойдаланишни 2020 йилнинг 31 майига қадар очиб қўйди. Шунингдек, Google ҳам “Free Google Training Courses 2020 | Courses with Free Certificates” номли бепул онлайн курслар платформасини тақдим этди. Googlenинг онлайн платформаси орқали ўқув курсини тугалланганлиги тўғрисидаги сертификатни ҳам бепул юклаб олиш имконияти яратилди.



Googlenинг масофавий таълимга оид мана шундай хизмат турларидан яна бири **Google classroom** ҳисобланади.

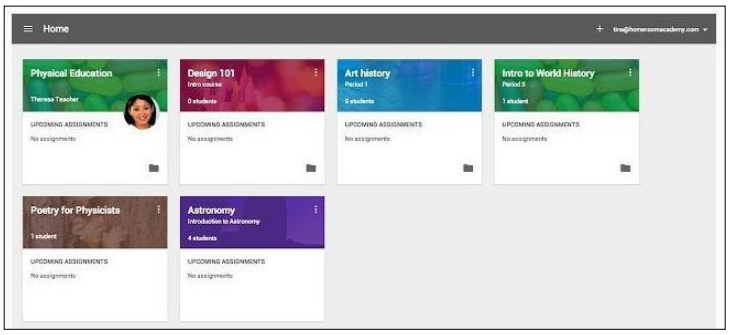
Google classroom – Google компанияси томонидан яратилган бепул масофавий таълим хизмати бўлиб, ўқув курсини яратиш, тарқатиш ва ўқувчиларни баҳолашни электрон усулда соддалаштиришга мўлжалланган. Кейинги кунларда Google classroom иловаси энг оммабоп таълим дастурлари бешталигига кирди. Гарчи икки ой олдин Google classroom жуда таниқли таълим иловаларидан ҳисобланмаган бўлсада, сўнгги кунларда мазкур илова Google Play онлайн дўконидан 50 млн. мартадан кўпроқ юклаб олинган. Илованинг 38 та тил вариантлари мавжуд. Google classroom ҳозирда АҚШда жуда машҳур бўлиб, у Канада, Мексика, Финляндия, Италия, Польша ва Индонезия давлатларининг ўрта мактабларида кенг қўлланилади.

Google classroomдан фойдаланиш учун ҳар бир фойдаланувчи, ўқитувчи ва ўқувчи ҳам Google (Gmail) да ўз аккаунти, яъни электрон почтасига эга бўлиши керак. Gmailдаги аккаунт орқали Googlenинг бошқа бир қатор хизматларидан (Google Calendar, Google Docs, Google Slides, Google Sheets, Google Drive) ҳам фойдаланиш мумкин.

Аҳамиятли жиҳати шундаки, Googlenинг юқорида эътироф этилган хизматлари ёрдамида яратилган барча файллар, чунончи, Google classroomда яратилган ўқув курси ҳам Googlenинг Google Drive иловасида сақланади ва бу иловада ҳар бир аккаунт (фойдаланувчи)га 15 Гбайт бепул жой ажратилади.

Google classroom имкониятлари:

- Ўқув курсини яратиш;
- Талаба (ўқувчи)ларни курсга ёзилишини ташкил қилиш;
- Талаба (ўқувчи)ларга керакли ўқув материалларини тарқатиш;



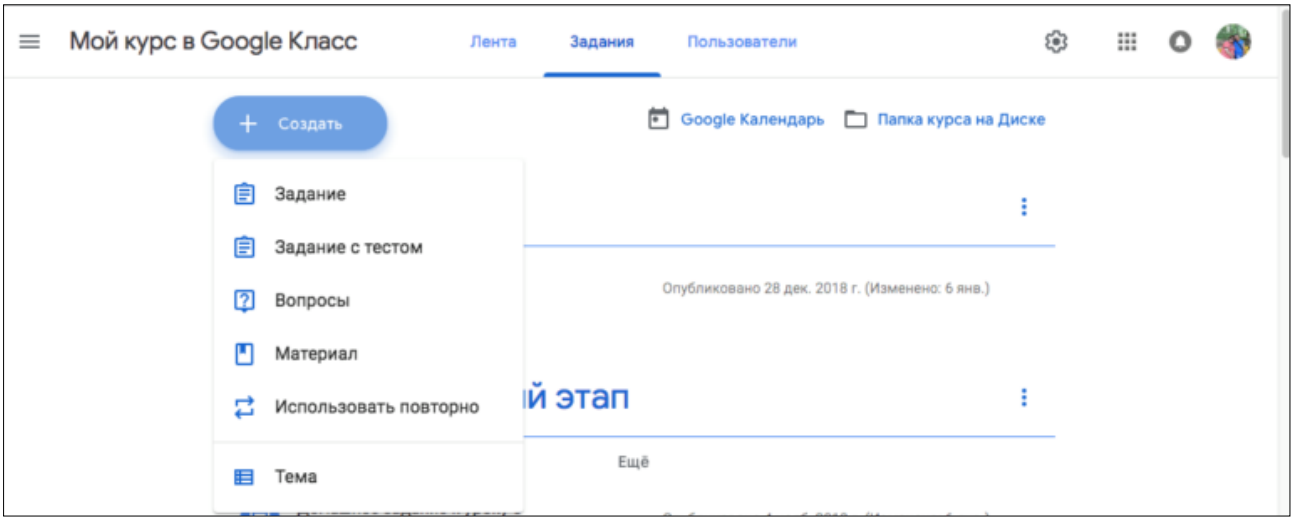
- Талаба (ўқувчи)ларга топшириқларни эълон қилиш;
- Талаба (ўқувчи)ларнинг бажарган топшириқларини баҳолаш ва уларнинг бажарилишини назорат қилиш;
- Онлайн тест топшириқларини яратиш;
- Талаба (ўқувчи)лар билан ўзаро мулоқотни ташкил қилиш.

Агар ўқитувчи онлайн курслар ўтказган бўлса, унда платформани тушуниш қийинчилик туғдирмайди. Бунда ўқитувчи бир нечта курслар билан ишлашни ташкил қилади, топшириқлар беради, шу жумладан, индивидуал курсларни ҳам текширади ва баҳолайди. Ўқитувчи хоҳлаган шкала бўйича баҳолашни амалган ошириши мумкин.

Google аккаунтлари кунига 30 тагача курс яратиши, максимал 100 та курсга аъзо бўлиши ва 200 тагача иштирокчига курсдан фойдаланишни очиб қўйиш ҳуқуқига эга.

Google Classroomдаги камчиликлар.

– Google Classroomда талаба (ўқувчи)лар билан вебинарлар ташкил қилиш имконияти мавжуд эмас. Ўқитувчи талаба (ўқувчи)лар билан онлайн учрашувларни ўтказишга имкон берадиган YouTube ёки Google Hangouts хусусиятларидан фойдаланиши мумкин.



– Google Classroom хизматининг очиқ версиясида электрон журнал мавжуд эмас. Ушбу имоният Google Classroomнинг корпоратив фойдаланувчилари учун мавжуд.

– Шахсий аккаунтлари бўлган курс муаллифлари учун чекловлар мавжуд: курсда қатнашувчилар сони 250 тадан ошмаслаги ва бир кунда 100 тагача иштирокчи қўшилиши мумкин.

Юқорида эътироф этилган камчиликларга қарамай, Google classroomнинг бир қатор ўзига хос афзалликлари ҳам мавжудки, бу онлайн платформадан ўрта таълим мактабларида, қолаверса, олий таълим муассасаларида ҳам тўлақонли фойдаланиш мумкин.

Хулоса қилиб айтганда, Google classroom жуда кенг имкониятли, фойдаланиш учун мураккаб бўлмаган қулай платформа бўлиб, унинг имкониятларини битта мақолада ёритиб бериш жуда мушкул. Google classroom иловасини бошқа бир қатор оммавий очиқ онлайн курсларнинг муқобили сифатида эътироф этиш ўринли.

Фойдаланилган манбалар:

1. Google classroom как способ организации дистанционного обучения \\ Материалы к вебинару «Организация дистанционного обучения на Google Classroom». –23 марта, 2020 г..
2. Инструкция по работе в Google Классе \\ Материалы вебинара «Google Classroom – простой способ организовать дистанционное обучение». – 11 апреля, 2020 г..
3. https://www.eduneo.ru/google-classroom/
4. https://ru.wikipedia.org/wiki/Google_%D0%9A%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81
5. https://bizzapps.ru/p/google-classroom/
6. https://tsn.ua/ru/nauka_it/kak-uchitsya-doma-besplatnyy-google-classroom-dlya-uchenikov-i-uchiteley-1518039.html

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДОВ ЛЕЙШМАНИИ У ДЕТЕЙ С КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ С ПОМОЩЬЮ ПЦР

ХАИТОВ К.Н., АБИДОВ Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Кожный лейшманиоз – трансмиссивная болезнь, эндемичная в странах с тёплым и жарким климатом. Сезон заражения связан с периодом лёта москитов (май – октябрь). Среди местного населения болеют главным образом дети, среди приезжих – люди всех возрастов. В последнее время интерес к проблеме кожного лейшманиоза возрос, ввиду его распространенности, частоты встречаемости и трудности терапии. Рост заболеваемости, увеличение частоты осложнений, отсутствие современной диагностики делают эту проблему актуальной.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения кожного лейшманиоза у детей.

Материалы и методы исследования. Были проведены исследования по идентификации видов Leishmania для диагностики кожного лейшманиоза, а также определение его видоспецифичности, основанной на методе полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ): Leishmania major, Leishmania tropica, Leishmania infantum. Обследование было проведено на основе образцов биологического материала (соскоб кожного эпителия) у 50 больных детей с кожным лейшманиозом.

Из кожного эпителия больных выделена была суммарная ДНК. Для определения наличия лейшманий проведено 50 ПЦР постановок. С целью определения видоспецифичности лейшмании проведен ПЦР в режиме реального времени. Из кожного эпителия больных выделена суммарная ДНК. Качество и количество ДНК проверено при помощи Biospec Nano. Выявлено наличие ДНК человека и ДНК лейшмании.

Результаты. Результаты исследования показали, что из всех исследованных 50 образцов в 48 образцах (96%) выявлена лейшмания. Также, исследования определение видоспецифичности лейшмании, основанной на методе полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ) показали, что во всех 48 образцах был установлен вид L. Infantum. Остальные виды лейшмании, такие как L.major и L.tropica не были выявлены ни в одном из образцов.

Выводы. Таким образом, результаты исследования доказывают рост заболеваемости кожным лейшманиозом среди детей. В микроскопической диагностике кожного лейшманиоза у детей следует обратить внимание на наиболее частую встречаемость вида L. Infantum. Подтверждение диагноза и правильная идентификация важны для назначения, соответствующего видоспецифического лечения, а также эпидемиологических исследований.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У ДЕТЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

ХАИТОВ К.Н., АБИДОВ Х.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сегодня проблема кожного лейшманиоза В Узбекистане остается актуальной, так как сохраняются исторически-сложившиеся эпидемические очаги данного заболевания в определенных регионах республики (Бухарская, Хорезмская области и др.). За последние несколько лет значительно возросло количество больных с городским типом кожного лейшманиоза, что указывает на изменившуюся эпидемиологическую ситуацию и появлению доселе новых очагов заболевания (г. Шахрисабз и г. Джизак). Увеличивается количество атипичных форм дерматоза, что приводит к диагностическим ошибкам, особенно при явлениях металейшманиоза.

Цель исследования. изучить клинические особенности кожного лейшманиоза и выделение диагностических алгоритмов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 50 больных кожным лейшманиозом (мальчиков – 29, девочек – 21) в возрасте от 5 до 18 лет. Диагноз кожного лейшманиоза был подтвержден у 49 (98,0%) больных обнаружением телец Боровского, в двух оставшихся случаев верификация заболевания основывалась на типичных клинико-эпидемиологических данных.

Результаты. На основании клинических проявлений сельский тип кожного лейшманиоза был установлен у 24 (48,0%) и городской – у 20 (40,0%) пациентов. У 6 (12,0%) больных был выявлен металейшманиоз, диагностика которого представляла определенную сложность.

При городском типе кожного лейшманиоза длительность кожно-патологического процесса превышала сроки 1 года (46,7%). При сельском типе кожного лейшманиоза обращало внимание многоочаговость (5 и более), а также проявления лимфангита и лимфаденита, выявленные у 15 из 24 (62,5%) пациентов. Ранее применяемое лечение оказывало положительное влияние на кожно-патологический процесс лишь у 16 (32,0%) пациентов.

Выводы. Правильная оценка первичного элемента, эпидемиологические особенности, учет пребывания в природно-очаговой зоне, динамика процесса и отсутствие эффекта от проводимого лечения являются алгоритмами правильной постановки диагноза кожного лейшманиоза и, следовательно, своевременной, адекватной терапии заболевания.

ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

ЯДГАРОВА Ш.Ш., РУЗИЕВ Ш.И., ЖУЛДИБАЕВА С.Ш., АБИДОВ Х.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Согласно данных современных литературных источников, более 55% всех отравлений составляют смертельные отравления алкоголем и его суррогатами. При этом, доля смертельных отравлений суррогатами алкоголя варьируется от 3 до 5%. В последнее время, резко возросло количество отравлений органическими растворителями и техническими жидкостями, принимаемыми внутрь в качестве суррогатов алкоголя. Повсеместная доступность этих соединений и плохая информированность населения об их ядовитых свойствах, приводят к возникновению отравлений этими веществами, причём частота таких отравлений имеет стойкую тенденцию к увеличению, что свидетельствует об актуальности этой проблемы.

Цель исследования. Разработать критерии степени тяжести химических травм и прогнозировать исходы в случаях отравлений суррогатами алкоголя.

Материалы и методы исследования. Нами были исследованы 50 архивных судебно-медицинских заключений по трупам лиц, получившим химические травмы при

отравлениях суррогатами алкоголя, из которых в 20 случаях лица, получившие химическую травму, после отравления находились в стационарах, где им оказывали интенсивную помощь, а также приложенные к ним медицинские документы. Исследования проводились в Республиканском специализированном научно-практическом центре судебно-медицинской экспертизы МЗ РУз.

Результаты. На основании данных, полученных по результатам изучения распределения частоты встречаемости отравлений суррогатами алкоголя среди мужчин и женщин в зависимости от времени года было выявлено, что наибольшее число отравлений суррогатами алкоголя приходится на зиму – 18 (36%), а также на осень – 13 (26%). но, если учитывать, что март в нашей стране также относится к холодному времени года, то на этот период приходится 37 случаев, то есть 74% от всех изученных случаев отравлений суррогатами алкоголя.

Также, проведённый анализ результатов судебно-гистологических исследований показал, что наиболее значимыми из микроскопических признаков, характерных для большинства изученных случаев, при судебно-гистологическом исследовании были: полнокровие сосудов в тканях лёгких (в 100% случаев), отёк мягкой мозговой оболочки и тканей мозга (в 86% случаев), отёк и очаговые кровоизлияния в ткань лёгких (в 84% случаев).

Выводы. Таким образом, необходимо регулярно проводить разъяснительную работу с населением о последствиях их употребления с целью снижения уровня частоты встречаемости отравлений суррогатами алкоголя. При обнаружении морфологических или гистологических изменений, характерных для отравлений суррогатами алкоголя, необходимо проводить комплексные судебно-токсикологические исследования трупов.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

РУЗИЕВ Ш.И., ЭЛИЕВА М.Ф., АБИДОВ Х.А., КАДИРОВ К.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет – это одно из самых распространенных эндокринных заболеваний человека. Основной клинической характеристикой СД является длительное повышение концентрации глюкозы в крови, как следствие нарушения метаболизма глюкозы в организме. Диагностика СД по морфологическим признакам вызывает трудности, так как специфических морфологических признаков, характерных для СД нет.

Цель исследования. Разработать алгоритм посмертной диагностики латентного сахарного диабета в судебно-медицинской практике.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели проанализированы результаты 50 биохимических исследований трупной крови из архива Республиканского специализированного научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы МЗ РУз с последующим определением в отобранных образцах трупной крови гликированного гемоглобина. Также была выделена группа из 29 морфологических признаков (толщина стенки левого желудочка, масса сердца, размер сердца, плотность миокарда и т.д.) – наиболее существенных для изучения сахарного диабета, по которым и проводилось сравнение.

Результаты. По полученным результатам выделена группа образцов, в которых уровень гликированного гемоглобина был повышен – всего 26 случай, т.е. более половины – 52 %. При анализе архива выявлено, что в 17 случаях (из 26) СД не был диагностирован при жизни и не предполагался судебно-медицинским экспертом после исследования трупа. Из 50 наблюдений с повышенным уровнем гликированного гемоглобина было выбрано 20, которые были разделены на две группы: группа 1: с

недиагностированным при жизни СД (12 наблюдений); группа 2: с диагностированным СД (8 наблюдений, в направлении которых на биохимическое исследование были указания на наличие или возможность СД, т.е. СД указывался как фоновое заболевание или как предположительная причина смерти). При сравнении группы 1 и группы 2 мы получили следующие результаты: распределения значений в исследуемых группах совпадают или близки по 27 из 29 признаков, или в 93% случаев; при этом полное совпадение отмечено по 21 из 29 признаков (72%), что является очень показательным.

Выводы. Таким образом, частота встречаемости повышенного уровня гемоглобина в образцах трупной крови достаточно высока (52 %), что свидетельствует о большой доле латентного (не диагностированного при жизни) сахарного диабета в практике судебно-медицинского эксперта. Однако зачастую декомпенсированный латентный СД, который может быть основной причиной смерти, не был диагностирован, а имеющиеся патоморфологические изменения были расценены как патология сердца (ишемическая болезнь сердца, алкогольная кардиомиопатия).

АНАЛИЗ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭФИРНОГО МАСЛА МЯТА

Расулова Н.Ф., Болтаева К.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкентский фармацевтический институт

Аннотация. Фитотерапия издавна применялась в народной медицине мира и в настоящее время считается одним из актуальных проблем в практической медицине. Лекарственные травы, содержащие комплексы антибиотических веществ, представляют один из богатых источников получения антибиотиков для медицинской практики. Эфирное масло базилика, как и растение, из которого его добывают, заслуживает своего звания «королевского», закрепившегося за ним еще тысячелетия назад. В древнем мире базилик считался королем всех растений. Мята облегчает симптомы и способствует выздоровлению при респираторных заболеваниях, в том числе при бронхитах, астме и усложненном дыхании, особенно если простудные заболевания сопровождаются высокой температурой. Доступная сырьевая база и результаты предварительных фармакологических исследований, открывающие перспективы использования эфирного масла мята в качестве эффективного противовоспалительного средства, указывают на актуальность и целесообразность всестороннего изучения этого растения. Литературные сведения об антимикробном действии эфирного масла мята ограниченны.

Ключевые слова: инокулят. колонии, питательный агар, инокулирование, музейные культуры, бактериологическая петля. штамм, кокки, бактерии, грибы.

Цель исследования: в этой связи в этой статье приведены результаты проведения эксперимента in vitro по изучению антимикробных свойств эфирного масла мята. **Эфирное масло** мята получают из листьев и цветов пряного растения, метод получения – дистилляция паром. Для получения 1 кг эфирного масла требуется 100 кг сырья. Исследуемый препарат эфирного масла мята для исследования был предоставлен нам сотрудниками кафедры фармакогнозии фармацевтического института.

Материалы и методы исследования:

Изучение противомикробной активности эфирного масла мята проводились совместно с сотрудниками Института микробиологии АНРУз.Исследования проводились согласно требованиям ГФ XI выпуска, [1] и “Руководства по контролю качества лабораторных исследований”(Ташкент,2000). Протвомикробную активность определяли по чувствительности тест – культур микроорганизмов методом диффузии в плотной питательной среде(“Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальнқм средствам”МУК 4.2.1890-04 РФ).

Исследуемый образец: объектом исследования служило эфирное масло мята нативное и в 50% концентрации(растворитель-стерильная дистиллированная вода)

Тест-культуры: В качестве тест штаммов использованы музейные культуры: Bacillus subtilis, Pseudomonas aeruginosa, Enterobater aerogenes, Escherichia coli, Candida albicans, Staphylococcus aureus-из коллекции микроорганизмов лаборатории «Генетика молочнокислых бактерий» Институт микробиологии АНРУз.

Питательные среды: для восстановления культур использовали питательный агар, для тестирования антимикробной активности использовали Мюллер-Хинтон агар. [2]

Исследование проводили диско-диффузионным методом.

Приготовление инокулята. Для приготовления инокулята использовали метод прямого суспендирования в стерильном изотоническом растворе колоний чистой 18-часовой культуры бактерий, иыросшей на питательном агаре. Для этого стерильной бактериологической петлей собирали несколько морфологически схожих колоний и суспендировали полученный материал в стерильном изотоническом растворе. Довели бактериальную суспензию до плотности 0,5 по стандарту мутности Мак Фарланда путём добавления в суспензию микробной массы или разбавления её стерильным изотоническим раствором. Суспензию использовали не позднее 60 минут после приготовления. [3]

Инокуляция чашек. Бактериальную суспензию инокулировали на агар не позже 60 минут после приготовления. Дя этого 100 мкл суспензии при помощи дозатора помещали на поверхность чашки с Мюллер – Хинтон агаром и для получения сплошного газона равномерно растирали по поверхности агара стеклянным бактериологическим шпателем. [4]

Метод лунок в агаре. После полной диффузии суспензии в питательную среду, в толще питательной среды вырезали лунки с помощью стерильной металлической полой трубки с диаметром отверстия 8 мм. В образовавшуюся лунку вносили 100 мкл исследуемой жидкости. После диффузии жидкости в толщу агара помещали чашку в термостат на 24 часа при 37^0 С. Измеряли диаметр зоны задержки роста вокруг лунок с исследуемой жидкостью. [5]

Результаты: установлено, что эфирное масло мята обладает выраженной противомикробной активностью ко всем исследуемым тест – культурам. На поверхности чашек с инокулированными B.subtilis и E.coli не наблюдалось роста тест – культур, что показывает чувствительность этих штаммов к парам эфирного масла (таблица.1)

Диаметр зоны подавления роста тест – культур эфирным маслом базилика (в мм.)

№	Тест - культура	Диаметр зоны подавления, мм.	
		100% р-р	50% р-р
1	Bacillus subtilis	нет роста на чашке	
2	Pseudomonas aeruginosa	35	23
3	Enterobacter aerogenes	30	25
4	Escherichia coli	нет роста на чашке	
5	Candida albicans	50	36
6	Staphylococcus aureus	25 – б/ц 35 – б/ц	20 – б/ц 25 – б/ц

Несмотря на неполную диффузию эфирного масла в лунках, наблюдалось высокая антимикробная активность и диаметр зон подавления роста превышал 20 мм. во всех случаях. По отношению к Staphylococcus aureus образец обладает как бактерицидным, так и бактериостатическим действием.

Вывод: Эфирное масло мята обладает выраженным противомикробным действием по отношению к изученным грамположительным и грамотрицательным бактериям, а также грибам рода Candida.

Список литературы:

1. Государственная фармакопея, // М., 2009. - Изд.XI.- Вып.2. – С. 400
2. Болтаева К.Ш.,Рахимова Г.К.,Адилбекова Д.Ю.,КомиловХн.М. // Изучение антимикробной активности сухого экстракта,приготовленного из Epilobium angustifolium (L.) Инфекция, иммунитет и фармакология – Ташкент 2010 – № 3-4 С.115
3. Болтаева К.Ш.,Нурмухамедов А.А.,Кодирова Д.Э.,Алиев Х.У.,Тухтаев Ф.Х. // Изучение антимикробных и противоглистных свойств сухого экстракта полыни горькой (ARTEMISIA ABSINTIUM L.) Журнал теоретической и клинической медицины – Ташкент 2014- № 3 С.306
4. Болтаева К.Ш., А.А.Нурмухаммедов, Л.И.Алимжанова, Ф.Х.Тухтаев, Д.К.Пулатова. // Изучения антимикробной активности бутаноловой фракции, выделенной из иван-чая, содержашего биологически активные вешества. Фармацевтический журнал – Ташкент 2015 – № 2 С 87
5. Болтаева К.Ш., А.А.Нурмухамедов, Д.Н.Шакирова. // Сравнительное изучение антимикробной активности субстанций, содержащих в своём составе наночастицы цинка и серебра. Фармацевтический журнал – Ташкент 2019 – № 2 С.115

РОЛЬ ЦИТОПРОТЕКЦИИ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Амира Асроровна Рузиева
Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета
Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Узбекистан, Самарканд.

Аннотация. Обследовано 30 больных ИБС, перенесших ИМ (мужчины – 18, женщины – 12). Средний возраст которых составлял 54,4±2,1 лет. Всем больным проводилось обследование: сбор анамнеза и осмотр; общее клинические и биохимические исследования, ЭКГ. Оценка проявлений ХСН у пациентов обеих групп проводилась по Нью-Йоркской классификации по результатам теста 6-минутной ходьбы. У больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный ХСН, на фоне базисной терапии вместе с кардиопротектором Милдронат, значительно улучшается качество жизни.

Ключевые слова: Милдронат, инфаркт миокарда, ишемическаая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность.

Актуальность проблемы. Острый инфаркт миокарда(ОИМ), представляющая собой ишемическую болезнь сердца (ИБС), является первопричиной развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). [1,3]. В патофизиологии синдрома постинфарктного ХСН лежит понятие «ремоделирование левого желудочка» , где систолическая дисфункция является всего лишь одним из его факторов, вместе взятых с изменением напряжения стенок и структуры диастолического наполнения [4,5].Из этого вытекает, что возникновение ХСН напоминает цикличность, развитие которого начинается со структурных изменений клапанов и нарушения возбудимости и проводимости в синусовом узле и проводящей системе сердца, в свою очередь вызывающее снижение систолической функции миокарда, в основе которых лежит диастолическая дисфункция ЛЖ[2,4]. . Последнее же в свою очередь является следствием резкого дефицита аденозинотрифосфата (АТФ) в кардиомиоцитах, приводящий к повреждению внутриклеточных структур, усугубляющий нарушение сократительной функции и протекающий на фоне ишемической атаки миокарда[1,5].

В стандарты лечения ишемической болезни сердца входят в-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты, имеющие ряд преимуществ и недостатков. К преимуществом входят обеспечение «отдыха» сердца-уменьшая его работу и улучшая коронарную микроциркуляцию [3]. Повлияв на гемодинамику и реологию коронарного кровотока, проявляют свой недостаток не способностью обеспечения

ишемизированного миокарда эффективным использованием кислорода. Также альтернативная замена или/и помощь этим препаратам требуется и тем больным, у которых присутствует противопоказания к использованию [2].

Препарат выбранный в данном исследование- Милдронат, своим метаболическим свойством обеспечивает протекцию всех клеток, в частности и кардиомиоцитов. Обеспечение же в свою очередь достаточным количеством АТФ, приводит к нормализации сократительной функции кардиомиоцитов и миокарда в целом. Сохранение энергетического потенциала и экономия энергии(АТФ), которая образуется при расщеплении двух основных соединений: свободных жирных кислот (65-70 %) и глюкозы (10-15 %), достигается под воздействием Милдроната. Что приводит к оптимизации использования кислорода ишемизированными кардиомиоцитами, вследствии усиления аэробного гликолиза и уменьшения интенсивности окисления жирных кислот [3,4,5]. Установлено, что добавление Милдроната к общепринятому лечению хронической сердечной недостаточности у больных с ишемической болезнью сердца с перенесенным инфарктом миокарда значительно улучшает сократительную функцию миокарда и уменьшает функциональный класс хронической сердечной недостаточности.

