



УЗБЕКИСТОНДА ПАМИЙ-АМА ЛИЙ ТАДКИКОТЛАР МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

- » Хуқуқий тадқиқотлар
- » <u>Фалсафа</u> ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
- » Тарих сахифаларидаги изланишлар
- » Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
- » Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
- » Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
- » Педагогика ва психология сохаларидаги инновациялар
- » Маданият ва санъат сохаларини 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 сохасидаги инновациялар
- » Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
- » Геология-минерология сохасидаги инновациялар

NO17 30 июнь

conferences.uz

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 17-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ 18-ҚИСМ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ 17-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ" ЧАСТЬ-18

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



УУК 001 (062) КБК 72я43

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

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 17-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 июнь 2020 йил. - Тошкент: Tadqiqot, 2020. - 135 б.

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

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

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

1. Хуқуқий тадқиқотлар йўналиши

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

2. Фалсафа ва хаёт сохасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фаргона давлат университети)

3. Тарих сахифаларидаги изланишлар

Исмаилов Хусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат ҳилиш давлат инспекцияси)

4.Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган мухандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

PhD Шакирова Шохида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги "Оила" илмий-амалий тадҳиҳот 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 худудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9. Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология сохаларидаги инновациялар

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

11. Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12. Маданият ва санъат сохаларини ривожланиши

Тоштемиров Отабек Абидович (Фаргона 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. Мусика ва хаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16. Техника ва технология сохасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқаюм Рахимбердиевич (Наманган мухандислик- қурилиш институти)

17. Физика-математика фанлари ютуклари

Доцент Сохадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган мухандисликтехнология институти)

18. Биомедицина ва амалиёт сохасидаги 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 ютуклари

Рахмонова Доно Каххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22. Биология ва экология сохасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

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

24.Геология-минерология сохасидаги инновациялар

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

25. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўгрилигига муаллифлар масъулдир.

- © Муаллифлар жамоаси
- © Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Сахифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОХАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

1. Бойманов Фарход Холбоевич, Абдуллаев Шахбоз Абдисалимович	
1. Боиманов Фарход Холооевич, Аодуллаев Шахооз Аодисалимович ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕБИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ, ПРИЧИНЕННЫХ	
НАЦИОНАЛЬНЫМ УЗБЕКСКИМ НОЖОМ	10
2. Ахмедова Дилафруз Баходировна.	
СУРУНКАЛИ МИГРЕНЬ ВА ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРНИ ДАВОЛАШДА	. 13
ГИРУДОТЕРАПИЯДАН ФОЙДАЛАНИШ	
3. Шамсиев Ж.А, Махмудов З.М, Зайниев С.С, Рахматов Б.Н	
ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ	
4. Индиаминов Сайит Индиаминович, Гамидов Сеймур Шукур оглы	
ПОВРЕЖДЕНИЕ У ПЕШЕХОДОВ ПРИ ИХ СТОЛКНОВЕНИИ С ДВИЖУЩИМИСЯ	ł
СОВРЕМЕННЫМИ ЛЕГКОВЫМИ АВТОМОБИЛЯМИ	
5. Камалова Малика Ильхомовна, Исламов Шавкат Эрйигитович	
ПАТОЛОГОАНОТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ	
ИНСУЛЬТОВ В ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ СТАДИИ	
6. Максудов Дилшод Давронович	. 23
ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО –	
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В	. 23
7. Максудов Дилшод Давронович	
КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	10
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ФЛЕГМОНАХ И АБСЦЕССАХ ЧЕЛЮСТН	
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В 8. Махмудов З.М, Шамсиев Ж.А, Зайниев С.С, Бойжигитов Н.И	. 25
АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО	
ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	27
9. Наима Ходжаева Умирзаковна	. 21
МОДДАЛАР АЛМАШИНУВИ ВА УНИНГ АХАМИЯТИ	. 30
10. Мухиддин Халимович Жалилов, Худайкулова Шоира Нарзуллаевна,	
Ахроров Маъруф Насимович	
ПАНДЕМИЯДА ТЕРМОГРАФИЯНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ	. 32
11. Жураева Гулбахор Алишеровна, Икромова Шахноза Нозимовна	
РАНЯЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ	
РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	. 34
12. Гайбиев Акмалжон Ахмаджонович, Джурабекова Азиза Тахировна	
БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТЛАРНИНГ	26
ИММУНОГЕНЕТИК ДИАГНОСТИКАСИ	. 30
THE COURSE OF MULTIPLE SCLEROSIS IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE W	тт
THE COOKSE OF MOLTH EL SCLEROSIS IN WOMEN OF CHIEDBEAKING AGE W	
14. Khikmatullaeva Malika Rakhimjanovna	. 50
FEATURES OF THE HORMONAL PROFILE IN WOMEN WITH SPONTANEOUS	
MISCARRIAGE AND NON-DEVELOPING PREGNANCY	. 40
15. Аманбоева Ф. Б.	
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С	
ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ	. 41
16. Арслонова Райхон Ражаббоевна, Абдурахмонова Замира Эргашбоевна	
ИНТЕРФЕРОН ИНДУКТОРИ – ЦЕЛАГРИП ПРЕПАРАТИ ТАЪСИРИНИНГ ЎЗИГА	
ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	. 42

МУНДАРИЖА \ СОДЕРЖАНИЕ \ CONTENT

48 T X D	
17. Джумаева Фарангиз Рашидовна МИОПИЯНИ ДАВОЛАШДА АУРИКУЛОТЕРАПИЯ ВА ДАВОЛОВЧИ	
ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ	45
18. Индиаминов Сайит Индиаминович, Асатулаев Акмаль Фархатович	ТЭ
СТРУКТУРА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА И ХАРАКТЕР	
СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ПОСТРАДАВШИХ.	47
19. Лутфуллаев Г. У., Нематов У. С.	/
ГЕМАНГИОМЫ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА – НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ	51
20. Лутфуллаев У.Л., Сафарова Н.И	
БУРУН ВА УНИНГ ЕНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ МИКОЗЛАРИ	53
21. Мардиева Гульшод Маматмурадовна, Муродуллаева Дильрабо Муродулл	
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ	
КОЛЕННОГО СУСТАВА	55
22. Тешаев О.Р. Муродов А.С.	
«ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В	
ЛЕЧЕНИЕ НАГНОЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН»	57
23. Райимов Г.Н.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У	
БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	60
24. Райимов Г.Н, Косимов Ш.Х.	
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ У БОЛЬНЫХ С	60
ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	63
25. Расулова Мухсина Розиковна, Индиаминов Сайит Индиаминович	<i>(</i> 7
АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ	67
26. Расулова Нодира Алишеровна, Ахмедова Махбуба Махмудовна,	
Ирбутаева Лола Ташбековна РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ	
РАЗРАВОТКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕИ С ВРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ	60
27. Расулова Нодира Алишеровна, Расулов Алишер Собирович,	09
Шарипов Рустам Хаитович	
ОЦЕНКА УРОВНЯ 25(ОН)D ₃ В КРОВИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА	71
28. Сабирова Дилноза Шухратовна, Рустамова Гулноза Рустамовна	/ 1
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ	
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПОЛУЧАВЩИХ АНТИАНЕМИЧЕСКИЙ	
ПРЕПАРАТ	73
29. Салихов БотирхонРавшанович	
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ ХАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧА	
МИОКАРДИ ХОЛАТИНИНГ ҚОНДАГИ ЛИПИД ПРОФИЛИГА БОҒЛИҚЛИГИ	75
30. Салихова Саодатхон Мухамадхановна	
ДАУН СИНДРОМЛИ БОЛАЛАРДА НУМИКОН ДАСТУРИНИ ҚЎЛЛАШ	77
31. Усмонов Б. И	
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ	79
32. Исламова Нилуфар Бустановна	
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ	
СТОМАТОЛОГИИ	82
33. Мамурова Нигора Нормуратовна, Рустамова Шахризода Шухратовна	
РОЛЬ ВРЕДНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ФАКТОРА В ТЕЧЕНИИ	
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	84

МУНДАРИЖА \ СОДЕРЖАНИЕ \ CONTENT

24 Culchada Taiiyaya Ewkinian gigi	
34. Gulshoda Tojiyeva Erkinjon qizi "COVID 19" YA'NI "KORONAVIRUS" KASALLIGI AYRIM NARSALARNI	
QADRIGA YETISHIMIZNI OʻRGATDI	86
35. Umurzakova Zarnigor Rakhimjon qizi	
RATIONALITY OF USE OF METOPROLOL TARTATE IN THE TREATMENT OF	
HYPERTENSIVE CONDITIONS IN PREGNANT WOMEN	88
36. Агатаева Камила Абатбай Кызы	
ТУРМУШ ҚУРАЁТГАН ЁШЛАРСАЛОМАТЛИГИ ВА НИКОХДАН	
ОЛДИН ТИББИЙ КЎРИКДАН ЎТИШНИНГ АХАМИЯТИ	
(ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ МИСОЛИДА)	89
37. Арзиева Гульнора Бориевна, Маматкулова Мохигул Джахангировна	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА БИОФЛАЗИД В КОМПЛЕКСНОМ	
ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	92
38. Бердиев Эргаш Абдуллаевич, Жумаев Мамозиё Юсупович	
БОЛАЛАРДА АСОРАТЛАНГАН МЕККЕЛ ДИВЕРТИКУЛИНИ ДАВОЛАШДА	
ХИРУРГИК УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ	94
39. Бердиев Тимур Абдукахорович	
АЛЬВЕОЛИТ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ. ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛИТА И	
ПРОФИЛАКТИКА И ОСЛОЖЕНИНИЙ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧ	
СРЕДСТ И МЕТОДИК	96
40. Дильмурадова Клара Равшановна	0.0
ПРЕДИКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ	99
41. Индиаминов Сайит Индиаминович, Тожиев Улугбек Дамирович	101
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШДАГИ НУКСОНЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ	
42. Исламова Нилуфар Бустановна	105
ВРАЧЕБНОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ,	105
ПРОФЕССИОНАЛИЗМ	105
43. Мухторова Мафтуна Алишеровна ЎСМИРЛАРДА СЕМИЗЛИКДАГИ НЕВРОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР	106
44. Норбутаев Алишер Бердикулович	100
лечение вторичной частичной адентии мостовидными	
ПРОТЕЗАМИ, ИЗГОТОВЛЕННЫМИ МЕТОДОМ ПЛАЗМЕННОГО	
НАПЫЛЕНИЯ	108
45. Нормуратов Азиз Нормуратович	100
ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ	
ПРОТЕЗОВ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА	110
46. Ортикова Наргиза Хайруллаевна	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОННЫХ АПЕКС-	
ЛОКАТОРОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	112
47. Ортикова Наргиза Хайруллаевна	
ВЛИЯНИЕ ОБРАБОТАННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛОМБ НА	
ОБРАЗОВАНИЕ ЗУБНОГО НАЛЕТА	114
48. Рустамова Умида Мухтаровна, Салиева Нозима Икромходжаевна	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО	
СУСТАВА У ДЕТЕЙ	116
49. Тогаева ГулнораСидиковна, Давранова Азиза Даврановна,	
Нарбаев Абдухамид Намазович	
ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЕ МНОГОФАКТОРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ	
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	118

МУНДАРИЖА \ СОДЕРЖАНИЕ \ CONTENT

50. Тураев Сунатилла Расулжонович	
ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА	
КОЖИ	120
51. Назаров ЖС. Э? Халилов Шамшод	
ИСТОРИЯ И ТАКСОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВИРУСА БЕШЕНСТВА	121
52. Гарифулина Лиля Маратовна, Холмурадова Зилола Эргашевна	
ОРТИКЧА ТАНА МАССАСИ ВА СЕМИЗЛИГИ БОР БОЛАЛАРНИНГ:	
КЛИНИК ВА БИОКИМЁВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ	124
53. ШодиеваГульзодаРабимкуловна, ДжаббароваНафисаМамасолиевна	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	126
54. Юлдашев Ботир Ахматович, Юлдашева Дилфуза Ахматовна	
ЭЛЕКТРО И ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ	
ОСЛОЖНЕНИЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	128
55. Ismoilov Komiljon Tuygunovich, Yunusova Zarina Tuygunovna	
SAMARQAND HUDUDIDA KENG TARQALGAN PARAZITLAR VA ULARNI	
TEKSHIRISH USULLARI	130
56. Yuldashov Sarvarkhon Akmaljon ugli, Agzamova Sayyora Saidaminovna	
Narzikulova Kumri Islamovna	
ACTUALITY OF POSTRAUMATIC EYE CONDITION AND IMPROVEMENT OF	
TREATMENT METHODS OF ORBITAL TRAUMA	132
57. Yuldashov S.A., Uzokov N.Kh., Rajabova M.Sh.	
PSYCHOLOGICAL CORRECTION IN POST-TRAUMATIC	
PATHOLOGY OF VISUAL ORGAN	134



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОХАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕБИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ, ПРИЧИНЕННЫХ НАЦИОНАЛЬНЫМ УЗБЕКСКИМ НОЖОМ

Бойманов Фарход Холбоевич

Преподователь кафедры судебной медицины и патологической анатомии, PhD Самаркандского государственного медицинского института Абдуллаев Шахбоз Абдисалимович

> Магистр кафедры судебной медицины и патологической анатомии Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Аннотация: В статье сообщается данные о морфологии экспериментальных повреждений небиологических тканей причиненных национальным узбекским ножом. Сравнительное исследование экспериментаьных повреждений с повреждениями на ткани одежды в экспертном материале, позволил установить их сходство только в условиях полного погружения клинка ножа.

Ключевые слова: национальный нож, небиологическая ткань, повреждения.

Повреждения колюще-режущие орудиями (предметами) являются наиболее частим видом механических повреждений. Морфологические свойства колото-резаных повреждений зависят от конструктивных особенностей клинка (заточки, формы обушковой части); и характера травмируемых тканей, а также направления воздействия [Леонов С.В., Коршенко Д.М., 2011; Шакирьянова Ю.П., 2013].

Цель исследования выявление особенностей морфологии повреждений на небиологических тканях, причиненных национальным узбекским ножом.

Материалы и методы. Проведены экспериментальные повреждения национальным узбекским ножам с односторонним острием лезвия на ткани из комбинированной нити (хлопчатобумажной и синтетической) тканного, трикотажного плетены и плотного хлопчатобумажного (джинсового) материала. Подлежащим объектом служил черный песок, покрытый несколькими слоями писчей бумаги. Визуально и стереомикроскопически изучались следующие признаки повреждений одежды: обушковый разрез или разрыв длина основного разреза, длина и ширина раны, форма повреждения его направленность, характер краев, поверхность стенок, дно раны и длина раневого канала.

Результаты исследования и их обсуждения. Национальный узбекский нож однопредметный, клинок длиной 16, 64 см, с односторонней заточкой. Обушок прямолинейный на протяжении 12, 50 см, к концу плавно загибающимся вверх, в результате чего острие клинка располагается на 0, 33 см выше уровня обушка. Ширина обушка у основания и в средней части 0, 33 см, на расстоянии и 1, 00 см от острия - 0, 13 см. Лезвие образовано дугообразно-клиновидным схождение боковых поверхностей клинка, на ощупь острое – при протягивании под собственной тяжестью режет ребро писчей бумаги. Линия режущего края на протяжении 9, 00 см прямолинейная, на протяжении 13, 00 см образует зазор 0, 10 см, а затем переходит с скос лезвия малого радиуса закругления. Указанным ножом были причинены 28 разрезов на ткани из комбинированной нити (хлопчатобумажной и синтетической), тканного (4 разрезов), трикотажного плетены (10 разрезов) и плотного джинсового материала (83 разрезов). Результаты экспериментальных исследований сопаставили с повреждениями из экспертного материала - на ткани одежды погибшего также



причиненного национальным ножом.

Экспериментальные повреждения на ткани из комбинированной нити (хлопчатобумажной и синтетической) имели следующей характер: форма разреза дугообразная, ломанолинейная, линейная или угловидно-линейная. Обушковый конец в 6 из 10 случаев имеет надрезы, которые придают ему М-образную форму или даже форму «ласточкинового хвоста» (3 случая), в 3 случаях наблюдался одиночный надрез, отходящий от одного из рёбер обуха. В 4 случаях форма обуха была П-образной, но в местах, где у других разрезов были обушковые надрезы, обнаруживаются зоны поверхностной линейной потертости ткани. В средней части разреза выступают поврежденные поперечные и продольные краевые нити с пересеченными на одном уровне волокнам. Лезвийный конец остроугольной формы, ограничен перекрестием нитей с пересечением им надсечением уточной или основном нити.

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

Хотя повреждения национальным ножом трикотажного плетены выражены в меньшей степени, чем комбинированной и хлопчатобумажной но их объединяет то, что повреждения в обушковой части по частоте и разнообразию преобладают по сравнению с лезвийной. По-видимому, трикотажные нити более растяжимы, чем комбинированные и хлопчатобумажные, поэтому повреждение их происходит в меньшей степени. Кроме того, материал из этих нитей более плотный, чем из комбинированной нити. Следует отметить, что такой же характер изменений наблюдался на повреждениях одежде потерпевшего — брюках материала тканого плетения с полушерстяными нитями (рис.1), которых были нанесены также национальным ножом с прямолинейным обухом, к концу плавно загибающимся вверх, в результате чего остриё клинка располагается на 0, 33 см выше уровня обуха. К конструктивным особенностям относится скос лезвия малого радиуса закругления.

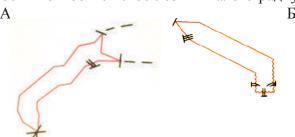


Рис.1. Повреждения на брюках потерпевшего (экспертный материал). Условные обозначения:

- базовая модель разреза с обушковым и линейным концами, — - базовая модель разрывы, — - пересечённые на одном уровне нити, — - пересечённая нить лезвийного конца разреза, — - надсечённая нить лезвийного конца разреза, — - пересечённая и надсечённая в области перекреста основной и уточной нитей.





Выводы. На ткани брюках пострадавшего (в экспертном материале) выявлен косо-поперечный разрез с ровными краями, признаками, указывающими на принадлежность правого конца обушковому, а левого — лезвийному. В результате сравнительного исследования, сходство между разрезом указанной одежды с экспериментальными повреждениями было выявлено только при полном погружении клинка на 10, 00-12, 00 см.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

- 1. Леонов С.В., Коршенко Д.М. Морфология колото-резаных ран, образованных при вертикальных вколах ножа с давлением на лезвие клинка. Медицинская экспертиза и право. 2011;5:38-40.
- 2. Шакирьянова Ю. В. Судебно-медицинская оценка влияния скоса лезвия клинка на морфологию колото-резаного повреждения / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013. 22 с.

 Июнь | 2020 18-қисм
 Тошкент



СУРУНКАЛИ МИГРЕНЬ ВА ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРНИ ДАВОЛАШДА ГИРУДОТЕРАПИЯДАН ФОЙДАЛАНИШ

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

Аннотация: Бирламчи бош оғриқлар аҳоли орасида кенг тарқалған бўлиб, меҳнатға лаёқатсизлик холатларига олиб келади ва катта иқтисодий зиён келтиради. Бу ўз навбатида табиий усуллар билан даволашни тақозо қилади.

Калит сўзлар: мигрень, зўрикишдаги бош оғриклар, гирудотерапия, зулук, сурункали ва зўрикишдаги бош оғриклар.

Текшириш мақсади: Мигрень ва зўрикишдаги бош оғрикларни даволашда гирудотерапиядан фойдаланиш.

Текшириш вазифаси:

- 1. Мигрень ва зўрикишдаги бош оғриклар патогенезини ўрганиш.
- 2. Сурункали ва эпизодик бош оғриқларда гирудотерапияни қўллаш.
- 3. Сурункали ва эпизодик бош оғриқларда гирудотерапиядан фойдаланиш услубини ишлаб чиқиш.

Мигрень ва зўрикишдаги бош оғриқ цефалгияларнинг энг кенг тарқалган тури бўлиб, факатгина киши хаёт сифатини сезиларли пасайишига олиб келмай, катта иктисодий зарар хам келтиради. Айрим муаллифлар келтирган маълумотларга кўра, жами ахолининг 96%и, аёлларнинг 99%и умри мобайнида хеч бўлмаганда бир марта бош оғрикни хис этган.(Rasmussen B. K ва хаммуаллифлари, 1995й). Зўрикишдаги бош оғрик жами ахолининг 48-80% ида учрайди. Жами бош оғрикларнинг 4-6%и органик патологиялар билан боғлик(симптоматик бош оғриклар)(Вейн А. М, 2001 й). АҚШда оғрик қолдириш учун йилига 60 млрд \$, бош оғрик билан боғлик бўлган мехнатга лаёкатсизлик учун 20 млрд \$ сарфланади(Stewart W. F ва хаммуаллифлари, 2003й). Америкада ўтказилган текширувлардан бири зўрикишдаги бош оғрикларда мехнатга лаёкатсизлик кунлари мигренга нисбатан кўплигини аниклади(Schwrts B. S ва хаммуаллифлари, 1998й). Европада эса, зўрикишдаги бош оғрикларининг мигренга нисбатан 3 баробар кўп мехнатга лаёкатсизликка олиб келиши тадкикотларда аникланди(Rusmussen B. K ва хаммуаллифлари, 1992й).

Жахон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти мехнатга лаёқатсизлик холатлари бўйича мигрень барча касалликлар орасида 19- ўринда эканлигини, аёллар орасида эса 12- ўринда эканлигини қайд этди. Ўз навбатида жами бирламчи бош оғриқлари 10- ўринда, аёллар орасида мехнатга лаёқатсизлик бўйича 5- ўринда эканлиги аникланди(Stowner L.J ва хаммуаллифлари, 2007). Бутун дунёда катта ёшли ахолининг 42%и зўрикишдаги бош оғриғи билан, 11%и мигрень, 3%и сурункали хар кунги бош оғриқ билан оғрийди. Катта ёшли ахоли 0.4-2.4% сурункали мигрень билан, 2-4.1%и сурункали зўрикишдаги бош оғрикларидан азият чекади. Бош оғриғининг мехнатга лаёқатли бўлганлар орасида кўп учраши жиддий ижтимоий- иктисодий муаммодир ва бирламчи бош оғриқлари долзарб муаммо эканлигини кўрсатади(Вейн А.М ва хаммуаллифлари, 1994, 1995й; Коракулова Ю.В, 2006й; Stowner L.J ва хаммуаллифлари, 2007 Stowner L.J ва хаммуаллифлари, 2007; Lipton R.B, Bigal M.E, 2007; 2008). Бу муаммо янги, фойдалирок даво услублари ишлаб чикарилишига туртки бўлади. Сўнгги вақтларда дорисиз ва комбинирланган тикловчи даво муолажаларига ахамият қаратилмоқда . Бош оғриғи сурункали шаклларида эмоционал ва мушак- тоник бузилишлари билан кечади, бу ўз навбатида организм адаптацион имкониятлари сезиларли пасайишига ва марказий асаб тизими энергетик имконияти сусайишига олиб келади. Касаллик патогенезида ўткир ёки сурункали психоген стресс ётади. Лимбико- ретикуляр тизим дисфункцияси марказий антиноцицепцияни издан чикаради. Асосий ноцицептив ти-

Тошкент



зим серотонинэргик тизим хисобланиб, унинг етишмовчилиги сурункали оғриқ синдромлари ва депрессиянинг ривожланишига олиб келади. Антидепрессантларнинг сурункали оғриқ синдромларида қўлланилиши патогенетик исботланган. Мигреннинг патогенезида икки гурух омиллар: биохимик механизмлар ва тизимли механизмлар ўрин тутади. Биохимик механизмлар асосида биологик фаол моддалар(серотонин, норадреналин, гистамин, простагландин, кинин, Р субстанцияси ва бошқалар) алмашинуви бузилиши ётади. Тизимли механизмларга бош томирлари симпатик иннервацияси конституционал- ирсий етишмовчилиги киради. Бу етишмовчилик бош сохасидаги регионал вегетатив дисфункцияни чақириб, мигреноз пароксизмларга сабаб бўлади. Юқорида кўрсатилган биологик фаол моддалар метаболизми кучайиб, томир адренорецепторлари ва оғриқ рецепторларида вазомотор бузилишлар пайдо бўлади ва тригемино-васкуляр тизим ўта сезувчанлигига олиб келади. Мигреноз хуружнинг барча фазаларида оғриқ сезувчанлик бўсағаси пасаяди, организмда брадикинин, простагландин, гистамин ортиб кетади. Кўпинча хайз циклининг иккинчи фазасида антиноцицептив тизим сусайиши, ўткир ва сурункали стресс, сурункали касалликларнинг қўзиши натижасида мигреноз хуружлар келиб чиқади.

Зўрикишдаги бош оғриклар иккига бўлинади: 1)эпизодик; 2) сурункали; Эпизодик бош оғриклар 30 минутдан 1-2 соатгача давом этади ва ойида 7-15 кунгача кузатилиши мумкин. Сурункали шаклида эса ойида 15 кундан кўп касаллик хуружи кузатилади. Эпизодик турида бош оғриқ хар куни бўлади, орада яхшиланиш бўлади, сурункали шаклида оғриқ доимий ва орада яхшиланиш бўлмайди. Касаллик диагностик мезонлари куйидагилар:1) икки томонлама диффуз; 2)мияда шлем, каска кийдиргандек монотон босувчи, пульсацияланмайдиган оғриклар; 3) ўрта интенсивликда; 4) кўнгил айниш, фото- ва фонофобия бўлмаслиги ёки суст ифодаланган бўлиши;5) касалликнинг ёшларда 20-30 ёшдан бошланиши. Касаллик патогенезида скальп мускуллари таранглашиши ётади. Бош оғриқ генезида асосий ўринни хавотир ва депрессия эгаллайди.

Хозирги кунда бирламчи бош оғриқларини даволашда зўрикишдаги бош оғриқларида ностероид яллиғланишга қарши воситалар, антидепрессантлар, миорелаксантлар, мигренни даволашда триптанлар, хуружлар орасида серотонин антогонистлари, бета блокатор, кальций антогонистлари, антидепрессантлар, антиконвульсантлар, ботулотоксин билан даволанмоқда. Дори воситаси эффективлиги ошган сари унинг асоратлари, ножуя таъсирлари хам ошади. Ножуя таъсирлар нафакат жиддий тиббий, ижтимоий, балки иктисодий муаммо хамдир. Дори воситалари асоратларига сарфланган харажатлар АҚШда йилига 76.6 млрд \$ни ташкил қилади. Дорисиз услублардан фойдаланиш ва тиббиёт зулуги, хамда дори воситасини бирга ишлатиш дори даволовчи дозасини камайишига, ҳамда ножуя таъсирлар камайишига олиб келади.

Зўрикишдаги бош оғриклар ва мигренни даволашда тиббиёт зулугидан фойдаландик. Зулук сўлаги таркибидаги гирудин конни суюлтириб, томирларни очади, шу сабабли мушакларни кислород билан тўйинишини яхшилайди. Зулук сўлаги таркибида гиалуронидаза, дестабилаза, коллагеназа, апираза, кининаза, простаноидлар, гистаминсимон моддалар мавжуд бўлиб, тромболитик, яллиғланишга қарши, кон босимини меъёрлаштирувчи, иммунстимулловчи, регенератив таъсир кўрсатади. Кининаза оғриқ сезувчанликни стимулловчи брадикинин С фаоллигини пасайтириб, оғриқ колдирувчи натижа беради. Зулук билан даволашда ножўя таъсирлар кузатилмайди ва зулукка ўрганиб колиш холати мавжуд эмас.

