



Tadqiqot uz

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2020

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



№18
31 июль

conferences.uz

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 18-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ**

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
18-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ
ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-18**

**MATERIALS OF THE REPUBLICAN
18-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE
CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL
RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18**

ТОШКЕНТ-2020



УУК 001 (062)
КБК 72я43

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

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 18-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 июль 2020 йил. - Тошкент: Tadqiqot, 2020. - 29 б.

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

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

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

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б., ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

PhD Шакирова Шоҳида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги "Оила" илмий-амалий тадқиқот маркази)

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

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



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тугган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

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

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

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

19.Фармацевтика

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

20.Ветеринария

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

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

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

25.География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпلامга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

**БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ
ИЗЛАНИШЛАР**

1. Сабиров Элёр Эргашевич КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ.....	7
2. Jumabaeva Miyassar Boranbaevna SECRETION AND DISEASES OF THE THYROID METABOLIC HORMONES.....	9
3. Urinova Gulnoza Shuxrat qizi, Zamonov Ramazonjon Farhod o'g'li KARIYES- KASALLIGINING KILINIK XUSUSIYATLARI VA PROFILAKTIKASI.....	11
4. Ахмедова Дилафруз Баходировна МИГРЕНЬ КАСАЛЛИГИНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ.....	13
5. Indiaminova Gavhar Nuriddinovna, To'liqin Elnazarovich Zoyirov MAXSUS YORDAMCHI MAKTABLARDA TARBIYALANUVCHI AQLI ZAIF BOLALARGA STOMATOLOGIK KASALLIKLAR PROFILAKTIKASINI TAKOMILLASHTIRISH.....	16
6. Mamatqulova Feruza Xaydarovna O'TKIR LEYKOZLAR BILAN BEMORLARDA INFEKTSION ASORATLAR: ULARNI TASHXISLASH VA DAVOLASH.....	18
7. Mamatova Nargiza Toirjonovna XPERT MTB/RIF NATIJASIGA KO'RA SIL BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING DAVOLASH SAMARADORLIGI.....	20
8. Shadenova Biybirusa Oralbayebna ANJIR O'SIMLIGINING BIOEKOLOGIK VA DORIVORLIK XUSUSIYATLARI.....	21
9. Umurzakova Zarnigor Rakhimjon qizi RATIONALITY OF USE OF METOPROLOL TARTATE IN THE TREATMENT OF HYPERTENSIVE CONDITIONS IN PREGNANT WOMEN.....	23
10. Жахангер Абдигаппаров ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ – РАСТОРОПША (Silybum marianum L) КУЛЬТИВИРУЕТСЯ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ.....	24
11. Султонов Равшан Комилжонович, Пардаев Эркин Соатович ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ҚИЗАМИҚ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ.....	27



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҶАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Сабиров Элёр Эргашевич
Ассистент Ташкентская Медицинская Академия
(90) 9723535
sabirov.elyor@tma.uz

Аннотация . У детей и лиц молодого возраста в основном выявляются ранние формы воспалительных заболеваний пародонта- гингивиты, а с увеличением возраста пациентов нарастает частота и тяжесть деструктивных изменений в пародонте. Поэтому приобретает особое значение профилактика этих заболеваний.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, профилактика заболеваний пародонта у детей

Актуальность. По данным ВОЗ 80% взрослого населения земного шара подвержено заболеваниям пародонта, приводящим к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации, развитию аллергических состояний и других расстройств [3].

В детском возрасте основное заболевание пародонта - который протекает без ярких клинических проявлений и не вызывает беспокойства детей [1]. К стоматологу дети попадают при прогрессировании заболевания и развитии осложнений. Для выявления первых признаков заболеваний пародонта и проведения комплекса лечебно-профилактических мер необходимо ежегодное профилактическое обследование здоровых детей [2,4].

Цель исследования. Является предложить комплекс лечебно-профилактических мероприятий, позволяющие улучшить состояние гигиены полости рта и тканей пародонта, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое обследование 45 детей (2018-2019 г) с заболеванием пародонта обратившихся в 2 детская стоматологическая поликлиника Юнусабадского района . Профилактика должна способствовать правильному развитию организма во внутри утробном и раннем периоде после рождения, в процессе формирования и роста в детском возрасте. При заболеваниях пародонта у детей гигиенический уход за полостью рта составляет существенное звено в комплексной терапии. Наибольшая эффективность этой меры достигается при условии, если врач в течение всего периода лечения обучает ребенка основным правилам чистки зубов и контролирует их, дает рекомендации по гигиене полости рта. С учетом возраста ребенка врач-стоматолог дает рекомендации по выбору зубной щетки, зубной пасты и средств для гигиенического ухода за полостью рта. Он рекомендует родителям самим проводить гигиену полости рта у ребенка до возраста 3-х лет, соблюдая правильную технику проведения чистки зубов. При наличии воспалительных явлений в мягких тканях применяют различные медикаментозные средства противовоспалительного действия. С этой целью используются разнообразные лекарственные формы: мази, пасты, аэрозоли, которые применяют в виде аппликаций и полосканий, вводят в зубодесневые карманы. Для снятия чувствительности твердых тканей зубов, которая часто сопровождает болезни пародонта, зубы обрабатывают фторсодержащими лаками или пастами. Из огромного арсенала противовоспалительных средств для местного лечения заболеваний пародонта широко используют ферментные препараты, антибиотики, антисептики, а также препараты, способствующие восстановлению тканей. Для медикаментозного лечения применяются слабые антисептические растворы, средства растительного происхождения, обладающих противовоспалительным и антисептическим



свойствами: отвар листьев шалфея, ромашки, корня алтея, 0,05% хлоргексидина, элюдрил, 0,02% раствор фурациллина, 0,01% мирамистина и др. Важную роль в лечении заболеваний пародонта играет устранение различного рода травматических факторов в полости рта с помощью терапевтических, хирургических и ортопедических вмешательств. Такие дефекты, как укороченные уздечки губ и массивные тяжи слизистой оболочки, мелкое преддверие устраняются только хирургическим путем [4].

Наиболее эффективный комплекс витаминов С, Р, Е, А, Д, группы В. Потребность в витаминах у детей и подростков значительно выше, чем у взрослых. Это объясняется особенностями растущего организма – напряжением обменных процессов, быстрым ростом и развитием ребенка.

При заболеваниях пародонта витамины принимаются в дозах, в 2-3 раза превосходящих нормы суточной потребности здоровых детей. Курс лечения 2-4 недели. Следует обратить внимание на недопустимость приема витаминов без назначения врача. Бесконтрольное употребление витаминных препаратов в лучшем случае будет неэффективным, в худшем – причинит вред здоровью. Целесообразно назначение реминерализующей терапии - Кальций-Д3 Никомед 1 таблетка содержит 500мг элементарного кальция и 200 МЕ витамина Д3 по 1-2 таблетки в сутки 20-25 дней 2-3 раза в год.

Результаты исследования. Применение комплекса профилактических мероприятий, включающего стоматологическое просвещение с обучением правилам ухода за полостью рта, профессиональную гигиену и использование лечебно-профилактических средств, содержащих антибактериальные и противовоспалительные компоненты, позволило добиться снижения воспалительных явлений в тканях пародонта.

Заключение. Лечение заболеваний пародонта проводится с учетом этиологии и патогенеза, клинического течения, патологоанатомических изменений в тканях пародонта и обязательно под контролем клинических, параклинических и лабораторных методов исследований. Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволяет улучшить состояние гигиены полости рта и тканей пародонта, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков.

Список литературы находится в редакции

1. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебник. Под ред. Г. М. Барера. - М.: GEOTAR-Media, 2015. 149с.
2. Бимбас Э.С., Закиров Т.В. Вспомогательное ортодонтическое лечение при заболеваниях пародонта. // Дентал магазин. - 2014.-№12.С.54.
3. Грудянов, А. И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Е.В. Фоменко. - М.: Медицинское информационное агентство, 2016.-96с.
4. Novikov O.O., Pisarev D.I., Zhilyakova E.T. 2014. Juniper: phytochemistry and pharmacology of genus Juniperus L.: monograph. Moscow, Publishing House of The Academy of Medical Sciences. P. 178



SECRETION AND DISEASES OF THE THYROID METABOLIC HORMONES

Jumabaeva Miyassar Boranbaevna
Student of the Karakalpakstan medical institute
Tel: +998933631898
miyassar.boran@gmail.com

Annotation. The general effect of thyroid hormone is to activate nuclear transcription of large numbers of genes. Therefore, in virtually all cells of the body, great numbers of protein enzymes, structural proteins, transport proteins, and other substances are synthesized. The net result is generalized increase in functional activity throughout the body.

Key words: Thyroxine, triiodothyronine, thyroglobulin, hypothyroidism, diseases, symptoms, diagnosis, treatment.

The thyroid gland, located immediately below the larynx on each side of and anterior to the trachea, is one of the largest of the endocrine glands, normally weighing 15 to 20 grams in adults. The thyroid secretes two major hormones, thyroxine and triiodothyronine, commonly called T₄ and T₃, respectively. Both of these hormones profoundly increase the metabolic rate of the body. Complete lack of thyroid secretion usually causes the basal metabolic rate to fall 40 to 50 per cent below normal, and extreme excesses of thyroid secretion can increase the basal metabolic rate to 60 to 100 per cent above normal. Thyroid secretion is controlled primarily by thyroid-stimulating hormone (TSH) secreted by the anterior pituitary gland.

About 93 per cent of the metabolically active hormones secreted by the thyroid gland is thyroxine, and 7 per cent triiodothyronine. However, almost all the thyroxine is eventually converted to triiodothyronine in the tissues, so that both are functionally important. The functions of these two hormones are qualitatively the same, but they differ in rapidity and intensity of action. Triiodothyronine is about four times as potent as thyroxine, but it is present in the blood in much smaller quantities and persists for a much shorter time than does thyroxine.

Most of the Thyroxine Secreted by the Thyroid Is Converted to Triiodothyronine. Before acting on the genes to increase genetic transcription, one iodide is removed from almost all the thyroxine, thus forming triiodothyronine. Intracellular thyroid hormone receptors have a very high affinity for triiodothyronine. Consequently, more than 90 per cent of the thyroid hormone molecules that bind with the receptors is triiodothyronine.

Causes of Hyperthyroidism. In most patients with hyperthyroidism, the thyroid gland is increased to two to three times normal size, with tremendous hyperplasia and infolding of the follicular cell lining into the follicles, so that the number of cells is increased greatly. Also, each cell increases its rate of secretion severalfold; radioactive iodine uptake studies indicate that some of these hyperplastic glands secrete thyroid hormone at rates 5 to 15 times normal.