Цель исследования. Изучить влияние цитопротектора Милдронат у больных с инфарктом миокарда, осложненных хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Обследовано 30 больных ИБС, перенесших ИМ [мужчины – 18 (60%), женщины – 12 (40%)]. Средний возраст которых составлял 54,4±2,1 лет. Всем больным проводились обследования: сбор анамнеза и осмотр; общий клинические и биохимические исследования, ЭКГ. Оценка проявлений ХСН у пациентов обеих групп проводилась по Нью-Йоркской классификации по результатам теста 6-ти минутной ходьбы. Больные были распределены на 2 группы. В первую группу включили 17 (56,7%) больных [мужчины – 12 (70,6%), женщины – 5(29,4%)], которые наряду с базисной терапией получали Милдронат в дозе 5,0 в/в струйно в течение 10 дней. Во вторую группу (группа контроля) вошли 13 (43,3%) больных [мужчины – 6 (46,2%), женщины - 7(53,8%)], которые получали стандартную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты). Распределение по классам ХСН на момент включения больных в исследование наблюдалась в 1-ой группе у 13 (43,3%) пациентов : I ФК у 2 (15,4), II ФК - 5(38,4%), III ФК - 4(30,8%) и IV ФК - 2(15,4%). Во 2-й группе у 8 (61,7 %) больных: I ФК у 1(12,5), II ФК -3(37,5%), IIIФК - 2(25%) и IVФК - 2(28,6%) пациентов. По Миннессотскому опроснику в 1-й группе пациентов показатели качества жизни (среднее значение в баллах) было 68,5±2,2 баллов ($p<0,05$). В 2-ой группе было 63,3±1,9 баллов($p<0,05$).

Результаты. Улучшение качество жизни подтвердила положительная гемодинамика и оценка проявлений ХСН по ФК. В группе принимающих Милдронат - увеличилось количество больных со II ФК ХСН с 5 (38,4%) до 8 (61,4%), I ФК ХСН с 2 (25%) до 5 (31,25%) больных по сравнению с исходными данными за счет больных из III ФК и IV ФК. Уменьшилось количество больных с III ФК ХСН до 2 (15,4%) и IV ФК ХСН до 1 (7,7%) больных, а в контрольной группе наблюдалась незначительная отрицательная динамика (III до 1 (25%) и IV ФК без изменений).

В ходе исследования отмечена положительная динамика показателей, отражающих качество жизни по Миннесотскому опроснику. В 1-й группе пациентов показатели качества жизни (среднее значение в баллах) улучшились с 68,5±2,2 до 46,2±0,6 баллов ($p<0,01$). Во 2-й группе с 63,3±1,9 до 50,7±1,1 баллов($p<0,05$).

Выводы. Милдронат является цитопротектором высокого класса, в частности кардиопротектором, который на фоне применения (от 10 дней в стационаре и Милдронат 500 мг далее до 1 месяца) улучшает метаболизм сердечной мышцы и показан всем больным с ИБС, перенесшим инфаркт миокарда на ранних стадиях развития хронической сердечной недостаточности.

Список использованной литературы

1. Агабабян И.Р., Рузиева А.А. Динамика состояния эндотелиальной функции у больных хсн на фоне основного лечения.-//Достижения науки и образования, 2020.-№2(56).-с.71-75.

2 Агабабян И.Р., Садыкова Ш.Ш., Рузиева А.А. Оценка состояния больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный хронической сердечной недостаточностью на фоне приема кардиопротекторов.-//Достижения науки и образования, 2020.-№2(56).-с.75-79.

3. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА–О–ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2004; 5(1):4–7.

4. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения. Русский медицинский журнал. 2000; 15-16: 622-626.

5.Мухамедова М. Г. Особенности патогенеза. течения, диагностики и терапии хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста. Ташкент «Узбекистан» 2017. 23-33.

СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Салихов Ботирхон Равшанович

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан.

Аннотация: среди военнослужащих мужского пола, молодого и среднего возраста с артериальной гипертензией в зависимости от массы тела выявленна, что с нарастанием массы тела, от избыточной массы тела к ожирению имеется тенденция к увеличению частоты встречаемости ремоделирования миокарда левого желудочка по данным ЭхоКГ. Кроме этого, с повышением показателя индекса массы тела отмечается увеличение морфометрических показателей миокарда левого желудочка. Все это способствовала изучению структурно-геометрческих параметров и особенности ремоделирования левого желудочка у военнослужающих с артериальной гипертензией.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, ремоделирование левого желудочка, ожирение, избыточный вес.

Артериальная гипертензия (АГ) с нарастанием массы тела представляет собой серьёзную проблему современной медицины и занимает центральное место как фактор риска, который способствует повышению частоты осложнении и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний**.** [1]. Имеется причинная связь между ожирением и АГ [5]. С нарастанием массы тела при АГ отмечается повышение объема циркулирующий крови и увеличение ударного объема сердца. Эти изменения являются следствием повышения метаболических потребностей организма из-за увеличения общей массы и поверхности тела [2]. Структурно-функциональные изменения миокарда левого желудочка (ЛЖ), которая является одним из главных органов мишени при АГ представляет большой прогностический интерес.

Цель исследования — изучить структурно-геометрические параметры ЛЖ и особенности ремоделирования ЛЖ у военнослужащих молодого и среднего возраста с АГ 1-, 2- степени в зависимости от индекса массы тела.

Материалы и методы: Обследовано 86 больных с АГ среди военнослужащих мужского пола. 1 гр. – 52 больных военнослужащих молодого возраста от 20 до 44 лет,

средний возраст которых составил 36,25 ± 5,1 лет, 2 гр. – 34 больных среднего возраста от 45 до 55 лет, средний возраст которых 47,5±2,6 лет. В зависимости от типов ремоделирования ЛЖ пациенты обоих групп были распределены между собой на подгруппы.

Структурно-функциональные состояния сердца определяли методом эхокардиографии на ультразвуковом аппарате Neusoft (Китай), в В- и М- режимах по стандартной методике. Классификация типов ремоделирования ЛЖ при АГ использовали классификацию A. Ganau (1992), в модификации R.B. Devereux (1993), в модификации ESC/ESH (2013), которая основана на определении индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и относительной толщины стенок (ОТС) этого желудочка[4]. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывал по кубической формуле, рекомендованной экспертами ASE (2015): ММЛЖ, г = 0,8 × (1,04 × ((КДР ЛЖ + ЗС ЛЖ + МЖП)^3 – КДР ЛЖ^3) + 0,6 [7]. ИММЛЖ рассчитывали как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела [3]. ОТС, ед = (2х ЗС ЛЖ) / КДР ЛЖ. На основании значений ИММЛЖ и ОТС выделяли следующие типы ремоделирования сердца: нормальная геометрия ЛЖ (НГЛЖ); концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ); концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ); эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ) [6].

Результаты: Анализ исследования показал, что в группах молодого и среднего возраста встречались нормальная геометрия ЛЖ и концентрическое ремоделирование ЛЖ. Так, нормальная геометрия при АГ молодого возраста регистрировали в 59,6 % случаев (31 больных), концентрическое ремоделирование отмечалось в 40,4 % случаев (21 больных), при АГ среднего возраста - в 55,9 % случаев (19 пациентов) выявлена НГЛЖ и в 44,1 % случаев (15 пациентов) КРЛЖ. Эксцентрическая и концентрическая гипертрофия ЛЖ у обследованных не выявлена.

В обследованных группах проанализировано взаимосвязь изменений типов ремоделирования ЛЖ с индексом масса тела (ИМТ). Обнаружено, что в группе больных с КРЛЖ по сравнению с нормальной геометрией миокарда ЛЖ отмечалась тенденция к повышении показателя ИМТ, который у военнослужащих молодого возраста составил 31,3±1,9 кг/м^2 против 27,5±3,5 кг/м^2, у среднего возраста 31,2±4,4 кг/м^2 против 27,3±2,5 кг/м^2. (p=0,001; p=0,002).

Показатели толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), ММЛЖ, ИММЛЖ, ОТС имели тенденцию к повышению с нарастанием массы тела и были достоверно выше у больных с ожирение 1 степени чем у больных АГ с избыточной массой тела. Так, в группе больных молодого возраста с ожирением 1 степени в количестве 22 больных, эти показатели были соответственно ТМЖП – 1,07±0,04см; ТЗСЛЖ – 1,1±0,05 см; ММЛЖ – 171,2±7,2гр; ИММЛЖ – 86,2±5,9гр/м^2; ОТС – 0,435±0,01ед, против ТМЖП – 1,01±0,06см; ТЗСЛЖ – 1,05±0,04см; ММЛЖ – 155,2 ±7,8г0000р; ИММЛЖ – 74,6±4,6гр/м^2; ОТС – 0,38±0,02 (p=<0,01) относящий к группе с избыточной массой тела молодого возраста в количестве 29 больных. В группе среднего возраста также сохранялась такая тенденция, при этом у 18 больных выявлена избыточная масса тела и показатели были следующими: ТМЖП – 1,02±0,05 см; ТЗСЛЖ – 1,04±0,03см; ММЛЖ – 154,7±8,1гр; ИММЛЖ – 76,4±7,4 гр/м^2; ОТС – 0,39±0,021ед, у 16 больных с ожирением 1 степени имело тенденцию нарастания этих показателей: ТМЖП – 1,1±0,07 см; ТЗСЛЖ – 1,11±0,04см; ММЛЖ – 174,1±6,9гр; ИММЛЖ – 88,2±7,8 гр/м^2; ОТС – 0,44±0,01ед (p<0,01). Данные указывают на непрерывную связь между массой левого желудочка и массой тела больного.

Вывод: Таким образом, одним из важных факторов модифицирующих процессы ремоделирования миокарда при АГ, является ИМТ. При избыточной массе тела в обеих группах в отличие от больных с нормальной массой тела, возрастала частота ремоделирования ЛЖ. В связи с этим, для достижения эффективности комплексной терапии больных с АГ необходимо обратить внимание на нормализацию массы тела.

Литература.
1. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова С.А., Шальнова С.А. и др. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией. Кардиология. 2014; 10: 4-12.
2. Чумакова Г. А., Веселовская Н. Г., Козаренко А. А., Воробьева Ю. В. Особенности морфологии, структуры и функции сердца при ожирении. Российский кардиологический журнал 2012, 4 (96): 93-99
3. Devereux, R.B. N. Reichek // Echocardiographic determination of left ventricular mass in man. Anatomic validation of the method [Text] // Circulation. – 1977. – Vol. 55, № 4. – P. 613–618.
4. Ganau A, Devereux RB, Roman MJ, de Simone G, Pickering TG, Saba PS, et al. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension. J Am Coll Cardiol 1992; 19:1550–1558.
5. Kalantari S., Khalili D., Asgari S., Fahimfar N., Hadaegh F., Tohidi M., Azizi F. Predictors of early adulthood hypertension during adolescence: a population-based cohort study. // BMC Public Health, 2017; 28;17(1):915
6. Lang R.M, Badano L, Afilalo J, Chamber Quantification Writing Group, American Society of Echocardiography's Guidelines, Standards Committee, European Association of Echocardiography. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. J Am Soc Echocardiogr 2015; 28: 1–39.
Marwick T.H., T.C. Gillebert, G. Aurigemma [et al.] /Recommendations on the use of echocardiography in adult hypertension: a report from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) and the American Society of Echocardiography (ASE) [Text] // Eur. Heart J. Cardiovasc. Imaging. – 2015. – Jun., Vol. 16(6). – P. 577–605.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНО-НОРМАТИВНАЯ БАЗА ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Наргиз Самигова
Лочинбек Бойкобилов,
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

Аннотация: в современных условиях понятие «охрана труда» объединяет в себя систему обеспечения безопасности жизнедеятельности и сохранения здоровья работающих в процессе трудовой деятельности, состоящая из правовых, социально-экономических, санитарно-гигиенических, реабилитационных и др. мероприятий, в основе которых лежат нормативно-законодательные документы.

Ключевые слова: производственные объекты, трудовой процесс, работающие, коронавирусная инфекция, условия труда, вредные факторы, законы, нормативные документы, профилактические мероприятия.

В современных условиях понятие «охрана труда» объединяет в себя систему обеспечения безопасности жизнедеятельности и сохранения здоровья работающих в процессе трудовой деятельности, состоящая из правовых, социально-экономических, санитарно-гигиенических, реабилитационных и др. мероприятий, в основе которых лежат нормативно-законодательные документы.

В настоящее время в Республике Узбекистан на производственных объектах предпринимаются все необходимые меры к созданию безопасных условий труда, направленных на сохранение здоровья работников и повышение работоспособности. Основой этому служит Закон Республики Узбекистан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», принятый Законодательной палатой 15 июля 2015 г.,

основными направлениями которого являются: разработка и реализация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование факторов и др.

Нормирование факторов и обеспечение безопасных условий труда особенно актуально в современных условиях воздействия коронавирусной инфекции (COVID-19) с целью обеспечения оптимальной организации трудовой деятельности по обеспечению сохранения здоровья работающих, а также проведения профилактических мер по охране труда и окружающей среды в условиях эпидемиологической ситуации, связанной с угрозой распространения. Так, внедрение основных положений, указанных в санитарных правилах и нормах (СанПиН) СанПиН № 0372-20 «Временные санитарные правила и нормы по организации деятельности государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства в условиях пандемии COVID-19» от 23 апреля 2020 г., включают в себя меры, направленные на предотвращение заноса и недопущение распространения коронавирусной инфекции в коллективах с внедрением организационно-технических мероприятий по предотвращению заражения работников.

Кроме того, перед гигиенистами постоянно стоят задачи по разработке комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития профессионально-обусловленных заболеваний при наличии большого количества профессиональных групп работающих, отличающихся друг от друга характеру труда, тяжести и напряженности трудового процесса. Для обеспечения благоприятных условий труда согласно СанПиН № 0153-04 «Санитарные правила и нормы для предприятий и производств негосударственной формы собственности и индивидуальной трудовой деятельности» и СанПиН № 0208-06 «Санитарные правила организации технологических процессов и гигиенические требования к производственному оборудованию» на администрацию предприятий возлагаются задачи по внедрению современных средств техники безопасности, модернизированных технологических процессов с целью профилактики производственного травматизма и обеспечения санитарно-гигиенических условий работников.

Также администрация предприятий должна выполнять все гигиенические требования, предъявляемые в отдельности к размещению объектов (производств, цехов, участков), содержанию территорий и производственных помещений, технологическим процессам, системам отопления, вентиляции и освещения для недопущения негативного влияния на окружающую среду, здоровье населения, обеспечения безопасности выпускаемой продукции и оказываемых услуг. Системы производственного отопления и вентиляции в производственных и вспомогательных помещениях следует предусматривать в соответствии с требованиями действующих строительных норм и правил (КМК) КМК 2.04.05-97 «Отопление, вентиляция и кондиционирование воздуха» и КМК 2.09.04-98 «Административные и бытовые здания» с учетом правильного их выбора и эффективности. Измерение и оценка достаточности различных видов освещения должна производиться согласно КМК 2.01.05-98 «Естественное и искусственное освещение», что при недостаточном уровне может в свою очередь привести к случаям производственного травматизма.

Известно, что для сохранения здоровья работающего населения, чрезвычайно важным является определение неблагоприятных гигиенических факторов производственной среды, влияющих на функциональное состояние организма человека. Установлено, что основными вредными производственными факторами являются производственный микроклимат, запыленность и загазованность воздуха рабочей зоны, производственный шум и вибрация. Показатели микроклимата как нагревающего, так и охлаждающего в производственных цехах нормируется с учетом СанПиН РУз № 0324-16 «Санитарно-гигиенические нормы микроклимата производственных помещений». Определение параметров запыленности и загазованности воздуха рабочей зоны

необходимо оценивать на основании СанПиН РУз № 0294-11 «Гигиенические нормативы предельно-допустимые концентрации (ПДК) вредных веществ в воздухе рабочей зоны» и ГОСТ ССБТ 12.1.005-88 «Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны». Уровни производственного шума и вибрации на рабочих местах - согласно СанПиН РУз № 0325-16 «Санитарные нормы допустимых уровней шума на рабочих местах» и СанПиН РУз № 0326-16 «Санитарные нормы общей и локальной вибрации на рабочих местах».

Немаловажное значение имеет разработка оздоровительных мероприятий, направленных на профилактику производственного утомления, снижение общей заболеваемости, которые контролируются прохождением предварительных и периодических медицинских осмотров в полном соответствии с приказом МЗ РУз № 200 «Об утверждении Положения о порядке проведения медицинского осмотра сотрудников» от 10.07.2012 г.

Таким образом, для предупреждения коронавирусной инфекции и снижения общей соматической заболеваемости большое значение имеет разработка комплекса научно-обоснованных профилактических мероприятий согласно законодательно-нормативной базе, что позволит не только осуществить трудовую деятельность в современных условиях, но и сохранить здоровье работающих на производственных объектах.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ НАХОДКИ: ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Султанова Л.Р., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей у детей относятся к наиболее распространенным заболеваниям органов пищеварения. Аномалии развития и приобретенные деформации желчного пузыря могут иметь патогенетическое значение в нарушении пассажа желчи как один из причинно-значимых факторов различных патологических процессов со стороны билиарного тракта. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является одним из основных методов диагностики аномалий развития и приобретенных деформаций желчного пузыря.

Цель исследования. Совершенствование диагностики полного удвоения желчного пузыря, путём использования комплексных ультразвуковых исследований.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в клинике ТашПМИ. На ультразвуковое исследование органов брюшной полости направлена девочка 12 лет с диагнозом «функциональная диспепсия» с жалобами на рвоту, боли в животе, неустойчивый стул. Ультразвуковое исследование выполнено конвексным датчиком с частотой 2–6 МГц и линейным датчиком с частотой 4-9 МГц на сканере Sonoscape S 22 (Китай).

Результаты исследования. При объективном обследовании: кожа обычной окраски, язык с белым налетом, живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. При ультразвуковом сканировании в проекции желчепузырной ямки располагались два полноценно сформированных желчных пузыря, овоидной формы, с ровными четкими контурами, тонкими стенками и анэхогенными просветами. Оба желчных пузыря имели изгибы в шеечных отделах и два самостоятельных пузырных протока диаметром 2 мм. При исследовании строго натощак размеры желчных пузырей составляли 49*11 мм и 47*14 мм – это меньше возрастной нормы. В режиме энергетического допплеровского картирования (ЭДК) выявлены две артерии, питающие в отдельности каждый из пузырей. При полипозиционном сканировании кистозных трансформаций холедохов не найдено. Структурных изменений в печени и в селезенке не определялось.

Выводы. Таким образом, установлена редкая аномалия развития - истинное удвоение желчного пузыря (дуктулярный пузырь). В данном случаи оба желчных пузыря имели одинаковую форму и размеры, кровоснабжались каждый своей артерией, что не позволяет выделить из них добавочный и основной. Судя по ультразвуковой картине оба органа принимают активное участие в пищеварении, но учитывая их малые размеры и изгибы в области шеечных отделов можно заподозрить сифонопатию - нарушение пассажа содержимого желчного пузыря в сифоне, что клинически проявлялось болями в животе, рвотами и неустойчивым стулом.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАЧАЛЬНЫХ И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Самибаев Р.М. Хакимова С.З. Мамурова И.Н.

СамМИ ФПДО курс неврологии и нейрохирургии

Аннотация: Медико-социальная проблема диабетической полиневропатии обусловлена высокой частотой ее выявления и инвалидизацией больных, для которой характерны постепенное незаметное начало, тенденция к прогрессированию и необратимые изменения с неврологическими осложнениями. При продолжительности диабета около 20 лет, признаки поражения нервной системы отмечаются у 40 – 80 % больных (Richart, 1977, Loke. 1964)

Ключевые слова: диабетическая полинейропатия, электронейромиография, метилкоболамин.

Цель исследования: оценить начальные и отдалённые результаты лечения диабетической полинейропатии на основе дифференцированного применения нейрокобала в комплексной терапии.

Материалы и методы: Комплексное клинико-электронейромиографическое исследование проведено у 30 больных, которым был установлен диагноз: диабетическая полиневропатия, - 12 больных (основная 38,5 %) , и 18 больных (23,1 %) контрольная группа. Длительность заболевания составляла от 1 года до 20 лет. Для сопоставления результатов лечения все больные были распределены на 2-группы. В первой группе больных (n=12), наряду с общепринятыми методами лечения, проводилась электростимуляция с нейрокобалом (действующее вещество – метилкобаламин 500 мкг). Контрольную группу составили больные (n=18), которым ранее был проведён комплекс консервативной терапии. Клинические проявления нейропатии многообразны и варьировали в зависимости от типа и локализации очага поражения. Потеря кожной чувствительности наблюдалась у (79%) пациентов, особенно на поражённых конечностях. В наших исследованиях боль встречалась в двух ситуациях: первая представляет собой диабетическую амиотрафию (20 %), лечение которой носит патогенетический характер, также периферической нейропатией (59 %), лечение проводится исключительно симптоматическое. Хороший результат даёт применение общепринятого метода терапии в сочетании электростимуляции с метилкоболамином. Мышечная атрофия порожает, в основном две группы мышц: дистально и проксимально расположенные мышцы. Лечение состоит в длительном курсе физиотерапии, электростимуляции на фоне эффективной коррекции медикаментозной терапии метилкоболамином.

Результаты и обсуждения: в соответствии с поставленными задачами, основным этапом работы явилось изучение результатов собственных клинических и электронейромиографических (ЭНМГ) исследований. ЭНМГ исследование показало решаюшее значение в диагностике диабетической полиневропатии, выявлении клинических признаков, и методе лечения, с помощью которого сделано заключение об эффективности проведенного нами лечения. Результаты ЭНМГ исследования в группе больных с применением одновременно медикаментозного, физиотерапевтического лечения, вакуумной рефлексотерапии в динамике показали нарастание амплитуды м-

ответа и ПД нерва на верхних и нижних конечностях. Максимальная амплитуда М-ответа в нижних конечностях по большеберцовому нерву нарастала до 36,2% , по малоберцовому нерву до 37,4%, нарастание амплитуды ПД нерва до 31,7 % соответственно 37,9%. Результаты ЭНМГ исследования в группе больных с применением одновременно медикаментозного, физиотерапевтического, с применением вакуумной рефлексотерапии, и метилкобаламином (нейрокобал 500 мкг) показало, что максимальная амплитуда м-ответа по большеберцовому нерву после лечения в мышах стоп нарастала до 64,2% по малоберцовому нерву 55,2%. Амплитуда ПД нерва по большеберцовому нерву нарастала до 62,1 %, по малоберцовому нерву до 83,3 %. Максимальная амплитуда М-ответа ПД нерва на непаражённой стороне нижних и верхних конечностях имела тенденцию к нарастанию. Одноко отсутствие клинических признаков поражения этих нервов может свидетельствовать о функциональных изменениях невральной проводимости, отражающих генерализованную реакцию периферической нервной системы на поражение отдельных нервных стволов (Скворцов И. А. 1981) .

Заключение: таким образом, метод ЭНМГ является весьма эффективным методом диагностики и наблюдения за динамикой течения заболевания. Полученные данные свидетельствуют, что наиболее эффективным методом лечения является комплексная терапия, включающая медикаментозную, вакуумную рефлексотерапию и электростимуляцию с нейрокобалом.

Литература

1. Бадалян Л. О. , Скворцов И. А., Клиническая электронейромиография. М. 1986
2. Скворцов И. А. Метод электронейромиографии в изучении заболеваний нервно-мышечной системы. – Ж. неврал. И психиатр., 1979 вып. 12. С. 1642-1649.
3. Richart J. Diabene et complications degeneratives? Diabete Metab., 1977. 3: 97-107, 173-182, 245-256.
4. Loke S. The peripheral nervous system in diabetes mellitus. Diabetes, 1964. 13: 307-311.

ЧАСТОТА ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СКРИНИНГЕ

Рихсиева Назира Тохировна

ТашПМИ, ассистент кафедры эндокринология с детской эндокринологией

Актуальность: Йодный дефицит и обусловленные ими заболевания формируют широкий спектр медико-социальных проблем на территории Республики Узбекистан. По мнению экспертов ВОЗ, недостаточность йода является самой распространенной причиной умственной отсталости у детей, которую легко предупредить. Постоянно меняющаяся экологическая и радиологическая обстановка способствует росту частоты заболеваний щитовидной железы и меняет структуру тиреоидной патологии, что подчеркивает актуальность данного исследования.

Цель исследования: изучить частоту йоддефицитных заболеваний среди детей и подростков при проведении профилактических осмотров.

Материал и методы: Мы наблюдали 490 детей и подростков, в рамках благотворительной акции по диспансеризации детей-сирот на базе приемного отделения клиники ТашПМИ с 09.12.2919г. по 16.12.2019г. Пациенты были обследованы всеми специалистами – педиатрами, неврологами, эндокринологами, урологами, хирургами, офтальмологами, травматологами и т.д. У пациентов измеряли рост, вес, проводили

пальпацию щитовидной железы и объективное обследование этапов полового развития по Таннеру. Также проводили ультразвуковое исследование эндокринных органов при необходимости.

Результаты: Установлена, что задержка роста у 36 (20,2%) из 178 пациентов с заболеваниям щитовидной железы, в 2(1,1%) случаях – задержка полового созревания, в 1 (0,5%) случае –карликовость, в 1 (0,5%) случае –варикоцелле, в 1 (0,5%) – крипторхизм. Всего диффузный зоб 1-2ст. наблюдался у 164 (27,5%) осмотренных. Сравнительный анализ результатов нашего исследования показал, что задержка роста была выявлена у 36 (20,2%) пациентов.

Выводы: Таким образом, спектр заболеваний щитовидной железы широк и помимо самого распространенного проявления йодной недостаточности - нетоксического зоба, дефицит йода может приводит к нарушению репродуктивной функции и полового созревания, к задержке физического развития, задержке интеллекта вплоть до формирования тяжелых форм кретинизма и может служить фоном для увеличения соматической патологии.

Оценка качества жизни пациентов с хроническим гнойным средним отитом

Нурмухамедова Фируза Бахтиёровна,
PhD, ассистент кафедры «Оториноларингология, детская оториноларингология и детская стоматология» ТашПМИ

Актуальность. Хронический гнойный средний отит **(**ХГСО) примерно поражает около 2% населения (Nadol J., 2000) [3] и приводит к различной степени потери слуха. Снижение остроты слуха приводят к проблемам в общении препятствующим социальному взаимодействию. Часто повторяющиеся гнойные выделения из уха и боль, заставляет пациентов к частому посещению ЛОР-врача, что сказывается на их качестве жизни (КЖ). Снижение качества жизни связанного со здоровьем может быть физическим, функциональным, социальными и психологическими (Meijer A.G., 2004) [2]. КЖ связанное со здоровьем (HR-QOL) приобретает все большое значение и все это может вызвать депрессию, беспокойства и социальную абстиненции. Зачастую, безупречно выполненное хирургическое вмешательство не совпадает с ожиданиями пациента, так как пациента чаще волнуют вопросы улучшения КЖ (Baumann I. 2011) [1].