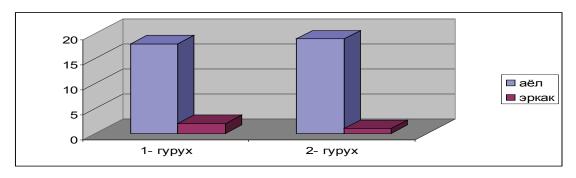
Текшириш объекти: Жами 40 нафар мигрень ва зўрикишдаги бош оғриғи билан касалланган беморларни даволашни ўз олдимизга мақсад қилдик. Беморлар ўртача ёши 32.4 ёш. Оғриқ интенсивлиги шкала бўйича 85.29+1.74ни ташкил қилади. Беморлар 2 гурухга бўлинди. Биринчи гурух- 20 нафар беморга ностероид яллиғланишга қарши восита ва антидепрессантлар, иккинчи гурух- танлов гурухи беморлари 20 нафар ностероид яллиғланишга қарши воситалар билан бир қаторда зулук муолажаси қўлланилди.

Беморларга 1- кун сўрғичсимон ўсимта сохасига 4 дона, 3- кун думғаза сохасига 4-6 дона, 5- кун перианал сохага 4 дона зулук қўйилди. Оғриқ интенсивлигига кўра му-

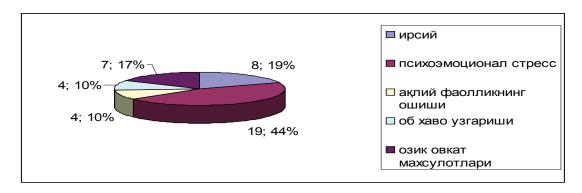


олажа 10 мартагача такрорланди. Биринчи 3 муолажа кун ора, кейингилари эса хафтада 2 марта такрорланди. Кучли бош оғриқларида (5 нафар бемор) гирудотерапия курси бир неча марта такрорланди. Назорат гурухи сифатида 10 нафар соғлом киши олинди. Махсус тест воситасида беморларда эпизодик ва сурункали зўрикишдаги бош оғриғи борлиги аникланди. Беморлар ЭЭГ ва ЭхоЭГ, бош мия МРТ си текширувларидан ўтказилди. Органик патологиялар инкор этилиб, клиник, анамнез маълумотлари асосида ташхис куйилди. Беморлар орасида эпизодик бош оғриқлари 43%, сурункали зўрикишдаги бош оғриқлари мигрень билан кушилиб келган беморлар 57% ни ташкил қилади. Бош оғриклар беморларда психоэмоционал зўрикишларда, оғир аклий мехнатда, шовкин ва кескин ёруғликда кучайган. (95%). Беморларда бош оғриқлари суматриптан, мидокалм, нимесил, флуоксетин дори воситалари ёрдамида камайган.

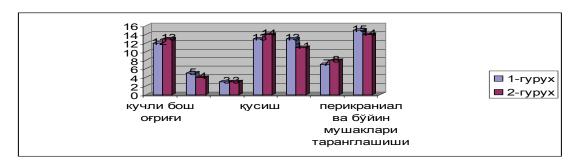
Натижалар: Беморларнинг жинс бўйича тахлили.



Бош оғриғи сабабига кўра беморларни аниклаш.

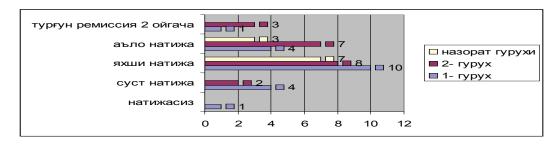


Касаллик клиник белгиларига кўра беморларни ажратиш





Даво муолажалари эффективлигини бахолаш.



Асосий дори воситалари билан бир қаторда зулук муолажаси қўлланилган беморларда клиник натижа кучлироқ ва ремиссия нисбатан узокроқ давом этди. Беморларда депрессия, уйку бузилишлари йўқолди. Зулук билан даво муолажалари олган беморларда дори воситалари қабул қилиш 25% га камайди.

Хулоса: 1. Сурункали ва эпизодик бош оғриқларда асосий дори услублари билан биргаликда гирудотерапиядан фойдаланиш беморларда турғун ремиссияга олиб келади ва бош оғриқлари интенсивлигини пасайтиради.

- 2. Гирудотерапия дори воситалари ножуя эффектларини камайтиради.
- 3. Сурункали ва эпизодик бош оғриқларида асосий дори воситалари билан биргаликда гирудотерапиядан фойдаланиш беморлар хаёт сифатининг яхшиланишига олиб келади.

Амалий тавсиялар:

- 1. Сурункали бош оғриқларининг бемор рухий холатга таъсирини инобатга олган холда уларга антидепрессантларни қўллаш.
- 2. Сурункали ва эпизодик бош оғриқларда гирудотерапия курсини қуллаш доир воситалари ножуя таъсирларини олдини олиш ва дори даволовчи дозасининг камайишига олиб келшини инобатга олган ҳолда, гирудотерапиядан кенг фойдаланишни йулга қуйиш.

Адабиётлар рўйхати:

- 1. Н. Н. Яхно, Д.Р.Штульман. Болезни нервной системы. 2003.
- 2. Б. Г. Гафуров. Клинические лекции по неврологии. 2016.
- 3. Ю. Каменев. Вам поможет пиявка.
- 4. Савинов. Книга комплексной гирудотерапии.
- 5. Ю Каменев. Лечение пиявками. 2006.
- 6. В. А. Савинов. Т. В.Павлова, Пиявка лечит всё, 2007.
- 7. Сухихина М. Л. Пиявки для здоровья и долголетия, 2007.
- 8. Ж. Отамирзаев. Зулук минг дардга даво, 2007.
- 9. Виленский Б. С. «Неотложные состояния в неврологии».
- 10. В. Н. Шток. «Фармакотерапия в неврологии».
- 11. Джеральд. «Педиатрическая неврология».
- 12. Г. А. Акимова. «Дифференциальная диагностика нервных болезней».
- 13. 3. Ибодуллаев. "Асаб ва рухият".
- 14. Интернет материаллари.



ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А.
д.м.н., заведующий кафедры детской хирургии ФПДО
Самаркандского государственного медицинского института
Махмудов З.М.
к м н. ассистент кафедры детской хирургии

к.м.н., ассистент кафедры детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института Зайниев С.С.

к.м.н., доцент кафедры детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института Рахматов Б.Н. ассистент кафедры детской хирургии

Самаркандского государственного медицинского института

Аннотация. В работе представлен клинический анализ клиники и осложнений дивертикула Меккеля у детей, объединяющий вопросы по диагностике и лечебной тактике различных видов патологии дивертикула Меккеля.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, абдоминальная хирургия, диагностика, лечение, осложнения, дети

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) относится к наиболее частым врожденным заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей, составляя 2, 2% случаев [3]. У детей с ДМ риск развития его осложнения составляет 4–6% [2, 5]. Более 50% симптоматических дивертикулов встречается в возрасте до 2-х лет [1, 4]. У мальчиков дивертикул Меккеля встречается в 2, 5 раза чаще[6].ДМ является врождённой аномалией тонкой кишки, связанной с нарушением обратного развития проксимального отдела желточного протока, когда остается необлитерированной его проксимальная часть.ДМ выявляется относительно редко и диагностируется, как правило, при возникновении осложнений или случайно при лапаротомии, лапароскопии, рентгеноконтрастном исследовании кишечника [4].

Цель исследования: Определить структуру, частоту и клиническую симптоматику осложнений дивертикула Меккеля у детей.

Пациенты и методы. За период с 2000 по 2018 гг.в отделении экстренной хирургии 2-клиники СамМИ пролечено 31 ребенка с различными видами осложненного течения ДМ. Дети в возрасте от 5 месдо 1 года было 4 (13%), 1-3 года — 1 (3%), 3-7 лет — 14 (45%), 7-14 лет - 12 (39%). Преобладали мальчики 24 (77%). Для диагностики, наряду с общеклиническими методами, использованы: обзорная рентгенография брюшной полости, контрастная рентгенография, УЗИ, по показаниям - сцинтиграфия и КТ.

Результаты. Клиническая симптоматика ДМ проявлялась признаками его осложнений. Наиболее частым осложнением явилась странгуляционная кишечная непроходимость – у 10 (323%) больных. Типичными симптомами при этом были: схваткообразные боли в животе и многократная рвота, вздутие живота и видимая перистальтика кишечных петель, «шум плеска», в запущенных случаях имелись перитонеальные симптомы. Интраоперационно наиболее часто при данном осложнении выявлялась фиксация верхушки ДМ тяжом к брыжейке тонкой кишки и в образовавшемся при этом «окне» внедрялась и сдавливалась петля тонкой кишки (7), реже наблюдался заворот кишечника вокруг фиксированного с помощью тяжа к пупку ДМ (3). В 4 случаях у этих больных выявлен некроз кишечника.

У 5 (20, 8%) больных наблюдали внедрение ДМ в просвет подвздошной кишки с последующим образованием подвздошно-ободочной инвагинации, при этом в3-х случаях наблюдался некроз кишечной петли. Дивертикулит наблюдали у 7 (29%) больных, при этом у 4 больных клинические признаки были аналогичны острому аппендициту, у 3 больных



с клиникой перитонита интраоперационновыявленгангренозно-перфоративный дивертикулит. К редким осложнениям ДМ относится перфорация инородными телами. Мы наблюдали 1 случай перфорации ДМ инородным телом (плоской, круглой батарейкой от игрушки) с развитием разлитого гнойно-калового перитонита.

Кровотечение из ДМ наблюдали у 1 ребенка в возрасте 7 мес., что проявлялось безболезненным обильным выделением из заднего прохода крови темно-вишневого цвета, тахикардией, коллапсом и быстрой анемизацией.

Тактика хирургического вмешательства определялась индивидуально в зависимости от вида патологии ДМ, анатомического варианта расположения ДМ и тяжести развившегося осложнения. Резекция ДМ выполнена в 16 случаях, резекция некротизированного участка кишечника с ДМ и наложением межкишечного анастомоза – 6, резекция с илеостомией—у 2. Летальных случаев не отмечали.

Выводы: Клинические проявления осложнённых форм дивертикула Меккеля наиболее часто совпадают с симптомами острого аппендицита и острой кишечной непроходимости.

Наиболее точным методом диагностики дивертикула Меккеля является лапароскопия, остальные дополнительные методы, в том числе компьютерная томография, ультразвуковое исследование, позволяют только выявить осложнения — перитонит, синдром кишечной недостаточности, кишечную непроходимость. У 47% детей диагноз острого дивертикулита устанавливается после лапаротомии по Волковичу—Дьяконову, что подтверждает необходимость ревизии подвздошной кишки для поиска дивертикула Меккеля, особенно при сомнительных изменениях червеобразного отростка.

Литература:

- 1. Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Аномалии желточного протока // Детская хирургия: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. С. 308–312.
- 2. Кургузов О.П., Надарая В.М. Осложнённые формы дивертикула Меккеля. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009; 4: 27—32.
- 3. Носков А.А., Лазарев С.М., Ефимов А.Л., Ершова Н.Б., Чепак Д.А. Редкое наблюдение гигантского дивертикула Меккеля. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2016; 175(1): 104—5.
- 4. Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Быковский И.С., Габидуллин И.Р. Диагностика и лечение осложнённых форм дивертикула Меккеля. Клиническая медицина. 2017; 95(11) DOI http://dx.doi.org/10.18821/0023-2149-2017-95-11-1013-1017.
- 5. Brunicardi F.C., Anderson D.K., Billiar T.R. Schwartz's principles of surgery. 10th ed. McGraw-HillEduc.; 2014.
 - 6. Mattei P. Fundamentals of pediatric surgery. New York: Springer; 2011: 206—8.



ПОВРЕЖДЕНИЕ У ПЕШЕХОДОВ ПРИ ИХ СТОЛКНОВЕНИИ С ДВИЖУЩИМИСЯ СОВРЕМЕННЫМИ ЛЕГКОВЫМИ АВТОМОБИЛЯМИ

Индиаминов Сайит Индиаминович Самарқанда Давлат тиббиёт институти профессори Телефон: +998 (93) 3371090 Гамидов Сеймур Шукур оглы Суд мед эксперт Наваийский филиал РНПЦСМЭ

Аннотация: В статье на примере 38 наблюдений из экспертной практике авторами изучен характер и особенности формирования повреждений у пешеходов при их столкновении с движущимися современными легковым автомобилям - «Daewoo.uz» (марки Нексия). Установлено, что повреждения возникающие у пешеходов при их столкновении с указанными автомобилями весьма разнообразные. При данном виде травмы у пострадавших выявляются тяжелая ЧМТ, также сочетанная травмы позвоночника, груди, живота и нижних конечностей. Переломы костей голени наблюдаются у 30, 5% пострадавших, которые имеют многооскольчатый характер, что свидетельствуют об отсутствие у пострадавших типичных «бампер переломов». Для установления механизма травмы целесообразно проводить медико-криминалистическое исследование переломов.

Ключевые слова: автомобильная травма, столкновения, пешеходы, повреждения

Во всем мире количество погибших людей и получивших травму различной степени тяжести в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) неуклонно возрастает. В результате ДТП погибают или же получают травму, в основном люди трудоспособного возраста [Назаренко И.И., Иванов В.И., Рощин Г.Г., 2016; Плевинскис П.В., 2019; и др.]

Несмотря на возрастания случаев столкновений движущихся современных автомобилей с пешеходами, и существенного изменения конструкций и внешних деталей современных автомобилей (в основном легковых), аспекты этого вида травмы для решения нынешних судебно-медицинских задач изучены недостаточно [Леонов С.В., Пинчук П.В., 2016].

Цель исследования. Изучить характер повреждений у пешеходов при их столкновении с движущимися современными легковыми автомобилями.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты судебно-медицинских заключений 38 трупов, лиц погибших от травмы в результате их столкновении с движущимися современными автомобилями - «Daewoo.uz» (марки Нексия). Возраст погибших от 18 до 70 лет, среди них мужчин 33 женщин 5. Помимо заключений экспертизы трупов, были изучены материалы дела, протокол осмотра места происшествия.

Результаты исследования и их обсуждения.

Изучения характера повреждений у пострадавших показало что, изолированная тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) с переломами и без переломов костей отмечали в 7 случаях, в остальных 31 случаях на теле у погибших были выявлены сочетанная политравма (СТ). Наиболее часто отметили СТ головы, груди и живота (6 сл.), СТ головы и груди (6 сл.), СТ головы, позвоночника, груди и живота (6 сл.), СТ головы и конечностей (5 сл.), а также СТ головы, позвоночника и нижних конечностей (3 сл.). В остальных наблюдениях были выявлены СТ живота с переломами костей голени (2 сл.), позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) (2), СТ живота с ПСМТ (1). В 23-х случаях смерть пострадавших наступила в течение 1-3 суток после травмы в лечебно-профилактических учреждениях, в основном в филиалах РНПЦНЭМ и в отделениях неотложной скорой помощи ЦРБ, в остальных 15 случаях пострадавшие погибали на месте ДТП. Причинами смерти были тяжелая ЧМТ, травматический и геморрагический шок, а также шейно-затылочная травма (ШЗТ). При повреждениях груди и живота отмечались множественные, чаще дувухстороные переломы верхних ребер, разрывы легких, печени, а иногда и разрывы сердца, почек, кишечника. В структуре ПСМТ преобладали переломы верхнее шейных позвонков (1-2 и

Тошкент



3-4 шейных), которые сопровождались отрывом спинного мозга. Переломы нижних конечностей, - голени (отметили в 11 случаев -30, 5%), чаще имели двухсторонний характер, при котором на уровне средней или нижней их трети почти во всех случаях отметили многооскольчатые переломы обеих костей голени с выраженным кровоизлияниями и размозжениями мягких тканей. Ни в одном случае на коже нижних конечностей не были выявлены так называемые контактные повреждения — бампер ссадины, кровоподтеки, также не выявили типичные «бампер переломы». В связи с этим для установления механизма образования повреждений костей голени было проведено специальное медико-криминалистическое исследование переломов.

Приводим нижеследующий пример. Из обстоятельство дела следует, что гр-н У.О., 45 лет в момент движения его правому краю магистральной дороги был сбит легковым автомобилем марки Нексия, от полученных травм пострадавший скончался на месте. Медикокриминалистическим исследованием костей левой голени от трупа У.О. было установлено: Фрагмент кости - левая большеберцовая кость, длиной 12, 77 см сопоставлена из девяти отломков размерами от 2, 80х0, 55см до 6, 95х2, 99х2, 69см. Перелом на фрагменте имеет протяжённость 9, 71см. На наружной поверхности кости линия перелома четырёх лучевой формы, концы которого ориентированы соответственно условного циферблата часов на цифры 1, 4, 8 и 12, линии сторон извилисто-линейные, края их неровные, поверхности излома бугристые. От луча на цифру 1 в направлении межкостного края кости располагается костный отломок полулунной формы, ограниченный извилисто-дугообразной линией перелома, от вершины которой в направлении цифры 4 отходит линия перелома, а ниже на цифру 5, с загибом на цифру 6, трещина длиной 1, 00см; луч на цифру 4 с неровными волнистыми краями и сколом компактного слоя у переднего края кости размерами 1, 20х0, 55см, веретеновидной формы, ориентированный по оси луча, поверхности излома бугристые, отвесной и скошенной направленности; луч на цифру 8 имеет линейную направленность, на протяжении 0, 97см сопоставимые, неровные без зубчатые края, бугристые поверхности излома отвесной направленности (зона первичного перелома, растяжения). На внутренней поверхности кости - линия перелома имеет угловидную форму, стороны которой ориентированы на цифры 1 и 8, в области угла дефект костной ткани размерами 1, 09х1, 78см каплевидной формы, ось ориентирована на цифры 2 и 8, заострённая часть обращена в сторону внутреннего края кости, от неё отходят две линии перелома, ориентированные на цифры 8 и 10 с неровными волнистыми краями, бугристыми поверхностями излома отвесной направленности, заострёнными вершинами бугорков косой направленности (зона срезывающих напряжений). От верхнего края дефекта костной ткани почти на цифру 12 ориентирована линия перелома извилисто-линейной формы с неровными беззубчатыми краями, бугристыми поверхностями излома отвесной направленности (распор), постепенно приближающаяся к переднему краю кости, а затем, загибаясь на цифру 2, переходит на наружную поверхность кости, с неровными зубчатыми краями и скошенной поверхностью бугристой поверхности излома (сгибание). На задний поверхности кости перелом имеет неправильную ромбовидную форму, продольная диагональ которого ориентирована на цифры 5 и 11, четыре сопоставленных отломка образуют три волнистолинейные косопоперечные линии, пересечённые отрезками извилистых косопродольных линий, в середине ромба скол компактного слоя размерами 0, 22х0, 24см. Края линий перелома неровные, волнистого и зубчатого характера, поверхности излома бугристые, отвесной направленности на продольных участках и скошенной направленности на поперечных участках (зона долома).

Таким образом, на фрагменте бельшеберцовой кости, восстановленном из девяти отломков установлено: а) полный многооскольчатый перелом с зоной первичного перелома (растяжение) на наружной и внутренней поверхности у переднего края кости, и зоной долома (сжатия) на задней поверхности; б) перелом на внутренней поверхности кости с признаками распора, переходящая в трещину, и загибанием линии перелома с признаками сжатия. Эти данные позволили отметить, что на фрагменте левой больше берцовой



кости многооскольчатый перелом в нижней трети, образовались по механизму изгиба от действия тупого твёрдого предмета - выступающих частей (бампера) движущейся автомобиля с приложением силы по задней поверхности кости и направлением действия силы сзади в перёд.

Выводы. Повреждения возникающие у пешеходов при их столкновении с движущимися современными легковыми автомобилями - «Daewoo.uz» весьма разнообразные. При данном виде травмы у пострадавших выявляются тяжелая ЧМТ, также сочетанная травмы позвоночника, груди, живота и нижних конечностей. Переломы костей голени наблюдаются у 30, 5% пострадавших, которые имеют многооскольчатый характер, что свидетельствуют об отсутствие у пострадавших типичных «бампер переломов». Для установления механизма травмы целесообразно проводить медико-криминалистическое исследование переломов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

- 1. Назаренко И.И., Иванов В.И., Рощин Г.Г., Дорош В.М. Последствия психологической травмы у пострадавших после дорожно-транспортного происшествия (аналитический обзор литературы). Травма. 2016 года; 17 (4): 7-15.
- 2. Плевинскис П.В. Комплексная судебно-медицинской характеристика автомобильной травмы и особенности подхода к решение экспертных задач // Автореф. канд. мед.наук / П.В. Плевинскис К.: 2019. 39 с.
- 3. Леонов С.В., Пинчук П.В. Судебно-медицинская характеристика повреждений у пешехода при передне краевом наезде автомобиля. //Судебно-медицинская экспертиза. -2016. №4. с. 21-24.



ПАТОЛОГОАНОТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ В ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ СТАДИИ

Камалова Малика Ильхомовна Исламов ШавкатЭрйигитович Самаркандский государственный медицинский институт

Аннотация.Ишемический инсульт чаще всего развивается при сужении или закупорке артерий - сосудов, по которым кровь поступает в мозг. Клетки мозга гибнут, не получая необходимые кислород и питательные вещества.В настоящее время патологоанотомические исследованияпозволяют достаточно уверенно проводить дифференциальную диагностику ишемических инсультов находящимися на разных стадиях их возникновения.

Ключевые слова: ишемический инсульт, головной мозг, острая и подострая стадия.

Цель и задачи:нашей целью было исследование морфологической картины ишемических инсультовголовного мозга с различными сроками давности. Эта проблема особенно актуальна в судебно-медицинской практике, когда скоропостижная смерть от инсультов наступает на месте происшествия при отсутствии анамнестических, следственных и других данных об обстоятельствах дела

Материалы и методы. 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. Проводились макро- и микроскопическое изучение мозга и его артериальной системы на всех структурно-функциональных уровнях, при вскрытии которых обнаружено 20 инфарктов полушарий большого мозга различных сроков давности. Из них 11случаев в острую стадию развития (до 3 сут) и 7 подострую стадию (период организующегося инфаркта продолжительностью около 4–6 сут).

Результаты.Таким образом, обнаружены взаимосвязи между давностью образования ишемических инсультов головного мозга в острую и подострую стадии развития и их морфологической картиной (в том числе степенью выраженности геморрагического компонента).

Выводы. Динамика изменения геморрагического компонента является дополнительным дифференциально-диагностическим критерием давности образования инфарктов мозга на поверхности полушарий большого мозга в острую и подострую стадии развития.

Литература

- 1. Anttila J.E., Whitaker K.W., Wires E.S., Harvey B.K., Airavaara M. Role of microglia in ischemic focal stroke and recovery: focus on toll-like receptors. //Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. -2016. №79(Pt A), P.3–14.
- 2. Colonna M., Butovsky O. Microglia function in the central nervous system during health and neurodegeneration. // Annu. Rev. Immunol. 2017. №35 P. 441–468.
- 3. Donnan G.A., Fisher M., Macleod M., Davis S. M. Stroke(англ.)//The Lancet.—Elsevier, 2008. May (vol. 371, no. 9624).- P. 1612—1623.
- 4. European Stroke Initiative recommendations for stroke management: update 2003 // Cerebrovasc. Dis. 2003. Vol. 16, P.311-337.
- 5. Faustino J., Wang X., Johnson C.E., Klibanov A., Derugin N., Wendland M.F., et al. Microglial cells contribute to endogenous brain defenses after acute neonatal focal stroke. // J. Neurosci. 2011. №31. P.12992–13001.



ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В

Максудов Дилшод Давронович Самаркандский государственный медицинский институт

Аннотация. Одно из ведущих мест в патологии человека по своей социально-экономической и медицинской значимости занимает гепатит В, имеющие глобальное распространение, неуклонную тенденцию к росту заболеваемости, трудности в лечении и серьезный прогноз. Кроме этого, он является системной патологией, при которой с высокой частотой поражается ротовая полость. Спектр внепеченочной патологии при гепатитах включает поражение слюнных желез, слизистой оболочки ротовой полости.

Ключевые слова:вирусный гепатит B, флегмона челюстно – лицевой области, ротовая полость.

Актуальность. Развитие флегмоны тесно связано с нарушениями иммунной защиты ротовой полости и организма в целом, поэтому оценка состояния иммунной системы по анализу содержания цитокинов приобретает важное значение на фоне гепатита В. Отсутствуют сведения о диагностическом и прогностическом значении показателей апоптоза и пролиферации эпителиоцитов десны.

Цель исследования: Изучение характерные клинические особенности флегмон челюстно лицевой области у пациентов перенесших гепатит В и оценка эффективности комплексного лечения сочетанной патологии с применением гепатопротекторов

Пациенты и методы исследования. На основании поставленных задач нами будет проведено изучены характерные клинические особенности 68 больных с флегмоной челюстно-лицевой области. В зависимости от тяжести течения и проводимого лечения больные будут разделятся на группы. Пациенты с флегмоной челюстно-лицевой области на фоне гепатита В будут обследованы для оценки эффективности лечения и характера течения заболевания. Отмеченные нами закономерности изменений содержания интерлейкина-ф, рецепторного антагониста интерлейкина-1, интерлейкина-10 и интерферона-у в ротовой жидкости, а также пролиферативной активности на фоне гепатита В позволяют рекомендовать данные показатели в качестве диагностических критериев в комплексе с другими методами обследования пациентов с различными воспалительно – гнойными заболеваниями. У больных хроническими гепатитом В проведен анализ клинических особенностей воспалительно – гнойных заболеваний в челюстно - лицевой области.

Результаты исследования. Нами выявлены взаимосвязи патологии флегмоны с этиологией гепатита В и его клиническими проявлениями. Диагностическое и прогностическое значение изменений провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в ротовой жидкости, процессов апоптоза и пролиферации эпителиоцитов десны в развитии заболевания на фоне гепатита В.

Выводы: Таким образом, регрессия клинико-лабораторных проявлений гепатита В и флегмон челюстно лицевой области, восстановление нарушенных процессов пролиферации и апоптозаэпителиоцитов десны и цитокинового баланса в ротовой жидкости на фоне комбинированной терапии рекомендуем добавить гепатопротекторы, которое помогают регенерировать поврежденные клеточные структуры печени у таких больныхи в целостности приведет к улучшению обмен веществ в организме.

Литература.

1. Ганковская, Л.В. Иммуноцитокины: регуляция функции макрофагов, локальная иммунокоррекция / Л.В. Ганковская: дисс. д-ра м.н. — М., 1993.





- 2. Ганова, Л.А. Иммуномодулирующие эффекты интерферона-а при инфекции Pseudomonas aeroginosa / Л.А. Ганова, Н.Л. Спивак, В.А. Знаменский // ВК. 1996. № 8. С. 124-126.
- 3. Демьянов, А.В. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике / А.В. Демьянов, А.Ю. Котов, А.С. Сим-бирцев // Цитокины и воспаление. 2003. Т. 2. № 3. С. 20—36.
- 4. Дурнова, Е.А. Морфологические критерии эффективности лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / Е.А. Дурнова, А.А. Артифексова, Н.Ю. Ораинская, И.В. Фурман // Стоматология. 2005. -№ 3. С. 12-14.
- 5. Кетлинский, С.А. Цитокины мононуклеарных фагоцитов в регуляции реакции воспаления и иммунитета / С.А. Кетлинский, Н.М. Калинина // Иммунология. 1995. № 3. С. 30-43.
- 6. Королинский, С.А. Изменения факторов местного иммунитета при одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваниях и их коррекция / С.А. Королинский, Р.А. Беловолова, С.В. Новгородский // Иммунология. —2003. Т. 5. № 3-4. С. 229-300.
- 7. Рубальский, О.В. Рекомбинантные цитокины и их влияние на инфекционный процесс / О.В. Рубальский: автореф. дисс. д-ра мед.наук. М., 2000.- 36 с.

Тошкент 24



КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ФЛЕГМОНАХ И АБСЦЕССАХ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В

Максудов Дилшод Давронович Самаркандский государственный медицинский институт

Аннотация.Воспалительные и гнойные заболевания челюстно-лицевой области, среди которых значительный удельный вес занимают абсцессы и флегмоны, характеризуются широким распространением и наносят значительный социально-экономический ущерб.

Ключевые слова: абсцессы, флегмоны, мягкая ткань челюстно – лицевой области.