Thyroid Adenoma. Hyperthyroidism occasionally results from a localized adenoma (a tumor) that develops in the thyroid tissue and secretes large quantities of thyroid hormone. This is different from the more usual type of hyperthyroidism, in that it usually is not associated with evidence of any autoimmune disease. An interesting effect of the adenoma is that as long as it continues to secrete large quantities of thyroid hormone, secretory function in the remainder of the thyroid gland is almost totally inhibited because the thyroid hormone from the adenoma depresses the production of TSH by the pituitary gland.

The symptoms of hyperthyroidism are obvious from the preceding discussion of the physiology of the thyroid hormones: a high state of excitability, intolerance to heat, increased sweating, mild to extreme weight loss (sometimes as much as 100 pounds), varying degrees of diarrhea, muscle weakness, nervousness or other psychic disorders, extreme fatigue but inability to sleep, and tremor of the hands.

Diagnostic Tests for Hyperthyroidism. For the usual case of hyperthyroidism, the most accurate diagnostic test is direct measurement of the concentration of "free" thyroxine (and sometimes triiodothyronine) in the plasma, using appropriate radioimmunoassay procedures. Other tests that are sometimes used are as follows: 1. The basal metabolic rate is usually increased to +30 to +60 in severe hyperthyroidism. 2. The concentration of TSH in the plasma is measured by radioimmunoassay. In the usual type of thyrotoxicosis, anterior pituitary secretion of TSH is so



completely suppressed by the large amounts of circulating thyroxine and triiodothyronine that there is almost no plasma TSH. 3. The concentration of TSI is measured by radioimmunoassay. This is usually high in thyrotoxicosis but low in thyroid adenoma.

Hypothyroidism. The effects of hypothyroidism, in general, are opposite to those of hyperthyroidism, but there are a few physiologic mechanisms peculiar to hypothyroidism. Hypothyroidism, like hyperthyroidism, probably is initiated by autoimmunity against the thyroid gland, but immunity that destroys the gland rather than stimulates it. The thyroid glands of most of these patients first have autoimmune "thyroiditis," which means thyroid inflammation. This causes progressive deterioration and finally fibrosis of the gland, with resultant diminished or absent secretion of thyroid hormone.

Treatment of Hypothyroidism. Thyroxine on the basal metabolic rate, demonstrating that the hormone normally has a duration of action of more than 1 month. Consequently, it is easy to maintain a steady level of thyroid hormone activity in the body by daily oral ingestion of a tablet or more containing thyroxine. Furthermore, proper treatment of the hypothyroid patient results in such complete normality that formerly myxedematous patients have lived into their 90s after treatment for more than 50 years.

References:

1. Besser GM, Thorner MO: Comprehensive Clinical Endocrinology, 3rd ed. Philadelphia: Mosby, Elsevier Science, 2002.
2. Burger AG: Environment and thyroid function. J Clin Endocrinol Metab 89:1526, 2004.
3. Cooper DS: Hyperthyroidism. Lancet 362:459, 2003.



KARIYES- KASALLIGINING KILINIK XUSUSIYATLARI VA PROFILAKTIKASI

*Urinova Gulnoza Shuxrat qizi,
Buxoro davlat tibbiyot
instituti talabasi
Tel:+998995623342
gulnozaaurinova@mail.com*

*Zamonov Ramazonjon Farhod o'g'li,
Samarqand davlat tibbiyot instituti talabasi
Tel:+998945324533
ramzanzamanov@mail.com*

Anatatsiya: Sadafdek oppoq tishlar har qanday insonning qiyofasiga go'zal joziba bag'ishlaydi. Lekin ularning hamisha chiroyli va sof holatda bo'lishi uchun inson butun umri davomida tishlar salomatligiga katta e'tibor qaratishi kerak. Ammo "tish og'rig'i" – bolalar va kattalarni, ota-onalarni cho'chitadigan so'zdir. Shu bois, aksariyat insonlar tish shifokoridan qo'rqanlari uchun ham yillar davomida shifokor ko'rigidan o'tishmaydi, oqibatda tishlarga kariyes hujum qiladi.

Kalit so'zlar: kariyes, demineralizatsiya, emal, dentin, kasal tish, chuqur kariyes

Statistik ma'lumotlarga qaraganda yer yuzida 92 foizdan ortiq insonlar tish kasalliklaridan aziyat chekadilar. Bu foizlarning asosiy qismini kariyes kasalligi tashkil etar ekan. Bolalarda esa kariyes xronik kasalik sifatida birinchi o'rinda turadi. Ko'pincha bu kasallik bolalarda ikki-uch yoshidan boshlanadi. Kasallik ayniqsa 2-6 yoshli bolalar hamda 14-25 yoshli insonlarda juda keng tarqalgan. Olib borilgan tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, Yurtimizda maktab yoshigacha bolalarda 63%, maktab yoshida esa 87%, kattalarda esa bu ko'rsatgich 75% ni tashkil etar ekan.

Kariyesning yuzaga kelishi haqida olimlarimiz orasida turlicha dunyo qarash mavjud. Ilmiy jihat yondoshganda kariyes tishlarning emal, dentin to'qimalarining asosini tashkil qiluvchi, ularning mustahkamligini ta'minlovchi mineral moddalarning turli sabablarga ko'ra demineralizatsiya natijasida to'qimalarning mo'rtlashib, yumshab yemirilishi oqibatida tishlarning butunligining buzilishi hamda kovaklar hosil bo'lishi jarayonidir. Bunday jarayonni yuzaga keltiruvchi sabablar talaygina. Bunday sabablarning asosiylari tish emal qavatining kariyesga nisbatan turg'inligini pasayishi hamda og'iz bo'shlig'i mikroflorasining buzilishidir. Tish emal qavatining kariyesga nisbatan turg'inligining pasayishi homiladorlik davrida va bola tug'ilganidan keyin yuzaga keladi. Homilador ayol, kechki toksikozlarni boshdan kechirishi, ratsional ovqatlanmasligi, o'tkir yukimli kasalliklar bilan kasallanishi, bola o'sishini tekshirish maqsadida radioaktiv nurlar bilan nurlanishi va ichimlik suvi tarkibida ftor miqdorining yetishmasligi bo'lsa, bola tug'ilgandan so'ng bolani ratsional ovqatlanishini ta'minlamaslik, suniy oziqlantirish, tez-tez shamollashlar, qizamiq va shunga o'xshah o'tkir og'ir xastaliklarni boshidan o'tkazish hamda nasildan nasilga o'tuvchi irsiy omillar oqibatida yuzaga chiqadi. Og'iz bo'shlig'i mikroflorasining buzilishiga esa tishlar yuzasida karashlar paydo bo'lishi, uglevodli ovqat qoldiqlarining qolishi, retensiya nuqtalarining yuzaga kelishi, optimal namlik va haroratning yetishmasligi, og'izda mikroorganizmlarni haddan tashqari ko'payib ketishi sabab bo'ladi. Shuningdek, kariyes, boshqa omillar bilan bir qatorda, immunitet tizimi faoliyatining buzilishi sababli ham rivojlanishi mumkin. Shirinliklarni haddan tashqari ko'p miqdorda tanovul qiladigan insonlar kariyes muommosiga boshqalarga qaraganda ko'proq duch keladilar. Chunki, og'iz bo'shlig'ida mavjud bo'lgan bakteriyalar tishlar atrofida yig'ilib qoladi, oqibatda tish karashi paydo bo'lishiga olib keladi. Tish karashi qand, shirin suyuqliklar va boshqa moddalar bilan o'zaro ta'siriga kirishgan vaqtda kariyes yuzaga keladi. Bundan ko'rinib turibdiki, kariyesning kelib chiqishining asosiy sababi insonning noto'g'ri tanlangan turmush tarzi hisoblanadi. Tamaki mahsulotlari, shirinliklar, gigiyenaga amal qilmaslik tishlar salomatligiga jiddiy zarar yetkazadi. Natijada, tishlar kasallanadi. Kasal tish esa organizm uchun juda zararlidir. Bir tomondan, tish og'irigan bemor uyqusida halovat bo'lmaydi, ovqatni yaxshi chaynamasligi sababli me'da-ichak kasalligiga duchor bo'lishi mumkin. Ikkinchi tomondan, kasal tish kavagida har xil kasallik qo'zg'atuvchi mikroblar juda ko'p bo'ladi va bu mikroblar yurak, buyrak kasalliklari, revmatizim va boshqa bir qancha kasalliklarni keltirib



chiqaradi. Abu Ali Ibn Sino ham o'z asarlarida: "Ko'pchilik kasalliklarning sababchisi chirigan tishdir" deb yozib qoldirganlar.

Agar kariyes aniqlansa, ovqatlanishga o'zgartirish kiritishimiz, og'iz gigiyenasiga ko'proq e'tibor berishimiz, shuningdek tarkibida kaltsiy va fluor yuqori bo'lgan tish pastalaridan foydalanishimiz va albatta tish shifokoriga ko'rinish lozim. Faqat kariyesni o'z vaqtida davolashgina tishlarni saqlab qolishga yordam beradi. Oldini olish uchun ovqatlanish ratsioniga amal qilish. Ovqatlangandan keyin albatta tishlarni tozalash zarur. Tishlarni shoshilmasdan, supuruvchi harakatlar bilan milklardan tish uchiga qarab tozalash tavsiya etiladi. Tish cho'tkasini esa har uch oyda bir marta almashtirish, shifokor ko'rigidan tet-tez o'tib turish maqsadga muvofiq bo'lardi.

Shunday qilib, og'iz bo'shlig'i gigiyenik ta'lim-tarbiya ishlarini to'g'ri shakillantirish va sog'lom stomatologik turmush tarzini yo'lga qo'yish bilangina kariyes va uning asoratlariga barham berish mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. M.F.Ziyayeva, R.N.Bahodirova// Terapevtik stomatologiya// Toshkent-2004
2. I.X.Halilov, O.S.Yo'ldoshxonova, X.Sh. Rahmonov, J.R. Abdullayev, B.O.Xudanov// Bolalar terapevtik stomatologiyasi va Stomatologik kasalliklar profilaktikasi// "SHARQ" 2011.
3. H.Komilov, M.Ibragimova, D.Rustamova, J.Rizayeva, S.Yusupalixodjayeva, O.Hamroyeva// Terapevtik stomatologiya propedevtikasi// "Yangi asr avlodi" 2006.
4. N.A.Tashpulatova// Stomatologik kasalliklar// Toshkent-2016



МИГРЕНЬ КАСАЛЛИГИНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ.