Ключевые слова: хронический средний отит, качество жизни, опросника COMOT-15

Цель работы - изучить с помощью опросника COMOT-15 уровень КЖ пациентов с ХГСО, которым было рекомендовано хирургическое лечение.

Пациенты и методы исследования. Нами было опрошено 80 пациентов с диагнозом ХГСО. Опросник включает в себя 16 вопросов, которые подразделены на 3 основные группы. 1-ая группа вопросов включает в себя вопросы по оценке ушных симптомов (ES-ears symptoms), 2-ая группа вопросов оценивает слуховую функцию пациента (HF-hearing function)и 3-я группа - это вопросы оценивающие психологическое состояние пациентов (MH-menthal health). При сложении всех трех групп полученный результат определяет КЖ пациентов (ES+HF+MH=OS). Каждый вопрос можно оценить по 5-бальной шкале. Все больные были подразделены на следующие группы: 1-ая группа – больные с перфорацией на барабанной перепонке – 33 (41,2%) пациента; 2-ая группа – больные с хроническим средним гнойным отитом, с холестеатомой – 31(38,7%); 3-я группа – больные, ранее перенесшие общеполостную радикальную операцию, включало 16 (20%) пациентов.

Результаты исследования. Из опрошенных пациентов 58 мужчин и 22 женщин в возрасте от 18 до 80 лет, средний возраст составил 47 лет. Средний счет COMOT-15

равнялся 54,4±7,20 из максимального 75. Критерий согласованности (альфа Кронбаха) был равен 0,823, что указывает на удовлетворительную оценку. Большое количество пациентов, отмечали наибольшее влияние на КЖ ко второй группе вопросов (HF), связанными с нарушениями функций слуха (78%), а также к третьей группе вопросам (MH) оценивающих психологическое состояние пациента (61%). Вопросы относящиеся к первой группе (ES), то есть оценивающие ушные симптомы, пациентами были отмечены как менее значимыми по сравнению к остальным группам (57%).

При изучении данных симптомов по группам нами было выявлено, что у 1-й и у 3-й группы пациентов симптомы проявлялись боле выражено (52% и 57%), нежели чем у второй группы пациентов (38%).

Выводы:

1. Исследования КЖ с помощью вопросника COMOT-15, является дополняющим и корректирующим этапом комплексной оценки состояния пациента с хроническим гнойным средним отитом.
2. Показатели КЖ различны для различных форм хронического гнойного среднего отита.

Список использованной литературы:

1. Baumann I, Kurpiers B, Plinkert PK, Praetorius M: Entwicklung und Validierung des Chronic Otitis Media Outcome Test 15 (COMOT-15) zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei chronischer Otitis media. *HNO* 2009, 57: 889–895. 10.1007/s00106-008-1870-3
2. Meijer AGW, Wit HP, Albers FWJ: Relation between change of hearing and (modified) Amsterdam Inventory for Auditory Disability and Handicap Score. *Clin Otolaryngol* 2004, 29: 565–570. 10.1111/j.1365-2273.2004.00844.x
3. Nadol JB Jr, Staecker H, Gliklich RE: Outcomes assessment for chronic otitis media: the Chronic Ear Survey. *Laryngoscope* 2000, 110: 32–35. 10.1097/00005537-200003002-00009

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАХИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ КОНЧНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.

Хайитов Ғ.Х., (Магистр 2 курса, Норбеков Х.М. студент МП факультета 3 курса)
Руководитель: Доцент кафедры травматологии и ортопедии М.Н Буриев
Ташкентский Педиатрический медицинский институт. (кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии)

Актуальность: Рахит – заболевание всего организма, связанное с расстройством обмена веществ, проявляющееся рядом признаков со стороны нервной системы, скелета и других систем организма, в крови и тканях уменьшается содержание фосфора и кальция, которые крайне необходимы для правильного развития растущего организма, особенно его нервной системы и костей. У ребенка, больного с рахитом наблюдается слабость мышц и связок. Он позже начинает сидеть, стоят, ходить. У рахитических детей часто развивается искривления позвоночника и ножек, нередко развивается деформация таза, грудной клетки. Но по частоте встречаемости деформации нижней конечности занимает первое место среди пострахитический деформации скелета.

Цель: Совершенствовать способы диагностики и оценка результатов лечения больных с рахитическими деформациями нижних конечностей.

Материалы и методы: Данная работа основана на изучении результатов лечения больных с рахитическими деформациями нижних конечностей, лечившихся в клинике Ташкентского Педиатрического медицинского института с 2016 по 2019 г. Под нашим наблюдением находились 68 детей с рахитическими деформациями нижних конечностей в возрасте 1.5-5 лет. Из них 20 ребенка лечились традиционным методом, служили контрольной группой. Основную группу составляли 48 больных, с данной патологией,

леченные по методике, предложенной нами. Всех 68 детей и контрольной группы с деформациями нижних конечностей в зависимости от осевых искривлений мы разделили на 3 основные группы: варусные и вальгусные деформации костей голени и коленного сустава, а также их сочетание.

Методы исследования: Исследование проводилось с общего осмотра больных, проведения антропометрии и изучения особенности походки. В первую очередь при наличии деформаций нижних конечностей выявляли рахитические проявления или его остаточные признаки, для дифференцировки от других заболеваний. Дополнительно к традициооному рентгенологическому исследовани также проводили эхоостеометрия и электромиография.

Результаты и обсуждение: Провели анализ детей с рахитическими деформациями леченные традиционным методом. Возраст составил от 1.5-х до 5-ти лет. В первую очередь при обследовании данного контингента больных особое внимание уделяется клинике, клиническая картина этих детей в зависимости от возраста и степени тяжести резко отличается друг от друга. Рахитические деформации нижних конечностей является распространенным заболеванием среди детей, требующие в первую очередь дифференцировки от других рахитоподобных и системных заболеваний.

Эту группу составило 68 больных возраст от 1.5-х до 5-ти лет.

Распределение больных по возрасту и в зависимости от деформации

	Нозология	1,5-2 года	2-3 года	3-5 лет
1	Genu varum	9	23	3
3	Genu valgum	4	11	2
5	Genu valgum + Cruro varum	4	8	4
Всего:		17	42	9

Из этой таблицы видно дети от 1,5 до 2-х летнего возраста составило 17 больных. Этот контингент имел различные деформации. Все эти дети были направлены после осмотра педиатров для лечения к ортопеду. Подробный осмотр больных показал, что деформации имели различный характер. Множество этих деформаций выявлены у детей через 3-4 месяца после начала ходьбы. На наш взгляд это связано с осевой нагрузкой на нижние конечности.

Всем этим больным приводились следующие лечебные мероприятия: массаж, ЛФК, парафиновые аппликации, электрофорез, с препаратами кальция, витамины группы Д, солевые и хвойные ванны. Лечение проводись 2-3 этапа, в зависимости от переносимости больными детьми. Использование регрессирующих гипсовых повязок не желательно, т.к. в этом периоде жизни кости относительно мягкие, поэтому исправление оси, хотя увенчается успехом, в последующем из-за нагрузок опять может деформироваться. Поэтому в этом периоде жизни для исправления использовали следующие мероприятии, которые направлены на исправление конечности:

1)редрессирующие ЛФК ежедневно;

2)бинтование эластичными бинтами ежедневно.

Выводы. Таким образом, анализируя эту возрастную группу можно сделать следующее заключение: варусные деформации имеют большие рычаги для исправления деформации, а при вальгусных деформациях один из рычагов искривления короткий, нагрузка при редрессациях падает на капсуло-связочный аппарат коленного сустава в частности на его латеральную порцию, тем самым под гипсовой повязкой исправление оси конечности происходит за счет растяжения капсуло-связочного аппарата, что необходимо учитывать при проведении физиотерапии после снятия гипса.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков М. В. Болезни костей у детей. — М.: Медицина, 1985. — 512 с. Метод лечения осевых деформаций нижних конечностей у детей младшего возраста аппаратом Илизарова: метод. рекомендации. — Ташкент, 2008. — 8 с.
2. Холхужаев М.Х.. Буриев М.Н. Ганиев Ж.К. Болаларда рахит касаллиги натижасида оёк суякларининг шаклий узгаришларини янги усулда даволаш. «Педиатрия» илмий амалий журнал. № 2, 2001 й, 78 – 79 бетлар.
3. Зыкин А.А. Новый способ корригирующей остеотомии голени // Новости хирургии Том 23. № 6. 2015. 657
4. Метод лечения осевых деформаций нижних конечностей у детей младшего возраста аппаратом Илизарова : метод. рекомендации / сост. : Б. М. Миразимов. Ташкент, 1998. 8 с.

ЮҚОРИ НАФАС ЙУЛЛАРИ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ COVID 19 КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИ УЧУН ЎЗИГА ХОС ХАВФ ГУРУХИ.

Улоғов Асқар Исматович
тиббиёт фанлари номзоди, доцент
Файзиев Обид Нишанович
тиббиёт фанлари номзоди, доцент
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти,Амбулатор тиббиёти, жисмоний тарбия кафедраси.

Аннотация. Махаллий ва хорижий адабиётлар, ўқув қўлланмалар ва электрон адабиётлар манбаларини тахлили асосида COVID 19 ривожланишида юқори нафас йулларидаги аллергик касалликларининг аҳамияти тахлил қилинди.Юқори нафас йулларининг аллергик касалликлари булган беморларда муконазал иммунитети кучсизланади,шунга боғлиқлиқ холда организмнинг шиллиқ қаватининг вируслар учун химояланиш вазиваси сусайиши аниқланди.

Калит сўзи : COVID 19, аллергик касаллик ,вирус.

Мавзунинг долзарблиги: Хозирда бутун дунёда COVID 19 кириб бормаган мамлакатнинг узи қолмади: Бутун дунё буйича бу вирус билан 2 млн дан ортиқ инсон зарарланган дея айтилмоқда :биргина АҚШ нинг узида бу вирус билан 1 млн , Россияда 60 мингдан зиёд одам зарарлангани хақида хабар берилмоқда. Узимизда эса 2 минг кишидан ортгани хақида Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги маьлумот бермоқда[8]. Юқори нафас йуллари аллергик касалликларига аллергик ринит, бронхиал астма, аллергик бронхит кўп учрайдиган патологик холатларга киради. Ахоли ўртасида аллергик касалликларни сонини ортишига атроф мухитнинг ифлосланиши, инсонларнинг хаёт тарзининг ўзгариши билан боғлиқдир. Юқори нафас йуллари аллергик касалликлари хозирги замон клиник аллергологиясининг ечимини топмаган энг мухим муаммоси саналади. COVID 19 кечишида , бемор организмида сурункали юрак упка касалликлари, юқори нафас аьзоларининг сурункали касалликларининг булиши касалликнинг оғир асоратли кечишига олиб келади.

Ишнинг мақсади: юқори нафас йуллари аллергик касалликларида COVID 19 касаллигининг ўзига хос кечишини, замонавий адабиётлар асосида ўрганиш ва тахлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Махаллий ва хорижий адабиётлар, ўқув қулланмалар ва электрон адабиётлар манбалари тахлили асосида юқори нафас йуллари аллергик касалликлари фонида COVID 19 касалиги кечиши ўрганилди.

Натижалар: Ташки мухит ёт жисмларидан одам организмини кучли иммунитет тизими химоя килади. Кучли ташки химоя воситалари кайсики организмга вирус ,бактерияларни киришига йул куймайдиган воситалар бу тери ва тери шиллиқ қаватлари, кўз , бурун

,бронх йуллари киради.Юқори нафас йуллари аллергик касалликларида наслий омил мухим урин тутади, иммуноглобулин IgE риаген типида ривожланиб қуйидаги клиник белгилари билан намоён булади: хуружли аксауриш 70%, кўз ёшланиши ва қизариши70-80%,бурундан шиллиқ тиниқ ажралма (ринорея) 60-70%, кўз атрофи қовоқлари шиши 30-50%,хид билишнинг пасайиши (гипосимия) 30-50%, хуружсимон йутал 40% холатларда кузатилади [1,2]. Хорижий адабиётлар маьлумотларига кўра аллергик касаллик билан касалланган онадан туғулган болаларда учрайдиган аллергик касалликларини ягона бирламчи профилактикаси тўлиқ ишлаб чиқилмаган.Шуни хисобга олган холда юқори нафас йулари аллергик касалликлари билан туғулган болаларга профилактик чора тадбирлар ўтказиш мутахассисларга бироз қийинчиликлар туғдиради[4]. COVID 19 аниқланган давлатлар касаликни тарқалишини олдини олиш учун ўз давлатларида карантин чораларини тадбиқ этди ва этмоқдалар.Бу касаллик асосан контакт, контакт маиший ,хаво томчи,(аксауриш ,йутал,сулак) йуллари орқали йуқуши маьлум ва касаллик асосан бемор одамдан одамга ва касал хайвондан одамга йуқиши аниқланган. Бу касалликнинг яширин даври 2 кундан 14 кунгача ўртача 5 кун деб айтилмоқда. COVID 19 билан зарарланган беморларда бу касаллик турли хил симтомлар ва синдромлар билан кечиши аниқланган. COVID 19ни ташхислашда беморда тест синовини ўтқазиш, вирус борлигини тасдиқловчи ягона йул деб айтилмоқда. Тест синови тасдиғини топиши учун маьлум муддат, махсус лабаратор асбоб ускуналар талаб этилади. Касалликнинг эрта ташхиси кассалликни эрта намоён бўлувчи белгиларига асоланади. Бундай ҳолатларда юқори нафас йуллари аллергик касалликлари билан қиёсий ташхисот ўтқазиш мухим.COVID 19 да дастлабки аниқланган клиник белгилари: 90% беморларда тана хароратининг кутарилиши, йутал (қуруқ ва оз миқдорда балғамли йутал) 80%, кукрак қафасида босим хиссининг пайдо булиши 20%, нафас етишмовчилиги белгилари 55%, мушакларда кучли оғриқ ва толиқиш хисси 44%, кучли бош оғриғи 8% , оғир холатларда қон туфлаш белгилари 5%,ич кетиш(диарея) 3% холлатларда кузатилиши аниқланган.[3]Улар ичида юқори нафас йулларида буладиган узгаришлар энг куп кузатилиши аниқланган. Юқори нафас йуллари аьзолари хусусан бурун, томоқ, кекирдак йуллари ва кўз инфекциянинг дарвозаси булиб хизмат қилади. Кўпгина мутахасисларни фикрича хозирги кунда COVID 19 билан юқори нафас йуллари аллергик касаллигларини клиник белгиларни бир бирига яқин булганлиги, оғир кечишини такидламоқдалар. Бази бир олимларнинг текширувларига кўра аллергик касалликлари мавжуд бўлган беморлар COVID 19 билан касалланишга юқори хавф гурихи бўлиб хисобланади. Аллерголог – иммунолог Белла Брагвадзе такидлашича юқори нафас йулларининг сурункали аллергик касалликлари нафас йуллари шиллиқ қавати COVID 19 вируси утиши учун химоя вазифасини бажараолмайди[6]. Хорижий олимларнинг ва И.И.Мечникова фикрига кура аллергик беморларда муконазал иммунитет асосан поллинозларда инфекциянинг юқори тезликда ривожланишини таминлайди. Россиялик олим профессор Юрий Мизерницкий текширувлари натижаларига кура 60 ёшдан йуқори бўлган имумунитети суст, сурункали касаликлари, оғир сурункали аллергик касалликлари булган беморлар вирусга чалиниш хавфи йуқори деб тасдиқлайди[7]. Аксарият беморларда асосан болаларда вируслар шу жумладан COVID 19 аллергик касалликларни кечувини оғирлаштиради, шу билан бир қаторда юқори нафас йуллари аллергик касалликлари билан чалинган беморлар бу вирусни йуқтириш ва касалликнинг оғир шакилларини ривожланишига олиб келади.

Хулоса: Юқори нафас йуллари аллергик касалликлари бор бўлган беморларни иммун тизими суст булиши COVID 19 ни йуқтириш эхтимоли йуқори булганлигини хисобга олган холда, бундай беморларни карантин гурухларини ташкил этишда, эрта ташхислашда касалликларни специфик белгиларини хисобга олган холда ташхис қўйиш, даволашда беморларнинг иммун тизимини оширишга каратилган даво, профилактик чораларини хисобга олиш зарур.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати

1.Р.М.Хаитова Клиническая аллергология / Под ред. – Москва :Медпресс-информ,2002.С.-624.
2.Ласица О.И. Аллергический ринит(Rhinitis Alergica)//Астма та алергия -2002-№ 3-4.-С.58-70.
3.Никифоров В.В., Суранова .Т.Г., и др Новая коронавирусная инфекция (COVID 19) этиология, епидимиология, клиника диагностика, лечение и профилактика учебно-методическая пособие 2020. С .11-18
4.Просекова Е.В., Деркач В.В., Шестовская Т.Н. Аллергические заболевания у детей: особенности цито-кинового и иммунного статуса. Иммунология.- 2007; 28 (3): 157-161.
5. Антонова А.Д. К линико-эпидемио логические особенности лекарственной аллергии у детей с бронхи-альной астмой в Чувашии. Аллергология. 2004; 2: 17-22.
6.hh://www.gazeta.ru
7.hhps//www.kp.ru
8.www. kun .uz/

ВЗАИМОСВЯЗЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ I СТЕПЕНИ

Хасанова Гузалия Марсовна
докторант кафедры Амбулаторная медицина, физическое воспитание
Агзамова Шоира Абдусаламовна
д.м.н., профессор кафедры Амбулаторная медицина, физическое воспитание

Аннотация. В последнее время ожирение считается новой неинфекционной эпидемией XXI века, значительно помолодевшей за прошедшее десятилетие. Избыточный вес и ожирение в 70-90% случаев сочетаются с нарушением состава резидентной микрофлоры пищеварительного тракта – дисбактериозом [1-3]. Научные достижения последних двух десятилетий позволили выйти на качественно новый уровень понимания взаимосвязи кишечной микрофлоры с широким спектром хронических заболеваний, таких как ожирение, жировой гепатоз, сахарный диабет 2-го типа, онкология, остеопороз и заболевания сердечно-сосудистой системы [4]. представлены результаты собственных исследований 50 детей с избыточным весом и экзогенно-конституциональным ожирением I степени, приведена взаимосвязь дисбактериоза кишечника с нарушениями липидного обмена.

Ключевые слова: подростки, ожирение, дислипидемия, кишечная микробиота.

Цель исследования. Оценить состояние липидного обмена и микробного состава микрофлоры толстой кишки у подростков с избыточным весом и ожирением, а также изучить корреляционную взаимосвязь между индексом массы тела, выраженностью дисбиотических изменений кишечника и выраженностью нарушений липидного метаболизма.

Материал и методы. На базе подросткового диспансера обследовано 50 детей. Обследуемые были разделены на 3 группы: основная группа - 30 детей с первичной конституцинально-экзогенной формой ожирения I степени, группа сравнения - 20 детей с избыточным весом и в контрольную группу вошли 10 детей с нормальным весом, не имеющих отягощенного анамнеза по нарушению липидного обмена и дисбиоза пищеварительного тракта. Средний возраст обследованных детей составил 15,05±0,42 лет, из них 30 девочек и 30 мальчиков. В ходе исследования определяли антропометрические параметры: рост и масса тела, индекс массы тела (ИМТ= вес/рост2), измеряли окружность талии и бедер в см, а также их соотношение ОТ/ОБ. Состояние липидного спектра сыворотки крови оценивалось по традиционным результатам концентрации общего холестерина (ммоль/л) и его формам: липопротеидам низкой плотности - ЛПНП, высокой

плотности – ЛПВП, триглицеридам (определяли в сыворотке крови на биохимическом анализаторе «Minray BS-200» (Китай) с использованием коммерческих наборов «Human», Германия), а также определяли коэффициент атерогенности– КА (КА= (холестерин – ЛПВП)/ЛПВП, норма 2,3 усл.ед). Бактериологическое исследование кала и анализ качественного и количественного состава кишечной микробиоты проводили согласно протоколу ведения больных- «Дисбактериоз». Статистическая обработка данных проводили с использованием программ «MS Excel for Windows 7». Статистическую значимость определяли с помощью корреляционного анализа (метод Пирсона), при $p<0,05$ различия считали статистически значимыми.

Результаты. Средние значения антропометрических показателей составили: индекс массы тела (кг/м2) у подростков с ожирением - 31,74±0,73, с избыточным весом – 27, 52±0,96, у детей с нормальным весом 22,51±1,32; окружность талии (см) у подростков с ожирением- 98,32±1,92, с избыточным весом – 90, 52±1,86, у детей с нормальным весом - 67,69±2,77; окружность бедер (см) у подростков с ожирением- 106,59±2,63, с избыточным весом – 100,39 ±1,83, у детей с нормальным весом - 90,69±3,39; ОТ/ОБ - у подростков с ожирением- 0,88±0,02, с избыточным весом – 0,82±0,03, у детей с нормальным весом - 0,78±0,03. Исследование липидного обмена показало, средние показатели холлестерина составили 4,95±0,86 в основной группе, 4,5±0,85- в группе сравнения и 4,02±1,08 – в группе контроля; триглицериды- 2,05±0,17; 1,82±0,4;,92±0,48 ($p<0,05$); ЛПВП: 0,98±0,02; 1,10±0,06; 1,21±0,08 ($p<0,010$); ЛПНП: 3,22±0,17; 2,9±0,53; 2,39±0,32 ($p<0,05$); КА: 3,30±0,20; 2,6±0,32; 2,40±0,36 ($p<0,05$) - соответственно. Установлено, что достоверных отличий в концентрации общего холестерина среди обследуемых детей не выявлено. Однако у детей с избыточным весом и ожирением были выявлены изменения в содержании холестерина в составе липопротеидов. У детей с избыточным весом (группа сравнения) средние показатели липопротеидов сыворотки крови были в пределах оптимальных значений, но уровни ЛПВП были ниже, а ЛПНП- выше, по отношению к контрольным показателям. Необходимо отметить снижение содержания ЛПВП до 0,98±0,02 у детей с ожирением ($P<0,010$). Такое состояние липидного спектра у подростков с ожирением на фоне снижения уровня ЛПВП и повышения значений ЛПНП привело к достоверному увеличению коэффициента атерогенности до 3,30±0,20 против 2,40±0,36 у детей в группе контроля ($P<0,05$). Бактериологическое исследование микробиоценоза кишечника показало, у подростков с нормальным и избыточным весом преобладали нарушения, характерные для первой степени кишечного дисбактериоза, в виде дефицита индигенной флоры (бифидобактерий и нормальной кишечной палочки). Дефицит бифидобактерий и снижение их популяционной плотности наблюдались 13,6% подростков с нормальным весом, у 75,6 % подростков с избыточным весом и у 27,6 % подростков с ожирением (соответственно, до 9,9 ± 1,05 КОЕ/г (колониеобразующих единиц на грамм фекалий); 9,7 ± 1,02 КОЕ/г; 9,5 ± 1,02 КОЕ/г;); дефицит нормальной кишечной палочки – у 21,8 % подростков с избыточным весом и у 21,6 % подростков с ожирением. Вторая степень дисбиоза кишечника была зарегистрирована у 49,5% подростков с ожирением, при которой помимо снижения содержания бифидобактерий до 9,0 ± 1,02 КОЕ/г, было обнаружено повышенное содержание условно-патогенных микроорганизмов до 10,5-10,7 КОЕ/г и их ассоциации. Эубиоз кишечника (микроэкологическая норма) наблюдался в основной и сравнительных группах примерно с одинаковой частотой (в 22,9 % и 24,4 % случаев соответственно), а в группе контроля в 86,4% случаев. Нами были установлены прямые корреляционные связи между индексом массы тела, степенью дислипидемии и тяжестью дисбактериоза ($r=0,74$, $p<0,01$, и $r=0,54$, $p<0,05$, соответственно). Следует отметить выявление обратной корреляционной связи липопротеидов высокой плотности с индексом массы тела и степенью нарушений микробиоценоза кишечника ($r=-0,81$, $p<0,001$, и $r=-0,72$, $p<0,05$, соответственно).

Выводы. 1. Подростки с избыточным весом и экзогенно-конституциональным ожирением I степени имеют проатерогенный характер изменений липидограммы сыворотки крови, который усугубляется с увеличением степени избыточного веса. 2. Подростки и экзогенно-конституциональным ожирением I степени достоверно чаще имеют нарушения микробиоценоза кишечника по сравнению с подростками с избыточным и нормальным весом. 3. Установленные прямые корреляционные связи между индексом массы тела, степенью дислипидемии и тяжестью дисбактериоза у подростков с избыточным весом и ожирением создают основу для дальнейшего изучения роли кишечной микрофлоры в механизмах развития ожирения, атерогенной дислипидемии и ассоциированных с ними кардиоваскулярных осложнений, а также указывают на возможность проведения превентивных мероприятий и терапии этих патологий посредством коррекции микробиоценоза пищеварительного тракта.

Список использованной литературы:

1. Aron-Wisnewsky J, Gaborit B, Dutour A, et al. Gut microbiota and non-alcoholic fatty liver disease: new insights // Clin Microbiol Infect. - 2013;19(4): 338-48. DOI: 10.1111/1469-0691.12140
2. Aytbaev K.A., Murataliev T.M. Manipulation of intestinal microflora as a new paradigm for the diagnosis, treatment and prevention of cardiovascular disease // Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo Universiteta. - 2015;5(7):10. DOI 10.18821/0869-2084-2016-61-10-723-726
3. Backhead F, Ding H, Wang T, et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage // Proc Natl Acad Sci USA. – 2014;101(44):23. DOI: 10.1073/pnas.0407076101
4. Delzenne NM, Cani PD. Gut microbiota and the pathogenesis of insulin resistance // Curr Diab Rep. - 2017;11(3):15-49. DOI: 10.1007/s11892-011-0191

Иммунное состояние у больных с посттравматическими синуситами

Ашуров А.М., Арифов С.С.
Ташкентский институт усовершенствования Врачей

Актуальность. Сочетанные переломы костей лицевого скелета осложняются развитием инфекционно-воспалительным процессами в 10-65% случаев. Немаловажное значение имеют синуситы, возникающие после травмы околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой костей лицевого скелета. Один из основных механизмов развития осложнений связан со снижением показателей иммунитета. Однако, на сегодняшний день, скудные данные о выявляемом нарушении иммунной недостаточности при посттравматических синуситах.

Целью исследования являлось изучение состояния иммунитета больных с острыми и хроническими посттравматическими фронтитами.

Материалы и методы. Изучено состояние иммунного статуса у 52 больных с острым и хроническим воспалением лобной пазухи. Пациенты были разделены на 5 групп: I - 17 больных с острым посттравматическим фронтитом; II - 16 больных с острым нетравматическим фронтитом; III - 19 больных с хроническим посттравматическим фронтитом; IV - 18 больных с хроническим нетравматическим фронтитом; контрольная группа – 20 человек.