Актуальность. В связи с ростом гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их осложнений не снижается интерес исследователей к проблеме одонтогенной инфекции. Гнойно-воспалительные заболевания, вызываемые бактериальными ассоциациями с участием условно-патогенных бактерий, нередко протекают более длительно и торпидно, с мало выраженными общими симптомами гнойного воспаления, особенно у больных перенесших вирусный гепатит В.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико – микробиологические особенности мягких тканей при флегмонах и абсцессах челюстно лицевой области больных перенесших вирусный гепатит В

Пациенты и методы исследования. Нами проведено изучение изменения микробной картины гнойной раны и комплексное обследование и лечение 69 больных с абсцессами и флегмон челюстно-лицевой области в зависимости от тяжести течения и проводимого лечения больных разделили на группы. Исходя из наших обследований видно, что абсцессы и флегмоны лица больных перенесших вирусный гепатит В встречается в основном у мужчин. Более половины обследованных, 49 (68 %) человека, приходится на средний трудоспособный возраст. Больные распределялись в зависимости от распространенности и локализации гнойно-воспалительного очага в около - челюстных мягких тканях. Длительность заболевания существенно не влияла на тяжесть течения гнойно-воспалительного процесса в околочелюстных мягких тканях. Так, из 39 больных с абсцессами и флегмонами челюстно лицевой области и тяжелым общим состоянием были госпитализированы лишь 3, 076 % в сроки 9-12 суток от начала заболевания и 6, 66 % больных с флегмонами челюстно-лицевой областиперенесших вирусный гепатит В.Комплексная оценка клинико-лабораторных особенности показали что, стоматологический статус и биологические свойства слюнной жидкости изменены у этих больных. При исследовании бактериальной колонизация различных биотопов ротовой полости и гнойной раны у больных перенесших вирусный гепатит Вопределена частота микробиологических нарушений данных пациентов. Установлено, что транслокации условно-патогенных бактерий за пределы слизистой оболочки с формированием гнойно-воспалительного очага в мягких тканях предшествует микробиологическая перестройка биоценоза полости рта. Высокая частота встречаемости и бактериальной плотности условно-патогенных микроорганизмов, заселяющих полость рта обследованных больных, являются предпосылкой для возникновения гнойно-воспалительных процессов.

Результаты исследования:Наши рекомендациимогут применятся врачами стоматологамидля комплексного леченияу больных перенесших вирусный гепатит В, а так же, использовать мероприятия по санации полости рта включающие биологическую коррекцию микрофлоры. В клинической практике для улучшения печеночных ферментативных показателей и разработки пути лечения вирусных гепатитов Вгепатопротекторними препаратами.

Тошкент



Выводы:Клинические проявления перенесших вирусный гепатитВотличаются значительным многообразием, как по общим, так и местным симптомам воспаления. У больных перенесших вирусный гепатит Ввыявлены изменения биологических свойств слюнной жидкости, которые приводят к резкому увеличению численности микробных сообществ и нарушению качественного состава микрофлоры, что характеризует собой дисбактериоз, обнаруживаемый у 23 % больных. Выявленные нарушения микробиоценоза полости ртасопровождаются прогрессировав в зубекариозного процесса, а также воспалительными изменениями тканей пародонта и слизистой оболочки. Наличие прямой сопряженности между появлением антилизоцимактивных форм стафилококков, вегетирующих в полости рта и таковыми бактериями гнойной раны, позволяет предположить первичность развития микробиологических нарушений в полости рта. Это приводит к угнетению местнотканевых защитных механизмов и развитию воспаления в окружающих клетчаточных пространствах.

Литература.

- 1. Цимбалистов, А.В. Патофизиологические аспекты развития сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта / А.В. Цимбалистов, Н.С. Робакид-зе // Стоматология для всех. 2005. № 1. С. 28–34.
- 2. Кравцевич, Л. А. Клинические аспекты, диагноз и лечение флегмон челюстнолицевой области и шеи / Л. А. Кравцевич, О. Г. Хоров // Военная медицина. 2008.— №2 (7). С. 54–57.
- 3. Забелин, А. С. Синдром эндогенной интоксикации у больных флегмонами лица и шеи / А. С. Забелин, И. А. Брылев, С. А. Семенов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2012. Т. 5, № 2. С. 398–400.
- 4. Векслер, Н.Д. Иммунокоррекция в комплексе лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области / Н.Д. Векслер: авто-реф. дисс. канд.мед.наук. Чита, 2002.
- 5. Воложин, А.И. Роль реактивности организма в выборе стратегии и тактики лечения острых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области / А.И. Воложин // Стоматология. Спец. выпуск: Матер. III съезда САО. М., 1996.-С. 49.
- 6. Гайворонская, Т.В. Оптимизация лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области / Т.В. Гайворонская: автореф. дис. . д-ра м.н. М., 2008. 39 с.



АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Махмудов З.М. к.м.н., ассистент кафедры детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института Шамсиев Ж.А. д.м.н., заведующий кафедры детской хирургии ФПДО Самаркандского государственного медицинского института Зайниев С.С. к.м.н., доцент кафедры детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института Бойжигитов Н.И. ассистент кафедры детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института

Аннотация. Цель работы заключалась в улучшении результатов лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей путем совершенствования хирургического лечения, с помощью применения оригинальных методик хирургических вмешательств. При применении дренирующей остеоперфорации крыши вертлужной впадины при остеомиелите тазобедренного сустава в 58% случаев во 2 группе были получены хорошие и 15% неудовлетворительных результатов тогда, как при применении традиционных методов лечения в 1 группе были получены 18% случаев хорошие, а 69% -неудовлетворительные результаты.

Ключевые слова: остеомиелит, тазобедренный сустав, лечение, дети.

Актуальность. Ранняя диагностика, своевременно начатое лечение часто определяют благоприятный исход патологического процесса и предупреждают инвалидизацию ребенка [4]. Несмотря на достижения современной хирургии, травматологии и ортопедии, многие вопросы лечебной тактики при остром гематогенном остеомиелите костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) остаются дискутабельными. Основным методом лечения ОГО КТС, как известно, является хирургический метод. К сегодняшнему дню большинство авторов убеждены, что при хирургическом лечении ОГО КТС в первую очередь усилия должны быть направлены на санацию гнойного очага и тщательную иммобилизацию пораженной конечности [2, 3]. Декомпрессия, дренирование и санация очага гнойной инфекции в кости имеют решающее значение для благоприятного исхода при остром гематогенном остеомиелите [5, 6]. При выборе метода операции и хирургическом доступе учитывается локализация очага, возраст больного, распространенность и фаза патологического процесса [1].

Основными требованиями при проведении местного лечения ОГО КТС должны быть: простота исполнения, полноценная декомпрессия и радикальное удаление гноя из очага без вторичного инфицирования мягких тканей, щадящий доступ и создание благоприятных условия для регенераторных процессов костной ткани, обеспечение оптимального функционального результата [7, 8].

Цель работы: Улучшить результаты лечения ОГО КТС у детей путем совершенствования хирургического лечения.

Материалы исследования. Для решения данной проблемы нами произведено обследование и лечение 134 детей с ОГО КТС в возрасте от 6 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии 2-клиники Самаркандского Государственного медицинского института за период с 1991 по 2019 гг. Основное количество больных ОГО КТС были в возрасте от 11 до 15 лет -75 (56%), т.е в период повышенной физической нагрузки и активного роста костной системы. Мальчиков было - 96 (72%), девочек -38 (28%).

Тошкент



По методу проведенных хирургических вмешательств 134 больных с ОГО КТС разделены на две клинические группы.

Первую группу составили 53 (39, 6%) детей, которые в свою очередь были условно разделенные на две группы. 1-а группа это 33 детей, которые в период с 1991 по 2000 годы, получили традиционное - общепринятое хирургическое лечение т.е. после пункции тазобедренного сустава (ТС) если получали гнойный экссудат, далее производили артротомию тазобедренного сустава по Гютеру (передний доступ). 16 группа - это 20 пациентов с ОГО КТС, которым в период с 2000-2003 гг., следующим шагом для предупреждения ортопедических осложнений, после артротомии проводили фиксацию области ТС оригинальной методикой с использованием аппарата Илизарова вместо скелетного вытяжения и иммобилизации кокситной гипсовой повязкой.

Вторую группу составили 81 (60, 4%) детей, которым вскрытие очага производилось оригинальным методом дренирующей остеоперфорации крыши вертлужной впадины (ДОКВВ).

Результаты. Из 134 больных с ОГО КТС отдаленные результаты лечения были изучены у 104 (77, 6%) пациентов в сроки от 1 года до 25 лет после выписки из стационара. В том числе у 45 (84, 9%) больных первой группы (1а группа 26 (78, 8%) пациентов и 16 группа 19 (95%) пациентов), и у 59 (72, 8%%) второй группы. Исходы лечения ОГО КТС прослежены в сроки 1-2 лет у 4, 5%, 3-5 лет – у 7, 5%, 6-15 лет – 29, 8% и, 16 лет и выше— у 35, 8% больных. Критериями оценки результатов лечения ОГО КТС служили следующие параметры: наличие или отсутствие жалоб у пациента, данные осмотра, наличие или отсутствие ортопедических осложнений (анкилоз тазобедренного сустава, туго подвижность, укорочение пораженной конечности и деформация таза), состояние функции конечности. Учитывался переход заболевания в хроническую форму (наличие болей, свищей, рецидивов заболевания и т.д.) и клинико-рентгенологическое восстановление костной структуры пораженных костей.

Проведенный сравнительный анализ показал, что наибольшее количество осложнений в отдаленные сроки после выписки больных из стационара отмечено в 1-й группе, где анкилоз тазобедренного сустава наблюдался у 62, 2% больных. Во 2-й группе, где в качестве хирургического лечения была использована ДОКВВ, составил 5%. Такая же тенденция была характерна и при сравнении других осложнений: Тугоподвижность в тазобедренном суставе в 1-й группе — 26, 7%, во 2-й — 18, 6%, ; укорочение пораженной конечности в 1-й группе — 91, 1%, во 2-й — 28, 8%, т.е. в 3, 16 раза реже; деформация таза в 1-й группе — 55, 5%, во 2-й — 5, 1%; переход в хроническую форму в 1-й группе — 31, 1%, во 2-й группе — не был выявлен.

Выводы. Таким образом, в 1-й группе больных хорошие результаты отмечены у 8 (17, 8%) пролеченных больных, удовлетворительные — у 6 (13, 3%) и неудовлетворительные — у 31 (68, 9%) пациентов. Наилучшие результаты получены у больных в 2-й группы. Так, хорошие результаты установлены у 34 (57, 6%) обследованных больных, что в 3, 3 раза выше, чем в 1-й группе; удовлетворительные результаты лечения отмечены у 16 (27, 1%), что несколько выше показателей 1-й группы; неудовлетворительные результаты отмечены у 9 (15, 3%), что в 4, 5 раз ниже, чем в 1-й группе. У 85% детей в отдаленном периоде получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Литература:

- 1. Акжигитов Г.Н, Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит. Москва, Медицина, 1998 г.
- 2. Акберов Р.Ф., Лыюров Д.А., Сварич В.Г./Острый гематогенный остеомиелит у детей // Детская хирургия. 2016; 20(4). С. 200-203.
- 3. Гаркавенко Ю.Е. Ортопедические последствия гематогенного остеомиелита длинных трубчатых костей у детей (клиника, диагностика, лечение): //Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. СПб., 2011. –С. 55.
 - 4. Гаркавенко Ю.Е., Поздеев А.П.Ортопедическая помощь детям с последствиями



гематогенного остеомиелита длинных костей в институте им. Г.И. Турнера. //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. -2013. - Т. 1. - № 1. - С. 16-20.

- 5. Лабузов Д.С., Салопенкова А.Б., Прощенко Я.Н. Методы диагностики острого эпифизарного остеомиелита у детей //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2017. Т. 5. Вып. 2. С. 59–64. DOI: 10.17816/PTORS5259-64.
- 6. Мурашова, Л. А., Филиппченкова С. И., Эшонова Т.В. Психосоматический статус и качество жизни подростков, перенесших острый гематогенный остеомиелит. // Архив внутренней медицины. -2016. Т. 6: Прил. 1. С. 10.
- 7. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Махмудов З.М. Хирургическое лечение детей с острым гематогенным остеомиелитом костей, образующих тазобедренный сустав. //Российский вестник детской хирурги, анестезиологии и реаниматологии. 2014. Т. 4. № 3. С. 86–89.
- 8. Monsalve J., KanJ.H., Schallert E.K. et al. Septic arthritis in children: frequency of coexisting unsuspected osteomyelitis and implications on imaging work-up and management. //Am. J. Rentgenol. -2015. Vol. 204, N6. P.1289-1295.



МОДДАЛАР АЛМАШИНУВИ ВА УНИНГ АХАМИЯТИ.

Наима Ходжаева Умирзақовна Наманган давлат университетиуқтувчиси Телефон+99894179 57 55

Аннотация: Ушбу мақолада ўсмирлар организмидагимоддалар алманишуви унинг ахамияти оқсиллар алмашинувининг бузилиши хақида мулохаза юритилган.

Калит сўзлар: Моддалар кирими, Маддалар чикими, Аминокислоталар, Гемоглабин, Оксигемоглобин, Карбоксигемоглобин, фибриногин, нуклеопротеидлар, азот микдори, оксиллар, Сифатли оксиллар, сифатсиз оксиллар, оксиллар алмашигувининг ахамияти ўсмирлик даврида муаммолари

Модда алмашинувини билиш учун организмга қанча оқсил, ёғ ва углевод кирганини, унда канчаси сарфланганлигини билиш ёки моддаларнинг кириши ва сарфланишини балансини чикариш керак. Озиқа моддаларни кириши кимёвий анализ билан аниқланади . Агар овқат билан қабул қилинган оқсил, ёг ва углеводларнинг умумий массаси (граммларда), ахлат билан чиқарилган қолдиқ моддалар миқдорини олиб ташлагандан чиққан фарқ моддаларнинг соф кириш миқдори бўлади. Моддаларнинг сарфланиши Шатерников камерасида аникланади. Бу усул билан бир суткада ўзлаштирилган CO_2 ва сийдик билан чиқарилган CO_2 ва N_2 микдорини аниқлаш билан, оқсил, ёғ ва углеводлар сарфини хисоблаш мумкин. Мувозанат мусбат, манфмй ёки тенг холда бўлиши мумкин. Ўсаётган даврда тана катталашгани учун моддалар алманишуви мувозанати доим мусбат бўлади. Манфий мувозанат узоқ бетоблик ва оч қолганда, гохо қарилик даврида кузатилади. Бу вақтда организм моддаларни овқат билан қабул қилганга нисбатан кўп парчалайди.

Оқсиллар барча тирик хужайралар таркибига киради ва тирик туқималарнинг асосий таркибий материалидар. Организмда оқсиллар ситези бетухтов кетади. Оқсилларнинг таркибий бирлигини уртача сақланиши муддати 80 кун атрофида. Аммо турли организмларда бу муддат турлича.

Оқсиллар таркибида азот сақловчи мураккаб юқори молекуляр бирикмалардир. Улар 20 та турли аминокислоталарда иборат. Ичакдан сўрилган аминокислоталарда хар бир индивидга хос оқсиллар қурилади.

Аминокислоталар алмаштирса бўладигон ва алмаштириб бўлмайдиганларга бўлинади. Алмаштириб бўладигон аминокислоталар (гликокол, аланин, синтеин ва бошқалар) организмда синтезланиши мумкин. Ўнта алмаштириб бўлмайдигон аминокислоталар (аргинин, лейстин, лизин, триптофан ва бошқалар) организмда синтезланмайди ва албатта, овқат билан тушиши керак. Тухум оқсили, сут ва гўшт аминокислоталар таркиби тулиқ бўлган озиқ — овқатлархисобланади. Ўсимлик оқсилларида алмаштириб бўлмайдигон аминокислоталар км бўлади ёк бутунлай бўлмайди.

Оқсиллар хужайранинг асосий қисми хисобланиб барча кимёвий реакциялар катализаторлик қилувчи ферментлар таркибига киради. Улар организмнинг кўпчилик фаолиятини таъминлашда иштирок этади. Масалан : гемоглабин О2 ва СО2 ни ташийди, фиброген қонни ивитади, нуклеопротеидлар наслий белгиларни ўтказишни таъминлайди. Овкат йемаган одамда бир суткада 23 гатякин оксил парчаланади ва бунда 3.7г азот (100 г оқсилда ўртача 16г азот бўлади) ажралиб чикади. Одамда қанча кўп оксил қабул қилинса, у шунча кўп парчаланади, чунки ёгва углеводлардан фаркли оксиллар организмда захира шаклида тўпланмайди.

Оқсил овқат билан киради, аммо унинг ўзлаштирилмаган қисми ахлат билан чиқиб кетади. Шунинг учун овқатдаги оқсил микдоридан ахлатдаги оқсил микдори ажратсак, улар орасидаги фарқ ўзлаштирилган оқсил микдорини таўкил қилади. Организмда парчаланган оқсил микдори сийдикдаги азот микдори билан аниқланади.

Оқсиллар алманишувида миқдорий ўзгаришлар хақида азот балансини ўуганиб, бир хулосага келиш мумкин. Бунинг учун таркибида азот тутган моддаларнинг овкат билан организмга кирган ва организмдан чиққан миқдорини солиштирилади.

Азот мувозанати киритилган ва чикарилган азотнинг микдори бир хил бўлганда



куйилади. Куп касалликларда, айникса, истимали касалликларда модда алманишуви кескин ортади, оксидланиш жараёни кучаяди. Оксиллар алманишувининг сунги махсулотлари ажралиши купраяди, азот баланси ианфий булиб колади. сийдикда азот тутувчи моддаларнинг анализи шуни курсатадики, истимада оксилларнинг одатдаги парчаланишидан ташкари хужайра ядроси таркибидаги мураккаб оксилларнинг парчаланиши хам кузатилади. Бунда сийдик кислотаси ва креатининг куплаб ажралиши гувохлик беради. Истима билан утадигон касалликдан сунг организм йукотилган азотнинг урнини тулдиришга интилади ва унинг ажралиши вактинча купаяди.

Оқсиллар организмда мухим ахамият касб этади. Шундай экан тажриба жараёнида оқсилларни организмдаги ахамиятини ўрганиб чиқилди. Бунда ўсаётган организмдаги оқсиллар организмни ўсиши учун сарф бўлади . Ўсмирлик вақтида моддалар алмашиниву жадъал ривожланади. Яна шуни таъкидлаш лозимки организмдаги гармонларнинг ахамияти хам мухим рол ўйнайди. Ўсмирлик жараёнида 15-16 ёшларда оқсиллар алманишивунинг бузилиши кўпрок учраб туради. Шу ёшда ота- оналар фарзандларига овкатланиш рационнининг сифатига этибор бериш лозим . овкат таркибида сифатли оксиллар мухим рол ўйнайди, гушт, сут, тухум таркибидаги оксиллар организмнинг бевосита усишига, организмнинг тулаконли ривожланишига туртки бўлади. Шу ёшда айникса оналар фарзандларини овкатланишига этибор бериши тушлик овкатни таркибида сифатли оксиллар кўпрок булишига этибор беришлари лозим.

Нонуштага сут ва сутли махсулотларини истемол қилган ўсмирлар билан сут махсулотлари чегараланган ўсмирларни солиштирилганда биринчи тартибдаги ўсмирларни саломатликларидан шикоят бўлмаган. Иккинчи тартибдагиўсмирларда эса кам қонлик даражаси аниқланиб, турли распиратор касалликларга чалиниши кузатилган.

Ўсмирлик даврида организмни тулақонли ривожланиши қизболаларда ва ўғилболаларда нормал кечса кейинги даврларда жинсий аъзолар, буйрак, қон ва қон яратувчи касалликларни олдини олган бўлади. Тажрибадан яна шуни аникландики кўчада тушликни турли хил фаст фотлар билан озикланган ўсмирларда мигрен касаллиги, распиратор касалликлар, қон яратувчи касалликларни келиб чикишига сабаб булар экан.

Дон ва донли максулотларни истеъмол қилиш хам ўсмирлар ўртасида турли хил касалликларни келиб чиқишига сабаб булар экан.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки оналар ўз фарзандига ўсмирлик босқичида уни юриш- туришига, кийинишига, сўзлашиш одобига эътибор беришдан ташкари овқатланиш режимига қатъий амал қилдиришлари лозим. Овқатланиш тартибини хам кузатиб туриш нихоятда мухим. Нонушта овқатланиш рационини 20% ни ташкил қилса (бунда сут мах-сулотлари булиши шарт). Тушлик овқатланиш рационини 45%ни ташкил қилса (дон махсулотлари булиши шарт).

Толмачой (полдник) овкатланиш рационини 15% ни ташкил килса (катик махсулотлари). Кечки овкат овкатланиш рационини 20% ни ташкил этса (енгил овкат) максадга мувофик бўлади. Ўсмирлар юкоридаги овкатланиш рационига амал килганда оксиллар организмда мухим ахамият касб этиб келажак авлодни турли хил касалликларга чалинмаслигига замин яратади.

Ота — оналарни ўсмирлик даврида фарзандлари ички кечинмаларини уларга ота-она эмас балки энг якин ўрток каби тушунишлари лозим. Бунда ота-она ўзи кузлаган манзилга осонрок эришади.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати.

- 1. Нормал ва паталогик анатомия билан физиология. Дарслик. Тиббиёт коллежи талабалари учун //Муаллиф Н.К Ахмедов. Тошкент 2007 йил.
- 2. Паталогик анатомия ва физиология дарслик тиббиёт коллежи талабалари учун //Муаллиф М. С. Абдуллаходжаева 2006 тошкент.
- 3. Анатомия, Физиология ва Паталогия. Тиббиёт коллежлари учун укув кулланма. // Муаллиф А. Ахмедов Γ . Зиёмутдинова .тошкент 2017 й



ПАНДЕМИЯДА ТЕРМОГРАФИЯНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Мухиддин Халимович Жалилов Самарқанд давлат тиббиёт институти ассистенти, ф.м.ф.н. Телефон: +998(90)5046685 Худайқулова Шоира Нарзуллаевна Самарқанд давлат тиббиёт институти катта ўқитувчиси Телефон:+998(91)5347400 иqиv.bulim@mail.ru Ахроров Маъруф Насимович Самарқанд давлат тиббиёт институти ассистенти Телефон:+998(99)5956581

Аннотация: Ушбу мақола бутун дунё бўйлаб коронавирус пандемияси авж олиб тарқалаётган бир даврда беморларни хавфсиз масофадан хароратини тез ва аниқ ўлчаш муаммосини хал қилишга қаратилган.

Калит сўзлар: Абсолют қора жисм, харорат, термография, энергетик ёритилганлик, монохраматик ютилиш, инфракизил нурланиш, тепловизор.

Аннотация: Цель данной статьи - решить проблему быстрого и точного измерения температуры пациентов с безопасного расстояния в то время, когда пандемия коронавируса распространяется по всему миру.

Ключевые слова: Абсолютно черное тело, температура, термография, энергетическое освещение, монохроматическое поглощение, инфракрасное излучение, тепловизор.

Annotation: This article aims to address the problem of fast and accurate temperature measurement of patients from a safe distance at a time when the coronavirus pandemic is spreading around the world.

Keywords: Absolute black body, temperature, thermography, energetic illumination, monochromatic absorption, infrared radiation, thermal imaging.

Хозирги кунда дунё бўйлаб короновирус пандемияси тарқалганлигини, кўпгина мамлакатларда юкумли касалликларни тарқалиши, яъни эпидемиологик холатни такрорланиб туриши вокзал, аэропорт, метро, давлат идоралари ва корхоналарда касалликни олдини олиш мақсадида, ушбу муассасаларга кириб боришдан олдин одамлар окими хароратини тез ва хавфсиз масофадан ўлчашда термографиядан фойдаланилади.

Бундан ташқари, соғлом одамлар учун тана ҳарорати ўлчанганда турли органларда доимий қолиши аниқланган, одам танасида кечаётган патологик жараёнларда турли органларда ҳароратни ўзгариши кузатилади. Харорат ўзгаришларини ўлчаш мақсадларда ҳам термографлардан фойдаланилади.

Маълумки 1м² юзадан чиқаётган нурлар оқимига энергетик ёритилганлик дейилади. Харорати абсолют нолдан фарқ қилувчи жисмлар турли хил узунликдаги электромагнит тўлқинларни нурлантиради. Берилган оралиқдаги тўлқин узунликларга мос энергетик ёритилганлик шу оралиқ кенглигига пропорционал бўлади:

$$dR_{\lambda} = r_{\lambda} d\lambda$$

Бу ерда r_j -жисм энергетик ёритилганлигини спектрал зичлиги.

Исталган жисм энергетик ёритувчанлиги спектрал зичлигини унинг монохроматик ютилиш коэффициентига нисбати қора жисм энергетик ёритилганлиги спектрал зичлигини шу температурадаги қийматига тенг бўлади, яъни

$$r_{\lambda}/\alpha_{\lambda} = \varepsilon_{\lambda}$$

α, -монохроматик ютилиш коэффициенти.

Абсолют қора жисмнинг энергетик ёритувчанлиги билан абсолют температураси орасидаги боғланиш Стефан-Больцман қонунига кўра қуйидагича ифодаланади:



G - Стефан-Больцман доимийси бўлиб, G=5, $67*10^{-8}$ Bт/м² K⁴.

Агар жисм қора бўлмаса у ҳолда Стефан-Больцман қонунининг кўриниши $R=\delta$ T^4 бўлиб, бунда $\delta=\alpha$ б формула билан ифодаланади. α -келтирилган нурланиш коэффициенти дейилади, одам учун $\alpha=0$, 9 га, $\delta=5$, $1*10^{-8}$ BT/м² K^4 тенг.

Қора жисм энергетик ёритилганлиги спектрал зичлиги максимумига тўғри келган тўлқин узунлигининг максимал қиймати Виннинг силжиш қонунига кўра қуйидагича аниқланади:

$$\lambda_{\text{max}} = b/T$$

бу ерда b =2, 9*10⁻³ мК Вин доимийси.

Одамнинг рангини кул ранг деб олсак, юкоридаги конун тўлик бажарилади. Хона хароратида ушбу нурланиш инфракизил нурланишлари сохасига тўғри келганлиги учун оддий кўзга кўринмайди. Стефан-Больцман ва Виннинг конунлари одам танасидан таркалаётган нурланишни кайд килиш ва унинг хароратини ўлчаш имконини назарий беради. Одам танаси аник хароратга эга бўлиб, у ташки мухит билан доимий иссиклик алмашиниб туради. Бу иссикликни 50% га якини тананинг очик жойларидан ва кийимлар оркали нурланишлар тарзида чикиб кетади. Бу нурланишлар тўлкин узунлиги (4-50) мкмга тенг бўлган инфракизил нурланишлар сохасига тўғри келади. Одамнинг вена кон томирлардаги коннинг харорати коннинг айланиш харакатига боғлик бўлади. Бу нурланишларни кайд килиб, ташхисда ва касалликларни олдини олиш максадларида кўллаш мумкин.

Термографик хароратни ўлчашни икки хил усули бўлиб, биринчиси бевосита танага теккизиб ўлчаш, бунда суюқ кристаллардан фойдаланиб, кристални рангини ўзгаришига қараб харорат аникланади. Иккинчи усулда инфракизил нурларни қайд қилгичларидан фойдаланилади. Қайд қилгичлар сифатида ионлаштирувчи камералардан, ярим ўтказгичли InAs (индийни сурмали бирикмаси), GeZn, GeAu, ва GeHg, чакновчи NaJ(Te) ва CsJ(Te) детекторларидан фойдаланилади. Иссиклик нурланишлари электр сигналларига айлантирилади, кучайтирилади ва қайд қилинади.

Хозирги кунда одамлар оқими ҳароратларини қайд қилиш ва уларнинг ичида ҳарорати баландини аниқлаш учун термографик асбоб ва унинг такомиллаштирилган варианти тепловизорлардан, яъни олинган сигнални телевизор экранларига кўриш имкониятини берувчи асбоблардан кенг фойдаланилмоқда.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. http://moodle.sammi.uz 2 модул, 4 машгулот, 26 мавзу.



РАНЯЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.

Жураева Гулбахор Алишеровна Преподователь, Термизский филиал Ташкентской медицинской академии Икромова Шахноза Нозимовна Преподователь, Термизский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотацыя: В начале этой статьи даётся описание рака, а также их заболеваний. Далее конкретно переходит к одной из этих заболеваний - стенокардии. Даётся понятие что такое рак, описываются симптомы, профилактика, лечение.

Ключевые слова: рак, матка, шейка, симптомы, лечение, профилактика.

Мы знаем, что сердце, центральный орган кровеносной системы животных и человека, перекачивает кровь в артериальную систему и обеспечивает ее возвращение по венам. Сердце расположено асимметрично в среднем средостении. Большая его часть расположена слева от срединной линии, справа находятся правое предсердие и обе полые вены. Форма сердца напоминает несколько сплюснутый конус. Вес сердца составляет 270-320 граммов. Сердце перекачивает кровь, доставляя кислород и питательные вещества по всему телу. Через сердце ежедневно прокачивается 10 000 литров крови. Вы можете себе представить, что это за сумма?

Теперь давайте посмотрим на внешнюю структуру сердца (на рисунке 1): мы можем видеть правое и левое предсердия, правый и левый желудочки. И вы также можете рассмотреть сосуды, многие сосуды. Сосуды, по которым кровь/ течет из сердца, называются артериями, а те, что возвращаются к нему, - венами. На каждую артерию тела приходится по две вены. Из левого желудочка выходит аорта, а из правого желудочка — две легочные артерии. Верхняя и нижняя полые вены приближаются к правому предсердию, а четыре легочные вены приближаются к левому предсердию. Если посчитать отверстия для кровеносных сосудов в камерах сердца, то из него отходят девять крупных кровеносных сосудов.

Теперь кровь должна свободно течь по этим сосудам. Но есть случаи, которые этому препятствуют. Например, +образование холестериновых бляшек, тромбоз, сужение сосудов и многое другое, что затрудняет работу нашего сердца, вызывая различные заболевания. Одним из таких заболеваний является стенокардия.

Стенокардия-это распространенное заболевание сердца, которое при прогрессировании приводит к хронической сердечной недостаточности и инфаркту миокарда. Стенокардия часто рассматривается как симптом поражения коронарных артерий в области сердца – это внезапная давящая боль за грудиной, возникающая на фоне физической нагрузки или стрессовой ситуации. Однако медицинская классификация выделяет стенокардию в отдельное заболевание, которое имеет свое собственное развитие, причины и осложнения. Из - за нарушения сердечного кровообращения человек испытывает болезненные ощущения различной интенсивности и локализации: боль может быть легкой или настолько сильной, что у человека возникает страх смерти. Первыми признаками стенокардии являются чувство стеснения и боли в груди, которые могут смещаться влево к сердцу. Стенокардия характеризуется широким спектром болевого синдрома: режущей, тянущей, давящей, жгучей и другой болью. Интенсивность также изменчива, от едва заметного сжатия без особой боли до резких болевых ощущений. Как отличить первые признаки стенокардии от признаков острого инфаркта миокарда: приступ стенокардии успешно купируется приемом Нитроглицерина. Если заболевание уже находится в тяжелой стадии, то можно принимать препарат повторно, но не более двух раз. Боль проходит в течение 2-5 минут. При инфаркте миокарда нитроглицерин не оказывает какого-либо выраженного терапевтического эффекта, и состояние больного улучшается в покое, но не лежа, а сам



приступ облегчается физической или психоэмоциональной перегрузкой. Другие признаки: бледность лица, затрудненное дыхание, возможная иррадиация (отдача) боли в верхней левой части туловища (лопатка, плечо и др.).), а также под нижней челюстью. Наряду с болью, бледностью и затруднением дыхания к симптомам у взрослых относят: болевое облучение; выраженную зависимость проявлений заболевания от повышенной физической или умственной нагрузки; бледность лица; онемение и переохлаждение рук; учащенное сердцебиение с возможными перебоями. У пациента есть характерное болезненное выражение лица во время приступа стенокардии; при сильной боли человек говорит о страхе смерти или утверждает, что +он умирает. рукой.

Список литературы

- 1. Ivanova E.O. Student-centered learning: individualization of the content of education. Head teacher 2002. № 8. S. 100 117.
- 2. Surovtseva R.P. Methods of preparation and conduct tests for the course of chemistry. 8-11 classes. Krasnodar. LLP «Education Perspectives» 1997.

35



БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТЛАРНИНГ ИММУНОГЕНЕТИК ДИАГНОСТИКАСИ

Fайбиев Акмалжон Ахмаджонович Самарканд Давлат Тиббиёт Институти Неврология ва нейрохирургия кафедраси ассистенти, PhD Телефон: +99890224 78 09 akmal_gaybiev@mail.ru Джурабекова Азиза Тахировна Самарканд Давлат Тиббиёт Институти Неврология ва нейрохирургия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор Телефон:+99890224 95 09

Аннотация: Турли хил касалликлардан кейин периферик нерв структураларнинг зарарланиши кўплаб учрамокда ва ногиронликка олиб келувчи мухим сабаблардан бири бўлиб колмокда. Полирадикулоневритнинг ривожланиш механизми асосида аутоиммун реакциялар каскади ётади ва бу жараён иммуногенетик хусусиятлар билан ифодаланади.

Калит сузлар: Полирадикулоневрит, антиген, иммуногенетик, плазма, комплекс, молекула, патоген, организм, хужайра, гуморал.

Мавзунинг долзарблиги: Периферик нерв системасиининг шикастланишлари асаб ситемаси касалликлари ўртасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра полирадикулоневрит касаллиги минтақалар бўйлаб 100 минг ахолидан 1, 6 га тўғри келади. Ахоли орасида полирадикулоневрит билан касалланган болаларни эрта аниқлаш, учраш даражаси ва ривожланиш омилларини тахлил килиш, касаллик замирида иммун тизимнинг ахамиятини ва касаллик келиб чикишида генетик мойилликни ўрганиш, клиник-неврологик кечиш хусусиятларини тахлил қилиш, даволашга замонавий ёндашиш, хамда беморларда ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш чораларини белгилаш долзарб масалалардан хисобланади. Касаллик замиридаги асосий эътибор иммуногенетик жараёнларга қаратилган булиб, бу иммун тизимининг хужайра ва гуморал гурухларига боғлиқ булиб хисобланади. Полирадикулоневритларнинг иммоногенетикаси тўлик ўрганилмаганлиги ва оғир асоратларнинг юқорилиги, даволашнинг оптимал усулини танлашнинг етишмаслиги ушбу сохада келгусидаги тадкикотларни рағбатлантиради. Полирадикулоневритларни ташхислашда иммоногенетик ўзгаришларни ва даволашда мақбул ёндашувларни ишлаб чиқиш хамда ўз вақтида тайинлаш, чуқур ногиронликни олдини олиш борасидаги вазифаларни ечишда долзарб муаммо хисобланади.

Ишнинг максади: Полирадикулоневрит билан касалланган болаларда иммуногенетик жараёнлар кечишини баҳолиш.

Тадкикот иши ва материали: Объектив неврологик текширув максадида 30 нафар ПРН билан касалланган бемор ва солиштириш максадида 10 нафар соғлом бола хисобга олинди. Текширув гурухига киритилган барча беморлар тўлик клиник-неврологик текширувдан ўтказилди. Бемор болалар ота-оналаридан касаллик анамнези чукур ўрганилиб, касалликнинг ўткир кечиши ёки касаллик келиб чикишида ирсий факторнинг ахамияти чукур тахлил килинди. Барча беморларда неврологик статус чукур ўрганилиб, анамнестик маълумотларни назарга олган холда тахлил килинди. Иммуногенетик текширишда организмдаги НLА генлар комплекси ўрганилди. НLА системаси генлари иммун жавобнинг кучи ва спецификлигини таъминлайди, НLА молекулалари синтезини назорат килади.

Генетик текширув ўтказиш мақсадида асосий гурухдаги 30 та бемордан кон олиниб текширилди ва бу система антигенларини аниклаш учун молекуляр генетик усул-ПЦР диагностикадан фойдаланилди. Солиштириш мақсадида назорат гурухидаги 10та соғлом бола қони ҳам текширилди. Қон плазмаси таркибидаги патологик HLA антигенлар йиғиндисини



текширганимизда текширилган асосий гурухдаги 30та беморнинг 86, 7% (26та)ида патоген HLA1-тип антигенлари аникланди, 13, 3% (4та) беморда эса патоген HLA антигенлари аникланмади. Соғлом болалар қони таркибида патоген HLA антигенлар йиғиндиси аникланмади.

Хулоса: Беморлар қон таркиби анализ қилинганда қон зардобида аниқланган патоген HLA антигенлари ушбу беморларнинг ПРН касаллигига нисбатан генетик мойиллиги борлигини курсатади.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

- 1. Балмасова И.П., Тимченко О.Л., Морозова Н.А., Гультяев М.М., Ющук Н.Д. Иммунологические аспекты патогенеза синдрома Гийена-Барре. // Иммунология. 2010.
- 2. Никитин С.С., Куренков А.Л. Особенности острой воспалительной и хронической демиелинизирующих невропатий у детей. В книге: Аутоиммунные заболевания в неврологии (под ред. И.А. Завалишина, М.А. Пирадова, А.Н. Бойко, С.С. Никитина, Н.Н. Спирина, А.В. Переседовой). Клиническое руководство. Т. 2. М.: РООИ «Здоровье человека», 2014.
- 3. Гайбиев А.А., Джурабекова А.Т., Шмырина К.В., Вязикова Н.Ф. Клинико-нейрофункциональные, иммунологические аспекты полирадикулоневритов у детей и современные подходы к терапии//Ж.Неврология. Ташкент, 2016 г.
- 4. Строков И.А., Ахмеджанова Л.Т., Яхно Н.Н. Антитела к ганглиозидам GM₁ и GD_{1В} при хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии. Неврологическии журнал. №3, 2009.С.10-15.
- 5. Gaybiev A.A., Djurabekova A.T., Utaganova G.X., Igamova S.S. Modern methods of diagnostics of polyneuropathy//European Science Review. 2018.



THE COURSE OF MULTIPLE SCLEROSIS IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE WITH THE ONSET OF THE DISEASE IN THE POSTPARTUM PERIOD

Khatamova Madina Anvarovna
The student of 407 group of dental faculty of
Samarkand State Medical institute
Scientific Director: Shomurodova Dilnoza Salimovna
PhD of Department of Neurology and Neurosurgery
of Samarkand State Medical Institute
shomuradova.dilnoza@sammi.uz

Annotation: To date, the problem of Multiple Sclerosis is social and significant, due to disability, high costs for diagnosis, treatment, rehabilitation and social assistance. To study the features of the course of multiple sclerosis in women of childbearing age with the onset of the disease in the postpartum period. We studied the features of the course of MS in 15 women aged 19 to 30 years (retrospectively and prospectively) in late pregnancy and the postpartum period (up to 1 year), which were in turn divided into group II, depending on the severity and the course of RS. The debut of the disease or the progression of Multiple Sclerosis in women of childbearing age is observed more often after the first, less often after the second pregnancy and childbirth. Multiple sclerosis occurs sparingly before pregnancy, is asymptomatic, either under the guise of various functional diseases of the nervous system that the woman does not pay attention to, or does not prioritize the importance of the symptoms.

Key words: multiple sclerosis in women of childbearing age, the debut of the disease, diagnosis, treatment, rehabilitation and social assistance, neuroimaging.

Relevance of topic:

To date, the problem of Multiple Sclerosis is social and significant, due to disability, high costs for diagnosis, treatment, rehabilitation and social assistance. The debut of the disease mainly falls on the childbearing period of life. Multiple Sclerosis proceeds under the guise of various other diseases and conditions that a woman does not pay attention to or underestimates the essence of her condition;

and the process of childbirth, thereby the postpartum period gives rise to the development and progression of the symptoms of this disease.

This is due both to a change in the hormonal background of the mother, the stressful effect of the birth itself on the woman's.

Purpose of the research:

To study the features of the course of multiple sclerosis in women of childbearing age with the onset of the disease in the postpartum period.

Material and research methods: We studied the features of the course of MS in 15 women aged 19 to 30 years (retrospectively and prospectively) in late pregnancy and the postpartum period (up to 1 year), which were in turn divided into group II, depending on the severity and the course of RS. Group I - 8 women with MS receiving treatment and under observation by a neurologist, group 2 - 7 women whose disease ended in death in the postpartum period within 1 year.

The results of the research: An obstetric history showed that the onset of the disease or progression of MS was observed more often after 1 less frequently after 2 pregnancy and childbirth. 70% had headaches, 85% general weakness and malaise, 68% dizziness, 26% darkening and the appearance of "flies" in front of the eyes. In late pregnancy, 2 (13.3%) had exacerbations in the form of visual disturbances, impaired coordination, and sharp shakiness. 13.3% of women in the postpartum period experienced limitation of movements in the limbs, severe weakness and cerebellar disorders, which were diagnosed with encephalomyelitis of unclear etiology, opticchiasmal arachnoiditis. 4 women (26.7%) were admitted to the hospital complaining of difficulty swallowing, weakness in the limbs, severe headaches, 5 women (33.3%) with severe dizziness, shakiness, impaired



function of the pelvic organs, 1 woman with limited movement on the right, omission of the upper eyelid, 2 women (13.3%) with attacks of loss of consciousness, with weakness in the distal extremities, nasal. Verification of the diagnosis was carried out on the basis of a careful collection of anamnesis, the clinical course of the disease, which was disguised as another somatovisceral disease during pregnancy, followed by confirmation of the diagnosis by neuroimaging data (brain MRI with contrast).

Conclusion: The debut of the disease or the progression of Multiple Sclerosis in women of childbearing age is observed more often after the first, less often after the second pregnancy and childbirth.

Multiple sclerosis occurs sparingly before pregnancy, is asymptomatic, either under the guise of various functional diseases of the nervous system that the woman does not pay attention to, or does not prioritize the importance of the symptoms.

In all cases, it is necessary to conduct an Magnetic Resonance Imaging of the brain with contrast, in order to confirm the diagnosis and timely correct treatment and management of women of childbearing age with Multiple Sclerosis.

References:

- 1. Kotov S.V. 1, Yakushina T.I. Multiple sclerosis and pregnancy. Features of the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women suffering from multiple sclerosis. The results of observations of patients of this group in the Moscow region // Moscow, 2017.
- 2. Tikhonovskaya O.A., Kochetkova A.Yu., Alifirova V.M. Features of reproductive health of women with patients with multiple sclerosis // Moscow, 2015.



FEATURES OF THE HORMONAL PROFILE IN WOMEN WITH SPONTANEOUS MISCARRIAGE AND NON-DEVELOPING PREGNANCY

Khikmatullaeva Malika Rakhimjanovna Student of the Tashkent medical academy Tel: +998990636360 m.xikmatullaeva@gmail.com

Annotation. According to many authors, in most cases, the cause of abortion in the first trimester is endocrine pathology, first of all, the inferior luteal phase arising in connection with hypersecretion of LH, hyposecretion of FSH, hyposetrogenia, hyperandrogenism.

Key words: hypoestrogenia, hyperandrogenism, miscarriage, undeveloped pregnancy, gestational complications.

Purpose: to assessment the presence of endocrine disorders in physiologically occurring pregnancy, spontaneous miscarriage, non-developing pregnancy.

Materials and methods: The first group consisted of 243 women with physiological pregnancy. The second group consisted of 157 patients with spontaneous miscarriage. The third group included 128 patients with an established diagnosis of an undeveloped pregnancy. When analyzing endocrine disorders leading to miscarriage, the levels of FSH, LH, PrL, E2, svT, DEAS, 17-OH-PG, and TSH were analyzed.

Results: An insufficient decrease in FSH (P> 0.05) was found for spontaneous miscarriage and reliable (p <0.05) for non-developing pregnancy. The level of LH is not significantly increased (P> 0.05) with spontaneous abortion and significantly (p <0.05) with an undeveloped pregnancy. The level of prolactin tends to increase with spontaneous miscarriage and significantly increased (p <0.05) with an undeveloped pregnancy. The level of progesterone was significantly reduced both with spontaneous miscarriage (p <0.05) and with non-developing pregnancy (p <0.01). The level of estradiol is significantly reduced in comparison with a physiological pregnancy both with spontaneous miscarriage (p <0.05) and with non-developing pregnancy (p <0.01). The level of free testosterone tends to increase with spontaneous miscarriage (p> 0.05) and significantly increased in non-developing pregnancy (p <0.05). DEAS was significantly increased (p <0.01) only in the group of women with non-developing pregnancy. When analyzing the level of TSH, a significant decrease in its level was established both with spontaneous miscarriage (p <0.05) and with non-developing pregnancy (p <0.01).

Conclusion: Thus, the features of the hormonal profile in spontaneous miscarriage and undeveloped pregnancy are established in comparison with the physiologically occurring pregnancy. The determination of the hormonal profile of pregnant women can, in our opinion, be used both for the purpose of early and differential diagnosis with the threat of spontaneous miscarriage and non-developing pregnancy, to predict the development of gestational complications.

Bibliography:

- 1. Obstetric risk. Maximum information minimum danger for mother and baby Radzinsky V.E., Knyazev S.A., Kostin I.N. 2009
- 2. Obstetrics and gynecology: diagnosis and treatment. Tutorial. In 2 volumes. DeCherniA. Kh., Nathan L. 2009
- 3. Obstetrics. Clinical lectures: a manual with a compact disc / Ed. prof. O.V. Makarova 2007 Hussein, M. (2010): Obstetrics.
 - 4. Law, R. (2005): Ultrasound in Clinical Obstetrics. John Wright & Sons Ltd., Bristol, UK.
- 5. Loeffler, F. (2014): Chorionic villus biopsy, In: Progress in Obstetrics and Gynaecology, vol. 5, Churchill Livingstone, London.
- 6. Moore, M. and Redoman, C. (1999): Hypertension in pregnancy, In: Recent Advances in Obstetrics and Gynaecology, vol. 15, Ed. John Bonnar, Churchill Livingstone, London.
 - 7. Myerscough, P. (2017): Munro Kerr's Operative Obstetrics, Baillière Tindall, London.



ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ

Аманбоева Ф. Б. — студентка лечебного факультета Самаркандский государственный медицинский институт Научный руководитель: асс. Хамедова.Ф.С. Самаркандский медицинский институт кафедра Неврологии и нейрохирургии

Аннотация: Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности затрудняются сконцентрировать внимание, импульсивны и зачастую чрезмерно активны. У некоторых детей появляются поведенческие отклонения. У большинства детей симптомы проявляются в возрасте детского сада. Существенная часть детей (примерно 80%) продолжают страдать от синдрома во взрослом возрасте.

Ключевые слова: Синдром дефицита внимания, синдром гипервозбудимости.

Актуальность: Синдром дефицита внимания с гиперактивностью является социально важным нервно-психическим нарушением у детей, что определяет актуальность поиска причин развития данной патологии. Ведущими факторами возникновения этой патологии являются наследственные и перинатальные факторы.

Цель исследования: Определить факторы риска влияющих на формирование синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 170 детей (110 мальчиков и 60 девочек) с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (основная группа) и 70 детей аналогичного возраста без данного синдрома (группа сравнения). Изучение перинатального периода проводилось анализом амбулаторных карт и методом опроса матерей. Результаты и их обсуждение: Метод опроса матерей и ретроспективного изучения этапов развития ребёнка с целью выявление факторов риска, способствующих формированию у детей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, позволило выявить ряд неблагоприятных факторов. Это отягощённый акушерский анамнез (у прерывания беременности, которая была отмечена у 40% матерей, а также 90% матерей). Угроза гестозы первой и второй половины беременности. Психоэмоцианальные стрессы в различные периоды беременности перенесли 92% матерей детей основной группы и 15% матерей детей группы сравнения. У 72° детей основной группы отмечалось развитие перинатального поражения ЦНС. Наиболее распространённым клиническим синдромом перинатального поражения ЦНС во все возрастные периоды у детей основной группы был синдром гипервозбудимости.

Заключение: Таким образом, выявление причин развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, указывает на необходимость создания комплекса мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребёнка, для предотвращения данной патологии.

Литература:

- 1. Бурцев Е.М. // Вестник Ивановской медицинской академии. 1996. №3.
- 2. Трошин В.М. и др. Острые нарушения мозгового кровообращения.— Н.Новгород, 2000.
 - 3. ШанькоГ.Г. и др. Неврология детского возраста. Минск, 1990 г.



ИНТЕРФЕРОН ИНДУКТОРИ – ЦЕЛАГРИП ПРЕПАРАТИ ТАЪСИРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Арслонова Райхон Ражаббоевна Абдурахмонова Замира Эргашбоевна Фармакология ва клиник фармакология кафедраси ассистентлари Самарқанд Давлат Тиббиёт институти, Ўзбекистон

Аннотация: Яллиғланиш билан кечадиган касалликлар кенг тарқалган ва охирги йилларда кўп учрашини эътиборга олган холда хозирга қадар ўз ахамиятини йўқотмаган. Яллиғланиш жараёни турли хил кўплаб касалликларининг асосий патогенетик таркибий қисми бўлиб, бу жараён умумий патология ва клиниканинг мухим муаммоларидан биридир. Яллиғланиш ҳар хил эндоген ва экзоген таъсиротларга организмнинг универсал жавоб реакцияси бўлиб хисобланади. Яллиғланиш бактериал, вирусли ва паразитар инфекцияларнинг патогенлари, шунингдек аллергенлар, физик ва кимёвий омиллар таъсирида юзага келади.

Калит сўзлар: Яллиғланиш, паталогия, фермент, ЦелАгрип препарати. Яллиғланиш махаллий(чегараланган) ва умумий(кенг тарқалган) реакцияга сабаб бўлади. Юқори даражадаги яллиғланишда кўпгина аъзо ва тўкималарнинг фаолияти бузилади, натижада уларнинг етишмовчилиги юзага келиб чикади. Ўз навбатида, яллиғланиш кўплаб эндоген моддалар томонидан бошқариладиған мураккаб жараён булиб, бу жараёнда иштирок этадиган медиаторлар турли хил хужайрали элементлар томонидан ишлаб чиқарилади (семиз хужайралар, полиморф ядроли лейкоцитлар, моноцитлар, макрофаглар, эндотелиал хужайралар). Яллиғланиш босқичлари организмдаги биокимёвий ўзгаришлар, яллиғланиш медиаторлари хисобланган простагландин, брадикинин, серотонин, гистаминларнинг ажралиши билан боғлиқ. Яллиғланиш жараёнида ушбу ферментларнинг фаоллиги ошиб, кўп микдорда простагландинлар хосил бўлади, улар эса тўкималарни жарохатлайди. Ушбу мақолада яллиғланишни фармакологик тартибга солиш имкониятлари жуда хилма-хиллиги шунингдек, ушбу жараённи турли хил яллиғланишга қарши моддалар қўллаш билан бирга клиник тадқиқотлар натижасида олинган маълумотларга асосланган холда ЦелАгрип препаратини вирусли инфекцияларда ва яллиғланишга қарши фаолиги сифатида клиник фойдаланиш учун энг катта ахамиятга эга бўлиши мумкинлиги келтирилган. Шу сабабли хам яллиғланишга қарши юқори фаоликка эга бўлган хамда, кам захарли, янги дори воситаларини излаш ва ўрганиш, амалиётда қўллаш катта ахамиятга эга.

Мавзу долзарблиги: Одатда яллиғланиш жараёнини фаоллаштирадиган моддаларни ажралиб чикишини сусайтирувчи моддалар кўлланилади. Ушбу максадлар учун физикавий даволаш усуллари билан бир қаторда яллиғланишга қарши таъсирга эга моддалар ҳам ишлатилади. Кўпчилик муаллифлар томонидан яллиғланишга қарши дориларни қўллашни бекор қилиниши қайд этилмоқда. Чунки бу ҳар доим ҳам кутилган терапевтик таъсирни бермайди, бундан ташқари улар кўпинча ножўя таъсирлар ва жиддий асоратларни келтириб чикаради, бу ўз навбатида уларнинг клиникада муваффакиятли кўлланилишини чеклайди. Беморларда яллиғланишга қарши моддалар билан даволанганда юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирларнинг ривожланиш хавфи катта хисобланади. Ушбу гурух дори воситаларини кичик дозаларда киска муддатли кабул килиш хам ножуя таъсирларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин, улар одатда хар тўртинчи холатда учрайди ва беморларнинг 5% ида хаёт учун жиддий хавф туғдириши мумкин. Замонавий клиникада сезиларли даражада инфекцияга қарши воситалар мавжуд. Бироқ, ушбу дориларнинг купи юқумли касалликлар бўйича мутахассисларнинг талабларига жавоб бермайди, асосий таъсир билан бир қаторда, улар бир қатор ножуя таъсирлар ва жиддий асоратларни келтириб чикаради. Шунинг учун яллиғланиш жараёнларини даволаш учун хавфсиз ва юкори самарали янги авлод дори воситаларини яратиш тиббиётнинг долзарб вазифаси бўлиб



қолмоқда. Бундай дорилар орасида полимер тузилишдаги интерферонлар ва интерферон индукторлари алохида ахамиятга мувофик булиб хисобланади. Кўпчилик олимлар томонидан эътироф этилишича, интерферон индукторлари периферик коннинг нейтрофилларини қўзғатади, уларнинг яллиғланишга қарши потенциалини ва қоннинг бактерицид хусусиятларини оширадиган реактив кислород турларини яратиш қобилиятини оширади, бу айниқса кенг тарқалған аралаш инфекциялар учун жуда мухимдир. Цитокинлардан интерлейкин-1 нинг яллиғланишга қарши таъсири туқималарда намоён булади ва яллиғланиш реакциясининг мухим воситачиси булиб, хужайралар пролеферациясига, купайишига ва апоптозни тартибга солишда иштирок этади [26]. Эхтимол, бундай лимфоид хужайраларини апоптознинг фаоллашишига ва пролеферациянинг блокланишига ЦелАгрип олиб келиши мумкин. Табиий ўсимлик материалларидан олинган Интерферон индуктори - ЦелАгрип интерферон тизимининг функционал параметрларига аник бир нормаллаштирувчи таъсир кўрсатади. Вирусли инфекциялар билан иммунологик қаршилик пасаяди, иммунитет тизимининг турли кисмларининг функционал фаоллиги сусаяди, кўплаб сурункали касалликлар кучаяди ва бактериал иккиламчи асоратлар пайдо бўлади, бу инфекцияларни даволаш ва олдини олиш айникса мухим ва долзарбдир.

Интерферон индукторларининг кашф қилиниши билан кўплаб вирусли ва вирусли бўлмаган касалликларни даволаш ва олдини олишда янги истикболлар ва имкониятлар пайдо бўлди. Шундай хусусиятга эга бўлган моддалардан ЦелАгрип препарати яхши қабул килиниши билан бир каторда ножўя таъсирларнинг йўклиги клиник амалиётда бу моддани кенг кўллаш имкониятини кўрсатади.

Тадқиқот мақсади: ЦелАгрипнинг яллиғланишга қарши фаоллигини ўрганиш.