*Бухоро вилоят ИИБ Тиббиёт
бўлими поликлиникаси неврологи
Ахмедова Дилафруз Баходировна.
doctordilya81@mail.ru. +998906379280.*

Аннотация: Мигрень иқтисодиётга ҳар йили кўп зиён келтиради. Буюк Британия иқтисодиётига йилида 200 млн фунт стерлинг зиён келтиради. Унинг аҳоли орасида тарқалганлиги 8% . Аёл ва эркаклар орасида учраш нисбати 3/1. Мигрень касаллигини даволаш бўйича Европа стандартлари ишлаб чиқилган бўлиб, бу касалликни эрта, мақсадли ва натижавий даволаш имконини беради.

Калит сўзлар: мигрень, аура, триптанлар, ностероид яллиғланишга қарши воситалар, эпизодик бош оғриғи, симптоматик даво, қусишга қарши воситалар.

Мигрень касаллиги белгилари:

Классик: Кўрув(ёки бошқа) аура, 15 минут давом этади, ундан сўнг бир соат бир томонлама пульсланувчи бош оғриғи келиб чиқади.

Бошқа вариантлар:

*Аура бош оғриғисиз.

*Эпизодик(кўпинча предменструал)аурасиз- кучли бир томонлама бош оғриғи, кўнгил айниш, қусиш, ёруғликдан, овоздан қўрқиш. Аллодиния- исталган ташқи таъсир бош оғриғини кўзгаши мумкин(сочимни тарай олмайман, балдоқ, кўзойнак тақа олмайман, чунки бу кучли бош оғриғи беради)- бу одатий мигрендир.

Аура. Кўрув билан боғлиқ бўлган: кўз олдида нуқта, чизиклар кўриниши, гемианопсия, гемипарез, дисфазия, дизартрия, атаксия(базилляр мигрень), аурагача бир неча соат олдин кайфият тушиб кетиши, иштаха ошиши ёки пасайиши, турли товушларга сезгирлик ошиши кузатилади. Аура давомийлиги бир соат ёки ундан ортиқ бўлиб, ундан сўнг бош оғрик бошланади.

Сенсор аура. Парестезия, қўл бармоқларидан бошланиб, юзга тарқалади.

Нутқ аураси(8% холда) афазия, дисфазия, дизартрия, парафазия- фонемаларнинг ўрни ўзгариши.

Аура бўлмаганида диагностик мезонлар: 4-72 соат давом этадиган, кўнгил айниш, қусиш, ёруғлик , овоздан қўрқиш билан кечадиган 5 ва ундан кўп оғрик эпизодлари ва қуйидаги 4 белгидан 2 ёки ундан ортиғи кузатилса:

*Оғрикнинг бир томонламалиги

*пульсланувчи оғриклар

*Меъёрий ҳаёт тарзини олиб боришга қийналиш

*Зинадан чиқишда ва бошқа эгилиш билан боғлиқ бўлган ҳаракатларни бажаришдаги бош оғрик

Патогенез: Мияда қон айланиши пасайиши-мия фаоллиги сусайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу аурага олиб келиб, мия ичи ва экстракраниал қон айланиш кучайишига ва бош оғриғига олиб келади. Хуружлар плазмадаги 5- гидрокситриптамин концентрацияси ўзгариши билан боғлиқ.

Триггерлар. Шоколад, пишлоқ, орал контрацептивлар, алкоголь, вахима, саёхат, жисмоний машқлар бош оғрикни кучайтиради. 50% холатда триггерлар бўлмаслиги мумкин.

Қиёсий ташхисот: Кластерли бош оғрик, зўриқишдаги бош оғрик, бўйин спондилёзи, қон босими ошиши, калла ичи патологиялари, синусит, ўрта отит, кариес. ТИА мигреноз аурадай кечиши мумкин. Мигрень айрим холларда бошқа патологияларда кузатилади: антифосфолипид синдром, артериовеноз мальформация ёки микроэмболлар. **Мигрень, инсульт ва пилли(комбинирланган орал контрацептивлар).** Орал контрацептивлар билан боғлиқ бўлган мигрень+ ишемик инсульт 20 ёшли аёлларда 8:100000 ва 40 ёшлиларда 80:100000 га тўғри келади. Фақат паст дозали ҳомиладорликка қарши воситаларни қўллаш мумкин. Аурали мигрень билан касалланган аёлларда комбинирланган контрацепциялар хавфлидир.(Бу прогестерон монопрепаратига ва ногормонал хомиладорликка қарши воситаларга тааллуқли эмас.) Қуйидаги омиллар хавфлидир: чекиш, ёшнинг 35 ёшдан



катталиги, юқори қон босими, семизлик ТВИ 30 дан юқори, қандли диабет, гиперлипидемия, қариндошлардаги артериопатия. Аурали мигрендан азият чекаётган аёлларни орал комбинацияланган контрацепция воситаси қабул қилишдан қайтаринг.

Муолажа жараёни.

Мигрендан азият чекадиган ҳар бир беморга босқичма- босқич даво муолажаси тайинланади. Ҳар босқичда 3 та хуружни баргараф этиш тавсия этилади. Бу стратегия энг натижавий ва нарх жиҳатидан арзон тушадиган давони топиш имконини беради.

1- босқич. Симптоматик даво.

*оддий анальгетик

*кўшимча равишда лозим топилса, қусишга қарши дори воситаси

Иккинчи босқичга ўтишдан олдин 1- босқичда биттадан кўп анальгетикни қўллаб кўриш мумкин. Парацетамол дори воситасининг исботланган базаси йўқ. Шу сабабли у 1- танлов воситаси бўла олмайди.

Мигрень хуружини дори воситаси билан даволаш.

Анальгетиклар, қусишга қарши воситалар.

Ацетилсалициловая кислота 900–1000 мг (фақат катталар учун) танлов воистаси ҳисобланади ёки; Ибупрофен 400–800 мг ёки; Диклофенак 50–100 мг ёки; Напроксен 500–1000 мг ёки (агар қарши кўрсатма бўлса); Парацетамол 1000 мг; Домперидон 20 мг ёки Метоклопрамид 10 мг

1- босқич тамойиллари.

*Дори воситасининг эрувчи ёки сўрилувчи шакллари кўллаш.

*Дори воситасини хуружнинг бошланиш даврида дозани тўғри танлаб қабул қилиш лозим.

*Қусишга қарши воситалар ошқозон- ичак тракти моторикасини яхшилаб, гастростазни олдини олади, хуружни олдини олиш учун буюриладиган перорал дори воситаси ўзлаштирилишини яхшилади.

*Беморда қусиш бўлса, дори воситаларини ректал шамчалар кўринишида буюрилади: нальгетикли суппозиторийлар(диклофенак 100 мг, ибупрофен 400 мг, кетопрофен 100-200 мг ёки напроксен 500-1000 мг)

*Лозим бўлганда қусишга қарши воситалар суппозиторий кўринишида(домперидон 30 мг ёки метоклопропамид 20 мг).

2-босқич. Ихтисослашган даво.

2- босқичда қўлланиладиган махсус мигренга қарши дори воситалари, дори шакллари ва дозалари.

Олмотриптан* Таблетка 12.5 мг;Элетриптан Таблетка 20 ва 40 мг (40 мгги доза ёрдам бермаганда 80 мг);Фроватриптан* Таблетка 2.5 мг; Наратриптан Таблетка 2.5 мг; Ризатриптан* Таблетка 10 мг (5 мг дозаси пропранолол билан бирга қўлланилиши мумкин); Сўрувчи пластинкалар 10 мг; Суматриптан Таблетка 50 мг ва 100 мг, тез эрувчи таблеткалар 50 ва 100 мг, суппозиторийлар 25 мг,бурун спрейи 10 мг (ўсмир ёшдан бошлаб мумкин) ва 20 мг, тери ости инъекциялари 6 мг; Золмитриптан Таблетка 2.5 мг ва 5 мг, сўрувчи таблеткалар 2.5 мг ва 5 мг, бурун спрейи 5 мг; Эрготамина тартрат Таблетка 1 мг ва 2 мг, суппозиторийлар 2 мг

2- босқич тамойиллари.

1- босқич муолажа ёрдам бермаган барча беморларга қарши кўрсатма бўлмаса триптанлар тавсия берилиши керак. Эрготамин қатори дори воситаларига жуда паст ва олдиндан айтиб бўлмайдиган биосингвчанлик хос, бу уларнинг самарадорлигини бузади, шунингдек мураккаб фармакодинамика, фармакокинетикаси ва узок муддатли таъсири сабабли, беморлар оғир кўтаришади.

Триптанларни бир ойда 10 кундан ортиқ қабул қилиш мумкин эмас, бу дори воситасидан чакирилган бош оғриқларга олиб келиши мумкин. Триптанлар бир- биридан кам фарқланади, лекин турли беморларда турлича таъсир кўрсатиши мумкин: бир восита таъсир қилса иккинчиси таъсир қилмаслиги мумкин. Беморлар турли триптанларни турли шаклда қабул қилиб кўришлари ва ўзига энг тўғри келганини танлаб олиши керак. Исталган триптаннинг 1- дозаси(элетриптандан ташқари) 1 таблетка. Триптаннинг 1- дозаси ёрдам қилмаса, кўп ишлаб чиқарувчилар томонидан 2- дозани қабул қилиш тавсия этилмайди, аммо баъзи беморлар учун 2- доза эффектив бўлиши мумкин. Триптанлар хуруж бошланиш вақтида хали



оғриқ кучаймаган вақтда қабул қилинса натижаси яхшироқ бўлади. (Бу тавсия мигренни зўриқишдаги бош оғриғидан аниқ фарқлай олган беморга берилиши керак). Кўнгил айниш бўлганида домперидон 20 мг ёки метоклопропамид 10 мг берилади. Қусиш бўлганида суматриптан суппозиторий кўринишида, золмитриптан назал спрей кўринишида ёки суматриптан тери ости инъекцияси шаклида ишлатилгани маъқул. Агар барча триптанлар натижасиз бўлса, суматриптан 6 мг дозада тери остига инъекция қилинади. Триптан яхши натижа берган 40% беморда хуруж қайталаниши 48 соат давомида кузатилиши мумкин. Суматриптан 5НТ 1В/Д агонисти бўлиб, мия томирларини торайтиради. Биринчи навбатда перорал, кейин тери остига қўлланилиши мумкин. Кам ҳолатларда аритмия, стенокардия ва инфаркт миокардга олиб келиши мумкин. Қўлланилишига қарши кўрсатма: Миокард инфаркти/ ЮИК анамнезда, коронар артериялар спазми, қон босими ошишишни назорат қилиб бўлмаса, литий ва серотонин қайта қамраб олиниши ингибиторларини яқинда қабул қилинганлиги. Орал триптанлар орасида хуружни энг самарали қолдирадигани ризатриптан. Ризатриптан ва золмитриптан тез эрийдиган капсулалар кўринишида чиқарилади. Алмотриптан самараси орал суматриптандай, лекин ножўя таъсирлари камроқ.