Результаты. У больных острым и хроническим фронтитом отмечалось статистически достоверное снижение большинства абсолютных и относительных показателей клеточного иммунитета по сравнению с контрольной группой. В группе острых посттравматических фронтитов по сравнению с группой нетравматических фронтитов были выявлены статистически значимые изменения иммунологических показателей: снижение относительного и абсолютного количества CD3+ величины иммунорегуляторного индекса (P<0,1), повышение концентрации IgA (Pc<0,1) и на этом

фоне снижение концентрации IgG и IgM. В группах хронических фронтитов показатели иммунограммы были статистически незначимы между собой. У всех пациентов выявленные изменения были более выражены при полисинуситах по сравнению с изолированной формой синусита.

Заключение. На основании проведенного исследования и полученных результатов об изменении иммунологического статуса у пациентов с посттравматическим фронтитом, представляется актуальным совершенствование методов лечения больных с данной патологией. Целесообразно назначение иммунокоррегирующих и иммуностимулирующих препаратов в составе комплексной терапии.

Эффективность применения сурфактанта при респираторном дистресс-синдроме у недоношенных детей

Мирзахмедова Дилфуза Маруфовна, Салихова Камола Шавкатовна, Ишниязова Надира Дурдибаевна

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Респираторные расстройства занимают одно из ведущих мест в патологии недоношенных детей, составляя 30—80% в первые дни жизни. Адаптация респираторной системы у недоношенных детей протекает в условиях морфологической и функциональной незрелости органов дыхания, что определяет склонность к частому развитию патологических процессов в легких. По данным ВОЗ, самый высокий риск смерти ребенка наблюдается в течение первого месяца жизни, когда решающее значение имеют безопасные роды и эффективная помощь в неонатальный период. Наибольшую проблему в структуре больных РДС составляют дети с очень низкой массой тела, результаты лечения которых не могут удовлетворять. Летальность среди этой группы пациентов составляет 44,4 %. По мере снижения показателей неонатальной смертности, все большее влияние на дальнейший прогноз для жизни и здоровья таких детей в другие возрастные периоды оказывает бронхолегочная дисплазия (БЛД). Высокая частота осложнений, в том числе ятрогенных, привлечение значительных средств, высокая степень инвалидизации выживших пациентов делает решение этой проблемы стратегической задачей неонатологии. В этой связи подходы к сохранению здоровья данной категории детей являются наиболее актуальными для современной неонатологии.

Ключевые слова: недоношенные; респираторный дистресс-синдром; бронхолегочная дисплазия;

Цель исследования. Сравительная оценка введения сурфактанта на исходы респираторного-дистресс синдрома у недоношенных детей.

Материалы и методы. Обследованы 62 новорожденных с гестационным сроком 30,3±1,0 нед., массой тела 1205,5±75,8 гр, длиной тела – 40,8±2,5 см. С профилактической целью респираторного-дистресс синдрома 28 недоношенным детям введен курасурф 200мг\кг в родильном зале до первого аппаратного вдоха.

Результаты. В результате проведенных исследований, выявлено, что состояние новорожденных при рождении было тяжелым. Все обследованные находились в критическом состоянии, которое было обусловлено дыхательными нарушениями. Степень дыхательной недостаточности при рождении оценивалась по шкале Сильвермана-Андерсена, при этом дыхательная недостаточность I и II степени наблюдалась у 34,6%, III степени у 65,4% детей. Всем новорожденным проводилась респираторная терапия. Новорожденные с РДС 1-2 степени чаще требовали проведения неинвазивной вентиляции легких методом CPAP с использованием биназальных канюль с концентрацией кислорода во вдыхаемой воздушной смеси 21-40% или подачи кислорода через кислородную маску. Детям с РДС III степени потребовалась первичная реанимационная помощь и перевод на ИВЛ в связи с выраженной дыхательной недостаточностью.

При анализе проводимой респираторной терапии у детей, перенесших РДС выявили, что продолжительность ИВЛ у детей, которые получали сурфактант в 2,5 раза меньше, чем у детей, которые не получали сурфактантную терапию, что привило к ранней экстубации и переводе на неинвазивные методы респираторной терапии. При сравнении продолжительности пребывания новорожденных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии и длительности пребывания в стационаре установлено, что пребывание новорожденных в отделении и нахождение в стационаре значительно сократилось у детей с введением сурфактанта.

К концу неонатального периода у 14 новорожденных, не получивших сурфактантную терапию, сформировалась БЛД. Диагностику БЛД проводили на основании данных анамнеза, наличия потребности в дополнительном кислороде в возрасте 28 суток жизни, данных физикального обследования, симптомов дыхательной недостаточности (тахипное, хрипы при аускультации, ретракция грудной клетки при дыхании и необходимостью в кислородной поддержке) и характерных изменений на рентгенограммах органов грудной клетки.

Выводы. Таким образом, использование в терапии детей с РДС сурфактанта позволяет добиться сокращения продолжительности респираторной терапии ИВЛ, CPAP, уменьшению продолжительности пребывания недоношенных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и к снижению случаев бронхолегочной дисплазии.

Интернет как источник информации при подготовке к занятиям в медицинском институте

Урманова Юлдуз Махкамовна

доктор медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии, с детской эндокринологией, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Аннотация . За последние десять лет виртуальные формы обучения стали привычными для большинства крупных учебных заведений всего мира. В одном только 1998 г. на эти цели было затрачено 1,5 млрд. долл., а к 2005 г., по прогнозу Института стандартов и технологий США (Institute of Standards and Technology). ,Высокие темпы развития медицинской науки ставят перед студентом-медиком сложную задачу по поиску актуальной и надежной информации для подготовки к аудиторным и внеаудиторным занятиям. Эпоха стремительного увеличения объёма информации привела к ситуации, определяемой большинством учёных как «информационный бум», «информационный взрыв», «индустрия информации» и обусловила возрастающие требования к подготовке будущего специалиста, который должен ориентироваться в огромном потоке информации, применять новые информационные технологии, уметь находить и использовать сведения из различных источников, постоянно пополнять свой интеллектуальный багаж новыми знаниями.

Ключевые слова: интернет, обучение, студенты

Результаты. Было проведено анкетирование студентов 4-го курса лечебного факультета, занимающихся на кафедре эндокринологии с детской В анкету были включены вопросы, нацеленные на выявление отношения студентов к обучению (в том числе внеаудиторной работе). Всего было опрошено 45 студентов (10 юношей и 10 девушек), средний возраст респондентов составил 21,9 г.

В среднем, на подготовку к практическим занятиям студенты ежедневно тратят 2,5 часа.. Девушки относятся более ответственно к занятиям, 45% из них готовятся постоянно, тогда как юноши стараются "подсмотреть, если спросят" или читают тему перед началом занятия (по 15% опрошенных), остальные студенты готовятся, если есть время, либо учат предмет только перед экзаменом.

На вопрос: "Что для Вас является источником информации?" половина студентов ответили - "сочетание лекционного материала, учебников и использование Интернетресурсов".

В основном студенты используют интернет-ресурсы для подготовки к занятиям, если тема плохо освещена в учебнике. При написании рефератов 80% студентов используют информацию, найденную в Интернете для самостоятельного их составления, а 15% юношей признались, что распечатывают готовые рефераты и сдают "как есть, без корректировки". При этом более половины студентов мужского пола считают информацию, представленную в Интернете правдивой, а 60% студенток считают, что информация может быть недостоверной.

Более 60% студентов постоянно посещают лекции. Конспектируют лекционный материал около 50% респондентов. При возможности "свободного посещения" лекций, 55% юношей посещали бы только интересные темы, а 10% не посещали бы лекции вовсе. Девушки в 35% случаев отвечали, что продолжили бы посещение лекционных занятий постоянно, 8% ответили, что не стали бы посещать совсем.

Подводя итог, следует отметить, что распространение виртуальных форм обучения — это естественный этап эволюции системы образования от классического университета до виртуального, т. е. от доски с мелом к компьютерным обучающим программам, от обычной библиотеки к электронной, от малочисленных учебных групп к виртуальным аудиториям любого масштаба и т. д. Происходящие в сфере образования процессы не носят антагонистического характера, и поэтому виртуальные и традиционные формы обучения не следует воспринимать как взаимоисключающие. Хорошее образование сегодня — это синтез самых разных форм получения знаний и современных технологий, оптимальное сочетание которых может определить для себя только сам учащийся.

Процесс информационного обеспечения медицинского образования и научно-медицинской деятельности невозможен без знания специфики и структуры информационных потребностей специалистов системы здравоохранения. Общество заинтересовано в том, чтобы врач был квалифицированным специалистом, не только понимающим свои узкопрофессиональные задачи, но и ориентированным в вопросах общественного здоровья, способным гибко перестраивать направление и содержание своей деятельности в связи с потребностями отрасли. Современная система подготовки врача должна формировать у него потребность в совершенствовании профессиональных знаний, умений и навыков в течение всей его жизни [196, 286].

Медицинские вузы работают в смежном поле: с одной стороны, подчиняются государственной политике в области образования, с другой -испытывают на себе влияние системы здравоохранения. В этом их специфика и основное отличие от других высших учебных заведений, реформирующих образование с учетом приоритетов, обозначенных в ходе Болонского процесса в целом и для медицинского образования в частности. Перед медицинскими учреждениями сегодня стоит задача создать условия для высококачественных научных исследований и поливалентного образования, при котором компетенции дипломированного выпускника медицинского вуза позволяют ему выбрать любую из специальностей действующей номенклатуры и/или карьеру ученого и/или преподавателя.

Процесс информационного обеспечения медицинского образования и научно-медицинской деятельности невозможен без знания специфики и структуры информационных потребностей специалистов системы здравоохранения. Общество заинтересовано в том, чтобы врач был квалифицированным специалистом, не только понимающим свои узкопрофессиональные задачи, но и ориентированным в вопросах общественного здоровья, способным гибко перестраивать направление и содержание своей деятельности в связи с потребностями отрасли. Современные инновационные технологии позволяют разработать и внедрить комплекс мероприятий по формированию

профессиональной компетенции врачей на додипломном, послевузовском и последипломном этапах их профессиональной подготовки и обеспечить гарантии качества их подготовки.

Выводы. Таким образом, можно сделать заключение, что Интернет является важным источником информации для студентов как при подготовке к практическим занятиям, так и при написании рефератов. В настоящее время наблюдается процесс "вытеснения" классических подходов при подготовке к занятиям.

Список использованной литературы.

1. Кисель, Н.В. Информационная компетентность учителя как условие эффективного управления процессом образования/Н.В. Кисель/ Автореф. дис.канд пед наук.-Калуга, 2002.-21 с.

2. Компетентностный подход в педагогическом образовании: Коллективная монография/ Под ред. проф. В.А. Козырева и проф. Н.Ф. Радиновой.- СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2004.- 392 с. ISBN 5-8064-0824-8

3. Соколовская И.Н. Формирование информационной компетентности студентов педагогических специальностей в процессе учебно-исследовательской деятельности//дисс на соиск уч ст кпн, по спец 13.00.08 – Педагогика, г Москва, 2008 г, 209 стр

4. Сидорова, Е.В. Развитие информационной компетентности учителя как условие эффективного решения профессиональных задач/Е.В. Сидорова/ Автореф. дис.канд пед наук.-СПб., 2006.-23 с.

5. Тришина, С.В. Информационная компетентность как педагогическая категория/С .В. Тришина// Интернет-журнал «Эйдос».- 2005.-10 сентября. Режим доступа: http://www.eidos.ru/iournal/2005/0910-l 1 .htm.

6. Полат Е.С. Педагогические технологии дистанционного обучения. - М.: Издательский центр «Академия», 2005.

7.

Оптимизация работы медицинских сестёр по оказанию медицинской помощи людям с ограниченными возможностями в сельских врачебных пунктах

Тиллабаева Акида Ариповна
Абдуразакова Ширин Абраровна
Кафедра:Амбулаторная медицина, физическое воспитание
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Аннотация. Для эффективного функционирования систем здравоохранения требуется высококвалифицированный и опытный состав медицинских специалистов. Для решения возникающих и быстро сменяющихся проблем в области здравоохранения необходимо постоянно совершенствовать обучение сестринского персонала [1,4]. Учитывая квалификацию и потенциальные возможности среднего медицинского персонала, можно значительно расширить объем лечебно - диагностических мероприятий, выполняемых сестринским персоналом при обслуживании пациентов в сельских врачебных пунктах. Медицинские работники тесно сотрудничают с общественными организациями, целью которых являются защита правовых и законодательных интересов, защита демократических ценностей, удовлетворение духовных и других не материальных потребностей физических лиц. В настоящее время общественные организации оказывают безвозмездную помощь больным, людям с ограниченными возможностями. Именно в этом процессе важно участие медицинских работников.

Ключевые слова: медицинская сестра, инвалиды, медицинская помощь, сельский врачебный пункт

Цель исследования: Оценить эффективность работы медицинских сестёр сельских врачебных пунктах по оказанию медицинской помощи, направленной на охрану здоровья населения, имеющих отклонение в физическом и психическом развитии. социальной помощи, повышать квалификацию по циклу медико-социальная работа с людьми с ограниченными возможностями.

Материалы и методы исследования: Изучение оценки совместной работы медицинских работников и представителей общественных организаций с людьми ограниченными возможностями показало, что большинство (46,0%) люди с ограниченными возможностями ответили удовлетворительной, следующие ответили хорошо (34,0%) и отличной (20,0%). По социальному положению люди с ограниченными возможностями распределялись следующим образом: 49,3% средне – специальное образование, 20,2% - школьное образование, в семье без образования 6,3%. На наш взгляд, большое значение в сохранении здоровья и здоровья будущего поколения, в укреплении уверенности и оптимизма среди членов его семьи имеет физическая активность семьи и по возможности инвалидов. Более половины (78,9%) семей, имеющих члена семьи инвалида, не занимаются утренней зарядкой и физической культурой. Для нас представляло интерес изучение режима и характера питания, отдыха членов семьи инвалида, так как все эти факторы оказывают своё влияние на последнего. Результаты опроса членов семьи показали, что более чем в половине (66,7%) семей инвалидов не соблюдается режим питания, 58,3% не придерживают режим отдыха и 33,8% не могут организовать свой досуг

Результаты исследования и их обсуждение В тезисе изучена оценка эффективности работы медицинских сестёр сельских врачебных пунктах по оказанию медицинской помощи людям с ограниченными возможностями. Исследование проводилось в течение 2018-2019 г.г. на базе сельских врачебных пунктах Кибрайского района Ташкентской области. В исследование были включены 100 инвалидов. Анализ причин инвалидности показал, что в основном стойкая утрата трудоспособности наступала вследствие общего заболевания у 92,8% больных, вследствие трудового увечья - у 6,4%, профессионального заболевания – у 0,9% больных. Изучение оценки совместной работы медицинских работников и представителей общественных организаций с инвалидами показало: 46,0% инвалидов ответили удовлетворительно, 44,0% хорошо и 20,0% отлично.

Выводы: Таким образом, для улучшения работы качества реабилитации людей с ограниченными возможностями необходимо проводить разноплановую работу медицинских сестёр с различными общественными организациями, использовать нормативно-правовую базу в охране здоровья людей с ограниченными возможностями и организации медико-социальной помощи, повышать квалификацию по циклу медико-социальная работа с инвалидами. Медицинская сестра должна уметь использовать существующую нормативно-правовую базу в охране здоровья инвалидов и организации медико-социальной помощи, повышать квалификацию по циклу медико-социальная работа с инвалидами.

Список использованной литературы:

1. Габоян, Я.С. Организация деятельности сестринского персонала в отделении сестринского ухода / Я.С. Габоян [и др.] // Медицинская сестра. - 2014. - № 6. - С. 7-9.
2. Двойников, С.И. Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи / С.И. Двойников [и др.] // Сестринское дело. - 2010. - № 3. - С. 11-13.
3. Павлов, Ю.И. Особенности подготовки и организации научных исследований в сестринском деле / Ю.И.Павлов [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2014. – № 3. – С. 100–110.

4. Сквирская, Г.П. Проблемы и задачи медицинских работников со средним образованием в ходе модернизации системы оказания первичной медицинской помощи / Г.П.Сквирская // Главная медицинская сестра. - 2013. - № 7. - С. 52-64.
5. Huls, M. Learning to care for older patients: hospitals and nursing homes as learning environments / M.Huls [et al.] // Med Educ. - 2015 Mar; - 49(3) – P. 332.
6. Э.А. Шамансурова., А.А.Тиллабаева. Сестринское дело в семейной медицине. Учебник. 2019. Издательство Чулпан. Глава 4. Стр 96-111.

ПИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Тиллабаева Акида Ариповна
Абдуразакова Ширин Абраровна
Кафедра Амбулаторная медицина, физическая культура
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Аннотация. Бронхиальная астма является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста [1]. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 5 до 10% детей страдают этим заболеванием, и с каждым годом этот показатель увеличивается. Серьезную тревогу вызывает также рост смертности от бронхиальной астмы и количества госпитализаций в педиатрические учреждения. В России бронхиальной астмой страдает от 2,2 % до 8 % взрослого населения. Задачи, возложенные на медицинскую сестру, делают ее профессию многогранной и технологически сложной. Формирование детей в условиях нелегкой соматической патологии никак не может не отразиться на их личности, специфике отношений с отцом и матерью, ровесниками, учебной деятельности и возможностях адаптации в целом.

Ключевые слова: бронхиальная астма, медицинская сестра, психологическая работа с больным, работа с родителями, социально-психологические проблемы

Введение: Бронхиальная астма – болезнь, которая на сегодняшний день, к сожалению, является неизлечимой. Всё, что может сделать медицина – это сократить количество приступов у больного и, насколько возможно, улучшить состояние пациента и его качество жизни [2].Причины бронхиальной астмы, серьезность болезни и характерные черты ее проявлений индивидуальны для каждого человека. Если представить данную болезнь в виде шкалы, где ноль – едва лишь ощутимая диспноэ, а десять – мощнейшая асфиксия, в таком случае люди, испытывающие страдания данным недугом, одинаково распределятся по всей шкале. Бронхиальная астма, возникнув в раннем возрасте, способна длиться и в зрелом возрасте. Бронхиальной астмой невозможно заразиться от иных больных астмой. У определенных детей к периоду полового созревания признаки этого заболевания пропадают, и отец с матерью думают, что ребенок «перерос» астму. Однако активность бронхов сохраняется, даже при долгой ремиссии, так что думать о выздоровлении не следует. По влиянию большого количества факторов внешней среды мнимое равновесие может быть нарушено, и признаки болезни возвратятся в любой период. Бронхиальную астму вылечить невозможно, однако возможно вылечивать и предотвратить появление приступов, обучиться осуществлять контроль развития недуга, и в таком случае больные сумеют вести обычный, интенсивный образ жизни, учиться в школе и заниматься спортом [3].На практике часто случается, что при постановке диагноза ребенка с астмой в нетяжелой форме просто отпускают домой, даже не проконсультировав его родителей надлежащим образом о том, как следует себя вести при приступах, какой уход за ребенком должен быть организован в периоды обострения. По этой причине болезнь часто усугубляется, приступы удушья учащаются и становятся более интенсивными и продолжительными, и больной вновь нуждается в медицинской помощи.Оказавшись в такой ситуации, ребенок начинает чувствовать себя некомфортно,

страдает его психологическое состояние – астматик начинает чувствовать себя оставленным наедине со своей болезнью, его страхи перед приступами удушья усиливаются невежеством илинеосведомленностью [4].Значимость медсестры в стабилизации состояния больного и повышения периода ремиссии при бронхиальной астме многогранна, заключается в лечебной деятельности: применение медикаментов, которые принимаются по назначению врача. Способы приема разъясняются медсестрой – небулайзера, ингаляции и диагностической. Медицинская сестра обучает больного и его семью использованию карманного ингалятора и вопросам неотложной доврачебной помощи в момент пароксизма.

Цели и задачи исследования состояли в том, чтобы обучить детей и их родителей самоконтролю при бронхиальной астме в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. Было проведено анкетирование родителей в детской поликлинике. Были проведены теоретические исследования (изучение и анализ медицинской литературы по данной проблеме) и статистические (сбор и анализ данных). Оценка физического и психического состояния пациента. Определение проблем и потребностей больного. Было осуществлено анкетирование пациента либо его членов семьи, также проведено объективное изучение – это позволит медицинской сестре дать оценку физиологического и психологического состояния больного, таким образом, вовремя обнаружить его настоящие и потенциальные проблемы, удовлетворять жизненно важные потребности больного, проявлять эмоциональную поддержку ему и отцу с матерью.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего в опросе по подготовленной анкете участвовало 20 родителей, имеющих детей, больных бронхиальной астмой, из которых 65 % респондентов составляли женщины и только 35 % мужчины.

Количество приступов в год: у детей с бронхиальной астмой чаще всего 3–6 приступов в год. Количество приступов можно уменьшить, если выполнять лечение, назначенное врачом.

Курение в семье ребенка с бронхиальной астмой: опрос показал, что некоторые члены семьи больного ребенка продолжают курить, а это в дальнейшем может привести к осложнениям. Скорее всего, это из-за недостаточности знаний о заболевании.

Оценка работы медицинских сестер детской поликлиники: большинство пациентов оценивают работу медицинских сестер положительно.

Из проделанной работы можно сделать вывод, что главная цель медицинской сестры – улучшение качества жизни пациента, облегчение состояния пациента с бронхиальной астмой, предотвращение обострения заболевания и адаптация человека в социуме после приобретения данного заболевания.

Заключение. Таким образом, проанализировав специальную литературу по данной проблеме, мы пришли к выводу о том, что роль медицинской сестры в профилактике и лечении детей с бронхиальной астмой в психологическом плане работы очень важна. Медицинский персонал при приступах ребенка с бронхиальной астмой должен вовремя создать благополучную психологическую обстановку и атмосферу, чтобы ребенок мог успокоиться. Также медсестра должна подобрать правильные слова поддержки для маленьких пациентов. Всегда должна показать позитивные эмоциональные состояния и мотивировать таких детей на благоприятный исход.

Список литературы.

1. Светов С.Н. Бронхиальная астма в таблицах и схемах. М.: Атмосфера, 2005. 48 с.

2. Бадоева З.А. Бериева Л.М., Гурциев О.Н., Медоева А.А. Тенденции заболеваемости бронхиальной астмой // Фундаментальные исследования. 2011. № 10–1. С. 26–29.

3. Сестринский уход при бронхиальной астме [Электронный ресурс]. URL: http://zdorovie-legkie.ru/sestrinskij-uhod-pri-bronhialnoj-astme/ (дата обращения: 25.12.2018).

4. Ачкасов Е.Е. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания. М.: Триада, 2011. 100 с.
5. Роль медсестры в лечении бронхиальной астмы [Электронный ресурс]. URL: http://jmedic.ru/astma/sestrinskij-process.html (дата обращения: 25.12.2018).
6. Особенности взаимоотношений медицинской сестры и родственников больных детей [Электронный ресурс].
7. Хроменко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 848 с.
8. Психологические особенности общения медработника с пациентом [Электронный ресурс]. URL: http://mydocx.ru/6-14335.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ В ПРЕПОДАВАНИИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В ВУЗЕ

Шахноза Шухратовна Толипова,
кафедра «Иностранные языки»
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Аннотация: Данная статья предлагает понятие, уровни, условия формирования, методы навыков письменной речи студентов. Представленный материал предназначен для преподавателей и студентов неязыковых вузов.
Ключевые слова: письменная речь, навыки, уровни письменной речи, условия формирования, неязыковой вуз.

Важнейшим ресурсом устойчивого развития современного общества признано образование. Система образования, соответствующая мировым стандартам, должна обладать таким ключевым фактором как интернационализация. Основными структурными составляющими интернационализации являются лингвистический, социальный и культурный подходы. В Узбекистане сегодня, прежде всего в силу возрастания интереса к зарубежному образования и привлечению иностранных специалистов к местной образовательной системе уделяется большое внимание первому, поскольку его качество напрямую влияет нас социальный и общекультурный уровень населения и системе образования в целом. Возрастает потребность в специалистах, владеющих разговорной речью на иностранных языках, умением адекватно реагировать в профессиональной сфере. Во всем мире каждый год сдают экзамены по иностранному языку сдают более 400000 человек. Это способствует значительным изменениям в практике обучения иностранных языков, где доминирующим подходом становится коммуникативный подход, при котором студенты с самого начала учатся слышать и понимать, а также общаться на изучаемом языке [1].

Эффективное обучение английскому языку включает в себя все четыре вида речевой деятельности: аудирование, говорение, чтение и письмо. Однако именно письмо является катализатором при овладении устной речи. Последовательность формирования навыкам письменной речи подразумевает несколько уровней от простого к сложному. На начальном уровне обучения письму ставится цель научить графике и орфографии, что несет ряд задач сопоставимости соответствий между родным и английским языками. Как самостоятельный вид речевой деятельности письмо изучается на завершающем уровне и успех во многом зависит от того, насколько хорошо были сформированы навыки письменной речи на предыдущих уровнях.

Каждый уровень формирования навыков письменной речи осуществляется через комплекс упражнений специфический для каждого из этих уровней.

На основе исследований учебного и научного материалов мы предположили, что для условий формирования письменной речи в будущей профессиональной сфере

выпускников неязыковых вузов можем взять критерии академического (Academic Writing) вида.

В качестве примера мы предлагаем разработанный нами упражнение для формирования правильного составления ключевых слов в предложения, в дальнейшем предложения в абзацы:

Make up sentences with key words.First choose the primary word. Then arrange the other words in same order so that they make a sense.

ring up, call, **physician**, **complain, patient's card**, **fill in, consulting hours, consulting room, reception**, **serious**, **sick.**

Make up abstarct with key sentences..First choose the primary sentences. Then arrange the other sentences in same order so that they make a sense.

1. My brother **looks ill** because he **has been ill** since the beginning of the spring. He **fell ill** with the grippe on the first of March. 2. Yesterday **a call** from **a** patient who lives in the same street came to our polyclinic. 3.The patient **called in** a doctor because he had pain in the chest.

После освоения упраженний по составлению предложений и абзацев из ключевых слов и предложений,мы может перейти к обучению написания кратких обзоров и сочинений на профессональную тематику, что представляет окончательный результат формирования навыков письменной речи у выпускников неязыковых вузов.

Приведенный выше пример упражнений подчеркивает важность поэтапного формирования навыков письменной речи в преподавании английского языка в неязыковых вузах. Эти упражнения в виде академического вида письменной речи мы адаптировали для студентов медицинского вуза на занятиях английского языка в ТашПМИ, что в дальнейшем поможет выпускникам неязыковых вузов своевременно и эффективно реагировать в профессиональных ситуациях, где требуется владение навыками письменной речи.