Тадкикот усуллари ва материаллари: Тажрибалар институтнинг вивариум шароитида туғилган ҳар иккала жинсдаги оқ каламушларда ўтказилди. ЦелАгрип вирусли инфекцияларга қарши таъсир фаоллигини ўрганиш учун турли хил флагоген агентлар ёрдамида чақирилган яллиғланишнинг асептик моделларида ўрганилди. Флагоген агентлар сифатида формалин, гистамин, серотонин, каррагенин эритмаларидан фойдаланди. Флагоген агентларнинг қуйидаги консентрацияларда эритмаларидан келиб чиқадиган экспериментал артритнинг классик моделлари қўлланилади: формалин (2%), кррагенин (1%), декстран (6%). Шу мақсадда бу агентлар эритмалари тажриба ҳайвонлари оёқ панжаси апоневрози остига 0, 04 мл микдорида юборилди. Биз ўрганилаётган препаратни то таъсирловчи хусусиятини берувчи моддалар киритилишидан 1 соат олдин қўллаймиз. Панжанинг хажми флагоген восита юборилишидан олдин сув плетизмометря ёрдамида ва дастлабки 6 соат давомида хар 30 дақиқада, формалин билан чақирилган турида каламушлар панжаси ҳажми плетизмометрия усили билан тажриба бошлашдан 30 дақиқа олдин, сўнгра эксперимент бошланганидан 6 ва 24 соатдан кейин ўлчанади. Препаратнинг яллиғланишга қарши фаоллиги тажрибалар бошланишидан олдин ва шишнинг максимал ривожланиши даврида панжалар хажмидаги фарк билан бахоланди.

Тадқиқот натижалари: Олинган натижалар ЦелАгрипнинг антивирус таъсирини хисобга олган холда маълум дозалаш режимларини ишлаб чикиш учун асос бўлиб хизмат килиши мумкин ва бу уз навбатида вирусли яллиғланиш инфекциялар учун фармакотерапия самарадорлигини оширишга ёрдам бериши мумкин. ЦелАгрипни ҳар хил вирусли инфекциялар учун интерфероннинг индуктори сифатида фойдаланиши ҳайвонлар моделида кўрсатилди. Бу унинг клиник синовлари учун асос бўлишига олиб келади. Тадқиқотлар натижаси ЦелАгрипни вирусли яллиғланиш инфекцияларида фойдаланиш учун ахамиятли эканлигини кўрсатди.

ЦелАгрип томонидан юборилган цитокинларнинг яллиғланишга қарши йўналтирилганлиги вирусларнинг кўпайишини бузадиган, носпецифик механизмларни тезрок киритилишига ва келажакда вирусли инфекцияни йўк қилишнинг ўзига хос механизмларига ёрдам беради деб тахмин қилиш мумкин. ЦелАгрипни антивирус таъсири асносида препаратини ишлаб чиқариш учун яратилган янги хусусиятлари ўрганиб чиқилди, у препарат интерферон (ИФН) ва цитокинни келтириб чиқарувчи таъсирини оширади. Шу туфайли



антивирусли таъсири натижасида иммунитетни фаоллаштирувчи модда сифатида ишлатилиши мумкин. ЦелАгрип томонидан каламушлардаги яллиғланишга қарши таъсирнинг ўзига хос хусусиятларини хисобга олган холда, препаратнинг маълум дозаларини ишлаб чиқиш учун асос бўлиб хизмат қилиши мумкин, бу эса вирусли яллиғланиш инфекцияларини даволаш самарадорлигини оширишга олиб келиши мумкин. Бундан ташкари ЦелАгрипнинг нейтрофиллар, моноцитлар ва макрофагларнинг ўзига жалб қилувчи ролини бахолаш, қўшимча тадқиқотларни талаб қилинишини тахмин қилиш мумкин.

Хулосалар:

- 1. Кузатув натижалари ЦелАгрипнинг антивирус таъсирини ҳисобга олган ҳолда бу вирусли яллиғланиш инфекциялар учун фармакотерапия самарадорлигини ошириши мумкин.
- 2. ЦелАгрип интерферон (ИФН) ва цитокинни келтириб чиқарувчи таъсирини фаолаштириб, келажакда вирусли инфекцияни йўқ қилишнинг ўзига хос механизмларига ёрдам беради деб тахмин қилиш мумкин.
- 3. ЦелАгрип-нинг яллиғланиш ўчоғидаги нейтрофиллар, моноцитлар ва макрофагларнинг ўзига жалб қилувчи ролини баҳолаш учун қушимча тадқиқотларни олиб бориш талаб қилинишини тахмин қилиш мумкин.

Құлланилган адабиётлар:

- 1. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М.: ГЭОТАР-Медиа; 2005.
- 2. Ершов Ф.И., Наровлянский А.Н. Интерфероны и индукторы интерферонов. В кн.: Хаитов Р.М., Атауллаханов Р.И., Шуль-женко А.Е., ред. Иммунотерапия: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018: 123-47
- 3. Сигидин А.П., Шварц Г.Я., Арзамасцев А.П., Либерман С.С. Патогенетическое лечение воспалительного процесса. Москва: Медицина. 1988. 240с.
- 4. А.Н. Наровлянский Цитокин-регулирующая активность противовирусного препарата Цел Агрип в перевиваемых В-клеточных линиях лимфомы Беркитта // Журнал Вопросы вирусологии $N \ge 2~(2020)$ C.62-64
- 5. Атаханов А.А., Сарымсаков А.А., Рашидова С.Ш. Наносисте-мы целлюлозы и серебра: синтез, структура и свойства. Ташкент; 2016.

 Июнь | 2020 18-қисм
 Тошкент



МИОПИЯНИ ДАВОЛАШДА АУРИКУЛОТЕРАПИЯ ВА ДАВОЛОВЧИ ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ

Джумаева Фарангиз Рашидовна Тошкент Тиббиёт Академияси талабаси Телефон: +998(90) 927 64 40 farangiz.2021@inbox.ru

АННОТАЦИЯ

Мақолада бугунги куннинг долзарб муаммоси, XXI аср эпидемияси - миопиянинг тарихи, дунё микёсида ривожланиши ва этиологик факторлари билан боғлик маьлумотлар келтирилган. Шунингдек, бу касалликнисамарали даволашнинг хитой медицинасига асосланган аньанавий усули - аурикулотерапия, даволовчи жисмоний тарбия сифатида йога машқлари, халқ табобати ва витаминотерапиянинг ахамиятли жихати тулиқ ёритилган.

Калит сузлар: миопия, лазер коррекцияси, профилактика, йога, аурикулотерапия, аурикуляр нуқта, акупунктура, витамин.

ANNOTATION

This article provides an information on a major problem of today, epidemic of the XXI century-the history of myopia, its development on a global scale and etiological factors. Also, the traditional method of effective treatment of this disease based on Chinese medicine - auriculotherapy, yoga exercises as a therapeutic physical training, the importance of traditional medicine and vitamin therapy are fully covered.

Keywords: myopia, laser correction, prevention, yoga, auricular point, acupuncture, vitamins.

Жахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг сўнгги статистик маълумотларига қараганда дунё бўйича камида 2, 2 миллиард кўришнинг бузилиши холатлари мавжуд, уларнинг 1 миллиарддан кўпроғи профилактика ва даволашнинг етишмаслиги натижасида юзага келган ва 2050-йилга келиб 4, 8 миллиард одам (дунё ахолисининг ярмидан кўпи) нин гузокдан кўраолмаслик яъни миопиядан азият чекиши мумкинлиги алохида таъкидлаб ўтилмокда. Кўз соккаси янги туғилган болаларда кичкина бўлиб, бола 9-12 яшар бўлганида у нормал шаклни олади. Баьзан кўз соққаси узунчоқлашиб, қорачиқдан тўр пардагача бўлган масофа катталашиб кетади. Бунда узокдаги шакллардан келадиган параллел нурлар кўздаги тўр пардага етмай, ўрта йулда синиб, фокусга йиғилади, натижада кўриладиган буюм шакли тўр пардада аник акс этмай киши узокни яхши кўрмайди. Бу ходисага миопия дейилади. Миопияни оғирлик даражасига караб уч даражага бўлиш мумкин: енгил - 3, 0 Д гача, ўрта М- 3, 0 Д дан 6, 0 Д гача ва кучли - 6, 0 Д дан юкори даража. Миопияга олиб келувчи омиллар бу наслий мойиллик, куз олмасига якин масофадан булган хаддан ташқари зўрикиш, кон айланишининг бузилиши; нотўғри овкатланиш, ва кўзда асоратларга олиб келадиган касалликлар (ЎРВИ, ангина) шунингдек, компютер, смартфон ва хар хил гаджетлардан узок вакт фойдаланиш ва х.к.Хозирги кунда замонавий тиббиёт кўплаб муваффақиятларга эришмоқда (сўнгги русумдаги оптик кўзойнаклар, оптик линзалар, лазер коррекцияси) Шунга қарамай дунё ахолиси орасида бу касалликнинг йилдан йилга (ёшидан қатъий назар) ошиб бораётганлиги ачинарли холатдир. Биринчи асрда яшаган Рим императори Нерон гаджетлардан фойдаланмаган, аммо тарихчилар унинг узокни кура олмаганлигини таъкидлашади. Касаллик милоддан аввалги IV асрдан бери маьлум бўлиб, қадимги юнон олими Аристотел эслатиб ўтган («миопия» атамаси юнонча «саратон» сўзидан келиб чиққан). Унинг ёзишича, баьзи одамлар объектларни яхширок ўрганиш учун уларни кўзларига жуда якин қилишади. Инглиз генетиклари 280 жуфт бир хил эгизак ва 226 жуфт хар хил эгизакларнинг куришларини урганиб чикиб, уларнинг геномларини таккослаб, миоопия бу. ирсий касаллик деган хулосага келишди ва Дюк университети (АКШ) олимлари RASGRF1 генини топдилар, деб ёзади "Science and Life" нашри манбаларида. Касалликнинг яна бир сабаби куёш нурининг етишмаслиги. Европа, Австралия ва Осиёда ўтказилган тадқиқотлардан сўнг, тоза хавода тез-тез сайр қиладиган одамларда, уйда ўтиришни яхши



кўрадиганларга қараганда миопияга мойиллик камрок эканлиги маьлум бўлди. Олимлар Д витамини нафакат иммунитет ва асаб тизимларига, балки кўриш аьзоларига хам фойдали таьсир килишини тахмин килишди. Шунингдек, чекишдан воз кечиш лозим, чунки никотин кўриш кобилиятига зарар етказади. Укон томирларини кенгайтиради, сўнгра торайиб, кўзнинг озикланишига зарар етказади. Африка, Полинезия ва бошка минтакалардаги ибтидоий кабилалар ўртасида ўтказилган тадкикотлар шуни кўрсатдики, минг кишидан биттаси ўртача ёки оғир миёпиядан азият чекади. Бу одамларнинг рационида крахмал ёки шакар (углеводлар) йўк. Ушбу қабилалар нон, дон ва ширинликлар истеьмол килишганида, кўрсаткичлар ўзгарган - кейинги авлодда миопик одамларнинг улуши кескин ортган.

Аурикулотерапия рефлексология усулларидан биридир. Ушбу усул Хитойда кенг кўлланилади. Аньанавий хитой тиббиётига кўра, ташки кулок супрасида ички органлар ва кон томирлари, умуман, бутун вужуд билан боғлик бўлган хаётий нукталар мавжуд. Аурикуляр нукталарнинг афзаллиги шундаки, хар бири аник максадга йўналтирилган ва даволаш самараси юкори. Уларга (кўз аурикуляр нуктаси кулок супрасининг пастки кисмида жойлашган) таьсир килиш оркали бир катор кўз касалликларини жумладан миопияни хам даволаш мумкин. Арикулотерапияни амалга оширишда махсус пластирдан фойдаланилади. Пластир хар 2 - 4 кунда алмаштирилади.Сурункали касалликлар, кариялар ва кучсизлар учун техника енгил бажарилади.

Йога - соғлик учун жуда фойдали бўлган машғулотдир. Дунёда миллионлаб инсонлар йога сабабли ўзларидаги камчиликлардан, ишончсизликдан ва касалликларидан холос бўлишганлиги исботланган. Мисол тарикасида Раманататанинг «Кўзлар учун йога машклари» китобида махсус нукталарни босиш йўли (бу усул акупунктура дейилади) билан куриш қобилиятини яхшилаш мумкинлиги алохида таькидланган.

Халқ табобатида сабзи (бета-каротин ва А витаминга бой, ушбу витамин факат ўсимлик мойлари билан биргаликда ишлатилганда фойдали), черника (таркибида асосан Б ва С витаминлари), янги кўкатлар (С, Б ва А витаминлари), денгиз баликлари (омега-3), малина баргидан тайёрланган чойшунингдек, асал (айникса тоғ асали) куриш қобилиятини мустахкамлайди.

Хулоса. Миопияни даволашни комплекс тарзда амалга ошириш кўпрок самарага эга. Бунга икки томонлама ёндашиш лозим. Яъни ташки томондан мустахкамлаш машклар оркали, ички томондан мустахкамлашэса куриш органидаги кон айланиш, моддалар алмашинуви ва регенерацияни яхшилашга қаратилади. Бунинг учун кундалик рационни фойдали махсулотлар ва витаминлар билан бойитиш мақсадга мувофикдир.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

- 1. 2018 Training Course for community Level medical personnel of Developing countries" China. Beijing
 - 2. « Упражнение йоги для глаз » Йог Рамантата 1991
- 3. «Effect of Eye Exercises in Combination with Auricular Plaster Therapy on Adolescent Pseudomyopia Patients » Yong-Qiang Wang
- 4. Chen H. Recent studies on auriculoacupuncture and its mechanism. J Tradit Chin Med 1993;

Guthoff R. Ein Leitfaden fur die Praxis. Ultraschall in der Opthalmologishen Diagnostik. Stuttgart; 1988

- 5. Roy FH. Chinese eye exercises. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1980;
- 6. Аветисов С.Э..Близорукость.- М.: Медицина, 2002
- 7. Семенов А.Д. лазеры в оптико-реконструктивной микрохирургии глаза// Авторефарат...дис.д.м.н. М., 1994
 - 8. Кузнецов М.В Причины развития близорукости и её лечение.-М.: Медицина, 2004
 - 9. www.yogatrain.ru;
 - 10. www.vseoglazah.ru;
 - 11. www.ziyonet.uz



СТРУКТУРА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА И ХАРАКТЕР СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ПОСТРАДАВШИХ.

Индиаминов Сайит Индиаминович Профессор Самаркандского государственного медицинского института Асатулаев Акмаль Фархатович Ассистент, Самаркандского государственного медицинского института

Аннотация: В статье проведен анализ структуры смертельных исходов в результате дорожно-транспортного травматизма. На достаточном количестве материала (1455 случаев) отображена структура сочетанных травм, при этом наиболее часто пострадавшие являлись лица мужского пола, в молодом возрасте (18-44 лет). Структура сочетанной травмы могут быть учтены в процессе оказания пострадавшим неотложной скорой и специализированной помощи. Подчеркивается необходимость в разработке профилактических мероприятий по предупреждению травматизма.

Ключевые слова: ДТП, структура, сочетанная травма, смерть.

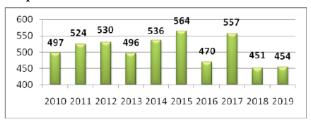
Одно из ведущих мест в структуре травматизма мирного времени занимают повреждения, причиняемые при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). Количество пострадавших в условиях ДТП свидетельствует о масштабах и остроте сложившейся ситуации. Летальность в результате транспортных происшествий, несмотря на принимаемые меры, остается на высоком уровне, поэтому данная проблема до настоящего времени не теряет своей актуальности. По данным ВОЗ, в Европейском регионе одной из основных причин смерти являются травмы, полученные в ДТП и составляют около 25% от всех случаев смерти в результате травм. Большинство жертв ДТП - это так называемые уязвимые участники дорожного движения: пешеходы, велосипедисты и мотоциклисты. ДТП являются основными причинами возникающей у пострадавших тяжелой сочетанной травмы (СТ) [2, 3, 4].

Цель исследования. Изучить структуру ДТП и характер СТ у пострадавших.

Материалы и методы исследования. По результатам судебно-медицинских экспертиз (исследований) трупов проведенных в Самаркандской области за период с 2010 по 2019 гг. изучены структура ДТП и характер СТ у пострадавших. Изучению подвергались сведения постановлений (направлений) судебно-следственных органов, копии протоколов осмотра места происшествий (трупа), медицинские документы (при их наличии), заключения экспертизы трупов, результаты дополнительных и лабораторных исследований органов и тканей трупов. Полученные данные подвергли компьютерному количественному анализу в программах Microsoft Office, Excel и т.д. с построением диаграмм.

Результаты исследования и их обсуждения. За указанный период всего было проведено 5079 случаев экспертиз (исследований) трупов, включающие смерти людей от различных внешних травматических воздействий, а также некоторых видов ненасильственной смерти- скоропостижная (внезапная) смерть, материнская смертность и другие. Динамика показателей проведенных экспертиз (исследований) трупов изучена и по годам показана на диаграмме 1. Из диаграммы видно, что относительные возрастания случаев смерти наблюдаются в 2015 и 2017 годах (564 и 557 случаев соответственно).

Диаграмма 1. Общее число случаев судебно-медицинских экспертиз (исследований) трупов проведенных за период с 2010 по 2019 года.

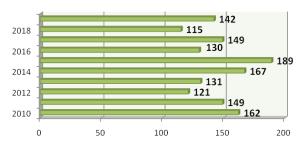




Количество экспертиз (исследований) трупов, связанных с механическими воздействиями - повреждениями тупыми твердыми предметами, включая падения с высоты, острыми предметами, огнестрельные и повреждения возникшие при ДТП, составляло 1961 случай (38, 6%). При этом наибольший процент случаев смерти приходится на ДТП 1455 (74%). По данным литературы частота транспортной травмы в общем объеме экспертиз и исследований при механической травме в России (2017г.): Республика Дагестан — 12, 1%, Чукотский автономный округ — 12, 5%, Мурманская область — 18, 3%, Томская область — 19, 2%, а в других составляли более 50%: Воронежская область — 51, 5%, Республика Калмыкия — 52, 4%, Республика Северная Осетия-Алания — 52, 8%, Республика Адыгея — 58, 9%. В Московской области — 42, 1%, в самых больших городах России — Москве и Санкт-Петербурге эти значения были ниже средних (27, 2 и 27, 7% соответственно) [2].

Рассматривая структуру смерти в результате ДТП по годам получены следующие показатели: 2010 год - 162, 2011 год - 149, 2012 год - 121, 2013 год - 131, 2014 год - 168, 2015 год - 189, 2016 год - 130, 2017 год - 149, 2018 год - 115, 2019 год - 142 случаев, наиболее высокий показатель отмечен в 2015 году. (Диаграмма 2).

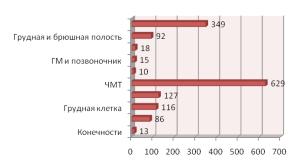
Диаграмма 2. Структура смерти в результате ДТП по годам.



В литературе приводятся весьма разнообразные классификации СТ (политравмы), однако до настоящего времени нет единой унифицированной классификации, охватывающей все аспекты СТ [Менкалов А.В., 2013]. По мнению ряда авторов, клинико-анатомическая классификация В.А. Соколова (1997) является наиболее оптимальной для систематизации клинико-патоморфологических аспектов СТ, согласно которой все виды СТ могут быть разделены на следующие группы: 1 - сочетанная черепно-мозговая травма; 2 -сочетанная травма спинного мозга; 3 - сочетанная травма груди; 4 - сочетанная травма живота и органов забрюшинного пространства; 5 - сочетанная травма опорно-двигательного аппарата; 6 - сочетанная травма с двумя и более тяжелыми повреждениям; 7 - сочетанная травма без тяжелых повреждений. Опираясь на данную классификацию нами были систематизирована структура СТ у лиц погибших в результате ДТП (диаграмма 3).

Из диаграммы видно, что наибольшее число случаев - 629 (43%) смерти составили черепномозговые травмы (ЧМТ), включающие тяжелые ушибы головного мозга с нарушениями или без нарушений целостности костей черепа. Сочетанные травмы (СТ) составили — 349 (23, 9%) случаев, повреждения органов грудной клетки и брюшной полости составило 92 случаев. Сочетанные травмы головы и конечностей—18, головы и позвоночного столба—15 и повреждения грудной клетки и конечностей 10 случаев. Изолированные повреждения позвоночника — 127, грудной клетки — 116, конечностей -13, органов брюшной полости 86 случаев.

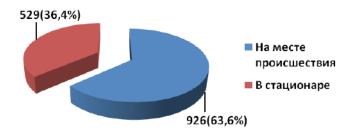
Диаграмма 3. Локализация повреждений в результате воздействия полученных травм.





Выявлено, что в 63, 6% случаях смерть пострадавших наступила на месте дорожно транспортного происшествия, а в 36, 4% случаев пострадавшие лица были доставлены в лечебные учреждения и летальный исход произошел в стационаре в результате полученных травм не совместимых с жизнью (Диаграмма 4). По данным разных авторов в структуре смертельных повреждений, ЧМТ занимает ведущее место, преобладает у лиц трудоспособного возраста, и составляет от 11, 1% до 77, 6% всех случаев механи-ческой травмы [5]. Повреждения грудной клетки занимает второе место после ЧМТ и по данным разных авторов составляет от 21, 4% до 46, 3% [1].

Диаграмма 4. В зависимости от места наступления смерти.



Рассматривая пол и возраст: наиболее часто смерть в результате повреждений причиненными тупыми предметами и транспортными средствами наблюдается у лиц мужского пола — 74, 6% (Диаграмма 5). По возрастным аспектам наибольший процент насильственной смертности приходится на молодой возраст (18-44 года) (Диаграмма 6).

Диаграмма 5. Распределение по полу.

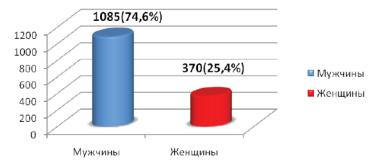
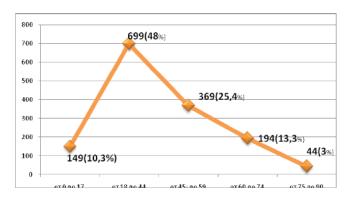


Диаграмма 6. Возрастная категория.



Заключение. В структуре смерти от внешних травматических воздействий ведущее место занимает тупая механическая травма, в составе которой ДТП составляет 75%. В большинстве случаев смерть пострадавших при ДТП наступала на местах происшествий, в результате грубых анатомических повреждений, а также тяжелой ЧМТ. При этом наиболее часто погибали лица мужского пола, в молодом возрасте. Приведенные данные могут быть учтены в разработке и принятии необходимых мер по снижению и предотвращению ДТП, а также при организации неотложной и специализированной медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном и госпитальном этапах.



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

- 1. Бадалян А.Ф.«Судебно-медицинская оценка переломов ребер в условиях ударного сдавливания грудной клетки» Автореф.дисс.канд.мед.наук 2007.
- 2. Ковалев А.В. Структура смертельной механической травмы в России (по материалам 2003—2017 гг.) Судебно-медицинская экспертиза, 2, 2019 с.12
- 3. Савенкова Е.Н. Детский дорожно-транспортный травматизм как судебно-медицинская проблема//Судебно-медицинская экспертиза, 6, 2017 с.13
- 4. Смиренин С.А. Значение результатов краш-тестов с моделями нижних конечностей пешеходов в профилактике дорожно-транспортного травматизма //Судебно-медицинская экспертиза, 3, 2017 с.14
- 5. Шмякин А.М. «Судебно-медицинская оценка переломов костей мозгового черепа в условиях ударного сдавливания» Автореф.дисс.канд.мед.наук 2004.

50



ГЕМАНГИОМЫ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА – НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Лутфуллаев Г. У.,
доктор медицинских наук, доцент
lutfullaev75@gmail.com +998905050095,
Hематов У. С., ассистент
uktamlor@gmail.com +998902286375,
кафедра Оториноларингологии Факультета
последипломного образования Самаркандского
медицинского института

Аннотация. Несмотря на свою доброкачественность, гемангиомы имеют быстрый прогрессирующий рост. При росте гемангиом на веках, ушной раковине, носу, а также на слизистой оболочке ротовой полости, вместе с косметическими проблемами, могут возникать физиологические нарушения - в виде изменения некоторых функций (зрение, слух, дыхание). Основным методом лечения до сих пор остается хирургический, однако, проблемой и опасностью остается борьба с интра- и послеоперационными кровотечениями.

Ключевые слова: гемангиома, склерозирующая терапия, тромбовар.

Сосудистые опухоли по мнению многочисленных авторов составляют от 1 до 7% всех доброкачественных опухолей. Основная масса гемангиом локализуется в области головы. По гистологической структуре они делятся на кавернозные, ветвистые (артериальные, венозные и смешанные), капиллярные и фиброангиомы.

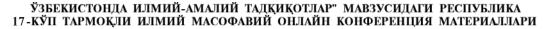
На кафедре Оториноларингологии ФПДО Самаркандского медицинского института проведены исследования, которые включает результаты обследования 18 больных с гемангиомой перегородки носа в возрасте от 18 до 45 лет, из которых большая часть пациентов женского пола – 13 (72, 2 %), которые были разделены на две группы. Новообразование чаще всего определялось в области зоны Киссельбаха.

В 1 основную группу вошли 10 больных, которым для остановки кровотечения и кровопотери провели склерозирующую терапию препаратом Тромбовар. После местной апликационной анестезии слизистой оболочки полости носа 10% раствором лидокаина, с учетом величины и проникновения в толщу опухоли вводили от 0, 5 до 2 мл 1% раствора тромбовар, на протяжении 5 дней, увеличивая по схеме дозировку препарата (2 мл максимально). Уже через день отмечали изменение цвета опухоли, она темнела, а еще через 2—3 дня уменьшалась в объеме и на 4—5-й день капиллярная гемангиома отграничивалась от здоровой ткани.

Пациенты контрольной группы (8 человек) подверглись традиционному хирургическому лечению — эндоназальному удалению гемангиомы под общим эндотрахеальным обезболиванием (3 больных) и под местной анестезией 5 больных. В ходе операционной процедуры и после него наблюдалось выраженное кровотечение. Производилась тугая томпонада операционной раны марлевой турундой, на следующий день производили замену на ватный тампон с синтомициновой мазью.

Рецидивы отмечены после хирургического вмешательства у 1 больного. У 9 человек, после деструкции опухоли с помощью раствора тромбовар, заболевание не рецидивировало.

Выводы. Суммируя результаты, приходим к выводу, что тромбовар производит отчетливое склерозирующее действие на гемангиому, приводя к её быстрому обратной регрессии в результате склерозирования гемангиоматозной ткани. При выраженном склерозирующем лечебном свойстве тромбовар избирательно действует на тело сосудистой опухоли и позволяет избежать нежелательных осложнений.





Список литературы:

- 1. Антонив Т.В. К вопросу о лечении больных гемангиомой ЛОР-органов.//Вестник оториноларингологии, 2007, №5, С. 279 -280.
- 2. Ермуханова Г. Т., Бекмухаметов А.С., Даутов Д.К. и соавт. // Опыт лечения ребенка с гемангиомой методом склерозирующей терапии тромбоваром // Вестник КазНМУ, №1 2013. С 149 -152.
- 3. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Осипенко Е.В. Доброкачественные новообразования околоносовых пазух. Практ. медицина. 2015; 87: 2: 104-8. / Karpishchenko S.A., Vereshchagina O.E., Osipenko E.V. Dobrokachestvennye novoobrazovaniia okolonosovykh pazukh. Prakt. meditsina. 2015; 87: 2: 104-8. [in Russian]



БУРУН ВА УНИНГ ЕНДОШ БЎШЛИКЛАРИ МИКОЗЛАРИ

Лутфуллаев У.Л., тибоиет фанлари доктори, профессор lutfullayev.umrillo@sammi.uz, +99891 318 60 48, Сафарова Н.И., тибоиет фанлари номзоди, ассистент nasiba-safarova@rambler.ru, +99890 525 53 84, Самарқанд Давлат тибоиет институти Дипломдан кейинги таълим факультети оториноларингология кафедраси

Аннотация. Замбуруғли касалликлар сони ўсиб боришининг сабабларидан бири ахолининг замбуруғли инфекция, унинг тарқалиш йуллари ва профилактикаси тўғрисида етарли тушунчага эга эмаслиги, шифокорга кеч мурожаат қилиши ва булар оқибатида касаллик сурункали шакллари келиб чиқмоқда.