Эрготамин(5-НТ агонисти, мия артерияларини торайтиради) 1 мг перорал, оғриқ қолмаса, 30минутдан сўнг кунига 5 мггача ва хафтасига 6 мггача берилади. ёки SafegotТ(2 мг эрготамин+100 мг кофеин)максимум 2 доза 24 соатда ёки 4 доза хафтасида. Эрготамин қабул қилиш билан боғлиқ бўлган гангрена, томирлар қайтмас шикастланишлари мавжуд. Қўллашга қарши кўрсатма: перорал ҳомиладорликка қарши воситалар, периферик томирлар касалликлари, ЮИК, ҳомиладорлик, кўкрак билан болани озиклантириш, гемиплегик мигрень, Рейно касаллиги, жигар ёки буйрак касаллиги, юқори қон босими.

Бош оғриғи рецидивини даволаш.

Триптаннинг 2- дозаси натижа бериши мумкин. Триптан 2- дозасидан кейин ҳам бош оғриғи такрорланиши мумкин. Агар бу ҳолат доимий такрорланса, триптанни алмаштириш керак. Мигрень хуружи қайталанаверса, триптанни ностероид яллиғланишга қарши воситага алмаштирилади.

Бош оғриғи рецидиви профилактикаси.

-Триптан ва ностероид яллиғланишга қарши воситани бирга қўллаш.

-Триптандан 6-12 соатдан сўнг ностероид яллиғланишга қарши воситани қўллаш.

2- босқич давога қарши кўрсатма.

Ҳомиладорлик эрготамин ва барча триптанларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади. Баъзи триптанлар қатор ҳолларда эҳтиёткорлик билан қўлланилиши керак.(Қўлланилиш йўриқномасига қаранг)

Барча триптанлар ва эрготамин воситасини қуйидаги беморларда қўллаш керак эмас:

-Назорат қилиб бўлмайдиган артериал гипертензия

-Юрак ишемик касаллиги, цереброваскуляр касалликлар, облитерацияловчи эндоартериит

- Цереброваскуляр касалликлар хавф омиллари.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Оксфордский справочник по клинической медицине. М. Лонгмор, Я. Уилкинсон, С. Раджагопалан. Москва 2009. 310-315.

2. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространёнными формами головной боли в общей практики. Т. Дж. Стайнер. Москва 2010г. 13-23-40 с.

3. Синдром «Головная боль». Самышина Е. А. Учебное пособие для студентов. Ульяновск-2017. 8-10с.

4. Б. Г. Гафуров. «Клинические лекции по неврологии».Ташкент-2016. 8-26с.

5. www.headache-society.ru.

6. www. w-h-a.org.



MAXSUS YORDAMCHI MAKTABLARDA TARBIYALANUVCHI AQLI ZAIF BOLALARGA STOMATOLOGIK KASALLIKLAR PROFILAKTIKASINI TAKOMILLASHTIRISH

Indiaminova Gavhar Nuriddinovna
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti
«Bolalar stomatologiya» kafedrasida assistenti
Telefon: +998972871177
Gavhar Indiaminova@mail.ru
To'lg'in Elnazarovich Zoyirov
Telefon: +998985739092
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti
2-son Stomatologiya kafedrasida mudiri

Annotatsiya: Hozirgi kunda dunyo miqyosida tish kariesi va parodont to'qimasi kasalliklari nafaqat katta yoshlilar, balki aholining kichik yoshli qatlami o'rtasida ham eng keng tarqalgan tish kasalligi bo'lib qolmoqda. Sog'lom bolalarda o'tkazilgan so'nggi epidemiologik tekshiruvlarga ko'ra, stomatologik kasalliklar ko'rsatkichi yuqori darajada bo'lib, kariesning tarqalishi sog'lom bo'lgan 12-15 yoshli bolalar guruhlarida o'rtasida 63,3-83,4% va 81,7-88,7%, intensivligi 3,02-3,75 va 4,6 - 5,73, hamda sog'lom 12 yoshli bolalar guruhida parodont to'qimasi kasalliklarining tarqalishi 37,8% dan 50% gacha, 15 yoshli bolalar guruhida 57,7% dan 84,7% gacha. Karies kasalligining tarqalishi maktabgacha va maktab yoshidagi aqli zaif bolalarda ham yuqori darajani tashkil etadi, yengil darajadagi aqliy zaifligi (YAZ) bo'lgan 13-18 yoshli bolalarda kariesning intensivligi yuqori. Ushbu ko'rsatkichlar yoshga qarab ortib boradi va asosiy kasallikning og'irligiga bog'liq. Turli darajadagi aqliy zaiflik nuqsoni mavjud bolalarda parodont to'qimasi kasalliklari va prikus patologiyalarining tarqalishi 100% ga yetadi.

Kalit so'zlar: Stomatologik kasalliklar, tish kariesi, parodont to'qimasi kasalliklari, aqli zaif bolalar, karies intensivligi

Tadqiqotning maqsadi

Aqliy rivojlanishida nuqsoni bo'lgan bolalar o'rtasida og'iz bo'shlig'i kasalliklari profilaktikasi bo'yicha dasturni kiritish orqali ularning imkoniyatlari cheklanganligini hisobga olgan holda terapevtik va profilaktik stomatologik yordam ko'rsatish samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiali va metodlari

Ushbu tadqiqot sifatida Samarqand viloyati hududida joylashgan 1 va 62-sonli aqli zaif bolalar uchun ixtisoslashtirilgan maxsus maktablar, 5-sonli Kattaqo'rg'on tuman aqli zaif bolalar uchun ixtisoslashtirilgan maktab-intrenat hamda 63-sonli Oqdaryo tuman aqli zaif bolalar uchun ixtisoslashtirilgan maktab- internatlarining 6, 9 va 12 yoshli tarbiyalanuvchilarining og'iz bo'shlig'i gigiyenik holati, tish kariesi va parodont to'qimasi kasalliklari o'rganib chiqiladi va stomatologik kasalliklar profilaktikasiga bo'yicha maxsus aqli zaif bolalarga yo'naltirilgan dastur qo'llaniladi. Tadqiqot statistik, klinik, anketalash, laborator-mikrobiologik, o'giz bo'shlig'i gigiyenasi indekslarini aniqlash metodlari asosida o'tkaziladi.

Kutilayotgan natijalar: Tadqiqot davomida 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan maxsus maktabarda tarbiyalanuvchi aqli zaif bolalarda og'iz bo'shlig'i kasalliklari profilaktikasining maxsus dasturi samaradorligi o'rganiladi. Tarbiyalanuvchi aqli zaif bolalar yoshi, ijtimoiylashuv darajasi, asosiy nevrologik kasalliklari, Daun sindromining mavjudligi, ovqatlanish rejimi va o'z- o'zini parvarish qila olish ko'nikmalari kabi sifatleri asosida guruhlariga bo'linib tadqiq etiladi. Tashkillashtirilgan guruhlarda gigiyenik indeks ko'rsatkichlari, parodont to'qimasi holatini aniqlovchi indekslar, og'iz bo'shlig'i mikroflorasi kabi ko'rsatkichlar aniqlanadi. Stomatologik kasalliklarning kelib chiqishida aqli zaif bolalarning ovqatlanish rejimi, hayot tarzi, ularning asosiy nevrologik kasalliklari turi, ularda Daun sindromining mavjud yoki yo'qligi kabi holatlarning ahamiyati o'rganiladi.



Foydalanilgan adabiyotlar

1. Авраамова, О.Г. Организация и реализация профилактического направления в системе школьной стоматологии в организованных детских коллективах/ О.Г.Авраамова, С.В.Западаева, С.С.Шевченко // Материалы XX Всероссийских научно-практической конференции «Стоматология XXI века». - М., 2008. – С.245-247.
2. Афанасьева, Л.Р. Состояние твердых тканей зубов у детей с нарушением развития интеллекта и оценка уровня стоматологической помощи/ Л.Р. Афанасьева // Современная стоматология. – 2000. –№2. – С. 22 -24.
3. Лебедева, И.Р. Комплексная оценка состояния здоровья детей с различной степенью умственной отсталости и организация реабилитационной помощи: автореф. дис. ...канд. мед.наук: 14.00.18/ Ирина Риммовна Лебедева. - Томск, 2009. – 24 с.
4. Скрипник, Ю.В. Оценка эффективности программы гигиенического воспитания и обучения у стоматолога детей с задержкой психического развития/ Ю.В.Скрипник, И.И.Якубова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - №4(47). - С.70-72.
5. Данилов, Е.О. Изучение стоматологической заболеваемости детского населения Санкт –Петербурга по данным эпидемиологического обследования/ Е.О.Данилов, Р.Н.Жапакова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2008. - №4(27). - С.3-5.
6. Salles, P.S. Dental needs and management of children with special health care needs according to type of disability/ P.S.Salles, P.N. Tannure, C.A. Oliveira, I.P. Souza et al. //J. Dent. Child. (Chic).-2012.-Vol.79,№3:- P.165-169.



О'ТКИР LEYKOZLAR BILAN BEMORLARDA INFEKTSION ASORATLAR: ULARNI TASHXISLASH VA DAVOLASH

Mamatqulova Feruza Xaydarovna
Samarqand tibbiyot instituti
Gematologiya kursi assistenti
Telefon: +998(91) 5567486
komiljonugli0596@mail.com

Annotatsiya: Gematologiyada o'tkir leykozlarining turli varianlari bilan og'riqan bemorlarni davolashda kimyoterapiya va gemopoetik hujayrali transplantatsiyadan foydalanish sezilarli yutuqlarga erishishga imkon beradi, ammo bu bir qator nojo'ya ta'sirlarni, xususan, asosiy kasallikning kechishini og'irlashtiradigan jiddiy yuqumli asoratlarni rivojlanishiga olib keladi.

Kalit so'zlar: O'tkir leykozlar, infeksiyon asoratlar, virus genomlari, bakteremiya, sepsis, grammusbat, grammanfiy.