Литература:

1. Перова Т.Е. Стандарты письменной речи на родном языке. Начальная школа плюс,минус.- №4, 2001 – 71 с.
2. Anderson P.V. Technical communication. 4-th edit. Harcourt Brace College Publishers, 1999, 696 p.
3. Hogue A. Writing Academic English.- Pearson Education Inc. 2006. 337 p.
4. Lansford A. Everyday Writer. 2 nd ed. Bedford/St.Martin's. Boston/New York.2001. 534 p.
5. Murphy, C. & Sherwood, S. (2008) St. Martin's Sourcebook for Writing Tutors, 3rd ed. New York: Bedford, St.Martin.
6. Samuel Johnson's site://www.samueljohnson.com

ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Туракулова Ирода Эшматовна.,
2 курса магистратуры
д.м.н. зав. кафедра Худоярова Дилдора Рахимовна,
Кобилова Зарина Абдумумин кизи,
студентка 507 группы мед.пед. факультета
Шопулотов Шохрух Аслиддин угли
студент 521 группы лечебного факультета
Кафедра акушерство и гинекологии №1 лечебного факультета,
Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Самарканд. Узбекистан,

Аннотация. Одной из основных проблем охраны здоровья матери и ребенка, является увеличение частоты женского бесплодия [1,2,3]. Сейчас частота бесплодных браков в

Узбекистане составляет около 15%, имея тенденцию к увеличению. Трубное бесплодие встречается в 30-74% случаев, а перитонеальное бесплодие 34%. Вследствие этого диагностика трубно-перитонеального бесплодия имеет особое значение в диагностике и лечения бесплодия в целом. Нами проведено обследование 47 женщин, на клинической базе гинекологического отделения 1-клиники СамМИ с 2017 по 2019 годы, которым проведено общеклиническое обследование, лабораторное обследование, гистероскопия. Выявлены эффективные методы диагностики.

Ключевые слова: диагностика бесплодия, гистероскопия, вторичное бесплодие у женщин, инородное тело, синехии.

Цель исследования. Определение эффективных методов диагностики трубно – перитонеального бесплодия.

Материалы и методы исследования. Мы провели обследование 47 женщин, на клинической базе гинекологического отделения 1-клиники СамМИ с 2017 - 2019 год. Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование, изучались давность и характер течения трубно- перитонеального фактора бесплодия, проводимого ранее консервативного лечения и его длительность, лабораторные методы исследования включали бактериологические исследования**,** взятие влагалищных мазков на степень чистоты, мазков из цервикального канала для исследования на хламидийную, уреаплазменную и микоплазменную инфекцию, вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). С целью исключения эндокринной причины бесплодия выполнялись гормональные исследования с помощью твердофазного иммуноферментного анализа определения в плазме крови гормонов (ПРЛ, ЛГ, ФСГ, тестостерон, прогестерон, эстрадиол). Для разрешения поставленных задач выполнялись специальные исследования**:** для оценки степени проходимости маточных труб и их функционального состояния использовался метод кимопертубации на 19-21 день менструального цикла. За 30 мин до проведения процедуры больной вводили в/м 5,0 мл баралгина, что уменьшало возможность развития спазма сфинктера маточных труб. Дополнительно всем пациенткам проводилась гистеросальпингография по общепринятой методике с помощью водорастворимых контрастов (урографин). Так же произведена динамическая гистероскопия и гидротубация по общепринятой методике.

Результаты: У всех женщин в анамнезе имелись хронические воспалительные заболевания половых органов, у 35 (74,5%) пациенток имелся рубец на матке. По данным УЗИ хронический эндометрит был диагностирован у 11 (23,4%), обнаружен инородный предмет (лигатуры) в полости матки у 5 (10,6%), полипы эндометрия у 4 (8,5%) и в 2 случаях – субсерозная миома матки (4,2%).

Пациенткам с воспалительными заболеваниями была назначена противовоспалительная терапия перед кимопертубацией. После чего всем пациенткам было проведено кимопертубация на 19-21 день менструального цикла. За 30 мин до проведения процедуры больной вводили в/м 5,0 мл баралгина, что уменьшало возможность развития спазма сфинктера маточных труб. По результатам исследования у 5 (10,6%) женщин проходимость труб была затруднена, у 10 (21,3%) трубы были проходимы, но перистальтика была слабая или отсутствовала. У остальных 32 (68%) пациенток трубы были проходимы и перистальтика хорошо выражена.

Исследование гистеросальпингографии так же проводилось на 19-21 день менструального цикла и за 30 мин до проведения процедуры пациенткам вводили в/м 5,0 мл баралгина, для уменьшения возможности развития спазма сфинктера маточных труб с помощью водорастворимых контрастов (урографин). В результате у 8 (17%) женщин было выявлено непроходимость маточных труб, у 2 (4,2%) неровность контура области устья маточных труб, дефект наполнения полости матки в 4 (8,5%) случаях.

При гистероскопическом исследовании женщин диагностированы следующие состояния: хронический эндометрит у 15 (31,9%), лигатура в полости матки - у 10 (21,3%), полипы эндометрия у 4 женщин (8,5%), полипы в устье маточной трубы у 2(4,2%), синехии у 3 (6,4%) и спаечный процесс в полости матки и маточных труб у 28 (59,6%) больных. Примечательно, что у пациенток с рубцом на матке наблюдались сочетание спаечных процессов в полости матки и/или маточных труб с лигатурами в полости матки.

Выводы. Таким образом, диагностика вторичного бесплодия весьма разнообразно, но не все методы одинаково эффективны. В каждом методе имеются свои преимущества и недостатки. Самым лучшим методом диагностики вторичного бесплодия, а особенно трубно-перитонеального генеза, является эндохирургический метод - гистероскопия. Неоспоримым является его надежность и эффективность, так как с помощью него возможна не только диагностика, но и одновременное лечение различных патологий полости матки и маточных труб. Но в то же время данный метод имеет ряд недостатков в виде необходимости общего наркоза, дороговизны, возможных осложнений процедуры.

На втором месте после гистероскопии, по значимости в диагностике вторичного бесплодия можно поставить УЗД, но для диагностики трубно-перитонеальных факторов имеет большее значение **гистеросальпингография** с помощью водорастворимых контрастов (урографин).

Список использованной литературы

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхогра- фия.-М.,2004.-184 с.
2. Логутова Л.С., Левашева И.И., Гурьева В.М. Родоразрешение беременных с рубцом на матке после кесарева сечения//Рос.мед.журнал.-2017.-№5.- С.24-28.
3. Кулинич С.И., Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Мащакевич Л.И. Роль гистероскопии в оценке заживления швов после операции кесарева сече- ния//Актуальные вопросы акушерства и гинекологии.-2001-2002.-Т. 1.-№1,- С.42-43.
4.Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Машакевич Л.И. и соавт. Оценочные критерии качества заживления раны на матке после кесарева сечения//Акушерство и гинекология.-2013.-№ 2.-С.29-31.
5. Cooper J.M., Brady R.M. Intraoperative and early postoperative complications of operative hysteroscopy//Obstet.Gynecol.Clin. North Am.-2000.-V.27(2).- P.347-366.
6. Salle B., Sergeant P., Gaucherand P. et al. Transvaginal hysterosonography evaluation of septate uteri: a preliminary report//Hum.Reprod.-2006.-V.11(5).- P.1004-1007.

РОЛЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПО МЕТОДУ «ЭКЗАРТА» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

У.Т. Омонова, О.А.Юнусов, Ш.Ш. Абдусатторов,
Ташкентская Педиатрическая медицинская институт.
Кафедра Неврологии, детской неврологии и медицинской генетики.

Актуальность: Проблема сосудистых заболеваний головного мозга по-прежнему является одной из наиболее актуальных в современном мире, в первую очередь по причине высокой смертности и инвалидизации населения [Верещагин Н.В., с соавт., 2011; Семенютин В.Б. с соавт.,2016; Alabri H, et al.,2017]. На сегодняшний день одной из ведущих причин инвалидизации населения являются сосудистые катастрофы в вертебро-базилярном бассейне (ВБН), поскольку при данной патологии страдают мозжечок, ствол мозга и верхние сегменты шейного отдела спинного мозга, задние отделы полушарий, что приводит к нарушениям вестибулярных функций, расстройствам статики и координации, зрительным и глазодвигательным нарушениям, что затрудняет физическую, психическую

и социальную реализацию личности [Ибрагимова Е.Л. с соавт.,2012; Луцик А.А., с соавт., 2014]. Прогресс в лечении и реабилитации больных после инсульта позволил значительно снизить смертность, а также улучшить восстановление утраченных функций [Новикова Л.Б., 2012, Цукурова Л.А. и соавт., 2013, Горбачев В.И. и соавт., 2013]. Однако вопросы реабилитации в раннем восстановительном периоде по-прежнему требуют дальнейшего углубленного изучения. Выраженность постинсультных расстройств, прогноз определяются исходной тяжестью повреждения мозга и затрагивают физическую и психическую сферы деятельности человека, влияя на его качество жизни. Все вышеизложенное и определило актуальность проблемы, цель и задачи настоящего исследования.

Цель: Изучить особенности двигательных нарушений в динамике терапии с использованием кинезотерапии по методу «Экзарта».

Материал и методы исследования: Анализу были подвергнуты результаты лечения 69 пациентов, перенесших ишемический инсульт. Средний возраст 42 женщин и 27 мужчин составил 68,5 лет. Диагноз устанавливали по результатам клинико-неврологических и инструментальных исследований. Оценка двигательных функций проводилась с использование шкалы MRS (Modified Rankin Scale), выраженность спастичности определили по шкале Ashworth. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от получаемого терапии. 1 группу составили 35 пациентов, которые получали кинезотерапию по методу «Экзарта» в дополнение к фармакотерапии. Во 2 группу вошли 34 пациентов, которые получали только базисную терапию. Анализ результатов лечения производился по следующим параметрам: восстановление неврологических функций, уровень социально бытовой адаптации, психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов. По шкале Бартел оценивались двигательные функции и бытовая адаптация.

Результаты: Так, в 1 группе достаточная и полная степень восстановления неврологических функций отмечалась у 66,3% больных, а во 2 группу этот показатель составил 38,5% ($p<0,001$). После курса реабилитации у пациентов в основной группе отмечается увеличение объема активных и пассивных движений, в целом в 1,7 раза по сравнению с группой сравнения. Улучшение походки зарегистрировано у 48% основной и 18% группы сравнения. Результаты, полученные в группе высокотехнологичного лечения по шкале Эшворта для нижних конечностей, также показали статистически достоверное улучшение. В группе пациентов, получавших кинезотерапию по методу «Экзарта», достаточная и полная степень бытовой адаптации отмечалась в 64,2% случаев, а во 2 группе в 36,2% случаев ($p<0,001$). Кроме того, применение кинезотерапию по методу «Экзарта», как свидетельствуют результаты исследования, способствует возвращению навыка вождения автомобиля. В 1 группе 27,2% больных среди тех, кто управлял автомобильными средствами до развития инсульта и утратил данную способность вследствие заболевания, вновь вернулись к вождению. Анализ материала показал существенную разницу в сроках и достигнутых результатах лечения: в группе больных, получивших комплексное лечение в ранние сроки после перенесенного инсульта, восстановление двигательных и чувствительных функций наступали быстрее, их медико-социальная адаптация – раньше, чем у пациентов при поздно начатой реабилитации. У некоторых больных контрольной группы восстановление некоторых функций не достигнуто.

Вывод: Согласно результатам исследования, применение кинезотерапию по методу «Экзарта» в дополнение к фармакотерапии в достоверной степени влияет на повышение эффективности восстановительного лечения пациентов после инсульта. Таким образом, ранняя реабилитационная терапия инсульта с комплексным воздействием дает отчетливые положительные результаты.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННЫХ И ЭНДОКРИННЫХ СТРУКТУР СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Хамидова Фарида Муиновна
Блинова Софья Анатольевна
Самаркандский Государственный Медицинский институт

Аннотация. Установлена тесная морфологическая взаимосвязь иммунных структур и эндокринных клеток АПУД-системы легких в динамике развития острой пневмонии, отражающая их совместную функциональную активность.

Ключевые слова: легкие, экспериментальная пневмония, апудоциты, нейроэпителиальные тельца, иммунные структуры.

В настоящее время в мире происходит прогрессирующее распространение острых и хронических воспалительных заболеваний легких. При заболеваниях легких главными патогенетическими особенностями являются различные нарушения бронхокинетики и мукоцилиарного клиренса [1,3,5]. В воспалительный процесс слизистой оболочки бронхов вовлекаются также иммунный и местный эндокринный аппарат легких [2,4]. Цель исследования: изучение особенностей иммунных структур и эндокринных клеток АПУД-системы бронхов при развитии экспериментальной пневмонии.

Моделирование экспериментальной пневмонии проведено на 30 взрослых кроликах-самцах весом 2,0-2,5 кг. Для этого под этаминал-натриевым наркозом в трахею вводили стерильную капроновую нить. Легкие исследованы в течение 30 дней после операции. Контролем служили легкие 12 интактных кроликов, а также 13 кроликов, подвергнутых «ложной» операции, в которых под наркозом выполнены все этапы оперативного вмешательства, кроме введения нити в трахею. Забой животных выполнен под этаминал-натриевым наркозом с последующей перерезкой брюшной части аорты. В ходе эксперимента соблюдены все биоэтические правила. После фиксации кусочков легких в жидкости Буэна и заливки в парафин, срезы окрашены гематоксилином и эозином, импрегнированы по методу Гримелиуса. Число апудоцитов и НЭТ определяли из расчета на поперечный срез внутрилегочных бронхов крупного, среднего и малого диаметров. Различия признаков в бронхах определяли с помощью критерия Стьюдента, достоверность различий устанавливалась при $P<0,05$.

Микроскопические и морфометрические показатели структур легких интактных и ложнооперированных кроликов достоверно не различаются. При микроскопическом исследовании легких кроликов с экспериментальной пневмонией установлено, что через 1 сутки после операции эпителий крупных бронхов разрыхлен, инфильтрирован лимфоцитами и макрофагами. Отмечается достоверное уменьшение числа апудоцитов в крупных бронхах. На поперечный срез крупного бронха в эксперименте приходится 0,4±0,08, тогда как в контроле 0,8±0,12 апудоцитов ($P<0,05$). Достоверно меньше становится число клеток в НЭТ, располагающихся в крупных бронхах (в опыте 2,6±0,29, в контроле 4,6±0,82, $P<0,05$). Возрастание альтеративно-экссудативных процессов (3 сутки эксперимента) сопровождается усиленной инфильтрацией стенки бронхов лимфоцитами и макрофагами. В крупных бронхах наблюдается выраженная гиперплазия апудоцитов (14,5±7,06, $P<0,05$) и НЭТ. Их число становится достоверно больше (0,6±0,13) по сравнению с нормой (0,2±0,04, $P<0,05$). Обращает на себя внимание, что базальные отделы как одиночных апудоцитов, так и эндокринных клеток НЭТ опустошены. Такая морфологическая картина эндокриноцитов бронхов свидетельствует об их высокой функциональной активности. На 7 сутки экспериментальной пневмонии в легких усиливаются альтеративно-экссудативные явления. В стенках бронхов находятся нейтрофилы и множество лимфоцитов, которые расположены как диффузно, так и в составе лимфатических узелков. Сохраняется гиперплазия апудоцитов в крупных бронхах (2,7±0,75, $P<0,05$), происходит увеличение числа клеток НЭТ в средних бронхах. Следует отметить топографически близкое расположение иммунных и эндокринных структур внутрилегочных бронхов. Чаще всего как НЭТ, так и лимфатические узелки

располагаются на бифуркации бронхов. На 14 сутки экспериментальной пневмонии микроскопически отмечается утолщение стенки бронхов. Наблюдается выраженная инфильтрация всех слоев бронхов лимфоцитами и макрофагами. В стенке бронхов располагаются лимфатические узелки. В крупных бронхах число апудоцитов и НЭТ продолжает оставаться более высоким, чем в норме. Апудоцитов на поперечный срез крупных бронхов приходится 1,5±0,37 (P<0,05), а НЭТ – 0,5±0,18 (в норме 0,2±0,04, P<0,05). Для средних и мелких бронхов это не характерно. Через 1 месяц после моделирования экспериментальной пневмонии развиваются глубокие альтеративно-экссудативные процессы, выраженные явления острого бронхита. В стенках бронхов находятся расширенные кровеносные сосуды, множество лимфоцитов и нейтрофилов. Количество лимфатических узелков увеличено. У кроликов этой группы апудоциты и НЭТ обнаружены во всех бронхах. По-прежнему, в крупных бронхах число апудоцитов и НЭТ больше, чем у здоровых животных. Однако статистически достоверные различия характерны только для НЭТ (в опыте 0,6±0,25, P<0,05) В средних бронхах существенно увеличилось число клеток в НЭТ. Если в норме в среднем в НЭТ находится 4,2±1,09 эндокриноцитов, то в опыте – 6,1±1,39, P<0,05. Возрастает число эндокринных клеток, которые относятся к закрытому типу.

Таким образом, в динамике экспериментальной пневмонии после массивного выброса секрета из эндокриноцитов происходит их выраженная гиперплазия. На всем протяжении воспалительного процесса в бронхах возрастает также участие в нем лимфоидных структур. Отмеченные особенности изменений регуляторных структур отражают их интегрированную функцию при воспалительных заболеваниях легких.

Список использованной литературы

1. Утешев Д.Б., Карабиненко А.А., Крылов И.А., Бунятян Н.Д. Нарушения бронхокинетики и мукоцилиарного клиренса при ХОБЛ.- РМЖ, пульмонология, 2010.- № 9.- С. 530-534.
2. Cutz E, Yeger H, Pan J. Pulmonary neuroendocrine cell system in pediatric lung disease-recent advances. Pediatr Dev Pathol. 2007 Nov-Dec;10(6):419-35.
3. Mizgerd J.P. Pathogenesis of Severe Pneumonia - Advances and Knowledge Gaps.// Curr Opin Pulm Med. 2017 May; 23(3): 193–197.
4. Vitenberga Z., Pilmane M. Inflammatory, Anti-Inflammatory and Regulatory Cytokines in Relatively Healthy Lung Tissue as an Essential Part of the Local Immune System.//Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2017, 161 (2), 164-173
5. Zhou-Suckow Z, Duerr J, Hanger M, Agrawal R, Mall MA. Airway mucus, inflammation and remodeling: emerging links in the pathogenesis of chronic lung diseases. Cell Tissue Res. 2017, Mar; 367 (3): 537-550

ФАКТОРЫ РИСКА В РОЖДЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Мирзаева Ш.Х.
Научный руководитель: д.м.н., доцент Рахманкулова З.Ж.,
ТашПМИ, кафедра неонатологии, г.Ташкент

Актуальность. Проблема преждевременного рождения новорожденных детей до сих пор остается в центре внимания современной медицины, в силу того, что недоношенные дети обеспечивают высокий процент заболеваемости и смертности.

Цель исследования. Изучить факторы риска и клинико-анамнестические данные у матерей недоношенных детей.

Материал и методы. Проведено обследование 25 новорожденных детей, находящихся в городском родильном комплексе г. Ташкента №6. Обследовано 25 недоношенных новорожденных, родившихся с гестационным возрастом 30-36 недель.

Изучены социально-биологические данные, сведения об акушерском анамнезе, особенности течения беременности.

Результаты исследования. В среднем гестационный возраст наблюдаемых детей составил 34,3 недели. Масса тела при рождении составила от 1180, 2 г до 2498,5 г , что в среднем составило 2156, 3 г. Нами были изучены социально-биологические факторы у матерей наблюдавшихся детей. При изучении возрастного состава выявилось, что матерей в возрасте 17-19 лет было 6,7%, в возрасте от 20 до 30 лет 33,3%, в возрасте ≥30 было 60%.

При изучении уровня образования оказалось, что среди матерей с высшим образованием было 46,7%, со средним специальным – 20%, со средним – 33,3% женщин. Изучение количества родов у наблюдавшихся матерей недоношенных показало, что первородящих женщин было 40%, повторнородящих - 46,7%, многорожавших матерей было 13,3%.

Среди патологических состояний у наблюдаемых метерей были выявлены анемия – 13,3%. Важно отметить, что среди хронических соматических заболеваний у матери были выявлены , хронический пиелонефрит у 20% женщин, у 40% гипертоническая болезнь.

Во время беременности 50% женщин перенесли ОРВИ. Кроме того, как выяснилось, 24% из них страдали инфекциями TORCH- комплекса. Течение антенатального периода у наблюдаемых детей осложнялось наличием у матери во время беременности гестозов, которые встречались у 40% женщин, преэклампсия у 40%, фетоплацентарная недостаточность у 20%.

Выводы. Таким образом, на сегодняшний день среди важных факторов риска рождения недоношенных новорожденных детей остаются социально-биологические. Среди материнских факторов приоритетными остаются хронические, инфекционные заболевания матери и гестозы беременных.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Шодиева Гульзода Рабимкуловна
Низомов Бахтиер Уракович
Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета,
Самаркандский государственный медицинский институт

Аннотация. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний дыхательных путей.

Целью работы было оценить выраженность функциональных нарушений легких у больных БА. Обследовано 50 больных БА, возраст больных находился в пределах от 25 до 60 лет. Из общего количества больных у 25 была установлена БА тяжелого течения, у 13 среднетяжелого течения, у 12 легкого течения. Анализ показателей ФВД показал, что у больных БА с легким и среднетяжелым течением имеются нарушения вентиляционной функции лёгких по обструктивному типу, а у больных с тяжелой БА - по смешанному характеру с присоединением рестриктивного компонента.

Ключевые слова: бронхиальная астма, функция внешнего дыхания, спирография, индекс Тиффно.

Актуальность. БА характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют во времени и по интенсивностии проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей [1].

БА остается актуальной проблемой современной медицины с социальным аспектом, поскольку заболеваемость и распространенность этого заболевания продолжает расти среди всех групп населения которая, по разным данным, варьирует в диапазоне 5-10 %, однако встречаются данные о распространенности до 18 % [2].

Во всем мире, в том числе и в Узбекистане, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости БА и ее более тяжелому течению [3]. По оценкам Всемирной организации Здравоохранения 235 миллионов человек страдают от БА. БА является проблемой общественного здравоохранения не только для стран с высоким уровнем дохода, ею болеют во всех странах, независимо от уровня их развития. Более 80 % случаев смерти от астмы происходит в странах с низким и средне-низким уровнем дохода [4]. Диагностика бронхиальной астмы заключается в выявлении обратимой бронхиальной обструкции и признаков гиперреактивности бронхов. При БА регистрируется преходящее лабильное изменение скоростных параметров спирометрии, особенно объема форсированного выдоха за 1-ю секунду, пиковая скорость выдоха, обусловленное бронхиальной гиперреактивностью. В период обострения также регистрируется увеличение остаточного объема легких [5].

Цель исследования: Изучить особенности изменения функциональных параметров бронхолегочной системы у больных БА.

Материалы и методы исследования: Обследовано 50 больных БА и 30 здоровых лиц вошедших в контрольную группу. Исследование проведено в условиях терапевтического отделения Самаркандского филиала Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи. Возраст больных находился в пределах от 25 до 60 лет и составил в среднем 42,58±0,72 года. Среди всех обследованных мужчины составили 32 (62%), женщины - 18 (38%). Длительность заболевания у 23 больных составило более 15 лет, у 17 больных - 10-15 лет, а у 10 больных - менее 10 лет. Из общего количества больных у 25 была установлена БА тяжелого течения, у 13 среднетяжелого течения, у 12 легкого течения. Диагноз БА был верифицирован согласно международной классификации ВОЗ (X пересмотр, МКБ-10) и в соответствии с диагностическими критериями GINA (The Global Initiative forAsthma–Глобальная инициатива по БА). Для верификации обструктивных и рестриктивных изменений в бронхах применялась спирография. Исследование проводилось в условиях относительного покоя в положении сидя. Измерялись следующие показатели: жизненная емкость легких (ЖЕЛ, л), ФЕЖЛ (л), ОФВ 1/ФЖЕЛ, пиковая объемная скорость выдоха (ПОС) и максимальные объемные скорости после выдоха 25, 50 и 75 % ФЖЕЛ (МОС50, МОС75). Наряду с общеклиническими и лабораторными методами исследования проводились изучение параметров функции внешнего дыхания (ФВД) с помощью аппарата «SpirosiftSP-5000». Анализ показателей определение жизненной емкости легких, максимальной вентиляции легких (МВЛ), частоты дыхания (ЧД), объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), позволил выявить наличие и выраженность нарушений бронхиальной проходимости, а также рестриктивных нарушений. При этом учитывались следующие показатели ФВД: ФЖЕЛ, ОФВ1, ИТ, ПСВ, МОС25, МОС50, МОС75, МОС25-75. А также проводился острый бронходилатационный тест по общепринятой методике. Результаты исследований: при клинико-инструментальном исследовании у всех больных обнаружена экспираторная одышка, сухие свистящие хрипы, усиливающиеся на выдохе выслушиваемые как при аускультации, так и на расстоянии, коробочный перкуторный звук. Анализ динамики показателей ФВД показал, что у больных БА тяжелого лечения, по сравнению с данными практически здоровых лиц и у больных среднетяжелой формой БА наблюдается достоверное снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ, в 1,8 и 1,9 раза соответственно), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1, в 1,7 и 1,8 раза соответственно), индекс Тиффно (ИТ, в 1,2 и 1,3 раза соответственно), пиковая скорость выдоха (ПСВ, в 2,1 и 2,2 раза соответственно), максимальный объем скорости (МОС25

=1,3-1,8 раза соответственно), объем скорости в средних бронхах (МОС50-1,1-1,7 раза соответственно), объем скорости в крупных бронхах (ОС75=2,4-2,6 раза). Продолжительность заболевания имеет слабую корреляционную связь со снижением показателя индекса Тиффно, выраженную корреляционную связь со снижением пиковой скорости выдоха. Максимальный объем скорости у больных зависел от давности заболевания. Течение болезни у больных БА с изменениями кардиоваскулярной системы способствовало ухудшению показателей функций внешнего дыхания. Так, у больных БА с увеличением продолжительности заболевания происходило снижение показателей ЖЕЛ, ОФВ1, что свидетельствовало о повышении степени бронхиальной обструкции.

Выводы: Анализ показателей ФВД показал, что у больных БА с легким и среднетяжелым течения имеются нарушения вентиляционной функции лёгких по обструктивному типу, а у больных с тяжелой БА - по смешанному характеру с присоединением рестриктивного компонента. У больных с продолжительности заболевания свыше 10 лет клиника БА становится более тяжелой, что способствует развитию осложнений: эмфизема, пневмосклероз, дыхательная и легочно-сердечная недостаточность.

Список литературы

1. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Revised 2018. Available from: www.ginasthma.com Accessed 2018 Nov 15.
2. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Available from: http://ginasthma.org/Accessed 2019 Dec 12.
3. Ахраров Х.Х. и др. Тригерние фактории атопического дерматита у детей дошкольного возраста // Рос. жур. кож. и вен. бол.-2017.-Т.20, №6.-стр.347.
4. Ежегодный доклад о здравоохранении в мире о основные статистические данные. Всемирная организация здравоохранения. Дата обращения 27 сентября 2015.
5. Шустов С.Б., Куренкова И.Г., Харитонов М.А., Асямов К.В. Нарушения функции внешнего дыхания при различных формах легочной патологии, Пульмонология. 2017; 27 (3); стр. 410-418.

Тиббиёт олийгохларида масофавий таълимнинг аҳамияти.

Рихсиева Назира Тохировна
Эндоокринология, болалар эндокринологияси кафедраси ассистенти
Тошкент Педиатрия Медицина Институти

Ҳозирги кунга келиб, талабаларга таълим беришнинг замонавий ва инновацион усулларини қўллаш ўқувчиларни илм олишга қизиқишлари ва мотивациясини ошириш имконини яратди. Ҳар қандай педагогик вазифалар тегишли технология ёрдамида самарали ечилади ва малакали, тажрибали ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

Ҳар қандай педагогик муаммони ҳал қилиш босқичларига кўра, уларни мазмуни ва вақт доирасидан келиб чиқиб, умумий ва хусусий технологияларга ажратиш мумкин. Умумий технологияларга ўқув жараёни ва уни амалга оширишни лойиҳалаштиришни мисол қилиб олиш мумкин.