Калит сўзлар: микозлар, иммунитет, юкори жағ бушлиғи.

ЛОР-аъзоларининг микозлари – инфекцион касаллик бўлиб, уларнинг ривожланиши учун маълум шарт-шароит – омиллар мужассам бўлиши керак. Бурун ва унинг ендош бўшликлари микозлари асосан икки турда: юзаки ва чукур – инвазив, яъни шиллик пардадан ташкари суяк усти пардаси ва суякнинг остеомиелитик зарарланиши кўринишида учраб, кўзғатувчилари моғор замбуруғи: Penicillium, Aspergillus, Mucor, Alternaria ва ачиткилардан Candida бўлиши мумкин. Бурун ендош бўшликларидан кўпрок юкори жағ бўшлиғи замбуруғ билан зарарланиб, клиник белгилари аллергик касаллик сифатида намоен бўлади. Инвазив жараен аспергиллез, мукорозда, ноинвазив эса – кандидоз, пенициллиозда кузатилади.

Бурун ендош бўшликлари микозларида клиник симптомлар бош оғриши, бурун битиши, бурундан ажралма келиши ва умумий интоксикация билан намоен булади. Характерли белгилардан буруннинг тўлик ва доимий битиши, ажралмалар микдори жуда кўп, даврий равишда, ачитки замбуруғлар чакирган кандидозларда эса — окимтир пишлоксимон масса кўринишида, могор замбуруғи чакирган микозларда ажралма зич, бўткасимон, баъзан бадбуй хидли бўлади.

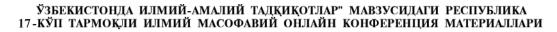
Бурун бушлиги замбуруғли жараенининг энг куп учрайдиган локализацияси бурун тусиғининг олдинги еки урта қисми булиб, шу сохада чегараланган, четлари нотекис, юзаси оқиш-кулранг еки сарғиш караш билан қопланган яралар пайдо булади. Бурун бушлиғи микози катта ешлиларда купрок учрайди. Бунга замбуруғлар усиши ва ривожланиши учун кулай шароит яратадиган шиллиқ қаватларнинг инволютив узгаришлари сабаб булади.

Диагностика. Замбуруғ касалликлари диагностикаси бошка ЛОР аъзолари ва инфекцион касалликлар сингари комплекс микологик тахлиллар асосида ўтказилади. Лаборатор тахлиллар асосан патологик ажралмани микроскопик текшириш ва озиқ мухитларига экишдан иборат булиб, замбуруғ тури ва кўриниши тўғрисида маълумот беради.

Даволаш. ЛОР аъзолари замбуруғли касалликларини даволашда, касаллик юзага келган барча шароитларни хисобга олиб, антибиотикларни ман этиш, комплекс умумий кувватлаштирувчи ва витаминотерапия ўтказилади. Замбуруғ касалликлари патогенезида ахамиятга эга омилларни аниклаш ва хисобга олиш керак (қандли диабет, қон касалликлари, иммунодефицит холатлар). Замбуруғлар кучли аллергик хусусиятга эга булгани учун десенсибилизирловчи терапия хам ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Хозирги вактда махсус антимикотик терапия учун қатор умумий ва махаллий дори воситалари кенг кўламда қўлланилади. Замбуруғга карши медикаментоз терапия замбуруғларнинг тури ва айнан кайси дори воситасига чидамлилиги баландлигини хисобга олган холда ўтказилиши керак.

Умумий даво терапияси микотик ўчоққа махаллий таъсир билан бир вақтда ўтказилиши





янада яхши натижаларни беради. Бурун ва ва унинг ендош бўшликлари замбуруғли касалликлари рецидивларининг олдини олиш максадида қайта даво курслари ўтказиш керак. Беморларнинг тузалганлиги нафакат умумий ахвол ва махаллий статуснинг яхшиланиши, балки қайта микологик текшириш натижаларига хам боғлиқ.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

- 1. Акулич Н.И., Лопатин А.С. Грибковое заболевание глотки // Леч. врач. 2003. № 8. С. 34—37.
- 2. Лутфуллаев Г.У., Сафарова Н.И. Лор аъзоларининг замбуруғли касалликлари // Услубий тавсияномалар, Самарканд -2015. 12 бет.
- 3. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Мачулин А.И. Лечение грибковых поражений верхних дыхательных путей // Вестн. оториноларингол. 2008. № 2. С. 78-80.

Июнь | 2020 18-қисм Тошкент



УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Мардиева Гульшод Маматмурадовна, доцент кафедры общей хирургии, лучевой диагностики и терапии, Самаркандского государственного медицинского института Муродуллаева Дильрабо Муродуллаевна, студентка магистратуры по специальности «Медицинская радиология»

Анномация. Изучены данные ультразвукового обследования больных с травматическим повреждениями мягкотканых структур коленного сустава в анамнезе, у которых методом рентгенографии исключены повреждения костей. Учитывая характеристику поврежденных внутрисуставных структур были выделены 4 группы пациентов. При диагностике повреждений мягкотканых структур коленного сустава УЗ-метод позволил четко выявить наличие повреждения, дифференцировать дегенеративные изменения.

Ключевые слова: коленный сустав, УЗИ, мениски, связки, повреждения.

Актуальность. На долю травм коленного сустава приходится около 50% повреждений всех суставов [1,2,3]. Данная патология выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности. Принимая во внимание, что только 6% повреждений коленного сустава приходится на костные структуры, а остальное на повреждения мягкотканых структур, становится очевидным роль высокоинформативных методов диагностики менисков и связок коленного сустава [4, 5, 6].

Цель исследования: оценка возможностей ультразвукового исследования при повреждении мягкотканых структур коленного сустава.

Материал и методы исследования: Обследованы коленные суставы 40 пациентов с травматическим повреждением в анамнезе, у которых методом рентгенографии исключены повреждения костей. Исследование проводили на ультразвуковом сканере «SonoScape»-S-50 с датчиком линейного формата, частотой 7, 5 МГц. Возраст пациентов варьировал от 9 до 70 лет, преобладали мужчины (25 человек), количество женщин - 15 человек. В 21 случаях был поврежден левый сустав (52, 5%), в 19 (47, 5%) — правый.

Результаты: Наиболее часто встречалась триада симптомов: боль, ограничение движения и отек. Учитывая характеристику поврежденных внутрисуставных структур были выделены 4 группы пациентов. В первую и наиболее обширную группу включены пациенты, у которых были выявлены изолированные разрывы медиального и латерального менисков - 18 больных (45%): 14 больных с повреждением медиального мениска (67%), 4 суставов - латерального (22%), у 2 пациентов (11%) - медиального и латерального менисков, в 78% случаях разрывов менисков определялось наличие жидкости в заворотах и полости сустава; признаки деформирующего артроза - в 56%; у 1 больного - участки отека костного мозга. УЗ-признаками разрыва менисков: утрата однородности (94%), ан- или гипо-эхогенный дефект ткани и деформация контура мениска с нарушением дифференциации границы мениска с суставным хрящом (78%).

Вторую группу составили пациенты с изолированными повреждениями связочного аппарата коленного сустава: 6 пациентов (15%) с частичными и полными повреждениями медиальной и латеральной боковых связок, передней и задней крестообразных связок, собственной связки надколенника. В 83% случаях определялось наличие жидкости в заворотах и полости сустава. Признаки деформирующего артроза в данной группе встречались в 50%. У 1 больного были выявлены участки отека костного мозга.

Третью группу составили 5 пациентов, у которых сочетались повреждения как связок, так и менисков. При полных разрывах место повреждения заполнялось гематомой



(ан- или гипоэхогенная зона с наличием или без гиперэхогенных включений). Основными УЗ-критериями для выявления повреждения связочного аппарата являлись утолщение и понижение эхогенности, нарушение целостности волокон, их анатомической непрерывности. Дополнительным признаком являлся интра- и периартикулярный отек.

Четвертая группа представлена пациентами без повреждений связок и менисков, но имевших травматический анамнез (11 больных). В 73 % случаев пациентам данной группы сопутствовал синовит, в 55% - деформирующий остеоартроз. Кроме того, отмечались дегенеративные изменения менисков, а также киста Бейкера.

Выводы: При диагностике травматических повреждений мягкотканых структур коленного сустава УЗИ демонстрирует широкий диапазон диагностических возможностей. При разрывах менисков и связок коленных суставов УЗИ позволяет четко выявить наличие повреждения, дифференцировать разрывы и дегенеративные изменения этих структур. И хотя УЗИ имеет некоторые ограничения, ухудшающие визуализацию внутрисуставных структур, диагностические возможности данного метода достаточно высоки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Брайтензеер М. et all. Учебник по клинической и радиологической диагностике. Вена: University Publisher, 2014. С. 239-262.
- 2. Г.М. Мардиева, О.А. Хамидов, et all. Возможности лучевых методов исследования при повреждениях мягкотканых структур коленного сустава// Научно-практический журнал «Проблемы биологии и медицины». 2018. № 4 (104). Стр. 197-201.
- 3. Кинзерский А.Ю. Ультразвуковое исследование при травмах и заболеваниях коленного сустава. Челябинск, 2010. 105 с.
- 4. Hoyt M., Goodemote P., Morton J. How accurate is an MRI at diagnosing injured knee ligaments? //J. Family Pract. 2010.
- 5. Mardiyeva G.M. Khamidov O.A. et all. Ultrasound semiotics of Biker cysts.// European science review. Volume 2– Vinna. 2019. № 1–2. P. 166-169.

Miza P, Conaghan P. A systematic review of MRI ultrasound and scintigraphy as the final measures for structural pathology in interventional therapeutic studies of knee arthritis: emphasis on responsiveness. www.pubmed.com . 2011.

 Июнь | 2020 18-қисм
 Тошкент

 56



«ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ НАГНОЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН»

Тешаев О.Р. док. мед. наук, профессор, зав. кафедрой Хирургических болезней ТМА. Телефон:+998903581341. tma.tor@mail.ru., Муродов А.С. Ташкентская Медицинская Академия, ассистент кафедры Хирургических болезней ТМА. Телефон:+998909619303. dr.alimurod@mail.ru.

Аннотация. Целью данного исследованиеявляется улучшение результатов лечение больных с послеоперационными гнойными ранами в абдоминальной хирургии, путем комплексного местного применения Φ ДТ и CO_2 лазера. Проведено обследование и лечение 42 больных с послеоперационными гнойными ранами после экстренной абдоминальной операции. Первая контрольная группа представлена 20 больными, которым проведено традиционный метод лечение, а основную группу выходили 22 больных, которым после хирургической обработки гнойного очага традиционное лечение дополняли Φ ДТ и CO_2 лазера. Комплексное лечение с применением Φ ДТи CO_2 лазера является наиболее эффективным, по сравнению с другими традиционными методами лечение.

Ключевые слова: Фотодинамическая терапия, фотосенсибилизатор, метиленовый синий, Streptococcuspyogenes.

Несмотря на все многообразие методов лечения, применяемых в гнойной хирургии, количество больных с раневой патологией не имеет тенденции к уменьшению, до сих пор остаются большими сроки лечения и высокая его стоимость [5].

В общей структуре хирургических заболеваний хирургическая инфекция наблюдается у 35 - 45% больных. При этом до 70-80% этих больных попадают в стационары по неотложным показаниям. В структуре послеоперационных осложнений хирургическая инфекция составляет от 32 до 75%[1, 2, 8, 6, 4, 12, 11]. Более 30% всех летальных исходов в послеоперационном периоде связаны с различными гнойно воспалительными процессами [3, 7, 4]. Эти впечатляющие цифры убедительно свидетельствуют об актуальности и нерешенности проблемы гнойной инфекции в хирургии, которая представляет собой весьма серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему, остающуюся актуальной и в настоящее время [10].

Внутрибольничная инфекция, как правило, оказывается резистентной ко многим антибиотикам. Фотодинамическая терапия (ФДТ) открывает новые возможности в лечении антибиотико-резистентных штаммов бактерий.

В настоящее время активно изучается применение Φ ДТ при инфекционных заболеваниях, формируется отдельное направление – антимикробная фотодинамическая терапия ($\Lambda\Phi$ ДТ)[9].

Цель. Улучшение результатов лечение больных с послеоперационными гнойными ранами в абдоминальной хирургии, путем комплексного применением Φ ДТ и CO_2 лазера.

Материал и методы. Под нашим наблюдением было 42 больных с послеоперационными гнойными ранами после плановых абдоминальных операции, находившихся в отделение гнойной хирургии 1-городской клинической больницы на базе кафедры Хирургических болезней ТМА в 2014 - 2018 годы. Возраст больных колебался от 18 до 80 лет, но преобладали пациенты трудоспособного возраста (до 80%).

Больные были разделены на 2 группы. Первая контрольная группа представлена 20 больными, которым проведено традиционный метод лечение, а основную группу выходили 22 больных, которым после хирургической обработки гнойного очага традиционное лечение



дополняли ФДТи CO_2 лазера. В основной группе 8 пациента (36, 3%) были после операции по поводу различного генеза острой кишечнойнепроходимости, 6 пациентов(27, 3%) по поводу грыжа сечение (2 из них с применением аллотрансплантанта), 4 пациентов(18, 2%) по поводу перитонита, 2 пациентов(9, 1%)после традиционной холецистэктомиии в 2(9, 1%) случае после резекции желудка.

У больных контрольную группу (20 пациентов) с нагноением после операционной раны, которым проводился комплекс лечебных мероприятий, в числе оперативное вмещательство, антибиотикотерапия, инфузионнаятерапия, дезинтоксикационная терапию, а также проводились симптоматическое лечение сопутствующих заболеваний. Местное лечение проводилось традиционным способом с приеменение антисептиков и мазов.

На рану после промывания 3% раствором перекиси водорода и высушивания накладывали фотосенсибилизатор 0, 05 % буферный раствор метиленовой сини с 30 мин экспозицией. Затем после смывания с раневой поверхности фотосенсибилизатора выполняли облучение раневой поверхности аппаратом АЛТ- ВОСТОК 03. Длина волны 660-670 нм с плотностью мощности 200 мВТ/см². Расстояние от излучателя до раневой поверхности составляло 2-5 см. Длительность лечения составляла 15-30 мин, в зависимости от площади раневой поверхности. Кратность процедуры составляла 4-6 сеансов в зависимости от состояния раны.

Исследованы планиметрия, сроки заживления, показатели периферической крови, микробиология и морфология биоптатов из дна и стенок раны на 1-е, 3-й, 7-е и 10-е сутки наблюдения.

Результаты. При поступлении у всех больных былипризнаки интоксикации различной степени выраженности, о чем свидетельствовали изменения лейкоцитарной формулы крови: лейкоцитоз, повышение количества незрелых форм нейтрофилов, снижение количества моноцитов и лимфоцитов, а также увеличение показателя ЛИИ. В среднем лейкоцитоз у больных с гнойно-воспалительными ранами мягких тканей составлял 9, 8-12, $6 \cdot 10^9 / \pi$. Дополнение традиционного местного лечения гнойной раны воздействием ФДТ способствовало улучшению общего состояния больных. Температура тела нормализовалась на 2-3 сутки после начала лечения.

Оценку результатов проведена 3, 7, 10 сутки от начала лечения. Оценкой эффективности ФДТ служили сроки очищения и заживления раны, характер отделяемого, микробиология раны.

В контрольной группе больных сроки заживление ран доходили до 19 ± 2 суток, а в заживления основной 11 ± 2 суток.

Если при традиционном лечении больных с гнойными ранами койко-день составил 9-10 дней, то у пациентов основной группы, после комплексного лечения с применением ФДТ и CO₂ лазера, длительность пребывания в стационаре составила 6-7 дней.

При количественных микробиологических исследованиях установлено, что до начала лечения у больных обеих групп имелся высокий уровень обсемененности тканей ран, в 1гр ткани содержалось в среднем 10^{6-9} KOE. После проведения ФДТ микробная обсемененность через 1 сутки уменьшилась до 10^{4-6} KOE/г. На 3-и и 5-е сутки этот показатель снизился до 10^{2-4} KOE/г, а 50% больных микрофлора из ткани не выделялась. При традиционном лечении в этот же срок показатель микробной обсемененности ткани ран составил 10^{6-7} KOE/г.

Заключение. Таким образом, применение антибактериальной фотодинамической терапии и CO_2 лазерав комплексном лечении больных с послеоперационными гнойными ранами в абдоминальной хирургии с использованием фотосенсибилизаторов Метиленовый сини позволяет в более ранние сроки добиться очищения раневых дефектов от патогенной микробной флоры и заживление ее. ФДТ представляется новым и эффективным методом лечения и профилактики гнойной инфекции. ФДТ одинаково эффективен в отношении антибиотико-резистентных штаммов бактерий.



Летература:

- 1. Абаев, Ю. К. Современные особенности хирургической инфекции / Ю. К. Абаев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. -2005. T.164, № 3. C. 107-111.
- 2. Азимшоев, А.М. Лазерная фотохимическая терапия гнойных ран с фотосенсибилизатором хлориновогоряда :автореф.дис. ... канд.мед.наук: 14.01.17 / Азимшоев А.М. – М., 2008.– 22 с.
- 3. Блатун Л. А. Местное медикаментозное лечение ран. / Л.А. Блатун // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2011. № 4. С. 51–59.
- 4. Гельфанд Б.Р. и др. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации. Под ред. Б.Р. Гельфанда и др. М.: «Издательство МАИ», 2015, 109 с.
- 5. Гостищев В.К., Использование N0- содержащего газового потока в лечении гнойных ран // NO-терапия: теоретические аспекты, клинический опыт и проблемы применения экзогенного оксида азота в медицине / Под ред. С.В. Грачева [и др.]. М.: Русский врач, 2001. С.79-82.
- 6. Дербенев, В.А. Крайне высокочастотная и лазерная терапия в лечении больных с гнойными ранами мягких тканей /В.А.Дербенев и соавт // Лазерная медицина. 2010. T. 14. Выпуск 3. C. 8 11.
- 7. Савельев В.С. и соав. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации. Москва, 2009 г. Монография.
- 8. Савельева В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И.. Т. 1. М.: ГЭОТАРМедиа, 2008, 864 с.
- 9. УлащикВ.С. .Фотодинамическая терапия технология XXI века. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013№1.
- 10. Шандуренко И.Н. Биологически активные гелеобразующие перевязочные средства в комплексном лечении гнойных и огнестрельных ран. // Автореф. дисс. на соискание уч. степени док. мед. наук-М. 2006- С.30.
- 11. Proud D. [et al.]. Are we getting necrotizing soft tissue infections right? A 10 year review / ANZ J Surg.-2014 Jun. Vol. 84, N 6. P. 468-72 doi: 10.1111/ans.12412.
- 12. Pulgar S., Mehra M., Quintana A. et al. The epidemiology of hospitalised cases of skin and soft tissue infection in Europe.18th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2008, Barcelona, Spain, Abstr. P821



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Райимов Г.Н. Доктор мед.наук, Ферганский филиал РНЦЭМП Rayimov.gayrat3003@gmai.ru 97-944-30-03

Аннотация. Проанализированы результаты хирургического лечения 387 больных с острым калькулезным холециститом, которым была выполнена лапароскопическаяхолецистэктомия. Конверсионнаяхолецистэктомия выполнена у 27(7%) больных с острым калькулезным холециститом. Среди больных с ятрогенным повреждениемхоледохау 1 (0, 2 %) больноговозникли повреждения общего желчного протока. Послеоперационная летальность составила 0, 5% Для предупреждения осложнений при выполнении ЛХЭ необходимо учитывать результаты УЗИ ЭРХПГ, а также соблюдать последовательность в этапах лечения.

Ключевые слова: лапароскопическаяхолецистэктомия, конверсия, Синдром Мирризи, камень желчного пузыря.

Введение

Актуальность проблемы острого холецистита обусловлена не снижающимся уровнем заболеваемости стабильными величинами летальности. Успехи эндовидеолапароскопических технологий в диагностике и лечении ряда заболеваний органов брюшной полости (аппендицит, грыжесечениеперфоративныегастродуоденальные язвы, спаечная болезнь брюшины) несомненны. Однако, наряду с неоспоримыми преимуществами, лапароскопическопическаяхолецистэктомия (ЛХЭ) поставила перед хирургами и ряд сложных проблем, одной из которых являются интраоперационные осложнения. На протяжении многих лет их частота остается стабильной, недопустимо высокой и, по данным различных авторов, составляет 1, 5–16, 8%. К сожалению, уровень ятрогенных повреждений желчных протоков при ЛХЭ возрос до 0, 5-1 % по сравнению с открытой холецистэктомией, при которой риск аналогичного осложнения был на уровне 0, 1-0, 2 %.

Несмотря на достигнутые успехи лапароскопической хирургии, в лечении желчнокаменной болезни профилактика интраоперационных осложнений остается актуальной и сложной проблемой и недостаточно освещена в литературе.

Цель исследования

Провести анализ результатов хирургического лечения, причины интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопическойхолецистэктомии и разработать мероприятия, направленные на их профилактику.

Материалы и методы исследования.

Проанализированы результаты хирургического лечения 387 больных с желчнокаменной болезнью в возрасте от 28 до 63 года, поступивших в экстренное абдоминальное отделение Ферганского филиала РНЦЭМП в период с 2015 по 2019 гг. В качестве обследования больным выполняли общеклинические, биохимические и инструментальные исследование (УЗИ, КТ) желчного пузыря и внепеченочных желчных ходов, с целью определения характера их поражения, а также по показаниям эндоскопическуюпапиллоскопию и эндоскопическую ретроградную панкреато-холангиографию (ЭРПХГ).

Результаты исследований и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что среди поступивших больных, большое количество прооперированных больных 271 (70 %) составили женщины и 116 мужчин (30%). У исследуемых с острым калькулезным холециститом острый катаральный холецистит диагностирован у 174 (45 %) пациентов, острый флегмонозный — у 132 (34, 1 %) и гангрена желчного пузыря диагностирована у 81 (20, 9 %) больных. У 126 (32, 6%) больных отмечено



осложненное течение острого калькулезного холецистита: 65 (51, 6%) — водянка желчного пузыря, 30 (23, 8%) — эмпиема желчного пузыря, у 31 (24, 6%) исследуемых диагностирована механическая желтуха, причиной которой в 45 (11, 6%) наблюдениях был перихоледохеальный лимфаденит и холедохолитиаз. У 56 (14, 5%) пациентов диагностирован местный перитонит без нарушения целостности стенки желчного пузыря, у 41 (10, 6%) исследуемых вокруг пузыря сформировался околопузырный инфильтрат, еще у 34 (8, 8%) больных течение заболевания осложнилось околопузырным абсцессом. У 7 (1, 8%) пациентов с признаками механической желтухи диагностирован синдром Мирризи: камень в шейке пузыря сдавливал холедох, вызывая холестаз на уровне общего печеночного протока.

Всем пациентам с острым калькулезным холециститом выполненалапароскопическая-холецистэктомия в сроки от 1 до 2х суток с момента поступления. Интраоперационные осложнения потребовавшие конверсии возникли у 27 (6, 9%) больных. Их причиной послужили трудности выделения пузырного протока и питающей артерии из плотного инфильтрата в зоне гепатодуоденальной связки. В этих случаях после выполнения верхнесрединной лапаротомии производили антеградное удаление желчного пузыря. Повреждений магистральных желчных протоков и сосудов у 1, а также летальных исходов при лапароскопической-холецистэктомии у 2 больных с острым холециститом было.

У больных с острым течением желчнокаменной болезни (ЖКБ) и установленной причиной изменений со стороны холедоха лечение начинали с эндоскопической санации внепеченочных желчных путей. Так у 35 (9%) пациентов со стенозом БДС была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и спустя сутки произведена лапароскопическаяхолецистэктомия (ЛХЭ). Больным с холедохолитиазом75 (19, 4%) выполняли ЭПСТ, литотракцию и назобилиарное дренирование (НБД) холедоха. В тех случаях, когда извлечь конкременты из холедоха одномоментно не представлялось возможным, НБД оставляли на более длительное время. Отхождение конкрементов из холедоха контролировали с помощью ЭРПХГ. При рентгенологическом подтверждении отсутствия камней в просвете холедоха выполняли лапароскопическуюхолецистэктомию.

У 28 (7, 2 %) пациентов операцию пришлось завершить открытым методом. При этом конверсия по «благоразумию» выполнена у 20 пациентов. Причиной ее у 14 (3, 6%) больных явились склеротические изменения в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, затруднявшие визуализацию основных структур треугольника Кало. В 4 (1%) случаях имелся массивный спаечный процесс после ранее выполненных операций на желудке и двенадцатиперстной кишке. У 10 (2, 6%) исследуемых выполнена конверсия «по необходимости». Ее причиной послужили: в 1 (0, 26%) случае краевое ранение холедоха, в 2 (0, 53%) наблюдениях было желчеистечение из дополнительного желчного протока в проекции ложа желчного пузыря; кровотечение из ложа желчного пузыря, которое не удалось остановить путем электрокоагуляции, имело место в 3 (0, 78%) случаях.

Во время операции у больных со склеротическими изменениями в области шейки желчного пузыря выполненаантеграднаяхолецистэктомия. У пациентов с массивным спаечным процессом после разъединения спаек произведена ретроградная холецистэктомия. В случаях краевого ранения холедоха выполнено его наружное дренирование через место повреждения. При желчеистечении из добавочного желчного протока в области ложа желчного пузыря произведена его перевязка. У 3 (0, 78%) пациентов с кровотечением из ложа желчного пузыря произведено прошивание кровоточащего сосуда. Умерло 2 (0, 53%) больных пожилого возраста. В одном случае причиной смерти была острая сердечно-сосудистая недостаточность. Во втором — тромбоэмболия легочной артерии.

В отдаленном периоде у двух больных с билиодигестивными анастомозами развилась клиника холангита, подтвержденного данными УЗИ и клинко-лабораторных исследований. Этим больным проводили консервативную терапию, включающую в себя антибактериальные препараты, дезагреганты, витамины и гепатопротекторы.

Ретроспективный анализ осложнений, возникших во время выполнения ЛХЭ и потребовавших изменения доступа, показал, что основными причинами, приведшими к кон-



версии, следует считать неадекватную интерпретацию данных дооперационного обследования, а также отсутствие учета возможных технических сложностей в предстоящей операции из-за неправильной трактовки данных анамнеза, а также результатов инструментальных методов исследования.

Необходимо также соблюдать последовательность этапов лечения больных с осложненными формами ЖКБ, связанных с желчной гипертензией в протоках. Восстановление пассажа желчи через БДС предупреждает как «соскальзывание» клипсы с культи пузырного протока после ЛХЭ.

Чтобы неудачи и ошибки, возникающие при ЛХЭ, не переросли в тяжелые осложнения, необходимо тщательно учитывать данные состояния желчного пузыря и протоков, полученные при УЗИ и ЭРПХГ, а также строго соблюдать этапность оперативных вмешательств. Для предупреждения открытого вмешательства по «благоразумию» необходимо до операции определить форму воспаления желчного пузыря, структуру его стенки и элементов гепатодуоденальной связки, а также наличие перипузырных осложнений.

Выводы

Таким образом, правильная интерпретация данных анамнеза, а также результатов дооперационного обследования, позволяет прогнозировать возможные технические сложности в предстоящей операции.

ЛХЭ должна начинаться с диагностической видеолапароскопии, по данным которой определяется возможность выполнения ЛХЭ в каждом конкретном случае.

Видеолапароскопию необходимо рассматривать не как этап операции, а как метод диагностики, имеющий решающее значение в выборе метода операции.