Yuqori dozali kimyoterapiya va gemopoetik hujayrali transplantatsiyadan foydalanish gematologik bemorlarni davolashda sezilarli yutuqlarga erishishga imkon beradi, ammo bu bir qator nojo'ya ta'sirlarni, xususan, asosiy kasallikning kechishini og'irlashtiradigan jiddiy yuqumli asoratlarni rivojlanishiga olib keladi. O'tkir leykozlarining turli xil shakllari bilan og'riqan bemorlarda infeksiyon asoratlar ayniqsa og'ir kechadi, ko'pincha bu kasallikning generalizatsiyasi, bakteremiyaning rivojlanishi va sepsisga o'tish xavfini kuchaytiradi. Shu munosabat bilan ushbu infeksiyon asoratlarni tashxislash, oldini olish va davolash muammosi alohida dolzarbdir.

O'tkir leykozlarining turli shakllari bo'lgan bemorlarda, jumladan-o'tkir mieloblastli va o'tkir limfoblastli leykozlarda infeksiyon asoratlarni o'rganish, shuningdek, herpes virusi infeksiyasining rivojlanishidagi o'rnini aniqlash.

Materiallar va uslublar. SaMMI 1- klinikasi va ko'p tarmoqli tibbiyot shifoxonasi gematologiya bo'limlarida 2018 - 2020 yilgacha bo'lgan davrda o'tkir mieloblastli va o'tkir limfoblastli leykoz bilan kasalxonaga yotqizilgan va qonida bakterial va herpesvirus infeksiyalari epizodlari bilan bo'lgan 17 bemorning kasallik tarixi o'rganildi. Mikrobiologik tadqiqotlar, amaldagi me'yoriy hujjatlarga muvofiq, tadqiqotning butun davri davomida umumlashtirilgan metodologiya bo'yicha olib borildi. Qonda herpes viruslari (1-turdagi herpes simplex virusi, 2-toifa (HSV-1,2)) va Epstein-Barr virusi (VEB), sitomegalovirus (CMV) va 6-turdagi odam herpes virusi (HHV-6) genlari aniqlandi.

Natijalar: O'tkir leykozlarining bemorlarda herpes guruhidagi viruslarning bakteremiya va sepsis rivojlanishidagi rolini aniqlash uchun qon tomir tizimining posttsitostatik neytropeniyasi va isitmasi bo'lgan bemorlarning 2 guruhi aniqlandi: 1 - qonida bakteriya aniqlanmagan bemorlar; 2- qonida tasdiqlangan bakterial infeksiyalari bo'lgan bemorlar. Ikkala guruhda ham qondagi herpes viruslarini aniqlash chastotasi bo'yicha qiyosiy tadqiqot o'tkazildi va 2-guruh bemorlarining qonida EBV va CMV genomlarini aniqlash chastotasi (bakteremiya bilan) 1-chi bemorlarga nisbatan ancha yuqori bo'lganligi aniqlandi ($p < 0.05$). Ushbu 17 bemordan 9 nafarida tasdiqlangan sepsis holatlari aniqlandi, shundan 3 (33,3%) bu herpes virusi infeksiyasi fonida sodir bo'lgan. Gram-musbat bakteriyalar keltirib chiqargan sepsis 55,6% (5 ta holat) va grammanfiy 44,4% (4 ta holat) qayd etilgan. Gram-musbat sepsisda o'lim darajasi 20% ni tashkil etdi (5ta holatdan 1 tasi) va grammanfiy sepsisda 50% (4 ta holatdan 2 ta holat). Ushbu ma'lumotlar bakteriyalarning gramog'irligi yuqumli jarayonning kechishining og'irligiga va uning natijasiga ta'sir qilishini tasdiqlaydi.

Xulosa: 1. Bakteremiyasi bo'lgan o'tkir leykozlar bilan og'riqan bemorlarning qonida, bakteremiyasi bo'lmagan bemorlarga qaraganda, Epstein-Barr virusi (2,1 marta) va sitomegalovirus (7,9 baravar) genomlari, bu infeksiya jarayoni va bemorlarning umumiy ahvolini yomonlashtiradi.

2. Herpes viruslari immunosuppressiyani keltirib chiqaradi va gematologik bemorlarda yuqumli asoratlarning kuchayishiga yordam beradi.

3. Maqsadli etiotropik davolanishni o'z vaqtida boshlash va korrektsiyalash uchun gematologik bemorlarda qon mikroorganizmlarining doimiy monitoringini o'tkazish zarur bo'ladi.



Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Oxmat V.A. va b.q.- OLL-2009 protokoli bo'yicha o'tkir limfoblastli leykoz bilan kasallangan katta yo'shdagi bemorlarda kimyoterapiyaning turli bosqichlarida infeksiyon asoratlar. Onkogematologiya-2017. 31-40 s.
2. Oxmat V.A. va b.q.- Otkir leykozlar bilan bemorlarda granulotsitopeniya davomiyligida infeksiyon asoratlar- Problemi v onkogematologii-(3) 2018.55-61s
3. Kovaleva L.T. –O'tkir leykozlar M. 1990.
4. Vorobiev A.I. – Rukovodstvo po gematologii A.I. – Moskva, 1988.



ХPERT MTB/RIF NATIJASIGA KO'RA SIL BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING DAVOLASH SAMARADORLIGI

Mamatova Nargiza Toirjonovna
Samarqand davlat tibbiyot institutii
Ftiziatriya kursi assistenti, magistr
tel: + 998915278068
ftiziatriya.km@mail.ru

Annotatsiya: JSST tavsiyasiga ko'ra 2010 yildan boshlab Xpert MTB/RIF testi kattalar va bolalarda o'pka yoki o'pkadan tashqari silni, shuningdek sil kasalligi tarqalishi yuqori bo'lgan mamlakatlarda OIV-musbat shaxslarda silni erta tashxislash maqsadida qo'llanila boshladi. To'liq kimyoterapiya kursini tugatgandan so'ng davolanish natijalarini baholash shuni ko'rsatdiki, sil bilan kasallangan bemorlarda dorilarga sezgir va rifampitsinga chidamli shakllarni davolash, agar Xpert MBT/RIF ma'lumotlarini hisobga olgan holda amalga oshirilsa, bu juda katta farq qilmaydi.

Kalit so'zlar: bemor, Xpert MBT/RIF, dorilarga sezgir va rifampitsinga chidamli.

JSST tavsiyasiga ko'ra 2010 yildan boshlab Xpert MTB/RIF testi kattalar va bolalarda o'pka yoki o'pkadan tashqari silni, shuningdek sil kasalligi tarqalishi yuqori bo'lgan mamlakatlarda OIV-musbat shaxslarda silni erta tashxislash maqsadida qo'llanila boshladi [1, 2].

Tadqiqot maqsadi. Xpert MBT/RIF tomonidan aniqlash natijalariga ko'ra rifampitsinga chidamli o'pka sili bilan kasallangan bemorlarni davolash samaradorligini o'rganish.

Materiallar va usullar. Silga qarshi kurashish dispanserida o'pka sili bilan kasallangan, birinchi marta aniqlangan 165 ta bemorlarning kasallik tarixi tahlil qilindi. Bemorlar Xpert MBT/RIF natijalariga qarab ikki guruhga bo'lindi: asosiy guruh - molekulyar genetik usul (Xpert MTB musbat/RIFga chidamli) natijalariga ko'ra davolanishni boshlagan silning ko'p dorilarga chidamliligi (MDR-TB) bilan yangi aniqlangan 85 bemordan va nazorat guruhi - silga qarshi dorilarga sezgir 80 yangi tashxislangan bemordan (Xpert MTB musbat/RIF sezgir) iborat edi.

Tadqiqot natijalari. Bemorlarning nazorat guruhida erkaklar ustunlik qilishgan – 53 (66,0%) nafar bemor, asosiy guruhda ham ustunlik qildi (70,6%). Bemorlarning yoshi 18 dan 69 yoshgacha bo'lgan. Bemorlarning yashash joyi to'g'risidagi tahlil ma'lumotlarida har ikkala guruhda ham shahar aholisi ustunligi qayd etildi. Asosiy guruhdagi bemorlar orasida ishsizlar ko'proq - 64 (75,3%), nazorat guruhida ishsizlar 49 (61,2%) nafar bemor. Asosiy guruh bemorlari orasida 25 (29,4%) bemorda sil kasalligi bilan muloqotda bo'lish edi. Nazorat guruhida muloqot 39 (45,9%) nafar kishida qayd etilgan. Ikkala guruhda ham infiltrativ sil kasalligi eng ko'p tarqalgan, tarqoq sil esa ikkinchi eng ko'p uchragan klinik shakl edi. Bemorlarda sil kasalligi jarayonining rentgenografiyasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhdagi emirilish davri 67 (78,8%) nafar bemorda, nazorat guruhida - 58 (72,5%) bemorda aniqlandi. Ikki tomonlama jarayonlar asosiy guruhda - 75 (88,7%), keng tarqalgan jarayonlar – 80 (90,7%), nazorat guruhidagi 50 (62,5%) bemorlarda va ikki tomonlama jarayonlar 51 (63,8%) nafarda keng tarqalgan. Asosiy guruhda sil kasalligini aniqlashda balg'am mikroskopiyasi natijalari 58 (68,2%) nafar bemorda, nazorat guruhida esa 47 (58,7%) nafar bemorda ijobiy natija ko'rsatdi, bu Xpert MTB/RIF testi yanada sezgir ekanligini ko'rsatdi. Davolash natijalarini baholash to'liq kimyoterapiya kursining oxirida o'tkazildi, asosiy guruhdagi bemorlar silga qarshi birinchi va ikkinchi qator dorilar bilan davolanishdi, nazorat guruhidagi bemorlar silga qarshi birinchi qator dorilar bilan davolanishdi. Ikkala guruhda ham kursni tamomlaganlar orasida yuqori davolanish samaradorligi aniqlandi.

Xulosa. Xpert MTB/RIF testing sezgirligi mikroskopiyaga qaraganda yuqori ekanligi aniqlandi. To'liq kimyoterapiya kursini tugatgandan so'ng davolanish natijalarini baholash shuni ko'rsatdiki, sil bilan kasallangan bemorlarda dorilarga sezgir va rifampitsinga chidamli shakllarni davolash, agar Xpert MBT/RIF ma'lumotlarini hisobga olgan holda amalga oshirilsa, bu juda katta farq qilmaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Bates M., O'Grady J., Maeurer M. Assessment of the Xpert MTB/RIF assay for diagnosis of tuberculosis with gastric lavage aspirates in children in sub-Saharan Africa: a prospective descriptive study // Lancet Infect. Dis. - 2013. - Vol. 13.
2. Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. // N. Engl. J. Med. - 2010. - Vol. 363.