Хусусий технологиялар-таълим муаммоларини ҳал этиш, талабаларни педагогик рағбатлантириш, назорат қилиш ва унинг натижаларини баҳолаш, таълим ҳолатини тахлил қилиш кабиларни ўз ичига олади.

Тиббиёт олийгоҳларида ўқитиш технологияларининг мақсади –ўқув жараёнида илмий қидирув технологияларидан фойдаланиш, фаолликни ошириш, ўқитиш усулларини янгилаш, мустақил иш самарадорлигини ошириш, олинган натижаларни амалиётга тадбиқ эта олишдан иборат.

Ҳозирги кунга келиб масофавий таълим талабаларга таълим беришнинг замонавий ва инновацион усулларидан бирига айланди.

Талабалар учун (масалан, 1-6 курс талабалари) масофавий таълимни қуйидаги йўналишларда амалга ошириш мумкин:

1) Институт сайтининг мультимедия манбаларига киришини таъминлаш: ўқув ва ўқув-услубий қўлланмалар, электрон дарсликлар, тест топшириқлари ва вазиятли масалалар.

2) Амалий машғулотларда тақдим этилган материалларни асосий бўлимларини аудио ва видеовизуализацияси.

3) Маърузаларни, жаррохлик амалиётларини ва турли диагностик жараёнларни on-line режимда кузатиб бориш.

4) Ўқитувчи талабалар билан видео конференция ўтказиш имконияти.

Шундай қилиб, тиббиёт олийгоҳларида талабаларга таълим беришнинг замонавий ва инновацион усулларидан бири бўлган масофавий таълимни имкониятлари кенг бўлиб, албатта етук мутахассислар тайёрлашда таълим сифатига ижобий таъсир қилади.

Анатомические предпосылки развития фронтитов и сфеноидитов у больных, перенесших травмы лицевого скелета

Ашуров А.М.

Ташкентский институт усовершенствования Врачей Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан.

Для корреспонденции: Азимжон Мирзажанович Ашуров, e-mail: azim_1960@mail.ru>

Повреждение околоносовых пазух, занимает один из первых мест по частоте травматизма. Не менее актуально развитие посттравматических синуситов после перенесенного перелома костей лицевого скелета. В этом большую роль играют анатомо-топографическая структура пазухи: размеры, объем, толщина стенок, формы естественного соустья.

Целью исследования являлось - изучить роль анатомической структуры лобной и клиновидной пазух, в развитии посттравматических фронтитов и сфеноидитов у больных, перенесших травмы костей лицевого скелета.

Материал и методы. Произведено изучение данных эндоскопии полости носа, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга у 312 больных с сочетанной травмой лицевого скелета, в возрасте 18-60 лет. Повреждение лобной пазухи - 69 случаев (22,1 %), развитие острого посттравматического фронтита у 37 пациентов (11,8 %). Повреждение клиновидной пазухи - 25 случаев (8 %), развитие острого посттравматического сфеноидита у 10 пациентов (3,2 %). Контрольная группа: 20 пациентов с острым нетравматическим фронтитом, 10 пациентов с острым нетравматическим сфеноидитом.

Результаты. Факторами, предрасполагающими к посттравматическим фронтитам, можно считать: угол изгиба между носолобным каналом и вертикальной линией, проходящей через переносицу, равный 30^{o} и более, длина носолобного канала более >12,4мм. К предрасполагающими факторам развития сфеноидита можно отнести: точечную форму естественного соустья, конхобуллезу средней носовой раковины и чрезмерное выпячивание клеток Оноди.

Заключение. Результаты исследования доказывают вариабельность анатомо-топографических показателей лобной и клиновидной пазух, что оказывает влияние на клинические появления патологических процессов. Эти данные необходимо учитывать при проведении различных манипуляций и хирургических вмешательств, особенно при наличии травмы лицевого скелета.

ЦИТОКИНОВЫЙ И ЛОКАЛЬНЫЙ ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.

Юлдашев И.Р., Абдуллаев Н.Ч.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация: Проведен мониторинг динамики системного синтеза цитокинов, IgE и sIgA в реализации аллергического воспаления у 53 детей с бронхиальной астмой в сочетании с аллергическим ринитом). В процессе реализации аллергических заболеваний у детей наблюдалось повышение продукции IL-4, IL-8 в зависимости от тяжести клинической картины, в сочетании со снижением уровня γ-интерферона и IL-1β при тяжелом течении вышеуказанной патологии. Выявлены изменения регуляторных коэффициентов содержания Ig E и sIgA. Делается заключение, что динамика цитокинового профиля является диагностическим и прогностическим критерием развития аллергических заболеваний в дошкольном возрасте.

Ключевые слова: аллергический ринит (АР), бронхиальная астма (БА), дети, цитокины, гуморальный иммунитет.

Как известно, цитокины – это продуцируемые активированными клетками низкомолекулярные белковые вещества, осуществляющие эндогенную регуляцию межклеточных взаимодействий всех звеньев иммунной системы, гемопоэза, воспаления и межсистемных взаимодействий [2]. Действие цитокинов тесно связано с физиологическими и патофизиологическими реакциями организма. При этом происходит модуляция как локальных, так и системных механизмов защиты [7].

С целью оценки влияния Th-фенотипа иммунного ответа на спектр сенсибилизации ребенка было определено соотношение продукции Th1- и Th2-зависимых цитокинов (соответственно, IFNγ и IL-4 как наиболее значимых антагонистических регуляторов атопического процесса). IFNγ продуцируется Th1-клетками и ингибирует эффект Th2-лимфоцитов, являясь сильным и относительно специфичным антагонистом IL-4-индуцированного синтеза IgE и IgG4 и т.д. Источником IL-4 служат Th2-клетки, некоторые популяции тимоцитов, а также эозинофилы, базофилы и тучные клетки. Этот цитокин участвует в формировании атопической патологии: промотирует Th2-фенотип иммунного ответа и ингибирует Th1-клетки, способствует более активной презентации экзоаллергенов Т- лимфоцитам, играет центральную роль в переключении синтеза иммуноглобулинов В-лимфоцитами на продукцию IgG4 и IgE; усиливает экспрессию молекул адгезии, участвует в рекрутировании эозинофилов в очаг воспаления, влияет на развитие аллерген - индуцированной бронхиальной гиперреактивности и т.д.

Очевидно, что при разнонаправленности эффектов IFNγ и IL-4 в регуляции аллергического процесса формирование фенотипа иммунного ответа будет зависеть от сбалансированности их продукции [4].

Цель исследования состоит в определении цитокинового статуса и локального гуморального иммунитета у детей, страдающих аллергическим ринитом и бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Исследования были проведены на базе ГК ДБ №1 г. Ташкента в 2013-2017 гг. Были обследованы 76 детей в возрасте 4- 5 лет, находившиеся на лечении в аллергологическом отделении и ОРИТ Городской клинической детской больницы №1 г. Ташкента. У 53 детей БА сочеталась с АР. Обследованным детям проводили анамнестический и клинический анализ. Для сбора клинических данных и анамнеза была использована индивидуальная карта ребенка (ф. 112/у) и истории болезни детей с лекарственной аллергией, находившихся на стационарном лечении в ГДКБ №1 Юнус-Абадского района г. Ташкента. По клиническому течению основного заболевания делили на легкую форму (n=17), среднетяжелую (n=20) и тяжелую степень (n=16) в зависимости от периодичности и тяжести приступов кашля, наличия или

отсутствия признаков бронхита и изменения лабораторных показателей. 23 практически здоровых детей того же возраста составили контрольную группу. Иммунологические исследования проводились определением уровня про- (IL1-β, IL-8 и IFNγ) и противовоспалительных (IL-4) цитокинов в носовых смывах (тест-системы ООО «Цитокин», СПб) методом ИФА, согласно прилагаемой инструкции. В назальных смывах детей проведено исследование концентрации иммуноглобулинов классов sIgA и IgE методом иммуноферментного анализа.

Статистическая обработка полученных данных проведена методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту.

Полученные результаты и их обсуждение.

Дебют эпикутанной сенсибилизации у детей с аллергическим ринитом в 60% случаев приходился на 1-й год жизни, первые проявления бронхиальной астмы фиксировались до 3-го года жизни в 20,67±3,45% наблюдений. Пик первых проявлений бронхиальной астмы отмечен в возрасте 4–6 лет (41,22±4,15%). Проявления аллергического ринита в 19,69±3,35% случаев наблюдались у детей 4–5 лет и в 26,42±3,71% случаев – у детей 3–4 лет.

В нашем исследовании у детей с атопической бронхиальной астмой и аллергическим ринитом выявлено высокое содержание исследованных цитокинов в сыворотке крови (табл 1.). Динамика содержания IFNγ при сочетании БА и АР выглядела следующим образом: повышение продукции при легком и среднетяжелом течении ($p<0,05$) и обратная реакция при тяжелом течении сочетанной патологии, что свидетельствует скорее об исчерпании компенсаторных возможностей, чем о нормализации продукции цитокинов. В процессе реализации различных форм аллергических заболеваний у детей нами выявлено повышение продукции IL-1β, нарастающее при легком и среднетяжелом течении, в сочетании со снижением уровня ниже контрольных данных при тяжелом течении БА и АР. Полиморфонуклеарные нейтрофилы часто присутствуют в жидкости бронхоальвеолярного лаважа. Привлекаться и активироваться они могут за счет IL8 и LTB4 в сочетании с IL3 и GM-CSF. Возможно, именно этим объясняется прогрессирующее нарастание секреции IL-8 в нашем исследовании -11,6 ± 0,97пг/мл при легком течении БА и АР, 21,3 ± 1,1пг/мл при среднетяжелом течении ($p < 0,001$), 26,7 ± 1,0 пг/мл при тяжелом течении ($p < 0,001$).

Таблица 1

Показатели локального цитокинового статуса у больных детей с БА в сочетании с АР (M±m)

Цитокины	Контрольная группа, n=23	Больные дети БА+АР , n=53		
		Легкая, n=17	Среднетяжелая, n=20	Тяжелая, n=16
IFNγ, пг/мл	4,6 ± 0,2	5,1 ± 0,1	5,8 ± 0,4*	3,1 ± 0,1*
IL-1β,пг/мл	3,1 ± 0,08	7,4 ± 0,01*	4,3 ± 0,5	2,0 ± 0,01*
IL-4, пг/мл	4,3 ± 0,6	6,9 ± 0,7*	9,2 ± 0,4*	12,3 ± 0,5*
IL-8, пг/мл	7,9 ± 0,9	11,6 ± 0,97	21,3 ± 1,1*	26,7 ± 1,0*

Примечание: * - значения достоверны по отношению к контрольной группе ($p <0,05$ - 0,001)

Известно, что решающую роль в иммунопатогенезе аллергических заболеваний играют Th2лимфоциты и продуцируемые ими цитокины. Повышенное содержание IFNγ, который является цитокином Th1 лимфо- цитов, можно объяснить тем, что он участвует в поддержании и усилении уже развившегося аллергического воспаления совместно с цитокинами Th2 лимфоцитов. Динамика цитокинового профиля является диагностическим и прогностическим критерием развития аллергических заболеваний у детей в дошкольном возрасте.

Отмечено значительное возрастание в назальном секрете содержания IgE (на несколько порядков) при всех формах течения БА в сочетании с АР (рис. 1).

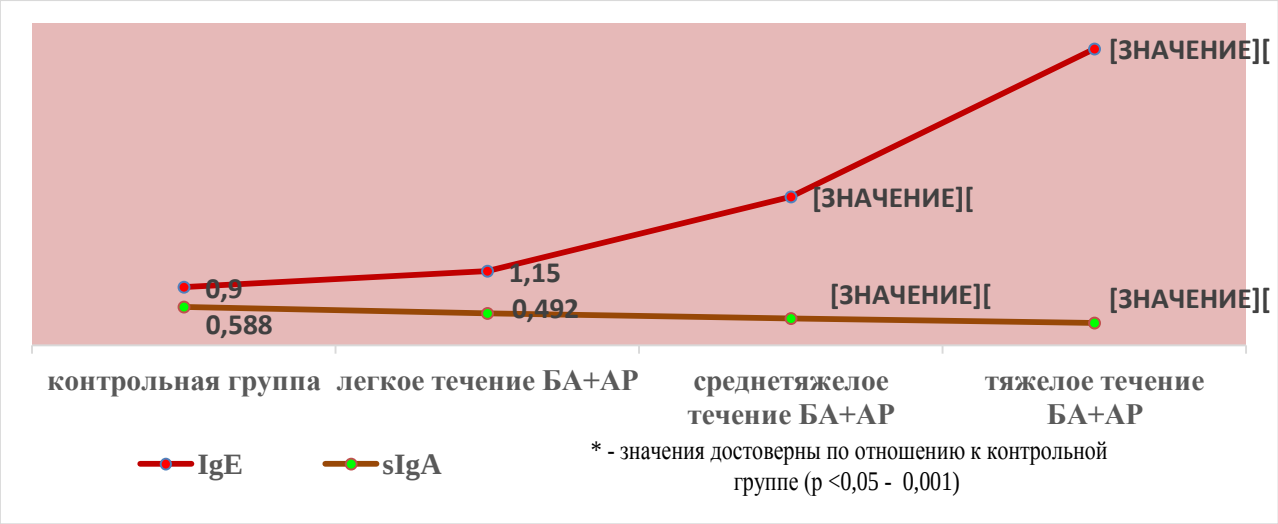


Рис 1. Показатели локального гуморального иммунитета у детей с сочетанной патологией (БА+АР)

Обнаружено уменьшение содержания секреторных форм IgA не более чем на 1/3. Полученные результаты можно расценить как дисбаланс реагирования в пользу превалирования антител провоспалительного характера, особенно реагинового типа.

Таким образом, проведенные исследования у детей с аллергическими заболеваниями показали, что одной из функционально-метаболических систем организма, способной быстро и универсально реагировать на разные эндогенные влияния, является иммунная система. Изменения цитокинового профиля при аллергическом рините и бронхиальной астме были однонаправленными и выявлялись в назальном секрете. Сочетанное поражение аллергическим воспалением верхних и нижних дыхательных путей при тяжелом течении сопровождалось более глубокими нарушениями цитокиновой сети в назальном секрете.

Выводы.

1. Выявлена различная продукция IFNγ и IL-1β в зависимости от степени тяжести БА и АР. Показана прямая зависимость выработки IL4 и IL8 от наличия атопического процесса и его степени тяжести у детей, страдающих БА и АР.
2. При оценке локального синтеза (в назальном секрете) выявлен дисбаланс содержания IgE и секреторной формы IgA.

Список использованной литературы:

12. Annes-Maesano I, Beyer A, Marmouz F et al. Concurrent allergic diseases, a cross_sectional study in a French population. Allergy, 2016, 61: 390-391.
13. Bachert C, Vignola AM, Gevaert P, Leynaert B, Van Cauwenberge P, Bousquet J. Allergic rhinitis, rhinosinusitis, and asthma: one airway disease. Immunol Allergy Clin North Am, 2004, 24: 19-43.
14. Beeh KM, Beier J, Kornmann O, Meier C, Taeumer T, Buhl R. A single nasal allergen challenge increases induced sputum inflammatory markers in nonasthmatic subjects with seasonal allergic rhinitis: correlation with plasma interleukin-5. Clin Exp Allergy, 2003, 33: 475-82.
15. Casale TB, Dykewicz MS. Clinical implications of the allergic rhinitis-asthma link. Am J Med Sci, 2004, 327: 127-138.
16. Gert-Jan Braunstahl United Airways Concept. What Does it Teach Us about Systemic Inflammation in airways Disease? Proc Am Thorac Soc, 2009, 6: 652-654.

17. Inman MD. Bone marrow events in animal models of allergic inflammation and hyperresponsiveness. J Allergy Clin Immunol, 2000, 106: S235-S241.
18. Johansson SGO, Hourinehane JOB, Bousquet et al. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy, 2001, 56: 813-824.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Юлдашев Т.А., Бекимбетов К.Н., Ахралов Ш.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, травмы и заболевания опорно-двигательной системы, остаются одной из главных причин инвалидизации населения. Несросшиеся переломы и ложные суставы являются проявлением общей проблемы - нарушений репаративного остеогенеза костной ткани после переломов. Нарушение процессов сращения после травм конечностей наблюдается в 15-18 % пострадавших.

Цель исследования. Улучшить диагностику посттравматических ложных суставов длинных трубчатых костей у детей путем применения комплексной ультразвуковой диагностики.

Материал и методы исследования. Исследования проводились в клинике ТашПМИ у 32 детей с посттравматическими ложными суставами длинных трубчатых костей в возрасте от 8 до 18 лет с применением ультразвукового аппарата Sonoscape S22 (Китай).

Результаты исследования. Результаты проведенных эхографических исследований свидетельствовали о различном характере ультразвуковой визуализации репаративных процессов у детей с ложными суставами длинных трубчатых костей. При помощи ультразвукового сканирования визуализировали межотломковую щель, определяли ее линейные размеры, оценивали динамику ее заполнения гиперэхогенными включениями. Прогностически благоприятной для восстановления кости была небольшая глубина визуализируемой щели перелома, которая в неосложненных случаях не превышала 2-3 мм, тогда как в случаях нарушенной консолидации между отломками она составляла до 5 мм. У детей с ложными суставами длинных трубчатых костей с первого периода отмечалось утолщение поверхностного слоя кости до 3-4 мм и его деформация. Щель ложного сустава визуализировалась в виде неоднородного треугольника (за счет гиперэхогенных включений) глубиной до 8-13 мм с обращенным кнаружи основанием. Через 3 месяца после проведенного хирургического лечения на эхограммах определялись «козырек» и двухконтурность поверхностной линии кости. Через 6 месяцев «козырек» увеличивался в направлении противоположного отломка, кнаружи от отломков появлялись эхопозитивные линейные структуры. Глубина щели уменьшались до 4-5 мм, а диастаз между отломками составлял 2-3 мм.

Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование является высокоточным, неионизирующим методом лучевой диагностики посттравматических ложных суставов длинных трубчатых костей у детей и эффективен при отборе пациентов для проведения хирургического лечения.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПНЕВМОНИИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Юсупалиева Г.А., Ахмедов Э.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Уровень заболеваемости пневмониями и их осложнениями продолжает оставаться на высоких показателях проблема своевременной,

неионизирующей диагностики данной патологии у детей является одной из актуальных в педиатрии.

Цель исследования. Оценить ультразвуковую картину при пневмонии в зависимости от тяжести, сроков и вида пневмонии (размера инфильтрата).

Материал и методы исследования. Нами обследовано 43 детей (27 мальчиков и девочек) от 1 до 18 лет с различными сроками пневмонии (1-5 день - 67%, 5-10 день - 25%, 10-15 день - 8%). Всем пациентам проведено комплексное клинико-инструментальное исследование. УЗИ выполнялось через каждые 3 дня в течение 12 дней, затем, при наличии осложнений, повторялось 1 раз в 5 дней.

Результаты исследований. При ультразвуковом исследовании грудной полости у детей пульмонологического отделения среди всех пневмоний в 100% визуализировался безвоздушный участок легочной ткани различный по форме, размерам и эхоструктуре. Учитывая форму безвоздушного участка, можно заключиться о виде пневмонии.

При долевой пневмонии (3 детей - 6%) участок повторял форму доли, при сегментарной пневмонии (23 детей - 54%) - треугольной формы, при очаговой (17 детей - 40%) - близкую к овальной и округлой. В 44% случаев инфильтрат был пониженной, в 56% средней эхогенности. По структуре инфильтрат в 72% - однородный, в 28% - неоднородный, с участками средней и пониженной эхогенности, облаковидной формы, сливного характера.

При исследовании острой стадии воспалительного процесса, контуры инфильтрации были четкие, иногда, с дистальным усилением эхосигналов. На 6–7 день при положительной динамике - эхогенность нормализовалась, становилась средней, четкость контуров терялась и в очаге появлялись множественные, сливающиеся гиперэхогенные участки пневматизации, затем на 9-12 день - патологический участок не визуализировался. При отрицательной динамике на 3-5 день в структуре инфильтрата, чаще в центре, визуализировались один или несколько гипоанэхогенных участка, иногда с гиперэхогенными включениями (секвестры). Деструктивные пневмонии встречались в 11,6% случаев. В 6% случаев визуализировались новые фокусы инфильтрации.

Постпневмонические плевриты были выявлены в 37% в 1-3 сутки. Ультразвуковая картина была различной. Чаще визуализировался анэхогенный однородный выпот (25% среди всех пневмоний). В 7% выпот с различными включениями: гиперэхогенные линейные структуры, с неравномерной толщиной 1-4 мм, напоминающие перегородки и в 8% - эхо-взвесь. Выпот визуализировался как в стандартных проекциях плеврального синуса, так и по латеральной стороне легочной ткани, также вокруг пневмонического очага (осумкованный плеврит). При многократном исследовании постпневмонических плевритов, при отсутствии пунктирования, объем жидкости не изменялся в течении 10 дней в 45% случаев, уменьшался в 18%, в 37% увеличивался. На 15-20 день в 85% случаев жидкость не визуализировалась, в 15 % лоцировалось небольшое количество жидкости, однородной по структуре.

Выводы. Таким образом, в различные сроки ультразвуковой метод позволяет выявить пневмонию. На ранней стадии диагностировать деструктивный характер заболевания и его осложнения, такие как абсцедирование, развитие плеврита. Проследить динамику от начала заболевания до выздоровления пациента. Полученные нами данные позволяют использовать более широко в клинической практике ультразвуковые исследования у детей с пневмониями.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Бегманов Р.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Хронический пиелонефрит (ХП) составляет 72% всех урологических заболеваний, занимает второе место по частоте среди болезней человека после воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (А.Я.Пытель, 2015; Н.А.Лопаткин, 2008). Частота хронического пиелонефрита по секционным данным 18-20%, что свидетельствует о нераспознанности ХП.

Цель исследования. Определить характер нарушений показателей ренальной гемодинамики и их прогностическое значение у детей с хроническим пиелонефритом.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ. В основу работы положены результаты обследования 37 детей с хроническими пиелонефритами, находящихся на стационарном лечении в клинике ТашПМИ, амбулаторном наблюдений в поликлинике ТашПМИ. Все ультразвуковые исследования осуществлялись на ультразвуковом аппарате «Sonoscape SSI –5000» с использованием конвексного датчика (3,5-5,0-7,5 МГц).

Результаты исследования. При эхографическом исследовании почек у детей с ХП появлялись глубокие кортикальные рубцы в виде гиперэхогенных зон на капсуле, в зависимости от локализации воспалительного процесса. Чашечки уменьшались в размерах. Наблюдалась тенденция к деформациям пирамидок, что свидетельствовало о давности процесса. Одновременно с процессом рубцевания происходило гипертрофия соседних участков паренхимы. Пиелонефритические рубцы и гипертрофированные участки паренхимы придавали почке неровность контуров, исчезновению линии, соединяющие основание пирамид и контура почки (аналогичный рентгеновскому феномену Ходсона). При качественной оценке изображения у всех больных выявилось двустороннее поражение с выраженной асимметрией процесса. Пораженные почки были уменьшены в объеме, имели пестрый вид, была выражена неоднородность эхогенности различных участков паренхимы, неровность контуров из-за пиелонефритических рубцов исхода рецидивирующего воспалительного процесса в тубулоинтерстициальной зоне и гипертрофии соседних участков паренхимы, происшедшей параллельно процессу склерозирования. Была выражена нечеткость границ между паренхимой и синусом, отмечались неравномерное уменьшение толщины паренхимы, уплотнение, расширение или деформация ЧЛС, утолщение и слоистость структуры стенки лоханки. При допплерографии в активной фазе хронического пиелонефрита определили повышение скорости кровотока в почечной артерии, что объяснялся обильным кровоснабжением в фазе артериальной гиперемии. В фазе ремиссии показатели почечного кровотока оказались в пределах нормы.

Из результатов исследования, можно сделать вывод, что хронический пиелонефрит чаще бывает ассиметричным. В момент исследования процесс распространялся на здоровую почку, к этому приводило в большинстве случаев многократные обострения заболевания.

Выводы. Таким образом, ультразвуковую допплерографию, которая является информативным методом диагностики нарушений гемодинамики в почечных артериях, целесообразно проводить всем детям с хроническим пиелонефритом в активной фазе воспаления для своевременной диагностики нарушений почечной гемодинамики, а также для раннего предупреждения развития хронической почечной недостаточности.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Фазылов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) представляют собой серьезную клиническую и экономическую проблему для системы здравоохранения многих стран и являются одной из самых важных проблем здравоохранения в XXI веке.

Цель исследования. Совершенствование диагностики хронических вирусных гепатитов у детей путём применения современных технологий ультразвуковых исследований в системе комплексных клинико-инструментальных исследований.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 184 детей с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), из них 150 (81%) детей с ХГВ, 15 (8%) детей с ХГС, 19 (11%) детей с ХГD. Мальчиков было 102, девочек 82. Все больные находились в РСНПМЦ педиатрии в отделении гепатологии и в клинике ТашПМИ в плановом хирургическом отделении. В обследовании пациентов с хроническими вирусными гепатитами В, С и D использованы клинические, лабораторные и инструментальные исследования.

Результаты исследования. Эхографическая картина печени и селезёнки при ХВГ у детей показала большое разнообразие патологических проявлений. Изменение контуров печени эхографически проявлялось в виде мелко- и крупноволнистой деформации контуров печени. Изменение в виде мелкой и крупной бугристости контура и округления края печени было обнаружено у пациентов с умеренной степенью активности в 12,0% случаев, при выраженной степени активности в 66,0%, в то время как при минимальной степени активности во всех случаях печень имела ровные контуры. Изменение размеров печени у больных с ХВГ, данные ультразвуковых методов о размерах печени варьировали в зависимости от степени активности. Начиная с минимальной степени активности ХВГ определялась и прогрессировала гепатомегалия а при выраженной степени определялась диспропорция долей печени, что проявлялось в выраженном увеличении размеров хвостатой доли относительно правой и левой долей. У больных ХВГ при минимальной степени активности независимо по всем измеряемым параметрам прослеживалась тенденция к увеличению размеров, но лишь для двух показателей: высоты (ККР) левой доли - 59,8±2,1 мм и толщины левой доли - 38,4±2,17 мм. У больных ХВГ умеренной активности был увеличен косой вертикальный размер (КВР) правой доли - 109,2±4,1 мм. По остальным параметрам печени было выявлено достоверное увеличение по сравнению с минимальной активностью: толщина правой доли - 70,0±1,1 мм, ККР левой доли - 68,2±1,9 мм, толщина левой доли - 49,2±1,5мм. Изменение структуры паренхимы печени по данным ультразвуковой визуализации наблюдалось в виде мелкоочаговых изменений при минимальной степени активности ХВГ в 84,0% случаев, при умеренной степени в 44,0%, при выраженной степени в 12,0%. Среднеочаговые структурные изменения печени наблюдались при умеренной степени активности в 16,0%, при умеренной в 40,0%, при выраженной степени в 24,0% случаев. Крупноочаговые изменения структуры печени визуализировались при умеренной степени активности в 16,0%, при выраженной степени в 64,0% случаев. При исследовании сосудов в В-режиме маркерами изменения параметров внутрипечёночного кровотока служили увеличение диаметра исследованных сосудов. Оценивалось состояние перипортальных тканей. При эхографии в В-режиме к признакам портальной гипертензии (ПГ) традиционно относили увеличение диаметра воротной вены, печеночных вен. При использовании допплеровских режимов становилось возможным определение объемного и скоростного показателей кровотока, изменение направления кровотока, наличие коллатералей. В оценке синдрома изменения внепеченочной гемодинамики оценивалось состояние селезеночных вены и артерии, верхних брыжеечных вены и артерии, при портальной гипертензии - реканализованной пупочной вены и сформированных сплено-ретроперитонеальных шунтов. Нарушение внепеченочной гемодинамики прогрессировало прямо пропорционально продолжительности течения ХВГ и усугублению степени активности патологического процесса. В наших исследованиях

динамика изменений эхографических показателей печени и селезёнки у детей больных ХВГ не всегда соответствовало клинико-лабораторным данным.