Использованная литература:

- 1. Emergency laparoscopic cholecystectomy in the elderly is safe and feasible: A District General Hospital (DGH) experience / M. Hillen, C. Grant, J. Whing [at al.] // 14 th World Congress of Endoscopic Surgery, Paris, France, 25-28 June 2014. P. 506.
- 2. Morpho-functional gastric pre-and post-operative changes in elderly patients undergoing laparoscopic cholecystectomy for gallstone related disease / G. Aprea, A. Canfora, A. Ferronetti [et al.] // BMC Surgery. 2012. Vol.12 (Suppl. 1). P. 1471–2482.
- 3. Role and outcomes of laparoscopic cholecystectomy in the elderly / A. Agrusa, G. Romano, G. Frazzetta [et al.] // International Journal of Surgery. 2014. Vol.12, Iss 11. P. 1 3.
- 4. Safety of outpatient laparoscopic cholecystectomy in the elderly: analysis of 15248 patients using the NSQIP database / A. Rao, A. Polanco, S. Qiu [at al.] // Journal American Coll. Surgery. − 2013. − № 217 (6). − P. 1038-1043.10. Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis / T. Takada, S.M. Strasberg, J.S. Solomkin [at al.] // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. − 2013. − Vol. 20, № 1. − P. 1–7.
- 5. Капшитарь А. В. Мини-доступ для холецистэктомии у больных с острым холециститом в пожилом и старческом возрасте / А. В. Капшитарь // Український Журнал Хірургії. -2014. № 1(24). С. 99 102.
- 6. Касумьян С.А., Прибыткин А.А., Некрасов А.Ю. [и др.] Лапароскопические технологии в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии / // Эндоскопическая хирургия. -2014. №1. -C. 181-183.



МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Райимов Г.Н. Доктор мед.наук, Ферганский филиал РНЦЭМП Rayimov.gayrat3003@gmail.ru 97-944-30-03 Косимов Ш.Х. ВОП 2-семейной поликлиники г. Фергана Sher kasimov@inbox.ru 97-206-84-34

Аннотация. В клинике для лечения 732 больных с сочетанной травмой широко применялся лечебно-диагностический алгоритм, включающий в себя: ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и видеолапароскопию. Видеолапароскопия произведена 623 больным. У 162 больных выявлен разрыв печени и внутрибрюшное кровотечение. У 116 больных при видеолапароскопии было выявлено значительное повреждение внутрибрюшных органов, что обусловило переход на лапаротомию. Лапароскопические операции являются высокоэффективными, малотравматичными и позволяют снизить летальность у больных с тяжелой сочетанной травмой.

Ключевые слова: лапароскопические операции, сочетанная травма, травма печени.

Цель работы.

У больных с закрытой травмой живота снижение послеоперационные летальности и осложнений на основе внедрения лапароскопических вмешательств и исследования с использованием ультразвуковой, компьютерной и видеолапароскопической диагностики.

Материалы и методы исследований

За последние 10 лет в абдоминальное хирургическое отделение Ферганского филиала РНЦЭМП поступило 732 больных с тяжелой закрытой травмой органов брюшной полости. Всем больным выполнялось общепринятые методы диагностики: рентгеноскопия грудной и брюшной полостей, рентгенографии головы и конечностей, УЗИ, КТ, Видеолапароскопические исследования органов брюшной полости, лабораторные методы исследования.

Целью ультразвукового исследования было: обнаружение и оценка локализации и количества свободной жидкости в брюшной полости; оценка состояния паренхиматозных органов; выявление, локализация и определение объема забрюшинной гематомы. При отсутствии показаний к экстренной операции больным в обязательном порядке выполнялось динамическое ультразвуковое исследование каждые 0, 5-1-2 час. УЗ-исследование повторяли в обязательном порядке через 6-12-24 часов после первичного исследования.

Ультразвуковая диагностика брюшной и грудной полостей была произведена $623 \ (85, 1\%)$ пациентам. Из них у $340 \ (46, 4\%)$ выполнялось динамическое ультразвуковое наблюдение за состоянием внутренних органов на протяжении 1-3 дней.

Кроме того, у 390 (53, 2%) больных в дополнение к ультразвуковому исследованию нами выполнена компьютерная томография с контрастированием на аппарате «ToshibaAsteion 4», который позволяет получать объемное 3D изображение. Данный метод исследования имеет высокую диагностическую ценность, однако не всегда применим из-за высокой стоимости обследования, особенно в ночное время. Как альтернатива КТ больным выполнялась магнитно-резонансная томография (MPT).

Нами произведено 622 (85%) лапароскопических исследований с использованием видеолапароскопа фирмы «KarlShtors». Все лапароскопические исследования проводились с использованием общего обезболивания. При тяжелой сочетанной травме нами обязательно перед видеолапароскопическим обследованием больного проводилось рентгенологическое обследование грудной клетки. При наличии гемопневмоторакса нами проводилась



превентивная пункция плевральной полости с последующим дренированием поврежденной половины грудной клетки по Бюлау. При шоке и коматозных состояниях нами проводились противошоковые мероприятия, инфузионная терапия, направленная на восстановление объема циркулирующей крови, искусственная вентиляция легких.

Для определения наиболее оптимальной лечебно-диагностической программы и преемственности в оказании специализированной хирургической помощи нами использовалась шкала оценки тяжести множественной и сочетанной травмы, предложенная кафедрой военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по механической травме (ВПХ-МТ) и классификация повреждений печени по Е. Мооге, в которой выделяют 6 степеней повреждения.

Результаты исследований и их обсуждение

Из общего количества 732 больных в результате обследования, у 170 (23, 2%) больных со стабильной гемодинамикой и отсутствием признаков перитонита выявлены на компьютерной томографии и УЗИ, незначительные повреждения органов брюшной полости и грудной клетки, что позволило вести таких больных консервативно без выполнения малоинвазивных и традиционных хирургических вмешательств. У 107 (14, 6%) больных после ультразвукового исследования выполнялась лапароцентез брюшной полости с последующим дренированием брюшной полости через троакар полихлорвиниловой трубкой и введением до 400 мл асептической жидкости. Однако данный метод исследования имеет большой процент ошибок и риска повреждения органов при наличии спаечного процесса в брюшной полости и других причин. Наиболее информативным методом диагностики травм органов брюшной полости является Видеолапароскопия. Качественно новым этапом является видеолапароскопия, в котором в брюшную полость вводятся лапароскопические инструменты, позволяющие детально осмотреть все органы, установить и оценить характер повреждений, а также произвести в ряде случаев малоинвазивные лапароскопические вмешательства.

Из 622 произведенных видеолапароскопий у 162 (26%) больного в процессе производства диагностической лапароскопии было выявлено повреждение печени 3-4 ст. У всех этих больных произведена конверсия и выполнены лапаротомические операции с ушиванием ран печени. Линию разрыва после ушивания герметизировали «Тахокомбом». В 11 (1, 7%) случаях при небольших разрывах паренхимы, линию разрыва печени коагулировали с использованием электрокоагуляции как моно-, так и биполярной. В 2 (0, 3%) случаях, когда линия разрыва печени проходила в III-IV сегментах и был поврежден желчный пузырь, была произведена холецистэктомия, с последующим ушиванием или коагуляцией линии разрыва. В 41 (6, 5%) случае при повреждениях печени III степени, когда имелась субкапсулярная гематома более 25-50 % поверхности печени с продолжающимся кровотечением, использовалась методика наложения П-образных гомеостатических швов. Таким образом удавалось достичь надежный гемостаз. Для лучшего гемостаза мы использовали комбинацию, который наносился на линию разреза и «Тахокомб», который укладывался к линии разреза. Гемостаз при субкапсулярных гематомах с продолжающимся кровотечением. Рецидива кровотечения ни в одном из 34 случаев не отмечено. Брюшную полость обязательно дренировали в правом подреберье полихлорвиниловым дренажем.

В 30 (4, 8%) случаях, кроме повреждения печени, были диагностированы повреждения других органов брюшной полости: желудка 2(0, 3%) случая; тонкой кишки 9(1, 4%) случаев; брыжейки кишечника 12(1, 9%) случаев; селезенки 4(0, 6%) случая; мочевого пузыря 3(0, 4%) случая.

В двух случаях при проникающей травме живота было диагностировано ранение желудка в области передней поверхности тела желудка: ближе к большой кривизне – в первом случае и в кардиальном отделе желудка – во втором. Ранения были не большие и они потребовали наложения 2–3 серозно-мышечных швов на линию повреждения с последующей герметизацией швов сальником. В 12 (1, 9%) случаях были диагностированы небольшие кровотечения из разрывов брыжейки, которые в двух случаях были остановлены



биполярной коагуляцией, а в 10 случаях наложением швов на кровоточащие сосуды. В 9 случаях при небольших ранениях кишечника произведено наложение 1–2 швов на рану кишки. В трех случаях было диагностировано небольшое повреждение интраперитонеальной части мочевого пузыря II—III ст. Произведено ушивание поврежденной стенки пузыря интракорпоральными швами с последующей постановкой эпицистостомы или постоянного катетера Фолье в мочевой пузырь.

Возможности лапароскопических методик при повреждении селезенки оцениваются по-разному. Существует мнение, что их применение следует признать нецелесообразным. Некоторые хирурги при повреждении и разрывах селезенки выполняют органосохраняющие эндовидеолапароскопические вмешательства.

В двух случаях у пострадавших с закрытой травмой предпринимались органосохраняющие лапароскопические вмешательства. При лапароскопии у них была выявлены полные, глубиной до 0, 5–0, 7 см, небольшие по протяженности до 1, 5 см разрывы паренхимы, из которой после удаления сгустков крови отмечалось незначительное кровотечение. Разрыв селезенки относился к I ст. по шкале SIS. Двум больным произведена коагуляция с достижением надежного гемостаза. В других двух случаях, при разрыве селезенки I–II ст. по шкале SIS была использована аргоноплазменная коагуляция, с надежным гемостазом и последующей фиксацией к линии разрыва и «Тахокомб». После осушения и промывания брюшная полость была дренирована через контраппертуру в левом подреберье в поддиафрагмальном пространстве. Рецидив кровотечения не наблюдался. В отдаленном периоде состояние больных остается удовлетворительным. При ранениях селезенки III, IV, V ст. по шкале SIS, лапароскопически остановить кровотечение не удается, и мы производили лапаротомию.

В раннем послеоперационном периоде нами выявлены следующие осложнения после лапароскопических операций (количество операций — 162) Интраоперационные: кровотечение — 2 (1, 2%).

Вследствие невозможности надежной остановки кровотечения нами выполнена конверсия – переход на лапаротомию с прошиванием сосудов и остановкой кровотечения. Кроме того, в послеоперационном периоде нами отмечались следующие осложнения у 162 (26%) оперированных больных: желчеистечение – 8; внутрипеченочный абсцесс – 1; панкреатит – 2; раневая инфекция – 4; пневмония – 6. У 116 больных в процессе производства диагностической лапароскопии было выявлено повреждение печени 3–4 ст. по LIS. У всех этих больных произведена конверсия и выполнены лапаротомические операции с ушиванием ран печени. В 3 случаях, кроме травмы печени, выявлено повреждение почек. В двух случаях удалось ушить повреждение полюса почки. В одном случае произведенанефрэктомия. У 150 (24, 1%) ёбольных, которым произведена лапароскопия с ревизией органов брюшной полости, не было обнаружено повреждений органов брюшной полости. В 25 (4%) случаях обнаружена небольшая забрюшинная гематома, которая не нарастала. Операция закончена дренированием брюшной полости.

Выводы:

Таким образом, поступивших больных в отделение экстренной абдоминальной хирургии с тяжелой сочетанной травмой, с превалированием травмы органов брюшной полости, видеолапароскопическое обследование органов брюшной полости позволяет избежать необоснованных лапаротомий, что значительно снижает летальность у больных с тяжелой сочетанной травмой и сопутствующей соматической патологией.

Видеолапароскопические вмешательства у больных с сочетанной травмой с повреждением печени являются высокоэффективным малотравматичным хирургическим пособием и значительно снижают летальность у данной тяжёлой категории больных.

Использованная литература:

1. Абакумов М.М., Воскресенский О.В., Жестков К.Г. Торакоскопия в лечении внутриплеврального кровотечения при ранениях сосудов грудной стенки // Хирургия. 2007, №2. - С. 4-9.



- 2. Акопян С. А. Хирургическая тактика и лечение за- крытых травм печени / С. А. Акопян, Л. С. Акопян. // Вестник хирургии Армении им. Г. С. Тамазяна. 2011. № 3. С. 18—21Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р, Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В., Чанышев Б.Ф., Муслухова Э.И. Возможности миниинвазивной хирургии при открытых абдоминальных поврежедниях // Эндоскопическая хирургия. -2010, №1.-С. 16-19.
- 3. Акперов И. А. Опыт лечения травматических по-вреждений печени в хирургической клинике / И. А. Акперов, И. С. Каленич, А. А. Игнатенко. // Таврический медико-биологический вестник. 2011. № 4. С. 8.
- 4. Бисенкоы Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М. и др. Неотложная хирургия груди и живота //СПб., 2002.-511c.
- 5. Emergency laparoscopic cholecystectomy in the elderly is safe and feasible: A District General Hospital (DGH) experience / M. Hillen, C. Grant, J. Whing [at al.] // 14 th World Congress of Endoscopic Surgery, Paris, France, 25-28 June 2014. P. 506.
- 6. Safety of outpatient laparoscopic cholecystectomy in the elderly: analysis of 15248 patients using the NSQIP database / A. Rao, A. Polanco, S. Qiu [at al.] // Journal American Coll. Surgery. − 2013. − № 217 (6). − P. 1038-1043.10. Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis / T. Takada, S.M. Strasberg, J.S. Solomkin [at al.] // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. − 2013. − Vol. 20, № 1. − P. 1–7.
- 7. Role and outcomes of laparoscopic cholecystectomy in the elderly / A. Agrusa, G. Romano, G. Frazzetta [et al.] // International Journal of Surgery. 2014. Vol.12, Iss 11. P. 1 3.



АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

Расулова Мухсина Розиковна Старший преподователь кафедра судебной медицины и патологической анатомии, PhD Самаркандского государственного медицинского института 97 918 -41-13

> Индиаминов Сайит Индиаминович Профессор Самаркандского государственного медицинского института Телефон:+998(93) 337 10 90 rmr-sme@mail.ru

Аннотация. В статье проведен анализ структуры и условий происхождения смертельной электртравмы. Установлено, что по материалам судебно-медицинской экспертизы смертельное поражение техническим электротоком составляет 1, 9% от общего количества исследованных трупов. Поражение техническим электротоком наблюдаются в бытовых условиях, в молодом трудоспособном возрасте, чаще у лиц мужского пола. Признаки электрометок выявлены у 89, 5% погибших. Подчёркивается, что обоснование танатогенеза требует дальнейших целенаправленных исследований с применением современных морфологических и морфометрических методов.

Ключевые слова: электротравма, смерть, структура, судебно-медицинская экспертиза

Электрическая травма в настоящее время является одной из актуальных проблем всех отраслей медицины и имеет важное социальное значение в связи с высокой летальностью и значительной инвалидизацией выживших пациентов. Научно-технический прогресс и активное внедрение электрических технологий в повседневную жизнь человека приводят к увеличению числа электрических травм. По данным разных авторов такие травмы составляют 2—2, 5% общего числа различных повреждений. [1;6; 10; 18; 26].

Летальные исходы поражений техническим электричеством требуют обоснования танатогенеза, в связи, с чем проводится судебно-медицинская экспертиза. Результаты судебно-медицинской экспертизы служат основой в процессе технической экспертизы и правовой оценки случившегося. Основным диагностическим признаком смерти от поражений электричеством является наличие «электрометки», к сожалению, данный признак, по данным различных авторов, наблюдается в среднем в 60-80% случаев [13;15]. Несмотря на не редкость отсутствия «электрометок» при поражениях техническим электричеством, до настоящего времени не разработаны другие способы диагностики. В связи с этим требуется всесторонний анализ обстоятельства и условия травмы.

Цель исследования. Изучение структуры и условий происхождения смертельных случаев поражений техническим электротоком по материалам судебно-медицинской экспертизы

Материалы и методы исследования. Изучены материалы судебно-медицинской экспертизы трупов, связанных с поражением техническим электротоком за период 2015-2019 гг. проведенных в Самаркандском филиале РНПЦСМЭ. Также изучены данные постановлений судебно-следственных органов, протоколы осмотра места происшествия, медицинские документы (при их наличии), катамнез погибших, результаты клинико-лабораторных, судебно-гистологических, химических исследований, результаты подвергли математическому анализу.

Результаты исследований и их обсуждение. За указанный период была проведена 2526 случаев экспертизы трупов, связанных с различными состояниями, в основном, с воздей-



ствиями внешних травмирующих факторов. Из них 48 случаев были связаны летальным исходом от воздействия технического электричества, составляя 1, 9% общих экспертиз.

При анализе частоты встречаемости электротравмы по годам выявлено, что в 2015 г регистрировано -8, в 2016 г. – 10, в 2017 г. – 13, в 2018- 10, в 2019-7 случаев. При этом обращает на себя внимание относительный рост данной травмы в 2017 году (13 случаев), что составлял 2, 3% от всей насильственной смерти, в то время как в остальных периодах этот показатель составлял от 1, 3% до 1, 7%.

При анализе поражений в возрастном аспекте выявлено, что повреждения электротоком часто встречается в возрасте 17-30 лет составляя - 28 (58%) и в 31 - 40лет -13 (27%), в возрасте 41-50лет было отмечена относительно меньше составляя 7 (15%) случаев. По полу в 93, 3 % случаях поражение техническим электричеством были отмечены у лиц мужского, в 6, 7% женского пола. Обращает на себя внимание преобладание при электоротравме лиц молодых трудоспособных мужчин. При изучении обстоятельства дела выявлено, что повреждения были получены в основном в бытовых условиях, из-за несоблюдения првилы техники безопасности во время самовольной работы с электропиборами, либо, при контакте электрическими проводами, разборах включателей и разеток. По патогенезу среди погибших не было специалистов электриков.

В процессе судебно-медицинской экспертизы трупов и судебно-гистологического исследования кожи изъятых из подозрительных участков наличие электрометок было выявлено у 89, 5% погибших (45 случаев), из них типичных электрометок в 20 случаях.

Приведенные данные, свидетельствуют о том, что поражение техническим электрическим током является весьма актуальной медико-социальной и мало изученной проблемой. Вариабельность литературных сведений по патоморфологии и отсутствие чётких рекомендаций по установлению танатогенеза электротавмы определяют перспективу дальнейших целенаправленных исследований, с применением современных методов исследований.

Выводы. По материалам судебно-медицинской экспертизы смертельное поражение техническим электротоком составляет в пределах 1, 9% от общего количества исследованных трупов. Поражение техническим электротоком наблюдаются в бытовых условиях, в основном в молодом трудоспособном возрасте, чаще у лиц мужского пола. Признаки электрометок выявлены у 89, 5% погибших. Обоснование танатогенеза требует дальнейших целенаправленных исследований с применением современных морфологических и морфометрических методов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

- 1. Буйнов А.А., Яблонский М.Ф. Судебно-медицинская экспертиза смертельных повреждений, вызванных действием технического и атмосферного электричества. // Сборник: Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации материалы 73-ой научной сессии ВГМУ. Витебский государственный медицинский университет. 2018. С. 675-677.
- 2. Маслов Н.В. Неотложные следственные действия на месте происшествия при поражении техническим электрическим током. // Modern Science. 2019. №8-2. С. 141-145.
- 3. Пиголкин Ю.И., Сковородников С.В., И.А. Дубровин, судебно-медицинская диагностика электрометки при поражении техническим электричеством в водной среде. // Судебно-Медицинская Экспертиза, 3, 2014.c. 19-21
- 4. Dokov W. Electrocution-related mortality: a review of 351 deaths by low-voltage electrical current // Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.-2010.- Vol. 16 (2).- P. 139 -143.



РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ.

Расулова Нодира Алишеровна кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии ФПДО Ахмедова Махбуба Махмудовна кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии ФПДО Ирбутаева Лола Ташбековна ассистент кафедры педиатрии ФПДО Самаркандский медицинский институт

Аннотация: Целью работы явилось сравнение клинической эффективности бронходилятаторов у детей раннего возраста. Был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Полученные результаты показали, что у больных І-й группы (24) применение небутамола способствовало более быстрому уменьшению выраженности тахипноэ, улучшению общего состояния, уменьшению цианоза носогубного треугольника и кашля, исчезновению симптомов бронхообструкции. Тогда как у детей ІІ-й группы, получавших эуфиллин (24), положительная динамика отмечена в более поздние сроки и у небольшого количества больных. На 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66, 6% больных, при применении же небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Таким образом, хорошая переносимость и быстрое улучшение клинического состояния больных доказывает преимущество назначения небутамола при лечении бронхообструкции.

Ключевые слова: дети, бронхообструктивный синдром, оценка

Среди многих проблем современной медицины — пульмонологии отводится важное место, что связано с широким распространением и довольно тяжелым течением заболеваний органов дыхания. Синдром бронхиальной обструкции занимает одно из центральных мест в бронхолегочной патологии у детей.

Целью работы явилась разработка методов патогенетической терапии у детей раннего возраста, больных синдромом бронхиальной обструкции.

Материалы и методы исследования: клинические наблюдения проводили в течение в пульмонологических отделениях городской детской больницы №1 г. Самарканда у 48 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Дети первого года жизни составили 41, 7%, 1- 3 лет 58, 3%; в том числе них мальчиков 21-56, 2%, девочек 21-43, 8%. Основным показанием к госпитализации явилась дыхательная недостаточность (ДН) разной степени выраженности, которая определяла степень тяжести обструктивного синдрома: ДН I степени – 71%, ДН III степени – 8%.

Результаты исследования: дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением бронходилятаторов в зависимости от путей их введения: ингаляционного небутамола и перорального эуфиллина. Больные І-й группы (п-24) в составе комплексной терапии по поводу обструктивного синдрома получали небутамол ингаляционно (1 мг/кг 3 раза в день).

Во ІІ-ю группу были включены 24 ребенка, которым в состав комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был введен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг. Полученные результаты показали, что у больных І-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение: уже на 10-й минуте после введения небутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ, у 22 больных на 2-3 й день выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей ІІ-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: полное снятие

Июнь 2020 18-кисм Тошкент



бронхообструктивного синдрома наблюдалось у 11 больных на 3 день лечения; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения. У 6 больных было достигнуто лишь незначительное улучшение: мокрота стала слизистой, количество ее уменьшилось. Результаты наших исследований показали, что у больных, получавших небутамол, исчезновение симптомов интоксикации происходило на 2-3 день у 91, 6% больных, а во ІІ-й группе этот показатель составил 79, 1%. Особый интерес представляет купирование бронхообструктивного синдрома: так, на 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66, 6% больных, при применении небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших небутамол, исчезал на 7 день у 91, 6% больных, а в группе сравнения – на 7 день у 66, 6% больных.

Происходила нормализация оксигенации крови у детей І-й группы, причем статистически достоверно увеличение насыщения крови кислородом было выявлено уже на 60-й минуте наблюдения (55%). Увеличение насыщения крови кислородом параллельно отмечалось и во ІІ-й группе, но было менее выраженным (35%).

Еще одним из важных показателей клинической эффективности небутамола является сокращение пребывания больных в стационаре на 2, 6 дней по сравнению терапией эуфиллином, что в среднем составило 7, 4 ± 0 , 6 койко-дней против 10, 0 ± 0 , 6.

Выводы: Таким образом, хорошая переносимость, легкая дозируемость, отсутствие необходимости в обучении правильной технике приема, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечнососудистой системы позволяют рекомендовать небутамол при лечении бронхообструкции. Особенно это касается детей раннего возраста, у которых могут быть сложности в проведении ингаляционной терапии. Наш опыт лечения острого обструктивного бронхита свидетельствует о возможности применения небутамола у больных с нетяжелым и среднетяжелым течением. При тяжелой бронхиальной обструкции преимущество следует отдавать небулизации небутамола, которая позволяет достичь эффекта в более короткий срок.

Литература:

- 1. Зубаренко А.В., Портнова О.А., Стоева Т.В. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного состояния у детей. // Здоровье ребенка.-2007.-№4(7).-С.95-99
- 2. Недельская С.Н., Боярская Л.Н., Шумная Т.Е. и др. Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста.//Здоровье ребенка.-2007.-№3(6).-С.14-17
- 3. Охотникова Е.М. Синдром бронхиальной обструкции и аллергического генеза у детей раннего возраста и муколитическая терапия. // Здоровье ребенка.-2007.-С.82-86
- 4. Сорока Ю.А., Чернышева О.Е., Левченко С.А., Фоменко Т.А. Алгоритм оказания неотложной помощи детям раннего возраста с бронхообструктивным синдромом.// Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сб.науч. трудов, посвященный 85 летию профессора Е.М. Витебского.- Донецк, -2007.-С. 82-86
- 5. Юлиш Е.И., Болычевцева И.В., Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И. Особенности терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста, инфицированными внутриклеточными патогенами.// Современная педиатрия.-2007.-№3.-С.175-178



ОЦЕНКА УРОВНЯ 25(ОН)D₃ В КРОВИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА

Расулова Нодира Алишеровна кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии ФПДО Расулов Алишер Собирович Доцент кафедры педиатрии ФПДО Шарипов Рустам Хаитович Доктор медицинских наук, доцент Самаркандский Государственный медицинский институт

Аннотация: На основании анкетирования и определения уровня 25(OH)D3. у 466 детей до 1 года выявлены факторы риска развития рахита. Достоверными факторами со стороны матери явилось железодефицитная анемия во время беременности и токсикоз беременных, а со стороны ребенка - отсутствие приема витамина D на первом году жизни, недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 минут в день), частые простуды, не эффективность традиционной профилактики рахита витамином Д.

Ключевые слова: рахит, факторы риска, 25(OH)D3 в сыворотке крови.

В условиях Узбекистана причины возникновения рахита до сих пор остаются мало изученными, однако характерные климато-географические и этнические особенности могут оказать определенное влияние на частоту возникновения и течения рахита у детей первого года жизни. М.С. Маслов совершенно справедливо указывал, что «для правильного понимания этиологии и патогенеза рахита надо четко различать факторы, к нему предрасполагающие и непосредственно его вызывающие». Изучение социально-гигиенических условий жизни позволило выявить, что рахит чаще встречается в семьях с наименее благоприятными жилищными условиями (68, 4%), у родителей учащихся (81, 8%), с неполным средним образованием (62, 6%), с низким бюджетом семьи (60, 4%). Непосредственным фактором вызывающий рахит является недостаток витамина D. Однако его дефицит всегда определялся косвенно по содержанию Са и Р. В тоже время содержание Са и Р не всегда точно отражает степень тяжести и клинические проявления рахита. Исследования по определению активного метаболита витамина D, который является прямым показателем дефицита витамина D, в условиях Узбекистана не проводилось.

Цель работы: изучить факторы риска развития рахита при контроле уровня $25(\mathrm{OH})\mathrm{D_3}$ в сыворотке крови.

Материал и методы: под наблюдением находилось 466 детей, в возрасте от 1 до 12 месяцев, которых родители считали практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Детей в возрасте до 6 месяцев было 166 (35, 6%), до 12 месяцев - 204 (43, 7%), до 3-х месяцев - 96 (20, 6%). Отмечено преобладание мальчиков – 258 детей (55, 3 \pm 2, 3%), тогда как количество девочек составило 208 (44, 6 \pm 2, 3). Было проведено анкетирование у матерей, и вопросник включал такие темы как этнический фон, история болезни, обеспеченность солнечным светом, развитие ребенка и беременность. Определение 25(OH)D₃ в сыворотке крови проводилось в лаборатории госпиталя Санта Клара города Роттердам Голландия радиоиммунным методом. У каждого ребенка брали по 2 мл венозной крови. Сыворотку отделяли путем центрифугирования при 3000 об./мин в течение 10 мин. и хранили при температуре -20°C. Дефицит 25(OH)D₃ был определен как величина ниже 30 ммоль/л (12мг/мл).

Результаты: в зависимости от уровня $25(OH)D_3$ в сыворотке крови все обследованные дети были разделены на 2 группы: 1группа (18, 7%) — дети с нормальным уровнем $25(OH)D_3$ в сыворотке крови; 2 группа (81, 2%) — дети с пониженным уровнем $25(OH)D_3$ в сыворотке крови.