ANJIR O'SIMLIGINING BIOEKOLOGIK VA DORIVORLIK XUSUSIYATLARI

Shadenova Biybiruza Oralbayebna
Qoraqalpog'iston respublikasi xojayli tumani
39-maktabning' biologiya fani oqituvchisi
Telefon:+99897 357 15 89
shadenovabibiruza@gmail.com

Anotaciya: Anjir mevasi ming bir dartning davosidir.

Kalit so'zlar: Moraceae, fikus, fitsin, ficus carica.

Anjir o'simligi tutdoshlar (Moraceae) oilasiga kiruvchi subtropik o'simlik hisoblanadi. Yer sharining tropik olkalarida anjir (fikus)ning 600-dan ortiq ayrim adabiyotlarda 800- turi malum. O'zbekistonda sariq va qora anjir ayniqsa kop tarqalgan. Uning qora anjir (Ficus carica) dep atalgan turi muxim oziq-ovqat va dorivor osimlik bolib, uncha baland bolmagan uzaq yashaydigan osimlik. Barglari oddiy tokiluvchan ikki uyli, guli nokka oxshash meva ishida joylashgan.

Anjir osimligi osiyoda 5000 yil oldin, yevropada 2000yil oldin madaniylashtirilgan. Gul formulasi urug'chi guli $P_4A_4A_0G_{(2)}$ changchi guli $P_4A_4G_0$. Anjir mevalari yong'oqsimon shaklida sariq yoki siyohrang qora rangda boladi. Mevalari pishganda diametri 5 sm, uzunligi 8 sm va og'irligi 30-70 grammni tashkil etib, mazasi juda shirin yoki nordan shirin boladi. Anjir mevasi pishgan vaqtda yigiladi. Mevasi quritilib yoki quritilmastan ishlatiladi. Anjir mevasi tarkibida qandlar organik kislotalar, vitaminlar, fermentler (fitsin va boshqalar) minerallar (Ca, K, Mg, P, Fe tuzlari) va boshqa moddalar bor. Anjirning foydali va shifobaxsh xususiyatlari undan xalq tabobatida keng foydalanish imkoniyotlarini beradi. Yangi uzilgan anjir mevasining tarkibi: suv-83%, qandlar-11%, 6%-oqsillar, 0,7%-biriktiruvchi toqimalar-2,5%, piktin moddalari-5,4%, organik kislotalar-0,5% (limon, olma va sirka kislotalari) A, C, B₁, B₂, vitaminlari. Unda koplal mikroelementlar mavjud. Masalan: Na-18 mg %, K-190 mg %, Fe-3,2 mg % va boshqalar.

Xalq tabobatida anjir mevasi va undan tayorlangan damlama yumshartuvchi dori sifatida yotalga va kok yotal kasalliklariga davo boladi. Mevadan tayyorlangan qaynatma va murobbo terlatuvchi va isitmani tushiruvchi tasiriga hamda laringit va bronxit kasalliklarida foydalidir. Shamollash kasalliklarida esa tomoqni chayish uchun ishlatiladi. Abu Ali ibN Sino anjir mevasini balg'am kochiruvchi va yotal qoldiruvchi dori sfatida ishlatgan. Balgam kochirich uchun anjir mevasini yeyishni va yotal qoldirish uchun esa mevasini sutda qaynatib istemol qilishni buyirgan. Ilimiy tibbiyotda anjir mevasi tarkibida kop miqdorda qandlar va kaliy tuzlari bolgani uchun yurak qon tomir sistemasining kasalliklarida fitsin fermenti bolgani uchun tromboz kasaligida istemol qilishga buyiriladi. Fitsin fermenti tomirda ivib qolgan qonni eritadi. Anjir bargidan olinadigan furokumarin preparati psoberanva pes kasaligiga davo boladi. Anjirning suv yoki sutdagi qaynatmasidan shamollashda, nafas olish yollaridagi yalliglanish jarayonlarida foydalaniladi. Angina va milklar yalliglanishda ogiz ushbu qaynatma bilan chayiladi. Anjir mevalari oshqozon, buyrak, holatini yaxshilaydi va siydik haydavchi vosita sifatida xizmat qiladi. Yurak qon tomir tizimi kasalliklarida anjir juda kata foyda beradi, chunki u kaliy moddasiga boy. Kaliy qon-tomirlardagi zoriqishlarni oladi, ularni boshashtiradi va kengaytiradi. Shuningdek anjir gipertoniyaning oldini olishda muxim rol oynaydi. Anjir tarkibidagi fitsin fermenti qon quyilishini kamaytiradi va tomirlardagi tromblarning yiqolishiga komaklashadi. Anjir mevalari yengil ishni suradigan xususiyatga ega. U kuchli yurak urishini me'yoriga keltiradi hamda qon ishlab chiqaruvchi yaxshi vosita hisoplanadi. Anjir anemiya xastaligida qora jigar va jigar kasalliklarida juda foydali. Anjirning sutli shirasini qabul qilish buyraktagi qumni yuvib chiqaradi, u qiyin yocaladigan osmalar va yiringli yaralarda tavsuya etiladi. Yangi uzilgan anjir mevasi kamqonlikning oldini oladi. Anjir barglari va ildizidan tayorlangan vosita cistit va sidik yoli kasalliklarida shifo beradi. Quritilgan va qoqlangan anjir mevasi ayniqsa juda foydalidir. U nafaqat uglevotlarga boy, balki bazi navlarida 6gm oqsil, 1,5 gm yog'lar va 70gm qand lar mavjud boladi. Bunday korinishda u avvalo ozuqaviy darajasi yuqori maxsulot hisoblanadi. Anjirning energetic qiymati 100gm mahsulaotda 340kkal tashkil etadi. Qadim zomonlardan buyon quritilgan anjir mevasi shamollashda terlatuvchi va xaroratni tushiruvchi vosita sifatida faydalanib kelingan. Pishib yetilgan anjir mevasi juda nozik bolib u 6 soatdan ortiq saqlanmaydi. Shu bois yangi uzilgan anjir yetishtirgan hududlarda istemol qilinadi, sanoat



markazlariga transportirovka qilish uchun anjir quritiladi va qoqlanadi. Quritish ushuni tóliq pishib yetilgan mevalar tanlab olinadi. Quritilgan anjirning eng yaxshi sifatli, bu daraxtda qoqlanib uzib olingan mevalar hisoblanadi.

Anjir ósimligining agrotexnikasi va unga forma berish kesish.

Anjir egilgandan keyingi birinchi yildan-oq uning shoxlariga forma berishga etibor beriladi. Dastlab 3-5 dona yaxshi ósib rivojlangan shoxlarining ushini kesib boshqa shoxlari tubidan qirg'iladi, ekinchi yili bahor oyida esa 2-3 dona kúshli rivojlangan, maxkam, bir tekis har tarafga tarqalgan shoxlari tubidan 40-60-80 santimertdan atrofida qoldirilib, qolgan bolimi qirg'ilib tashlanadi. Ósish davrida har bir asosiy shoxlarda 3-5 ga sha bolgan birinchi tartibtagi har tarafga qaratilgan shoxlarining meva solishiga erishish ushuni ularni 40 santimertdan qirg'ib tashlanadi. Uchinchi yili bahorda ekinchi tartibda 3-5 dona shox qoldiriladi. Ularning uzunligi 40-50 santimetr bólishi shart. Ana shu taxlitda anjir tublariga tóliq forma beriladi.

Anjirning óziga xosligi shundaki, u mevalarini shu yili usib chiqqan shoxlariga soladi va uning mevalari bir vaqtda pishmaydilar. Usib shiqqan shoxlari qanshalik kóp bólsa-xosildorlik shuncha darajada yuqori bóladir. Anjirning mevalari shoxlarining pastki qismidan yetilishib pishib boshlaydi. Dastlabki mevalari iyunning boshlarida pishadi, yikkinchi xosildorlik mevalarining pishishi avgust oyidan boshlab butasini kómishgasha davom etadi. Meva berib turgan butalar yosh butalar singari usti boshtirilib kómiladi, ammo kóp yillik meva berivchi ona túrlarning singishligi xisobga olinishi talab etiladi. Shu sababdan butaning tagiga tuproq úyib, sinmasligi ushuni va ustiga qóga (jeken) qamish solinadi va butani iyib tóshalgan qamishning ustiga sekin asta yotqiziladi. Sóng puta ústi tuproq bilan kómiladi. Tuproqning qalinligi uy shoroitida 25-30 sm qalinlikda ochiq moydanlarda esa 55-70-sm qalinlikda bólishi shart.

Anjirning zararkunandalari va unga qarshi kurach ishlari

Anjir tanasining yoriqlari ózining zararkunandalariga pano boladi. Bizning iqlim shoroitimizda anjirda – anjir tana qori suniy qalqandor, anjir parvonasi, anjir bargi zararkunandalari ushiraydi. Ularning har biri yuzga qadar tuxum qoyadi. Ularni biz tepada aytqanimizdek anjir tanasining yariqlarida yashab kópayadilar. Zararkunandalariga qarshi kurashishta eng soda va eng natijali usilidan biri anjirzorlarni qishta 30-35 santimetr chuqirlikda surish (haydash) bólib hisoblanadi. Bunda gúzda tókilgan barg osti va tuproqning yuzida «uxlab yotgan» zararkunandalar yer ostida qirilib ketadilar. Qurigan va yarilgan shoxlarni vaqti-vaqti bilan qirg'ib kómib tashlash tógri bóladir. Anjir daraxtini gúllash davridan oldin zararkunandalarga qarshi preparatlarni (Karatini 0,1 yoki BI-58-01, Nurell-D-0,1% li eritmalarini gektariga tup sonlariga qalinligiga qarab 500-800 litrli aralashma purkish yaxshi natija beradi. Lekin bir narsaga etibor qaratilish kerakki meva pishishidan 35-40 kún oldin túxtatish shart.