По данным допплерографии уже при минимальной степени активности в 30,0% случаев были выявлены значительные нарушения по исследуемым гемодинамическим показателям. Так по общей печеночной артерии выявлено достоверное снижение линейных скоростей кровотока, индексов сопротивления, а также достоверное снижение объёмного кровотока. Наиболее выраженные изменения по результатам допплерографии при минимальной активности было установлено по селезёночной артерии, а при серошкальной эхографии были выявлены эхографические отклонения в 21,0% случаев. При умеренной активности у 64,0% больных были обнаружены достоверное снижение линейных скоростей и увеличение индексов сопротивления. В то время как по данным серошкальной эхографии нарушения со стороны сосудов печени и селезёнки составили только в 38,0% случаев. Анализ показателей артериального кровотока при выраженной активности заболевания, позволил выявить значительные нарушения гемодинамики по всем изучаемым параметрам общей печёночной и селезёночной артерий в 83,0% случаев больных ХВГ, тогда как при серошкальном исследовании у данных больных были выявлены отклонения лишь в 53,0% случаев. При индивидуальной оценке результатов допплерографии выявленные нарушения сосудистого русла позволили в ранние сроки диагностировать формирующую портальную гипертензию.

Выводы. Комплексные эхографические исследования с применением допплерографии, являясь ценным методом диагностики детей с ХГВ, ХГС и ХГD, расширили диагностические и прогностические возможности практических врачей в дополнение к клиническим, биохимическим, иммунологическим методам исследования и позволили своевременно выявить гемодинамические нарушения в висцеральных сосудах и в ранние сроки диагностировать портальную гипертензию.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я., Ахмедов Э.А., Абзалова Ш.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Проблема острого аппендицита и его осложнений у детей остается чрезвычайно актуальной проблемой в детской хирургии и определяет необходимость дальнейшего изучения и накопления опыта по совершенствованию эхографии и новейших технологий ультразвуковой диагностике как дополнительного, сравнительно качественно нового, безвредного и экономически необременительного для практического здравоохранения.

Цель исследования. Совершенствование клинико-эхографической диагностики различных форм острого аппендицита и его осложнений у детей, путём использования современных методов ультразвуковой диагностики.

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы положены результаты комплексного ультразвукового исследования, проведенного нами в клинике ТашПМИ у 54 детей в возрасте от 1 до 18 лет с подозрением на острый аппендицит. Ультразвуковое исследование выполнялось на ультразвуковых диагностических аппаратах «SONOSCAPE-5000» и «SONOSCAPE-S 22». Исследование проводили в положении больного лежа на спине, с использованием методики дозированного давления ультразвуковым датчиком по Puylaert (1986), которая осуществлялась по типу классической пальпации живота.

Результаты исследования. На основе полученных серий УЗИ было разработана ультразвуковая семиотика указанной патологии в В - режиме с выделением количественных и качественных признаков. К количественным признакам относились ширина червеобразного отростка и толщина его стенок. Качественными признаками являлись состояние структуры стенок, содержимое полости отростка, эластичность его стенок и состояние окружающих тканей. На основе проведенного анализа УЗИ червеобразного отростка и сопоставления данных с послеоперационным диагнозом показал, что достоверными количественными ультразвуковыми признаками острого аппендицита у детей в В-режиме является ширина отростка свыше 7,3 мм и толщина его стенок свыше 2,2 мм. Прямые или непосредственные признаки встречались у 75,2% детей, у которых в сагиттальном срезе измененный червеобразный отросток выглядел как удлиненной формы эхонегативное образование с плотными стенками. В поперечном срезе аппендикс имел характерный симптом мишени. В нескольких случаях в основании червеобразного отростка удавалось визуализировать каловый камень. В послеопереационном периоде у этих госпитализированных больных выявлен флегманозный и гангренозно-перфоративный аппендицит. А у 24,8 % больных выявили качественные (косвенные) признаки ОА. Были изменения дифференцировки слоев стенки отростка, увеличение длины аппендикулярного отростка, утолщение стенок до 2,0 мм., появление гипоэхогенного экссудата в полости отростка в различном количестве (от незначительного количества до умеренного). Визуализировали в правой подвздошной области конгломерат эхонеоднородных тканей без четких границ со «смазанной» структурой. У этих групп больных в послеоперационном периоде выставлен диагноз катаральный аппендицит.

Выводы. Таким образом, изучение особенностей течения различных клинических форм ОА у детей позволило повысить эффективность диагностики и улучшить результаты лечения. При диагностированнии острого аппендицита во многих случаях результаты УЗИ определяют выбор обезболивания, а также доступ при проведении оперативного вмешательства. Обладая высокой информативностью, УЗИ во многих случаях позволяет отказаться от напрасных лапароскопических исследований.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И УРОВЕНЬ ИНГИБИНА В У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТЬЮ

Ярмухамедов А.С., Файзуллаева Н.Я., Мусаходжаева Д.А.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Были обследованы 72 пациента с нарушенной фертильностью, которые были в возрасте от 26 до 45 лет с диагнозом необструктивная форма азооспермии. Верификация диагноза проводилась на основании клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования. Проводили биохимический анализ спермы –изучали уровень **лимонной кислоты, фруктозы и цинка для** оценки функциональных возможностей предстательной железы. Выявлено достоверное снижение в семенной жидкости уровня **лимонной кислоты, фруктозы и цинка, а также снижение уровня ингибина В в сыворотке крови.**

Ключевые слова: семенная жидкость, фруктоза, лимонная кислота, цинк, ингибин В в сыворотке крови, подвижность сперматозоидов.

Биохимическое исследование эякулята позволяет оценить деятельность придаточных желез мужской половой системы и гормонального статуса организма в целом, что важно в оценке патологии сперматогенеза [2,5]. Цинк в большом количестве содержится в сперме и секрете простаты и имеет особое значение для нормального анатомо-функционального состояния органов мужской половой системы. Этот микроэлемент участвует в формировании чувствительности к различным гормонам и

факторам роста, участвует в регуляции активности ферментов спермиоплазмы [1,3]. Цинк способствует процессам коагуляции и разжижения эякулята, угнетает спонтанную агглютинацию спермиев; повышает подвижность спермиев, важен в обеспечении антибактериальной активности семенной жидкости. Концентрация цинка в секрете предстательной железы зависит от уровня андрогенов [4,6]. Из предстательной железы цинк поступает в семенную жидкость, где его содержание считается точным показателем секреторной активности органа. В организме взрослого человека содержится около 2—3 г цинка и почти 40% его общего количества — в предстательной железе и эякуляте . Именно содержание цинка в семенной жидкости является лимитирующим фактором при бесплодии у мужчин. Дефицит цинка вызывает торможение продукции и соответственно высвобождение гормонов - ЛГ и ФСГ, которые принимают непосредственное участие в регуляции уровня тестостерона [7,8]. Ингибин В вырабатывается клетками Сертоли и представляет собой гормон белковой структуры. Определение его уровня в плазме крови является экспресс-методом для выявления фертильности у мужчин.

Целью работы явилась оценка показателей биохимических маркеров семенной плазмы (лимонная кислота, фруктоза и цинк) и в плазме крови гормона ингибина В при определении фертильности у мужчин с первичным бесплодием.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 72 мужчин с нарушенной фертильностью. Все пациенты были в возрасте от 26 до 45 лет с необструктивной формой азооспермии. Верификация диагноза проводилась на основании жалоб, сбора анамнеза и осмотра, клинико-инструментальных методов исследования, общих анализов крови и мочи, биохимических показателей семенной жидкости, определения уровня гормонов в сыворотке крови, обследования на наличие бактериально-вирусной инфекции, а также УЗИ органов мошонки, почек и допплерография вен семенных канатиков (для исключения варикоцеле). Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин с нормальными показателями спермограммы. Математическую обработку данных проводили методами вариационной статистики с помощью стандартных математических пакетов прикладных программ на персональном компьютере с определением средней, ее ошибки, критерия t Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у обследованных мужчин снижено содержание ионов цинка, количество активноподвижных сперматозоидов, повышена вязкость и снижен объем эякулята, повышено содержание лейкоцитов в семенной жидкости. Снижение содержания цинка в семенной жидкости приводит к изменениям внутриклеточного метаболизма, проявляющимся в снижении кинетических возможностей сперматозоидов в эякуляте пациентов, что является закономерным патофизиологическим процессом.

В 48,3% случаев зафиксировано снижение подвижных сперматозоидов с быстрым линейным прогрессивным движением, что является одним из главных показателей фертильности спермы. Установлены достоверные различия в содержании ионов цинка у здоровых участников исследования и пациентов.

При изучении подвижности сперматозоидов в эякуляте пациентов со сниженным уровнем цинка выявлены, что частота нормокинезиса в 3,4 раза ниже чем в контрольной группе, акинезиса в 3,3 раза выше, чем в контрольной группе и гипокинезиса в 1,6 раза выше, чем у мужчин контрольной группы. При изучении физико-химических свойств эякулята пациентов со сниженным уровнем цинка выявлены, что pH ниже, чем в контрольной группе, вязкость достоверно выше ($P<0,05$) при сниженном объеме.

При подсчете количества лейкоцитов в эякуляте пациентов со сниженным уровнем цинка выявлен их достоверно повышенный уровень, чем у здоровых, ($P<0,01$). Биохимическое исследование маркеров семенной плазмы -лимонной кислоты и фруктозы показало, что содержание цитрата в семенной плазме обследованных мужчин составило 236 мг/дл (N >300), что достоверно ниже по сравнению с данными контрольной группы -

418 мг/дл. Уровень фруктозы был в 2,7 раза ниже данных контрольной группы, (P<0,01). При изучении уровня ингибина В в сыворотке крови было выявлено достоверное его снижение у инфертильных мужчин (p<0,001).

Резюмируя приведенные данные, можно предположить вероятный механизм развития сдвигов, связанный с нарушением фертильности, при котором происходит снижение уровня фруктозы, лимонной кислоты и цинка. При этом наблюдается снижение уровня ингибина В в сыворотке крови. Все эти изменения приводят к активации фосфолипазы А2, продукция которой косвенно связана с содержанием ионов цинка; данный процесс обусловлен активацией свободнорадикальных процессов в органах сперматогенеза и эякуляте. Тщательный мониторинг сперматозоидов, изучение их изменений на структурном уровне, а также изучение биохимических параметров, способных дискриминировать патологические изменения, являются приоритетными задачами лабораторной диагностики

Таким образом, исследования концентрация ингибина В в плазме крови, лимонной кислоты, фруктозы и цинка в семенной плазме могут быть использованы при комплексном обследовании пациентов для уточнения лечебно-диагностической тактики, что позволит идентифицировать причины аномального воспроизводства андрогенов, нарушения в морфологии сперматозоидов, патологий железистых органов и выводящих каналов.

Список литературы.

1. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В. Оптимизация показателей секрета предстательной железы и эякулята при мужском бесплодии на фоне хронического простатовезикулита// Здоровье мужчин., №3 (50), 2014., С.68-74.
2. Липатова Н.А., Раков С.С., Моро" зова В.Т. Белковые маркеры спермоплазмы в лабораторной диагностике бесплодия при заболеваниях мужской репродуктивной системы // Клин. лаборант. диагностика. – 1998. – № 2. – С. 15–16.
3. Неймарк С.А., Алиев Р.Т. Значение исследования энзимов спермальной плазмы в патогенезе относительного мужского бесплодия // Урология. – 2000. – № 3. – С. 34–37.
4. Трифонова Ю.П., Бойко М.І. Вільнорадикальні процеси в спермі чоловіків з хронічним простатитом дота після лікування // Вісник Сумського держ. універ.; «Медицина». 2005. – № 3 (75). – С. 167–169.
5. Трифонова Ю.П., Бойко М.І. Оцінка вільнорадикальних процесів в спермі чоловіків з екскреторно"токсичною неплідністю після лікування // Збірн. наук. робіт конфер. з міжнар. участю С «Актуальні проблеми лікування безплідності». – 2003. – С. 9–11.
6. Björndahl L., Kvist U. Structure of chromatin in spermatozoa // Adv. Exp. Med. Biol. – 2014. – Vol. 791. – P. 1–11.
7. Cavallini G. Male idiopathic oligoasthenoteratozoospermia // Asian. J Androl. – 2006. – № 8 (2). – P. 143–57.
8. Henkel R., Maass G., Schuppe H.C. et al. Seasonal changes of neutral alpha–glucosidase activity in human semen // J. Androl. – 2006. – № 1. – P. 34–39.

ГЕМАБЛАСТОЗЛИ БЕМОРЛАРДА ОППОРТУНИСТИК ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Ўткир ва сурункали гемобластозларни даволаш онкогематологиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу муаммо бир нечта омилларга боғлиқ, ҳусусан, дунё бўйлаб онкологик касалликлар аҳоли ўлими сабаблари орасида 2 ўринда туради (ЖССТ, 2010), бундан ташқари, лимфатик ва қон яратувчи тўқималарнинг хавфли ўсмаларни

(гемабластозлар) энг долзарб ижтимоий-тиббий муаммолардан бири ҳисобланади.

Охирги йилларда опортунистик инфекциялар муаммолари долзарблигини сақлаган ҳолда, ушбу касалликларнинг анъанавий ташҳислаш ва даволаш усуллар такомиллаштиришни талаб этади. Мазкур йўналишда, оҳирги 10 йил давмида оппортунистик инфекцияларни даволаш, уларни муайяан аъзолар патологиясидаги белгиларини бартараф этишга қаратилган бўлиб, бу касалликларга ҳос бўлган патогномик белгиларнинг патогенезига эътбиор қаратилмаяпти. Бунга мисол тариқасида, бир неча йил давом этадиган субфебрилитет, лимфаденопатия, самарасиз даво натижасидаги нафас йўллари зарарланиши, эрозив гастрит ва колит.

Оппортунистик инекцияларни ривожланиши ва кечиши, қўзғатувчини ҳусусиятлари, инфицирланган организм ва атроф муҳит ҳолатига боғлиқ. Айрим муаллифларни таъкидлашича, қўзғатувичлар қуйидаги патоген кўринишлар билан намоён бўлиши мумкин:

- туғма ёки ёшлигида одам организмидаги персистенция, эндоген инфекцияни латент ҳолда ривожланишига сабаб бўлади ва иммунодефицит фонида қайта фаоллашади ва жамланади;
- тўқима ичи паразитланиши, айниқса макрофагларда;
- Т – ҳужайрали иммунитетни мазкур микроорганизмларни эллиминациясида иштирок этиши.

Оппортунистик инфекцияларни қўзғатувчилари сифатида, иммун реактивлик механизмларни бузулиши фонида ўз патогенетик хусусиятларни намоён этувчи кенг спектрли бактерия, вируслар, замбуруғлар ва содда ҳайвонлар киради. Улар яққол намоён бўладиган тропизмга эга эмас, шунинг учун, бир турга мансуб микроорганизмлар турли ҳил нозологик шаклларни юзага келтириши мумкин (фарингит, бронхит, менингит, пиелонефрит ва бошқалар). Шу билан бир қаторда, касалликнинг маълум бир нозологик шакли (пневмония, остеомиелит, сепсис ва бошқалар) ҳар хил турдаги шартли–патоген микроорганизмлар томонидан келтириб чиқариши мумкин, кўпинча, вируслар томонидан, камроқ ҳолларда замбуруғ ва бактериялар.

Кўпчилик ҳорижий мутаҳассисларни таъкидлашича, айрим оппортунистик касалликларни клиник белгиларни аниқлаш маълум қийинчилик билан амалга оширилади. Кўпчилик ҳолларда, касалликнинг асосий белгилари билан бир қаторда, маълум бир патологияга таяниш, лаборатор скрининг вақтида эса бир ёки бир нечта таҳмин қилган инфекцияга таяниш лозим.

Асосий симптомлардан бири нафас йўлларининг зараланиши бўлиб, уқайталанувчи ангина, фарингит, ларингит, бронхит, пневмония шаклида намоён бўлади. Кўп ҳолларда нафас аъзолари патологияси герпинфекция, цитомегаловирус инфекция ва пневмоцистозда аниқланиб, мазкур оппортунистик касалликларнинг асосий тиббиёт муаммоси ҳисобланади.

Адабиёт маълумотларига таянган ҳолда, шуни таъкидлаш лозимки, оҳирги йилларда Corynebacterium тур вакиллари йирингли – септик касалликлар, ҳусусан, гематологик ва онкологик касалликлар қўзғатувчиси сифатида эътироф этилмоқда. Бурун ва оғиз – ҳалқум соҳаларида C. Pseudodiphtheriticum ва C. Xerosis учраб, конъюнктивитлар, менингитлар, эндокардитлар ва йирингли – септик асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Оҳирги вақтда изланувчилар ўпаканинг яллиғланиш касалликлари, отит ва синуситларни этиологияси ва патогенезида Moraxella catarrhalis ўрни ошиб боришини кузатишмоқда.

Moraxella catarrhalis – грам манфий диплококк бўлиб, илк мартда 1896 йилда Micrоccus catarrhalis сифатида аниқланган. Кўп ҳолларда бу микроорганизм беморларнинг узоқ вақт мобайнида микробларга қарши даво олиш натижасида иммунодефицит фонида ўзини намоён қилади. Европада ўтказилган мультимарказлашган изланишларда, Moraxella

catarrhalis β – лактамаз фаоллик 40 – 98% ҳолларда учрайди, яъни, пенициллин қатори дориларини фаоллигини сусайтиради.

Беморлар биоптатларни микробиологик изланишлари натижалари онкогематологик беморларда инфекцион – яллиғланиш жараёнлар кўп этиологиялигини аниқлаб берди. Гемобластозли беморларни эмпирик ёки маҳсус даволанишда ишлатиладиган антибиотикларни кенг кўламига қарамай, бу беморларда оппортунистик инфекциялар муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда.

Иммунодепрессив ҳолатни инобатга олган ҳолда, инфекцион – яллиғланиш асоратларни юзага келиши ва ривожланишини олдини олишга қаратилган микробиологик, иммунологик ва клиник мезонларни башоратлаш долзарб вазифалардан бири бўлиб қолмоқда.

ТИББИЁТ СОҲА МУТАХАССИСЛАРИНИНГ ХОРИЖИЙ ТИЛЛАРНИ МУКАММАЛ ЎЗЛАШТИРИШИ РАҚОБАТБАРДОШ КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ СИЁСАТИНИНГ МУҲИМ ЖИҲАТИ СИФАТИДА

Д.Д.Буранова
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Аннотация. Тадқиқот вазифаси сифатида тиббиёт ОТМларида чет тилларни ўрганиш жараёнлари ва хусусиятларини таҳлил қилиб, бу йўналишда етук натижаларга еришиш учун хорижий тиллар бўйича маҳоратни касбий нуқтаи назардан ошириш йўллари ҳақида фикр юритилади.

Калит сўзлар: Замонавий стандартлар, кўникма, рақобатбардош кадрлар, хорижий тиллар, касбий маҳорат, педагог.

Замонавий педогогик технологияларнинг ривожланиш даражаси ва ўсиб бораётган инновацион саводхонлик давр талабига мос бўлган фаолият юрита олувчи сифатли мутахасисларга бўлган эҳтиёжни белгилайди. Ушбу жараён эса чет тилларини ўзлаштирган, янги стандарт ва усуллардан фойдалана оладиган кадрларга бўлган талабни айниқса кучайтиради. Мустақил давлатимиз томонидан халқаро стандартлар талабларига мос келадиган олий таълим тизимини яратиш, ОТМ профессор ўқитувчиларининг самарали фаолиятини рағбатлантириш, чет эл ОТМлари билан ҳамкорликни амалга оширишга қаратилган чора тадбирлар ҳақиқатдан ҳам диққатга сазовор.

Хусусан, Республикамиз Президенти Ш.М.Мирзиёевнинг қуйидаги фикрлари мазкур изланиш доирасида иш олиб боришга ундайди: ***“Доно халқимиз “Тил билган – эл билади” дейди. Бу борада буюк боболаримиз ибрат ва намуна кўрсатганлар. Хусусан, Мусо Хоразмий, Абу Райҳон Беруний, Абу Али Ибн Сино, Имом Бухорий, Аҳмад Фарғоний, Маҳмуд Замахшарий, Алишер Навоий каби улуғ аждодларимиз ўнлаб тилларни пухта билганлари учун ҳам жаҳон илм-фанининг юксак чўққиларини забт этганлар”***[2]. Шунингдек, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20-апрелдаги “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2909-сонли Қарорида олий таълим тизимини тубдан такомиллаштириш, мамлакатни ижтимоий-иқтисодий ривожлантиришнинг устувор вазифаларидан келиб чиққан ҳолда, кадрлар тайёрлаш мазмунини тубдан қайта кўриш, халқаро стандартлар даражасига мос олий маълумотли мутахассислар тайёрлаш учун зарур шароитлар яратилишини таъминлаш вазифалари белгиланган бўлиб, бугунги кун таълим соҳасидаги стратегик

[2] Президент Шавкат Мирзиёевнинг ўзбек тилига давлат тили мақоми берилганининг ўттиз йиллигига бағишланган тантанали маросимдаги нутқи. 21 октябр 2019 йил. http://xs.uz/uzkr/

жиҳатдан комплекс ривожлантириш масалаларини ҳал қилиш борасида ҳақиқатдан ҳам долзарблик касб этиши шубҳасиздир.

Олий таълимдаги малакали педагог кадрларнинг етишмаслиги, хорижий таълим муассасалари билан ҳамкорлик етарлича йўлга қўйилмаганлиги муаммолари каби вазифалар ечимини топиш бугунги кун таълим ислоҳотларининг кун тартибидаги асосий масалаларидандир. Шу билан бирга, ўқув жараёнига илғор хорижий тажрибаларни жорий этиш ҳамда хорижий муассаларда стажировка ўтиш ва малака ошириш масаллари ҳам олий таълим тизимини тубдан такомиллаштириш заруриятини тақозо этади. Хар бир замонавий педагог ходимнинг хорижий тилларни билиш саводхонлиги замон талабидир. Тиббиёт соҳа мутахассисларинингн хорижий тилларни билиш масалалари мазкур йўналишда юқори натижаларга эришишнинг муҳим омилидир. Мазкур вазиятдан келиб чиққан ҳолда қуйидаги йўналишларни белгилаб олиш вазифалар ечимини тақозо этиш назарда тутилади:

1. Хорижий тиллар бўйича саводхонликни ошириш жараёнида ОТМларда хорижий тилларга ўқитиш жараёнининг моҳияти ва унинг кадрлар сифатини аниқлашдаги ролини ифодалаш;
2. Инглиз ва бошқа хорижий тилларини ўзлаштириш даражасини яхшилашга қаратилган замонавий тизимли чора-тадбирларнинг ишлаб чиқилиши;
3. Таълим олувчининг хорижий тиллар бўйича салоҳиятини оширишга нисбатан масъулият билан ёндашувига эришиш;
4. Инглиз ва бошқа хорижий тиллар бўйича саводхонликни ошириш жараёнида самарали мотивацион усуллар ва воситаларидан кенг тарзда фойдаланиш.

Жаҳон миқёсидаги мулоқотда инглиз тили асосий ўринлардан бирини эгаллаб, бу тилни ўқитиш сифати талаблари кундан кунга янги, оммабоп ва енгил услубларни қидириб топишни талаб қилмоқда. Хорижий тил фани бўйича дарсликларининг янги турлари йилдан йилга кўпайиб, услублар такомиллашиб, инглиз тили ўқитувчилари олдига кўплаб вазифалар қўймоқда, уларнинг доимий равишда малакаларини оширишларини талаб қилмоқда.

Тиббиёт таълим муассасаси мутахассислик кафедраларида шакллантирилган ахборот базаси, замонавий жиҳозланганлик даражаси, техник базанинг талабга жавоб берадиган даражадаги таъминоти тилларни ўрганишдаги стандартлар ва талаблар тизимидан келиб чиққан ҳолда, бу борадаги самарани аниқ ва равшан белгилаб беради. Тилларни ўрганишга доир материаллар асосида ахборот базасини яратиш ҳамда инновацион услублар, илмий-технологик воситалар, битирув малакавий ишлар, магистрлик, номзодлик ва докторлик диссертациялари мавзуларини инглиз тилида яратиш бўйича ресурслар базасини мувофиқлаштириш каби долзарб масалалар кун тартибига чиқади. Умуман олганда, инглиз ва бошқа чет тилига ўқитиш мезонлари доимий изланишлар ва тажриба воситасида намоён бўлиб, такомиллашиб, ўзгариб борувчи воқеликдир. Негаки, жаҳон миқёсидаги мулоқотда инглиз тили асосий ўринлардан бирини эгаллаб, бу тилни ўқитиш сифати талаблари кундан кунга янги, оммабоп ва енгил услубларни қидириб топишни талаб қилмоқда.

Дарвоқе, хорижий тилларни мукаммал ўрганиш жараёнини ҳар томонлама кучайтириш масаласини олдимизга асосий мақсадлардан бири сифатида қўяр эканмиз, ҳар бир тиббиёт соҳа мутахассиси ўзи учун ана шу вазифанинг энг асосий жиҳатини тушуниши шарт: бу борадаҳаракат қилиш лозим, фаол меҳнат қилиш билан бирга ўз-ўзини тарбиялаш, ўз устида ишлаш керак.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) на сегодняшний день является наиболее распространенным заболеванием органов брюшной полости и встречается у 2-5 человек на 1 000 населения (Ермолов А.С., Турко А.П., Карнаушенко П.В., 2010). В республике Узбекистан данный показатель составляет 3,05 человек на 1 000 населения (Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан в 2015г.).

Цель исследования. Определить комплексные эхографические критерии острого аппендицита у детей.

Материал и методы исследования. Обследованы 44 детей в возрасте от 1 до 18 лет, поступившие экстренном порядке в приемное отделение клиники ТашПМИ. Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате «SONOSCAPE S22». Сонографию червеобразного отростка выполняли высокочастотным линейным и конвексным датчиками 5 – 7,5 МГц и выше (до 13,5 МГц), которые обеспечивал широкий обзор.