Anjir mevasini terib (yigib) olish. Anjir daraxti yiliga ikki marta meva beradi. Ayirim vaqtlarda kúz faslining kesh kelishiga bogliq úshinshi mevasini ham soladi va quyosh nuri yetishmovshiligiga bogliq shoxda meva tóliq pishmay qoladi. Dastlab iyun oyining II-ón kúnligida pishib boshlab tobora iyul oyining I -ón kúnligigasha davom etadi. Ekinchi mevalash davri iyul oyining III-ón kúnligidan boshlab sentyabr oyining I -ón kúnligigasha davom etadi. Bu vaqt oraligida 18-20 martaba meva terib olish mumkin agar yerga agro texnik ishlov va kerakli mineral úgitlar berilib turilsa unimni ertalab azonda salqinda uzgan maqul. Terilgan anjir mevalari ózining barglariga óralgani maqul shunda birinshidan quyosh nuri tushishida va ikkinshidan ezilmasligiga asos boladi. Yana bir narsa uni uzoq davlatlarga yuborish ushuni uni qoqlash (quruq) shaklida yubarish maqul boladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Аширова А.А. Растительность долины и дельты ее хозяйственное использование. Книга вторая. Ашхабад: Гылым, 1976, -322 с.
2. Кульков О,П, Субтропические плодовые культуры Узбекистана. Т. "Мехнат", 1986.
3. Рыбаков А.А. Остраухова С.А. Ўзбекистон мевачилиги . -Т., 1987. –Б. 29-36.
4. Мирзаев М.М., Собиров М.Қ. Ўзбекистонда боғдорчилик., -Т., 1980. –Б. 67-80.
5. Sultanova.Z. A.U.Utambetov, A.S.Xojasov. Miyweshilik."No'kis" «BILIM» 1994-J www.ziyouz.uz,www.qashqadaryogz.uz, www.ziyounet.uz



RATIONALITY OF USE OF METOPROLOL TARTATE IN THE TREATMENT OF HYPERTENSIVE CONDITIONS IN PREGNANT WOMEN

Umurzakova Zarnigor Rakhimjon qizi
Student of institute of pharmacy in Tashkent
Zarnigor99u@gmail.com
Tel: 998977380213

Annotation. The article presents the results of research aimed at establishing the effectiveness and safety of metoprolol tartrate in the gestational period. The relevance of this study is due to the insufficient study of β adrenoblockers as drugs against hypertension in pregnant women. In particular, one of the most actively used drugs in the Republic of Belarus, metoprolol tartrate.

Keywords: metoprolol tartrate, hypertension, pregnancy, efficacy, monotherapy, development of newborns.

Purpose: analysis of the effectiveness and safety of metoprolol tartrate during monotherapy of various forms of arterial hypertension in pregnant women.

Material and methods. To achieve this goal, information from literary sources was analyzed and systematized, as well as data from "Individual cards of pregnant women and women in childbirth", "History of childbirth" and "History of the development of newborns" provided by the medical statistics office of the Maternity Hospital affiliate of the Kobrinsky Central District hospital", about 1880 births conducted from January to December 2015. The degree of increase in blood pressure in the examined pathology was established in accordance with the Clinical Protocol for the diagnosis and treatment of diseases characterized by high blood pressure in pregnant women [1]. The basis of the main indicators of the condition of the fetus and the pregnant woman was taken data from cardiocography and ultrasound diagnostics. The state of the newborn on the Apgar scale was also analyzed.

Results. Of the 1880 women who gave birth, 177 (9.4%) were diagnosed with arterial hypertension. Of the 177 cases, gestational hypertension was detected in 145 (82%), in 25 (14%) - a chronic form of arterial hypertension, in 5 (3%) - preeclampsia, in 2 (1%) - preeclampsia against the background of chronic hypertension. Of the 177 cases in 85 (48%), as a monotherapy at doses of 200 mg per day, metoprolol tartrate in the form of tablets of 100 mg 2 times a day was prescribed. As a result, in 3 cases out of 85 births (3.5%), an unsatisfactory condition of the fetus was observed (the diagnosis at birth is moderate asphyxiation). This group included patients with preeclampsia in the presence of chronic hypertension and one with preeclampsia.

Conclusion When analyzing empirical and theoretical materials from literary sources, as well as statistical data from the Kobrinsk Central District Hospital, it was established:

- a) the drug is not recommended for use in the first trimester of pregnancy;
- b) the prescribed dose of this drug should not exceed 200 mg / day;
- c) the use of the drug as monotherapy is not recommended in pregnant women with preeclampsia, eclampsia, as well as preeclampsia / eclampsia in the presence of chronic arterial hypertension due to a decrease in the effectiveness of metoprolol with the addition of the described gestational complications.

Bibliography list:

1. Anisimova, N. B. Clinical Pharmacology / N. B. Anisimova, L.I. Litvinova. - M.: Phoenix, 2014.
2. Begg, E. Clinical Pharmacology / E. Begg. - M.: Binom. Knowledge Lab, 2018
3. Belousov, Yu.B. Introduction to clinical pharmacology / Yu.B. Belousov, M.V. Leonova. - M.: MIA, 2016
4. Bertram, G. Katzung Basic and Clinical Pharmacology. In 2 volumes. Volume 2 / Bertram G. Katzung. - M.: Binom, Dialect, 2014
5. Bertram, G. Katzung Basic and Clinical Pharmacology. In 2 volumes. Volume 1 / Bertram G. Katzung. - Moscow: Gostekhizdat, 2018.



ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ – РАСТОРОПША (SILYBUM MARIANUM L) КУЛЬТИВИРУЕТСЯ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Жахангер Абдиганпаров
Каракалпакский Государственный Университет имени Бердаха,
факультет биологии, кафедра агроэкологии и интродукции
лекарственных растений, студент 4-курса
тел: +99 893 777 59 95
e-mail: jahanger.abdigapparov.95@mail.ru

Аннотация: В статье представлена обширная информация о распространении лекарственного растения Расторопши (lat. *Silybum marianum* L), его лекарственных свойствах, способах применения и наиболее часто используемых при лечении различных заболеваний.

Это особенно важно при лечении заболеваний желчи, цирроза печени, одышки, гипертонии, аллергии, недержания мочи, которые широко распространены среди местного населения. Для испытания и выращивания расторопши, который обладает ценными лекарственными свойствами в условиях Южного Приаралья мы представили краткий обзор материалов, полученных в 2019-2020 г, путем проведения мониторинга на опытных участках факультета и инновационного центра расположенного в г.Нукусе. Приводятся материалы полученные за короткий срок, на опытном участке отведенном международным инновационным центром расположенным в г.Нукусе где выращивали лекарственного растения расторопши. И удалось получить созревшие семена, которые высевали на том же участке и в 2020г.

Главным итогом работ является получения семян расторопши в климатических условиях Южного Приаралья в 2020 г.

Ключевые слова: ареал, лекарственный, рецептура, желш, интродукция, Девы Марии, чертополох, гомопаты, парашюты, секатор.

Расторопша пятнистая-травяностое растение высотой 60-150 см при грамотном культивировании достигает выше двух метров. Прямостоящий стебель его облачен в темно-зеленые или серебристо-перламутровыми пятнами. Кроме того, листья расторопши имеют длинные желтые колючки по краям. Соцветия растения собраны в сиреневые корзинки диаметром в 5-6 см.

Плод расторопший представляет собой семенку серого, светло коричневого либо черного цвета. Листья, которые окружают корзинку, также оснащены острой колючкой. Каждая семена имеет хохолок из волосков, которые в 2-3 раза превышают длину семянки. Семена не имеют запаха, но при этом отличаются горьковатым вкусом.

Расторопша широко распространена по Миру, она растет в средиземноморских странах, в Великобритании, Африке, на Американском континенте, в Азии. В России встречается в европейских регионах, в горах Кавказа и в Сибири. Она предпочитает плодородные почвы, хорошо освещенные, солнечные места. Быстро заполняет пустыри, поля, дорожные обочины. В некоторых странах расторопша высаживается целыми плантациями для получения лекарственного сырья. В Легенде называют расторопшу подарком Девы Марии, этим объясняются и некоторые народные названия растения-Марин чертополох Марины колючки. Именно Богородица сообщила людям о лечебной силе расторопши. Белые пятна на пестрой листья расторопши являются символом молока Девы Марии.

В древней Греции и в Древнем Риме для лечения использовался отвар расторопши. В книгах известного врача и ботаника Диоскорида расторопша описывается как эффективное средство при разных заболеваниях – в нарушении работы печени. С давних пор используется она и в восточной медицине и ее целебные свойства описываются индийскими врачами и гомопатами. В русских травниках и справочниках также неоднократно упоминаются разнообразные лекарственные эффекты расторопши. Пчеловодами замечено, что мед, который пчелы собирают с цветов расторопши, также обладает лечебными свойствами и благоприятно воздействует на печень, почки, органы пищеварения, способствует оттоку желчи.



Семена(плоды).Препараты из плодов расторопши применяются при болезнях печени, почек, щитовидки, селезенки, при алкогольных и пищевых отравлениях и отличным профилактическим средством в употреблении жителями экологически неблагоприятных регионов, что необходимо употребления её населением Южного Приаралья.

Листья растений применяются в качестве легкого слабительного мочегонного, желчегонного и потогонного средства.

Корень в виде препарата, преимущественно применяются при лечении: Катар желудка: понос, радикулит, судороги, зубная боль, задержка мочи. Помимо этого расторопша народом употребляется в пищу – семена в приправе, корни в свежем виде, листья и побеги компонентом салатов и гарниров. В сухом виде как диетическое питание она применяется по сей день.

Сбор и хранение. Лечебные свойства имеют как подземные так и надземные части растения, представляют, семена. Сбор семян расторопши осуществляются с августа по октябрь, так как семена её созревают неравномерно, поэтому сбор производится в период, когда начинают лететь парашюты с семенами и желтеют корзинки. Главный сигнал созревания семян – это образование белого пушка в самих корзинках. Корзинки с семенами срезаются при помощи секатора.

Корни растения выкапываются осенью (после созревания семян) и промываются под проточной водой, подготавливаясь к сушке. Листья расторопши заготавливаются в это же время. Срезанные корзинки укладываются тонким слоем на решетку, под которым предварительно растилается бумага и ткань. Важно, чтобы помещение, в котором будут сушиться корзинки, проветривалось, но при этом следует избегать сильных сквозняков в противном случае парашюты с семенами разлетятся. После просушки по средством ножницы необходимо срезать калючки с корзинок, после чего разломать их и вытряхнуть семена. Для просушки семена раскладываются тонким слоем на бумаге. Кроме того, можно собрать корзинки расторопши в мешочек и хорошо обмолотить его палкой. Хранятся семена в тщательно проветриваемом помещении в тканевых мешочках. Корни как листья, измельшаются и высушиваются либо в помещении, либо в сушильном шкафу, температура в котором должна быть порядка 40-50°C. Корни и листья расторопши хранятся в закрытых стеклянных емкостях. Сроки хранения семян – 3 года, корней и листьев – год.

Состав расторопши. входит огромное количество биологически активных веществ: Силимарин: жирное и эфирное масло, смолы, слизи, лигнаны, флавоноиды, сапонины, органические кислоты, белки, алколюиды, витамины группы В, С, К, Е, селен.

Формы использования растения. В народной медицине используются практически все части растения в виде порошка и жмых плодов, масло плодов и сок листьев. Кроме того еще: настой 1,2; масло 1 и 2 из семян; отвар, мед, чай расторопша, сироп и сок, экстракт, порошок, таблетки.

Расторопша широко применяется при лечении болезней распространенных среди местного населения. Алкоголизм – благодаря большому содержанию глутатиона, расторопша применяется при алкоголизме, так как чрезмерное употребление алкоголя приводит к дефициту данного вещества. Семена этой травы – живительный источник микро и макроэлементов, необходимых организму для здоровья и активной жизни. В них находится магний, марганец, железо, калий, цинк, кальций, хром, селен, алюминий, медь, ванадий и бор.

Для лечения; Взять чайную ложку семян, смолотых в порошок, залить 1 стаканом кипятка и настоять в течение 15 минут. После процеживания его принимать 3 раза в день по трети стакана полчаса до завтрака и обеда, а также перед сном и т.д. имеются таких 5 разных приемов и заготовок разной концентрации. Аллергия, артрит, артроз, астма, атеросклероз, бронхит, вагинит климактерический атрофический, варикоз, гастрит хронический, гемаррой, гингивит, давление и т.д всего 19 видов болезней.

Начиная с 2019 года мы изучаем технологию выращивания лекарственного растения расторопши на территории международного инновационного центра Южного Приаралья расположенного в г. Нукус как опыт в жарких и низких в минеральном питании почвенных условиях на выделенном участке размерами 5,3 м в длину и 5,2 м в ширину провели подготовительную агротехническую работу (полили 14 мая, очистили от сорняков и мусор, подкопали, разровняли) 18 мая посадили семена расторопши, которые через 8 дней появились на поверхности земли растения с двумя листьями. До этого участок не поливали, постоянно



очистили от сорняков, 26 мая появились все всходы на поверхность земли и были проведены все агротехнические мероприятия по уходу за растениями. 5 июня рост расторопши достиг 10 см. Дальнейшее наблюдение за растениями продолжалось все лето (полив, окушивание, очистка от сорняков и т.д.). Лето было очень жаркое, температура атмосферного воздуха достигали до 43-45°C, при недостатке поливных вод; из-за позднего посева вегетативный рост расторопши не превышал 80 см. И зацвело 12 августа, плодоношения отмечено 22 августа, неполное созревание семян и сбор их произведено 26 сентября. Словом нами удалось собрать семян расторопши в суровых климатических условиях Южного Приаралья.

В 2020-году посев растений затянулся из-за карантина от инфекции коронавируса до 25 мая. На том же участке, всходы которых отмечено - 4 июня и наблюдения за развитием растений продолжается.

Главным итогом работ является получения семян расторопши в климатических условиях Южного Приаралья в 2019 году.

Литература;

1. Юрий Константинов-Расторопша. Уникальное средство от алкоголизма, астмы, гастрита, диабета, ожирения, онкологии. 2017-г. 29-с

2. «Энциклопедия жизни» (EOL) (Проверено 21 апреля 2011). Источник — https://ru.wikipedia.org/w/index.php/title=Расторопша_пятнистая&oldid=100848306



ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ҚИЗАМИҚ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ.

Султонов Равшан Комилжонович, Пардаев Эркин Соатович
Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали
Телефон: +99894 519-55-00
Ravshan.sultan87@gmail.com

Аннотация:Мақолада Сурхондарё вилояти Ангор тумани юкумли касалликлари бўлимида 2019-2020 йил 1-чоракда қизамиқ ташҳиси билан ётиб даволанган 30 нафар бемор болаларда тадқиқот олиб борилди.Кузатувдаги беморлада қизамиқ касаллиги эмлаш олмаган 0-1 ёшгача бўлган 1 гуруҳча бемор болаларда оғир формада учраб,пневмония мос равишда 3 марта куп учради. Ўткир бронхит асорати эса 2- гуруҳча беморларда 67% кўзатилди.

Калит сўзлар:Қизамиқ, ўткир бронхит, пневмония, хансираш, иштаҳасизлик, лейкоцитоз.

Муаммони долзарблиги: ЖССТ маълумотларига кўра, ер куррасида ҳар йили 30-40 млн, атрофида қизамиқ билан касалланиш ҳолатлари қайд қилинади. [1,2]

Қизамиқ билан касалланишнинг мавсумийлиги йилнинг қиш-баҳор ойларига тўғри келади. Энг юқори кўрсаткичлар декабрь-май ойларига тўғри келган.Қизамиқ билан профилактик эмлашларни олиб борилишига қарамасдан касалланиш учраб турибди.Қизамиқ алоҳида касаллик (нозологик шакл) сифатида 18-асрнинг 2-ярмидан буён маълум. Англиялик врач Сиденгам 17-асрда қизамиқнинг клиник белгиларини ўрганиб, уни скарлатинадан фарқини асослаб берган [3].

Тарихдан маълумки биринчи жохон уруши даврида француз армиясида 76 мингдан зиёд аскарлар қизамиқ билан касалланган бўлиб, 1470 нафараскарлар ўлимига сабаб бўлган.[1]. Қизамиқ билан касалланиш контогенозлиги 95-96% ташкил қилади,ўлим кўрсаткичи 1-5% ташкил этади.[1].

Ўзбекистонда қизамиқнинг махсус профилактикаси 40 йилдан ортиқ давр мобайнида давом этиб келмоқда.[2].Шунга қарамасдан қизимиқ,ўрви,грипп билан касалланиш ўчраб турибди.

Тадқиқот максоди:Сурхондарё вилояти Ангор тумани эрта ёшдаги болаларида қизамиқ билан касалланишнинг клиник солиштирма таҳлилини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари: Тадқиқот учун Сурхондарё вилояти Ангор тумани юкумли касалликлари бўлимида 2019-2020 йил 1-чоракда қизамиқ ташҳиси билан ётиб даволанган 30 нафар бемор болаларда олиб борилди.Тадқиқотимиздаги беморлар яқинларидан анамнез маълумотлари, обектив кузатув, лабаратор ва инструментал (кўкрак қафаси рентгенография) текширувлари асосида олиб борилди.

Натижалар ва уларни муҳокама қилиш:Тадқиқотимиздаги бемор болалар жинс бўйича диярли фарқ аниқланмади.Ўғил болалар 17 нафар,қиз болалар 13 нафар ташкил қилди.Ёш бўйича 3 та гуруҳчага :1-гуруҳчага 0-1 ёшгача булган 13 нафар (43%) бемор болалар,2- гуруҳчага 1-3 ёшли 9 нафар (30%) бемор болалар, 3 - гуруҳчага 3 - 5 ёш 8 нафар (27%) бемор болалар ташкил қилди. Касаллик асосан ўрта оғир ва оғир формаларда ўчради. Қизамиқ билан касалланган болаларда клиник белгилар гуруҳчалар кесимида куйидаги кўринишларда учради.

Жумладан, 1- гуруҳчада ўмумий ҳолсизлик 100%, иситмалаш 96%,Ф.Б.Коплика доғлари 92%,макуло-папулёз тошмаларни ўчраши 100%, иштаҳасизлик 98%, курук йўтал 94%,кўнгил айниши 88%, қайт қилиш 78%, конъюктивит 90% склерит 70%, хансираш 88% кузатилди.Қизамиқни асорати сифатида ўткир бронхит 4 нафар, пневмония 6 нафар,ларингит 2 нафар,йирингли отит 1нафар болаларда кузатилди. 2- гуруҳчада ўмумий ҳолсизлик 100%, иситмалаш 90%,Ф.Б.Коплика доғлари 86 %, макуло-папулёз тошмаларни ўчраши 94%,иштаҳасизлик 96%, курук йўтал 88%,кўнгил айниши 80%, қайт қилиш 70%, конъюктивит 80% склерит 60%, хансираш 80% кузатилди. Қизамиқни асорати сифатида ўткир бронхит 6 нафар, пневмония 2 нафар беморда кузатилди. 3- гуруҳчада ўмумий ҳолсизлик 94%,истмалаш 86%, Ф.Б.Коплика доғлари 80%, макуло-папулёз тошмаларни



ўчраши 88%, иштаҳасизлик 90%, қуруқ йутал 80%, кунгил айниши 74%, қайт қилиш 60%, конъюнктивит 72% склерит 40%, хансираш 72% кузатилди.

Қизамиқни асорати сифатида ўткир бронхит 2 нафар беморда кузатилди.

Шунингдек, қизамиқ билан касалланган беморларнинг қон анализларида ҳам лимфопения ва нейтропения кузатилгани, асорат берган беморларда қон анализларида юқори бактериал инфекция ҳисобидан лейкоцитоз учради.

Кўкрак қафаси рентгенография текшируви 20 нафар бемор болаларда олиб борилди. Қизамиқ касаллигини асорати сифатида ўткир бронхит 12 нафар (40%), пневмония эса 8 нафар (26,6%) бемор болаларда кузатилди. Эмлаш календарига риюя этган ҳолда профилактик эмлаш, болани 12 ойлик ва 6 ёшида амалга ошириб борилса, касалликдан сақланиш 95-98% амалга ошади.[4].

Хулоса: Ўрганилган беморларда касалликнинг клиник кечиши, оғирлик даражаси, бемор ёшига боғлиқлиги кўрилди ва қизамиқ касаллиги эмлаш олмаган 0-1 ёшгача бўлган 1 гуруҳча бемор болаларда оғир формада учради. Шу гуруҳча болаларда қизамиқ касаллигининг асорати сифатида ларингит 2 нафар, йирингли отит 1 нафар беморда, пневмония бошқа гуруҳчаларга нисбатан мос равишда 3 марта кўп учради.

Ўткир бронхит асорати эса 2- гуруҳча беморларда 67% кўзатилди. Қизамиқ касаллигини олдини олишга қаратилган чора тadbирларни УАШ ва потранаж ҳамширалари ёрдамида амалга оширишни кучайтириш, ҳамда эмлашларни ўз вақтида олиб борилиши ДСЭНМ орқали назоратни яхшилаш керак.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ж.И.Возианова.«Инфекционные и паразитарные болезни»3-том 2002 год.(791бет).
2. Қизамиқ эпидемиологияси, профилактикаси ва эпидемиологик назорати.номли маъруза матни проф. О.М.Миртазаев Тошкент 2011.
3. В.Д. Беляков ва Р.Х. Яфаев «Эпидемиология» М. – 1989й.
4. Н.Д.Ющука,Ю.Я.Венгерова «Инфекционные болезни.»,М.Гэотар Медиа-2009

TADQIQOT.UZ
ТОМОНИДАН ТАШКИЛ ЭТИЛГАН

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 18-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ

(18-қисм)

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусаҳҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 30.07.2020

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

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