В начале исследования выполняли скрининговую абдоминальную сонографию для исключения альтернативных диагнозов (острый холецистит, острый панкреатит, МКБ (конкремент в правом мочеточнике), острую гинекологическую патологию и др.). Затем приступали к сонографии аппендикса, которая выполнялась с применением короткого фокусного расстояния. При этом необходимо было установить глубину сканирования на 8 см или менее для детей от 12 до 18 лет нормального телосложения, 10 см или менее - для тучных детей, 6 см или менее - для детей младшего возраста. Время исследования аппендикса составляло от нескольких минут (при легком обнаружении аппендикса) до 30 минут, когда возникали сложности в визуализации требовалась применение дополнительных методик, а также расширение поиска.

Результаты исследования. Ультразвуковыми анатомическими маркерами при сонографии аппендикса являлись зона между передней абдоминальной стенкой и поясничной мышцей с подвздошными сосудами.

Перед началом исследования просили больного (у более взрослых детей) указать одним пальцем точку максимальной болезненности в правом нижнем квадранте, так как точка максимальной болезненности часто совпадала с локализацией самого отростка. Компрессию передней брюшной стенки усиливали постепенно и продолжали до тех пор, пока газ и/или жидкость были вытеснены из этой зоны. Ультрасонография аппендикса состояла из 2-х составляющих: 1) поиска самого аппендикса, как слепо-заканчивающейся тубулярной структуры при продольном сканировании и мишени при поперечном сканировании; 2) выявления основных и дополнительных ультразвуковых признаков воспаления в обнаруженном аппендиксе, таких как увеличение диаметра аппендикса (более 6 мм), отсутствие перистальтики, несжимаемость при компрессии, наличие калового камня в просвете аппендикса, гиперемия стенки аппендикса при цветном доплеровском исследовании, признаки воспаления окружающей жировой ткани и слепой кишки, наличие жидкости в периаппендикулярной зоне. Или их отсутствие, как отрицательный результат сонографии аппендикса. На основе этих 2-х составляющих (визуализируется аппендикс или нет, и если визуализируется, то присутствует в нем воспаление или нет) формировалось ультразвуковое заключение.

Выводы. Таким образом, определение диагностической информативности ультразвуковых методов острого аппендицита у детей, способствует дифференцированному подходу к определению роли и значения этого метода в системе медицинской визуализации.

Основные причины и факторы ишемического инсульта

Камалова М.И.
Кафедра анатомии человека и ОХТА
Самаркандский Государственный медицинский институт
Хайдаров Н. К.
Кафедра нервных болезней и физиотерапии
Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Инсульт – одна из главных причин смертности и инвалидности, как в мире, так и в Узбекистане. По данным Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан 2019году в Узбекистане отмечалось 62876 случаев инсультов. Из которых 15% приобретали летальный исход, 10-15% возвращались к прежнему состоянию, 55 – 70% становились инвалидами. Ишемический инсульт составляет около 80–87% всех случаев инсульта.

Ключевые слова: Ишемический инсульт, факторы, сердечно-сосудистые заболевания, FAST

Инсульт переводится с латинского языка как «удар» что, обозначает острое нарушение мозгового кровообращения. Независимо от причины нарушения мозгового кровообращения результат всегда один – гибель нейронов головного мозга. Нарушения в работе организма будут зависеть от того, какая часть мозга пострадала. Чаще всего у людей, перенесших инсульт, нарушается речь, глотание, движения в конечностях и координация. Может также поражаться зрение, слух, память, способность контролировать естественные отправления. На восстановление утраченных функций может уйти до 4-6 месяцев. В этот период здоровые нейроны «осваивают» функции погибших, однако далеко не всегда потери удается возместить полностью. Успешность восстановления во многом зависит от своевременных мероприятий, начинать которые нужно с первых дней после начала заболевания. Для восстановления имеет значение скорость оказания медицинской помощи и всесторонняя и грамотная реабилитация после стабилизации состояния. Особенно упорно нужно заниматься в первые 2-3 месяца после перенесенного инсульта, не пропуская ни дня и постепенно увеличивая нагрузку. Чаще всего причина – несвоевременно оказанная помощь. Вот почему врачи не устают повторять: Причина развития ишемического инсульта - это закупорка артерий питающая мозг. Значительное количество факторов обусловлено в основном образом жизни. К факторам риска развития инсульта медики относят гипертоническую болезнь, сахарный диабет, ожирение и избыточный вес, дислипидемию (повышение содержания холестерина в крови) и вредные привычки – курение и чрезмерное потребление алкоголя. высокий уровень холестерина, сердечно-сосудистые заболевания, употребление наркотиков, алкоголя, Кроме того, инсульт чаще развивается у людей старше 55 лет и тех, чьи близкие родственники уже пострадали от инсульта. В возрастном интервале от 45 до 55 лет инсульт у мужчин случается вдвое чаще, чем у женщин. Распознать инсульт несложно. Признак, который сразу бросается в глаза – асимметрия лица. 1. Попросите человека широко улыбнуться, показав зубы. При инсульте улыбка теряет естественность, становится очень напряженной и похожей на оскал, либо односторонней и кривой. 2. Затем попросите закрыть глаза, поднять руки и держать их в таком положении 10 секунд. При инсульте мышцы слабеют, и держать их поднятыми долго сложно. Если одна рука вообще не поднимается – это тоже верный признак инсульта. 3. Далее попросите повторить какое-нибудь предложение, например: «Сегодня с утра хорошая погода». Для инсульта характерны нарушения речи, и больной плохо справляется с этой задачей. Инсульт может поразить любого человека. Больной также не сможет поднять обе руки или ноги, а речь его может быть неразборчивой, или он вообще не реагирует на ваше обращение к нему. Проще запомнить

аббревиатуру FAST. Это тест, чтобы быстро определить инсульт. Каждая буква в переводе с английского означает: F-face(лицо), A–arm (рука), S — speech(речь), T–time (время). Этот простой способ позволяет поставить правильный диагноз чуть ли не в 90% случаев. Попросите человека с подозрением на инсульт поднять руки. Он либо вообще не сможет этого сделать, либо рука будет быстро опускаться. Второй признак — асимметрия лица. Нужно попросить улыбнуться или показать зубы. И третий –речевые нарушения, когда больной или вообще ничего не говорит или не понимает, что ему говорят. Или же говорит, но возникает каша во рту. Вроде бы и предложения построены правильно, но ощущение нечеткости выдает состояние. Для восстановления имеет значение скорость оказания медицинской помощи и всесторонняя и грамотная реабилитация после стабилизации состояния. Особенно упорно нужно заниматься в первые 2-3 месяца после перенесенного инсульта, не пропуская ни дня и постепенно увеличивая нагрузку. В больнице, пострадавшему тут же введут нужные лекарства и сделают массаж сердца с помощью дефибриллятора. Но это – редкость. На то это состояние и внезапное, что может произойти где и когда угодно. Рядом может оказаться каждый из нас, и именно от наших действий будет зависеть чья-то жизнь. Этих действий, которые нужно совершить за считанные минуты, всего два – компрессия грудной клетки (или непрямой массаж сердца) и искусственное дыхание (вентиляция легких). Обучится им не так сложно, как представляется.

Выводы. Таким образом, при оказании правильной доврачебной помощи на первой минуте выживают семь-восемь человек из десяти, но уже на второй минуте удается спасти только двоих. В большинстве случаев их можно спасти, если быстро и правильно оказать им медицинскую помощь. Врачи называют первые 4-6 часов после инсульта «золотым временем», если больной попадает в стационар на этом этапе у него больше шансов не только выжить, но вести нормальную жизнь после выздоровления.. Если у вас имеются какие либо, признаки вышеуказанных факторов, наши рекомендации это ведите здоровый образ жизни. Знайте и контролируйте свое артериальное давление. Не начинайте курить или откажитесь от курения как можно раньше. Добавляйте в пищу как можно меньше соли и откажитесь от консервов и полуфабрикатов, которые содержат ее в избыточном количестве. Контролируйте уровень холестерина в крови. Соблюдайте основные принципы здорового питания – ешьте больше овощей и фруктов, откажитесь от добавленного сахара и насыщенного животного жира. Не употребляйте алкоголь. Риск развития инсульта наиболее высок в первые часы после принятия спиртного. Регулярно занимайтесь спортом. Даже умеренная физическая нагрузка – прогулка или катание на велосипеде – уменьшает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и инсульта. (его одного часто бывает достаточно) нужно начинать с нанесения резкого удара кулаком или ребром ладони в область сердца.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕМОРРАГИЧСКОМ И ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Камалова М.И[1].
Кафедра нормальной анатомии человека
Самаркандский Государственный медицинский институт[1]
Исламов Ш.Э.[1]
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии
Самаркандский Государственный медицинский институт[1]
Хайдаров Н. К.[2]
Кафедра нервных болезней и физиотерапии
Ташкентский государственный стоматологический институт[2]

Актуальность. Инсульт представляет собой разновидность острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и характеризуется внезапным (в течение минут, реже — часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общих мозговых нарушений (угнетение сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.
Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, головной мозг, ишемический инсульт, геморрагический инсульт, патоморфологические особенности.
Цель исследования. Изучить морфологические изменения сосудов головного при геморрагичском и ишемическом типе инсульта.
Методы исследования В качестве материла проведен ретроспективный анализ 15 заключений судебно-медицинских экспертиз, проведенных в танатологическом отделе Самаркандского областного филиала Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы и 25 протоколов патологоанатомического исследования подразделениях Республиканского патологоанатомического центра в период 2019-2020 гг. Применялись общепринятые методы исследования, то есть проводилось макро- и микроскопическое изучение мозга и его артериальной системы на всех структурно-функциональных уровнях, включая магистральные артерии головы – внутренние сонные и позвоночные артерии, интракраниальные артерии – сосуды виллизиева круга и их ветви, а также внутримозговые артерии и сосуды микроциркуляторного русла (МЦР). При исследовании мозга определялись величина и локализация интрацеребральных гематом, наличие прорыва крови в желудочковую систему, выраженность отека мозга, дислокации и сдавления его ствола. Учитывались визуализируемые изменения мозга (мелкие кровоизлияния, очаги периваскулярного отека, спонгиоформное состояние белого вещества). Микроскопическое исследование мозга проводилось в гистологических препаратах, заключенных в парафин. Которые окрашивались гематоксилином и эозином, по методам ван Гизона (определение коллагеновых волокон и миоцитов в сосудах), Вейгерта (выявление эластических волокон в сосудах). При этом особое внимание обращалось на сосуды микроциркуляторного русла в пределах гематом, в перифокальной зоне, а также на отдалении от гематом.
Выводы. В результате проведенных морфологических исследований установлены дифференциально-диагностические особенности гемодинамических инсультов и, вместе с тем, отмечены некоторые особенности их реализации. В частности, изменения сосудов МЦР при геморрагическом инсульте, обусловлены гипоксией и ишемией мозга, его отеком, резким нарушением проницаемости сосудов. Эти изменения имеют локальный и распространенный характер, могут быть разделены на острые, возникшие в течение инсульта, и хронические, развывшиеся до инсульта.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Камалова М.И.
Кафедра анатомии человека и ОХТА
Исламов Ш.Э.
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии
Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время нарушение мозгового кровообращения обусловлено различными патофизиологическими факторами, выявление которых и

составляет основу диагностики наблюдаемых цереброваскулярных заболеваний. В большинстве публикаций, посвященных патогенезу острого нарушения мозгового кровообращения, к наиболее значимым фоновым соматическим заболеваниям относят гипертоническую болезнь, гипотонические состояния, атеросклероз и аневризмы мозговых сосудов. Отмечена патогенетическая роль в генезе ишемических нарушений мозгового кровообращения патологической извитости, деформаций и аномалий сонных и позвоночных артерий на экстракраниальном уровне.

Ключевые слова: ишемический инсульт, атеросклероз, нарушение мозгового кровообращения.

Цель исследования: изучить патологоанатомические особенности ишемических инсультов головного мозга

Методы исследования: в ишемические инсульты также подразделялись на острые (до 3 сут) и подострые (4-6 суток). При свежих было характерно макроскопически следующее - соответственно очагу колликвационного некроза выявлялся хорошо выраженный геморрагический компонент в виде кровоизлияния темно-красного цвета под мягкие мозговые оболочки и в кору головного мозга, линия демаркации (перифокальная зона) не определяется. При микроскопическом исследовании - признаки отека вещества мозга с появлением по периметру инсультов множественных сотовидных (дырчатых) полостей, в дальнейшем признаки организации ишемических инсультов в виде миграции клеток крови (нейтрофилов, моноцитов и др.) через стенку сосудов .

В течение суток при осмотре в очаге ишемических инсультов и прилежащей к нему мягких оболочках отмечается застойное полнокровие сосудов, цианоз, отечность и другие признаки асептического воспаления. При этом не изменена консистенция головного мозга, а также структура борозд и извилин. Ткань головного мозга на разрезе имеет четко различимую границу между слоями (корой и белым веществом). Со временем очаг был более четким и бледным. Линия демаркации отсутствует. Участок инсульта несколько синюшного оттенка, обычной консистенции или слегка мягковат на ощупь, без резких границ переходит в окружающую ткань мозга. Спустя сутки макроскопически очаг асептического воспаления имеет неотчетливые очертания с размытыми границами. Кора головного мозга бледно-серого цвета с розовым или красным оттенком (за счет геморрагического компонента). Белое вещество в патологическом очаге светлее, чем окружающая неповрежденная ткань (за счет ишемического запустевания сосудов микроциркуляторного русла и отека зоны инсульта). На 2–3-е сут в мягких оболочках и веществе мозга отек значительно выражен (особенно в пограничной зоне) и достигает своего максимума. Линия демаркации в зоне инсульта визуально не выявлялся или выражена неотчетливо. Лишь при пальпации границы патологического очага можно определить по разнице консистенции между дряблой областью инфаркта и неизмененными упругими (пружинящими) окружающими тканями. Иногда на 3-и сутки край зоны некроза по периферии инсульта может визуально выбухать над поверхностью среза (отечная пограничная зона). Незначительное размягчение вещества мозга и визуальное отсутствие демаркационной линии являются важными макроскопическим критериям инсульта в острую стадию развития, со сроком давности в пределах до 3 сутки.

качестве объекта исследования рассматривали морфологические изменения головного мозга количеством 20 обеих полов в возрасте 20-72 лет. Умершие в результате воздействия различных экзо- и эндогенных факторов. В качестве материла проведен ретроспективный анализ 20 заключений судебно-медицинских экспертиз, проведенных в танатологическом отделе Самаркандского областного филиала Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы и 28 протоколов патологоанатомического исследования подразделениях Республиканского патологоанатомического центра в период 2019-2020 гг. При исследовании мозга определялись величина и локализация интрацеребральных гематом, наличие прорыва

крови в желудочковую систему, выраженность отека мозга, дислокации и сдавления его ствола. Учитывались визуализируемые изменения мозга (мелкие кровоизлияния, очаги периваскулярного отека, спонгиоформное состояние белого вещества). Микроскопическое исследование мозга проводилось в гистологических препаратах, заключенных в парафин. Которые окрашивались гематоксилином и эозином, по методам ван Гизона (определение коллагеновых волокон и миоцитов в сосудах), Вейгерта (выявление эластических волокон в сосудах). При этом особое внимание обращалось на сосуды микроциркуляторного русла в пределах гематом, в перифокальной зоне, а также на отдалении от гематом.

Результаты исследования. При микроскопическом исследовании были выявлены изменения внутримозговых артерий, характерные для гипертонической ангиопатии и послужившие причиной развития крупных кровоизлияний в мозг: плазматическое пропитывание стенок артерий и геморрагии в них со стенозом и облитерацией просветов, очаговый или тотальный фибриноидный некроз с формированием милиарных аневризм, а также первичный (изолированный) некроз мышечных клеток средней оболочки артерий с разрывом сосудов.

Ишемические инсульты подразделяются на острые (до 3 сут) и подострые (4-6 суток). При свежих было характерно макроскопически следующее - соответственно очагу колликвационного некроза выявлялся хорошо выраженный геморрагический компонент в виде кровоизлияния темно-красного цвета под мягкие мозговые оболочки и в кору головного мозга, линия демаркации (перифокальная зона) не определяется. При микроскопическом исследовании - признаки отека вещества мозга с появлением по периметру инсультов множественных сотовидных (дырчатых) полостей, в дальнейшем признаки организации ишемических инсультов в виде миграции клеток крови (нейтрофилов, моноцитов и др.) через стенку сосудов.

В течение суток при осмотре в очаге ишемических инсультов и прилежащей к нему мягких оболочках отмечается застойное полнокровие сосудов, цианоз, отечность и другие признаки асептического воспаления. При этом не изменена консистенция головного мозга, а также структура борозд и извилин. Ткань головного мозга на разрезе имеет четко различимую границу между слоями (корой и белым веществом). Со временем очаг был более четким и бледным. Линия демаркации отсутствует. Участок инсульта несколько синюшного оттенка, обычной консистенции или слегка мягковат на ощупь, без резких границ переходит в окружающую ткань мозга. Спустя сутки макроскопически очаг асептического воспаления имеет неотчетливые очертания с размытыми границами. Кора головного мозга бледно-серого цвета с розовым или красным оттенком (за счет геморрагического компонента). Белое вещество в патологическом очаге светлее, чем окружающая неповрежденная ткань (за счет ишемического запустевания сосудов микроциркуляторного русла и отека зоны инсульта). На 2–3-е сутки в мягких оболочках и веществе мозга отек значительно выражен (особенно в пограничной зоне) и достигает своего максимума. Линия демаркации в зоне инсульта визуально не выявлялся или выражена неотчетливо. Лишь при пальпации границы патологического очага можно определить по разнице консистенции между дряблой областью инфаркта и неизмененными упругими (пружинящими) окружающими тканями. Иногда на 3-и сутки край зоны некроза по периферии инсульта может визуально выбухать над поверхностью среза (отечная пограничная зона). Незначительное размягчение вещества мозга и визуальное отсутствие демаркационной линии являются важными макроскопическим критериям инсульта в острую стадию развития, со сроком давности в пределах до 3 суток .

Выводы: В результате проведенных морфологических исследований установлены дифференциально-диагностические особенности ишемических инсультов и, вместе с тем, отмечены некоторые особенности их реализации. Изменения сосудов обусловлены гипоксией и ишемией мозга, его отеком, резким нарушением проницаемости сосудов. Эти изменения имеют локальный и распространенный характер, могут быть разделены на

острые, возникшие в течение инсульта, и хронические, развывшиеся до инсульта. Также для уточнения стадии развития инсульта мозга необходимо проводить гистологическое исследование (наличие признаков развития нейтрофильного и макрофагального аутолиза).

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ашурова Манзура Джалолдиновна – к.м.н., доцент
Заведующая кафедрой «Коммунальной гигиены и гигиены труда»
Ашурова Мукадас Джалолдиновна - канд.мед.наук
Старший преподователь
Мадрахимова Зухра Мамасидиковна
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация. В работе представлены сведения о значении информационных технологий, электронных компьютерных методов представления информации в подготовке врача, их роль при повышение качества и доступности образования.
Отражено требования к организации, созданию и функционированию дистанционного обучения, проводимое в Ферганском филиале ТМА.

Ключевые слова: дистанционное обучение, информационная технология, электронные компьютерные методы, онлайн-технология, профессиональная компетенция.

Актуальность. Современные условия быстро меняющейся действительности предъявляют разнонаправленные требования к профессиональной деятельности всех специалистов. Не составляет исключение и педагогическая деятельность. Педагогическая деятельность всегда относилась к числу быстро реагирующих на изменяющиеся потребности, запросы общества. Современное педагогическое образование приобретает большое значение особенно с использованием компьютерных телекоммуникационных средств [1,4]. Одним из приоритетных направлений государственной политики в области образования является информатизация. В концепции государственной программы развития высшего образования до 2030 года в качестве одной из основных целей обозначено «обеспечение условий для формирования конкурентоспособного человеческого потенциала». В ней особое значение уделяется современным образовательным и информационно-коммуникационным технологиям, инновационным формам и методам обучения. Реализация образовательных стандартов нового поколения осуществляется с использованием активных форм обучения. Методологической основой перехода на новые стандарты является компетентностный формат, а практика его реализации требует использования современных информационно-коммуникационных систем обучения.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью формирования профессиональных компетенций будущего медицинского работника в условиях информатизации современного образования. А это, в свою очередь, требует создания благоприятных организационно-педагогических условий для внедрения современных компьютерных и информационных технологий в образовательный процесс [2,3,5]. Информационные технологии предоставляют возможности сбора, хранения, передачи, преобразования, анализа и применения разнообразной по своей природе информации, способствуют доступности образования, непрерывности его получения, развития личностно ориентированного обучения; закладывает основы для создания единой информационной среды (региона, страны и т.д.). Во многом формирование и реализация этих возможностей слушателями зависит от подготовленности педагога к работе в условиях информационного взрыва. Педагог, так же как и слушатель, должен сформировать в себе потребность к непрерывному повышению квалификации,

непрерывному обучению. Нельзя не подчеркнуть важное значение информационных технологий в процессе самообразования [6].

Цель данной статьи – показать способы формирования информационной компетентности студентов медицинских вузов в условиях модернизации и информатизации системы образования и здравоохранения. Основополагающим для данного исследования является описательный метод, состоящий из анализа публикаций в периодических изданиях, обобщения опыта.

Материалы и методы: изучение влияния цифровых технологий на учебно-методическую, научную и лечебную работу в Ферганском филиале ТМА. Для анализа использован метод контент-анализа с элементами обобщения.

Результаты. В исследованиях, выполненных за рубежом, информационно образовательные системы (ИОС) рассматриваются с позиций их деятельного и конструктивного характера. Это понимание ИОС основано на концепции самостоятельности в приобретения знаний при решении педагогических задач, разработанных в рамках теории познания. Обучение в данном подходе играет роль информационной поддержки конструктивных идей учащегося по самостоятельному накоплению знаний и навыков [7,8].

Дистанционное обучение – инновация сегодняшнего времени, обеспечивающая развитие и преподавателя – модератора этого процесса, и учащегося – объекта знаний. Дистанционное обучение, проводимое в Ферганском филиале ТМА, является продолжением очного образования и составляет часть контролируемой самостоятельной работы обучающихся. В течение многих лет на всех кафедрах с успехом используется тестовый компьютерный контроль, который позволяет в краткой и доступной форме провести скрининговую оценку знаний обучаемого по теме. Положительными моментами являются также объективизация оценки знаний, отсутствие психологического воздействия «преподаватель – обучающийся».

Наиболее активное использование онлайн-технологий с марта 2020 г. внедряет в учебный процесс программный комплекс на базе LMS Moodle (Learning Management System «Moodle»), что дает возможность осуществлять онлайн-обучение, которое представлено тремя основными уровнями: электронные ресурсы библиотек, онлайн-организация учебного процесса (системы управления) и онлайн-курсы с системой контроля, что снижает трудозатраты и дает возможность сотрудникам более свободно распорядиться своим временем, чтение онлайн лекций для обучающихся и др. На сегодняшний день филиал начал реализовать 115 программ на основе дистанционных технологий, обучение осуществляется с любых мобильных устройств через образовательный портал «moodle ttaff.uz». Требования к организации, созданию и функционированию электронной образовательной среды содержатся в «Инструкции о создании учебных ресурсов на платформе дистанционного обучения». Развитие онлайн-технологий и внедрение их в образовательный процесс рассматривается в филиале как важная часть смешанного обучения (онлайн и традиционное образование), направленного на повышение качества и доступности образования.

Электронные презентации доступны для обучающихся. Студенту достаточно на лекции фиксировать только комментарий лектора к мультимедийным слайдам, но не фиксировать содержимое слайдов. Подобное чтение лекций позволяет с одной стороны увеличить количество информации, а с другой стороны – обучающимся облегчается усвоение лекционного курса. В электронном виде создаются комплекты оценочных средств по каждому практическому занятию, которые включают тестовые задания и ситуационные задачи к каждой теме. При подготовке к практическим занятиям студенты имеют возможность ознакомиться с оценочным материалом и более эффективно изучать предметы.

Целенаправленное и эффективное использование разнообразных доступных ресурсов в медицинских ВУЗах (множество современной литературы, интернет-ресурсы, электронные программы и др.) создаёт возможности для профессиональной подготовки студентов.

Выводы.

1. Современные потребности и задачи электронного здравоохранения обусловливают значительные перемены в образовательном процессе высших медицинских учебных заведений, так как их решение возможно только имеющими соответствующую подготовку специалистами, которая должна быть организована в вузах.
2. Совершенствование учебно-практических программ в медицинских вузах, разработка учебно-методических материалов, отвечающих требованиям современных образовательных стандартов, применение интерактивных технологий, программно-технических ресурсов, создание электронной информационно-образовательной среды, будут способствовать повышению качества образования за счет развития компьютерной компетентности студентов и формированию мотивации, мобильности, самостоятельности и ответственности студентов.
3. Таким образом, задачи профессорско-преподавательского коллектива Ферганском филиале ТМА в аспекте цифровизации образования и медицины предусматривают активизацию учебно-методической деятельности кафедр и других организационных структур вуза по подготовке методического обеспечения на базе ИКТ и внедрения его в учебный процесс, что является одной из задач образовательной политики филиала на ближайшую перспективу.

Использованная литература:

1. Боголепова, С.В. Использование потенциала современных систем управления обучением в вузовском образовании / С.В. Боголепова, Н.В. Малкова // Высшее образование в России – 2017. – № 5. – С. 105-112.
2. Дрёмова, Н.Б. Активные методы обучения в учебном процессе вуза: учебно-метод. пособие / Н.Б. Дрёмова, А.И. Конопля. – Курск: КГМУ, 2012. – 100 с.
3. Зарубина, Т.В. Актуальные вопросы внедрения информационных технологий в здравоохранение / Т.В. Зарубина // Вестник Росздравнадзора. – 2018. – № 3. – С. 20-25.
4. Информационные технологии в учебном процессе кафедры медицинского вуза: учебное пособие / Н.Б. Дрёмова, А.В. Иванов, И.Н. Совершенный, С.В. Соломка. – Курск: КГМУ, 2010. – 96 с.
5. Конструирование электронных образовательных ресурсов, как универсальный инструмент подготовки обучающихся к жизни в условиях развивающегося сетевого общества / В.А. Файтельсон, Д.С.Р. Раджкумар, Н.Ю. Коклина, А.В. Файтельсон // Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2017. – № 4. – С. 21 (97-103).
6. Мурашко, М.А. Информационные системы для инновационного развития контроля (надзора) в сфере здравоохранения / М.А. Мурашко, А.И. Панин, К.Г. Поспелов // Вестник Росздравнадзора. – 2018. – № 3. – С. 9-19.
7.Профессиональная компетентность педагога как основа качества образовательного процесса в медицинском вузе / В.А. Лазаренко, А.И. Конопля, О.И. Охотников, Н.Б. Дрёмова // Медицина: целевые проекты. – 2013. – № 16. – С. 18-19.
8. Технология оценки эффективности видеолекции / В.А. Лазаренко, О.Ф. Природова, В.Б. Никишина, А.А. Кузнецова // Профессиональное образование в России и за рубежом. – 2018. – № 1. – С. 45-52

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ

Международная онлайн конференция
6 май 2020 г.