Патологическое течение беременности было выявлено у 73, 4% обследованных матерей. Токсикозы 1-й половины беременности отмечены у 11, 4%, угроза прерывания – у 1, 1%, нефропатии – у 1, 5% женщин. У 47, 9% течение родов было патологическим. В основном это проявлялось ранним отхождением вод (4, 7%), оперативными вмешательствами (3, 2%). Рахит выявлен у 28, 9% детей, последствия перинатального поражения нервной системы - 16, 2%, гипотрофия – 4, 8%, паратрофия – 0, 6%, ОРВИ – 51, 2%, клинически железодефицитная анемия легкой степени выявлялась у 25, 8% обследованных детей.

У детей причинами развития рахита на первое место выходят: отсутствие приема витамина D на первом году жизни -77, 5%, недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 минут в день) -37, 5%, частые простуды. Другие факторы выявлялись с одинаковой частотой как у детей с нормальным, так и низким уровнем $25(OH)D_3$ в сыворотке крови. Снижение уровня Са и P может встречаться и при нормальном, и при пониженном уровне $25(OH)D_3$ в сыворотке крови.

При сопоставлении показателей с нормальным и со сниженным уровнем $25(OH)D_3$ в сыворотке крови мы использовали критерий оценок долей. Достоверность определялась с помощью таблицы критических значений критерий Стьюдента. Из указанных факторов риска со стороны матери определены 4 значимых факторов: железодефицитная анемия во время беременности Z=3, 12 P<0, 002; осложненные роды Z=1, 46 P<0, 2; домохозяйка Z=1, 2 P<0, 5; токсикозы у матери во время беременности Z=1, 8 P<0, 1.

Со стороны ребенка определены 6 значимых факторов риска: отсутствие профилактики витамином D на первом году жизни Z=6, 9 P<0, 00001; ОРВИ у ребенка Z=1, 5 P<0, 02; время рождения (осеннее-зимний период) Z=1, 6 P<0, 2; недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 минут в день) Z=1, 5 P<0, 2; железодефицитная анемия у ребенка Z=16 P<0, 01. из указанных факторов риска со стороны ребенка с помощью статистических технологий определены наиболее значимые факторы: отсутствие профилактики витамином D на первом году жизни P<0, 00001; железодефицитная анемия у ребенка P<0, 01.

Выводы: в настоящее время рекомендации по профилактическому и лечебному применению препаратов витаминов D_3 должны быть аргументированы на основании уровня $25(OH)D_3$ в сыворотки крови у детей. Причем оценка обеспеченности должна проводится не косвенным путем - по определению в крови содержания Са и P, а методом прямого определения в крови метаболитов витамина D. Надежным методом оценки экзогенной обеспеченности витамином D в настоящее время является определение в крови содержания 25-оксихолекальциферола (25-OH-D).

Литература:

- 1. Захарова И.Н., Коровина А.Н., Дмитриева Ю.А. Роль метаболитов витамина Д при рахите у детей. // Педиатрия.-2010.-т.89.-№3.-С. 68-73
- 2. Расулова Н.А. Многофакторная оценка нарушений фосфорно-кальциевого обмена в прогнозировании и предупреждении последствий рахита. Автореферат дисс....канд мед. наук. Ташкент. 2010.- С. 19
- 3. Расулова Н.А. Клиническая значимость факторов риска развития рахитау детей // Журнал «Врач аспирант». 2005. С.567
- 4. Расулова Н.А., шарипоа Р.Х., Расулов А.С., Ахедова М.М., Ирбутаева Л.Т. Взаимосвязь факторов риска развития рахита с уровнем 25(ОН)Д в сыворотке крови у детей// Научнопрактический журнал «Вестник врача» №1. 2017. С.40-43
- 5. Deniz Gungor, Ilke Biger, Rob Rodrigues Pereira, Alisher S.Rasulov e.a. Prevalence of vitamin D deficiency in Samarkand, Uzbekistan // J of Nutritional 2008; 000 (000): 1-9



ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПОЛУЧАВЩИХ АНТИАНЕМИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

Сабирова Дилноза Шухратовна.
Самарканд Давлат Тиббиёт Институти ассистенти
Рустамова Гулноза Рустамовна.
Самарканд Давлат Тиббиёт Институти ассистенти
Rustamova. G. Rustamovna@gmail.com

Аннотация. В статье приводятся результаты сравнительного анализа применения (Рекомбинантный человеческий эритропоэтин) РЕПО и феромакса у больных диабетической нефропатией. В исследовании было включено 60 больных с анемией вследствие диабетической нефропатии. Больные были разделены на две сопоставимые группы. Кроме лечения по поводу сахарного диабета I группа больных получала препарат феромакс и II группа эритропоэтин.

Во II группе через 1, 3, 6 месяцев терапии уровень гемоглобина и количество эритроцитов было два раза больше, чем в I группе, что обосновало эффективность применения препарата РЕПО у больных сахарным диабетом, по сравнению с препаратом феромаксом.

Ключевые слова: сахарный диабет, нефропатия, антианемический препарат, хроническая почечная недостаточность, клубочковая фильтрация, анемия,

Актуальность. Сахарный диабет является наиболее распространенным эндокринным заболеванием. Распространённость данного заболевания растёт с каждым годом. Характерным осложнением сахарного диабета как первого, так и второго типа является нефропатия. Частота развития диабетической нефропатии в Узбекистане у больных СД 1 типа составляет 41, 5%, СД 2 типа -23, 3% (Национальный Регистр Сахарного диабета 2010 года РУз). При диабетической нефропатии анемия развивается раньше, чаще и протекает тяжелее, чем у больных с заболеванием почек другой природы[4]. Развитие почечной анемии при СД характеризуется целым рядом клинических особенностей по сравнению с развитием анемии при недиабетическом поражении почек.

Цель иследование: Оценка эффективности преминение препарата (Рекомбинантный человеческий эритропоэтин) РЕПО у больных с диабетической нефропатией и анемией.

Материал и методы. Всего обследовано 60 человек больных с диабетической нефропатией и анемией, разделенных на группы 1 группа, получающие кроме основного лечения стандартное противоанемическое лечение и 2 группа с эритропоэтином в сочетании с препаратами железа. Первую группу составили 30 человек, 18 мужчин и 12 женщин, в возрасте от 38 до 60 лет, с продолжительностью СД от 6 до 22 лет. Вторую группу больных составили 30 человек, из них 16 мужчин, 14 женщин, в возрасте от 38 до 60 лет, с продолжительностью СД от 5 до 20 лет. У больных отмечалась ДН IV-V степени, с ХПН 1-И степени, с соответствующей клинической картиной (гипертензия, умеренное и у некоторых больных высокое повышение креатинина, мочевины, анемия I- II степени). Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, уровню креатинина, СКФ, показателям липидного обмена, уровню гемоглобина крови, фракции выброса левого желудочка, частоте гипертрофии левого желудочка. Кроме основного лечения больные получали препараты железа: феромакс по 1 таблетки 3раза в день . Вторая группа больных дополнительно получали эритропоэтин (РЕПО) 2000 МЕ подкожно 2 раза в неделю в течение 6 месяца.

Результаты: Оба препарата повышали уровень гемоглобина по сравнению с моментом начала исследования через 1 и 3 месяца терапии. Более выраженный прирост гемоглобина отмечался при назначении РЕПО - в среднем на 22, 9 г/л (34, 0%). При этом были зафиксированы различия вгруппах в уровнях гемоглобина спустя первый месяц терапии. В группе РЕПО он был выше на 8, 2%.

Июнь 2020 18-кисм Тошкент



В ходе последующей терапии уровень гемоглобина продолжал прирастать в обеих группах и спустя 3 месяца от начала терапии достиг средних значений 99, 8 ± 3 , 1 г/л в группе пациентов получавших РЕПО и 90, 5 ± 2 , 6г/л в группе получавших феромакс. Достигнутый уровень гемоглобина в группе пациентов, получавших РЕПО, был на 10, 3% выше, нежели среди пациентов, лечившихся феромаксом.

Через 6 месяцев лечения прирост уровня гемоглобина во 2ой группе составил 41, 9 г/л (59, 1%) по сравнению с исходным и достиг значения 112, 7 ± 8 г/л. В группе пациентов, лечившихся феромаксом, прирост уровня гемоглобина в среднем составил - 30, 8г/л (43, 1%), при среднем значении погруппе101, 2 ± 4 , 1г/л.

В обеих группах спустя 1 месяц от начала терапии зарегистрировано увеличение количества эритроцитов. В первой группе количество эритроцитов возросло на за 1 месяц 0, $41^{x}10^{12}/\pi$ (16, 4%) Во второй - прирост количества эритроцитов составил, за 1 месяц 0, $41^{x}10^{12}/\pi$ (16, 4%), в результате чего средние значения количества эритроцитов в этой группе возросли до 3, 91 ± 0 , $14^{x}10^{12}/\pi$.

Через 3 месяца лечения ЭПО количество эритроцитов продолжало увеличиваться в обеих группах. Среди пациентов, получавших лечение РЕПО их количество увеличилось в среднем на 1, 0 $^{x}10^{12}$ /л (42, 6%) и достигло 4, 50 \pm 0, $18^{x}10^{12}$ /л. Трехмесячная терапия общепринятым методом сопровождалась повышением количества эритроцитов в среднем на 0, $51^{x}10^{12}$ /л (20, 4%) достигло 4, $01\pm$ 0, $17^{x}10^{12}$ /л. Количество эритроцитов в сравниваемых группах спустя 3 месяца терапии различия в количестве эритроцитов и была больше выражена во второй группе исследования.

С большой степенью вероятности безошибочного прогноза можно утверждать, что количество эритроцитов в ходе полугодовой терапии ЭПО возросло на 42, 6%. Среди пациентов, которые получали общепринятую терапию прирост их количества составил 1, 1 $^{x}10^{12}$ /л (21, 8%) и достиг значения 4, 6±0, 19 $^{x}10^{12}$ /л. В случае назначения РЕПО спустя 6 месяцев терапии количество эритроцитов выросло на 1, 89 $^{x}10^{12}$ /л (35, 6%), составив в конечном итоге 5, 39±0, $18^{x}10^{12}$ /л.

Выводы: 1.Терапия препаратами железа в первой группе исследования привёл к медленному приросту уровня гемоглобина (5, 0 г/л в месяц), что является признаком меньшей эффективности в сравнении препаратом эритропоэтина Репо.

- 2. Терапия препаратом РЕПО в основной группе исследования привела к значительному увеличению уровня гемоглобина (в среднем на 7, 0 г/л в месяц) и снижению потребности в гемотрансфузиях, а также улучшению качества жизни и толерантности к физической нагрузке.
- 3. Анализ сравнительной эффективности применения препарата Репо и общепринятой терапии антианемическими препаратами железа дал результаты в пользу препарата РЕПО.

Литература:

- 1. Аметов А.С. Перспективы развития диабетологии // Тер. архив. 2005. -№10.-С. 5-9.
- 2. Анциферов М.Б. Суркова Е.В. МайоровА.Ю. Тактика лечения больных инсулин зависимым сахарным диабетом. Проблемы эндокринологии. 1944№4стр8-9
- 3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Современные возможности профилактики сахарного диабета 2 типа // Росс. Мед. Журн. 2007. № 11. С. 916-921..
- 4. Ведение больных сахарным диабетом с терминальной почечной недостаточностью на диализе. Методические указания под ред. И. И.
- 5. Дедов И.И., Демидова И.Ю. Основные принципы терапии сахарного диабета 2 типа // Сахарный диабет 1999. 1(2).
- 6. Добронравов В. А., Смирнов А. В. Анемия и хроническая болезнь почек // Анемия. 2005; 2: 2-8. .
- 7. Галимзянова А.Х Дладова И.В., Кивва В.Н., Дубина Д.Ш., Андреева А.К., Рахматуллина Г.Р. Эритропоэтины: новые возможности с позиции доказательной медицины. // Астраханский медицинский журнал №1, 2009, с. 15-29.



АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ ХАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧА МИОКАРДИ ХОЛАТИНИНГ ҚОНДАГИ ЛИПИД ПРОФИЛИГА БОҒЛИҚЛИГИ

Салихов БотирхонРавшанович Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий марказ, Тошкент, Ўзбекистон. botirhonsalixov@mail.ru тел: +998935848698

Аннотация: ёш ва ўрта ёшдаги артериал гипертензияли харбий хизматчилар орасида чап қоринча миокардининг ремоделирланиши жараёни ва қондаги липид профили орасида боғлиқлиги аниқланганда шу маълум бўлдиги атероген липопротеидлар концентрацияси ЭхоКГ маълумотларига кўра ремоделирланган миокардли чап қоринча беморларда нормал геометрияли чап қоринчага нисбатан ортиши кузатилган.

Калит сўзлар: Артериал гипертензия, чап қоринча миокарди, липид профили.

Долзарблиги. Артериальная гипертензия (АГ)— юрак-қон томир тизими касалликлари ривожланишига сабаб бўлувчи мухим омиллардан биридир [1, 3]. Кўпгина текширув натижалари шуни кўрсатмокдаки АГ, гиперхолестеримия ва бошқа хавф омиллари дунё бўйлаб ахоли орасидаги 50% га якин ўлимга сабаб бўлмокда [2]. АГ гипертензияда асосий нишон аъзолардан бири сўзсиз юрак чап қоринча миокарди хисобланади. Шунинг учун чап қоринча миокарди холати ва қон зардобидаги липид алмашунувини ўрганиш катта қизикиш ўйғотади.

Кузатув мақсади— ёш ва ўрта ёшдаги АГ ли беморларда чап қоринча миокардининг структур-геометрик хусусиятларини қондагилипид профилига боғлиқлигини ўрганиш.

Тадкикот усуллари: эркакжинсигамансуб, АГ ли 60та харбийхизматчилартекширилган бўлиб, улар ёш бўйича икки гурухга бўлинди: ёш (18-44) ва ўрта ёшдаги (45-60) харбий хизматчилар. Бу гурухлар ўз навбатида чап коринча миокардининг ремоделирланишига кўра гурухчаларга бўлинди. Чап коринча миокардининг структур-функционал холати Neusoft (Хитой) ультратовуш ускунасида, В- и М- режимларида аникланди. Ремоделирланиш таснифи А. Ganau (1992) таснифини кўлладик [4]. Биокимёвий тахлиллардан кондаги умумий холестерин (УХ), юкори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП) ва паст зичликдаги липопротеидлар аникланган (ПЗЛП).

Натижалар:Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики ёш ва ўрта ёшдаги АГ ли беморларда ЭхоКГ натижаларига асосан нормал геометрияли чап қоринча миокарди ва концентрик ремоделирланган чап қоринча миокарди кузатилган бўлиб, ҳар бир гуруҳчада беморлар сони 15 тадан ташкил қилган. Эксцентрик ва концентрик чап қоринча миокарди гипертрофияси беморлар кузатилмагандир.

Кон плазмасида умумий холестеринни юкорилиги, айникса паст зичликдаги липопротечин (ПЗЛП) микдорини юкорилиги АГ ривожланиши ва авж олиб кетишига сабаб бўлувчи омиллардан биридир. Ёш харбий гурух таркибига кирувчи АГ ли беморларда липидлар алмашинуви ўрганилганида, чап коринча миокардининг концентрик ремоделирланган гурухчасида умумий холестерин микдори чап коринча миокардининг нормал геометрияли гурухчасига нисбатан ишончли тарзда юкорилиги кайд килинган (мос равишда 5.01 ± 0.36 ва 4.5 ± 0.42 ммоль/л, p=0.001). Ўз навбатида бундай тенденция ўрта ёшга мансуб АГ ли харбий хизматчилар гурухида хам сакланиб колган, яъни умумий холестерин микдори нормал чап коринча миокарди геометрияли беморларга (4.1 ± 0.62 ммоль/л) нисбатан чап коринча миокарди концентрик ремоделирланган беморлар гурухчасида (4.9 ± 0.44 ммоль/л) хам ишончли даражада (p=0.001)юкори бўлган. Атероген ахамиятга эга бўлган ПЗЛП лар хам иккала ёшдаги АГ гурухларда чап коринча миокардинингконцентрик ремоделирланган гурухчаларда нормал чап коринча миокарди геометрияли гурухчаларга нисбтан юкорилигини саклаб колган (ёш харбийларда- 4, 01 ± 0 , 82 ммоль/л га қарши 3, 3 ± 0 , 74 ммоль/л p=0.002 ва ўрта ёшдаги харбийларда - 4, 64 ммоль/л га қарши 3, 1 ± 0 , 46

Июнь | 2020 18-кисм Тошкент



ммоль/л p=0.002). Антиатероген хусусиятли ЮЗЛП микдори чап қоринча миокарди ремоделирланиш жараёнига киришган сайин камайиши кузатилгандир (ёш ҳарбийларда - 1, 07 ± 0 , 3 ммоль/л га қарши 0, 9 ± 0 , 18 ммоль/л p=0.07 ва ўрта ёшдаги ҳарбийларда 0, 9 ± 0 , 3 ммоль/л га қарши 0, 89 ± 0 , 2 ммоль/лр=0, 1).

Жадвал №1 Чап қоринча миокардининг геометриясини қон зардобидаги липид профили билан боғлиқлиги

Кўрсаткичлар ммоль/л	Ёш ҳарбий ҳизматчилар		Ўрта ёшдаги ҳарбий ҳизматчилар	
	Чап қоринчанинг	Чап қоринчанинг	Чап қоринчанинг	Чап қоринчанинг
	нормал	концентрик	нормал	концентрик
	геометрияси (15)	ремоделирланиши (15)	геометрияси (15)	ремоделирланиши (15)
Умумий холестерин	4, 5±0, 42	5, 01±0, 36	4, 1±0, 62	4, 9 ±0, 44
ЮЗЛП	1, 07±0, 3	0, 9±0, 18	0, 9±0, 3	0, 89±0, 2
ПЗЛП	3, 3±0, 74	4, 01±0, 82	3, 1±0, 46	3, 8±0, 64

Хулоса: Юқоридаги натижалар асосида шуни такидлаб ўтиш жоизки АГ ли ҳарбий хизматчиларда чап қоринчанинг ремоделирланиши ҳамда атеросклероз ривожланишида муҳим аҳамият касб этувчи липопротеидлар микдори ортиши билан боғликлик мавжуддир. Бу эса ўз навбатида даволаш жараёнида атероген липопротеид микодрини ҳам қаътий назоратга олиш лозимлигини кўрсатади.

Фойдаланилган адабиётлар:

- 1. Чазова И. Е., Жернакова Ю. В. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертензии. 2019;16(1):6–31.
- 2. Ezzati M. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease / M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers[et al.] // Lancet. 2002. Vol. 360. P. 1347-60.
- 3. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelinesfor the management of arterial hypertension: The Task Force forthe management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The TaskForce for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. JHypertens 2018;36(10):1953–2041.
- 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 CollCardiol 1992; 19:1550–1558.

 Июнь | 2020 18-қисм
 Тошкент



ДАУН СИНДРОМЛИ БОЛАЛАРДА НУМИКОН ДАСТУРИНИ ҚЎЛЛАШ

Салихова Саодатхон Мухамадхановна Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти Асаб касалликлари, болалар асаб касалликлари ва тиббиёт генетикаси кафедраси ассистенти, PhD-докторант saodatkhamidova@yahoo.com +998909141252

Аннотация: Даун синдромли болаларнинг ақлий ривожланиши тенгдошлариникига нисбатан заиф бўлганлиги сабабли хисоб-китоб кўникмаларини бажариш бундай болалар учун мушкул хисобланади. Шу сабабдан биз ўз тадкикотимизда Даун синдромли болаларга Нумикон дастури ёрдамида математика амалларини бажариш орқали интеллектуал қобилиятини маълум даражага оширишга эришдик.Тадқиқотда «Умничка» нодавлат таълим муассасасида тарбияланаётган 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган 40 та болалар (19 та ўғил болалар, 21 та қиз болалар) қатнашдилар.

Калит сўзлари: Даун синдроми, Нумикон дастури, Стэнфорд Бине шкаласи, ақлий фаолият, болалар.

Долзарблиги. Даун синдроми ахоли орасида кўп тарқалган (1:800) хромосома патологияларидан биридир[1, 5]. Аклий ва жисмоний ривожланишдан ортда қолиш, инфекцияларга нисбатан организм қаршилигининг пастлиги, туғма юрак нуқсонларининг мавжудлиги ва бошқа ўзгаришлар ушбу синдромга хос бўлган хусусиятлардандир [1].

Даун синдромли болалар турли хил даражадаги интеллектуал ривожланишдан ортда колганликлари учун хисоблаш кўникмаларини шаклланишига ёрдам берадиган ажралмас восита - Нумикон дастуридир[2, 3, 4]. Нумикон - бу дастур ва кўргазмали материаллар тўплами бўлиб, арифметикани ўрганишда муаммоси бўлган болалар учун 1996-1998 йилларда Англияда яратилгандир. Маълум вакт ўтиб, хорижий мамлакатларда ушбу дастурни Даун синдроми бўлган болаларга кўлланила бошланди[1, 3].

Ушбу тадқиқотнинг мақсади: Даун синдроми ташхиси қўйилган болаларга Нумикон дастурини қўллаш ва интеллектуал қобилиятини ривожлантириш.

Тадкикот усуллари: Тадкикотда «Умничка» нодавлат таълим муассасасида тарбияланаётган 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган 30 та болалар (14 та ўғил болалар, 16 та киз болалар) катнашдилар. Нумикон дастурининг самарадорлик даражасини аниклаш учун аввал Стэнфорд Бине шкаласи[2]ёрдамида Даун синдромли болаларнинг аклий фаолиятини бахолаб олдик. Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, ушбу ёшдаги имконияти чекланган болаларнинг интеллектуал ривожланишини бахолаш учун Стэнфорд Бине шкаласи жуда мос келади. Ушбу шкалага кўра ҳар бир ёшдаги болалар учун 6 та саволлардан ташкил топган топшириклар 30 дакика давомида берилади ва тўғри жавобларни баллар ёрдамида бахоланади.

Болалар Нумикон дастурини ўрганиш орқали унинг турли хил шаклларга эга эканлигини, нақшларни ўрганишлари ва уларни тегишли рақамларга боғлашлари, қисмларнинг ранги ва ўлчамлари турлича эканлигини, ҳар бир расмда турли хил сонли тешиклар борлигини билиб олишлари мумкин.

Қиёсий гурухда Нумикон техникасидан фойдаланмаган Даун синдроми ташхиси қуйилган, «Умничка» нодавлат таълим муассасасида тарбияланаётган 10 та болалар иштирок этдилар. Барча холатлар генетик жиҳатдан тасдиқланди(уларнинг барчасида 21-хромосоматулиқ трисомияси аниқланган). Барча болаларнинг ота-оналари яқин қариндош эмас.

Натижалар. Даун синдроми ташхиси қуйилган болаларда турли хил даражадаги ақлий заифлик аниқланди. Бизнинг тадқиқотларимизга кура, 20 та (66, 7%) болаларда уртача даражадаги ақлий заифлик, 5та болаларда (16, 7%) енгил ва 4 та болаларда (13, 3%) интеллектуал ривожланиш коэффициенти 34 баллдан паст эканлиги қайд этилди.Ушбу

Тошкент



контингентдаги битта болада (3, 3%) чукур аклий ривожланишдан ортда колиш аникланди. Буларнинг барчаси Даун синдроми бўлган болаларнинг интеллектуал ривожланишидаги кечикишни англатади. Дастурни кўллаш вактида болалар жуда тез чарчашди, диккатни жамлай олмадилар, Нумикон шаклларни улоктирдилар.

Шуни таъкидлаш жоизки, маълум вактдан кейин болалар Нумикон билан катта тажрибага эга бўлишди, шундан сўнг носпецифик манипуляциялар камайди. Биринчи йилнинг ўрталарида болалар ушбу материалдан фойдаланган холда математик амалларни бажаришга муваффак бўлишди.

Шундай қилиб, болалар Нумиконнинг шакллари билан барча босқичларни ва турларни ўтадилар, улар нафакат бу шакллар ҳақида визуал, балки ушбу тафсилотлар ва тегишли рақамларнинг тасвирини шакллантирдилар. Яъни, болалар Нумикон ва рақамларнинг шаклларини ва кейин улар билан булган ҳаракатларни куз олдида тасаввур қила бошладилар.

Йил якунида биз барча болаларниақлий ривожланиш даражасини Стэнфорд Бине шкаласи ёрдамида қайта синаб кўрдик. Нумикон дастуридан фойдаланган Даун синдроми бўлган болаларда аклий ривожланиш сезиларли даражада ижобий тарафга ўзгарганини кўрдик. Бизнинг тадкикотларимизга кўра, болаларнинг 23 тасида (76, 7%) енгил даражадаги аклий ривожланишдан ортда колиш, 7 та болаларда (23, 3%) ўрта даражадаги аклий ривожланиш заифлиги аникланди. Ушбу болалар контингентида бирон бир болада оғир ва чукур аклий заифлик аникланмади. Улар тенгдошларидан деярли фарк килмади.

Қиёсий гурухни ташкил этган болаларда хам йил якунида тест ўтказдик. Бунга кўра ушбу болаларда интеллект ривожланиш кўрсаткичлари йил аввалидаги кўрсаткичлардан сезиларли фарқ қилмади.

Хулоса: Даун синдромли болалар чекланган микдордаги қисқа муддатли хотирага эга бўлганлиги сабабли, улар учун ҳисоб-китоб амалларини бажариш маълум қийинчиликларни келтириб чиқаради, бу қўшимча визуал қўллаб-қувватлаш зарурлигини билдиради. Нумикон услуби болаларни интеллектини ривожлантиришга катта ёрдам беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

- 1. Балева ЈІ.С. Проблемы реабилитации детей-инвалидов в Российской Федерации(по данным федерального регистра) Текст. / ЈІ.С. Балева [и др.]. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2011. Т. 56. № 3.1. С. 5-12.
- 2. Salikhova S.M. Possible pathogenetic mechanisms of progression and the occurrence of intellectual and cognitive impairment in patients with Down syndrome, International Journal of Psychosocial and Rehabilitation, Vol.24, Special issue 1, 2020. 789-793
 - 3. Ilyina M.N. Psychological assessment of intelligence in children // Textbook. 2006
- 4. Joanna Nye.: Teaching number skills to children with Down syndrome using the Numicon Foundation Kit. Numicon-book. 2006.
- 5. Kolcheva Yu.A.: Pathogenetic basis of neurological disorders in Down syndrome. BISSA 2017 Vol.6 No.4. 19-21c



ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

Усмонов Б. И. – студент 424 группы лечебного факультета, Самаркандский медицинский институт, Научный руководитель: асс. Хамедова. Ф.С. Самаркандский медицинский институт кафедра Неврологии и нейрохирургии

Аннотация: Этиологические факторы острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у детей и подростков по типу церебрального инсульта (ЦИ) в сравнении с взрослыми чрезвычайно многообразны, в связи с чем систематизация причин инсульта в детском возрасте вызывает большие затруднения. В 20% случаев причина верифицированного (по данным рентгено-компьютерной или магнитно-резонансной томографий) ЦИ у детей остается не установленной.

Ключевые слова: ОНМК, аневризмы артерий, вен, артерио-венозные мальформации.

Цель исследования — выявить возрастные особенности этиологических факторов ЦИ у детей и подростков.

Методика. Анализ причин ЦИ проведен у 66 детей. Наблюдали 10 (15, 38%) детей с ЦИ в возрасте до 1 года; 6 (9, 23%) – раннего детского возраста; 15 (23, 07%) – дошкольников; 17 (26, 15%) детей младшего школьного возраста и 18 (27, 69%) подростков. Средняя частота ЦИ в течение одного года каждого возрастного периода достоверно не различалась. Этот показатель составил 10 случаев на первом году жизни, 2±0, 57 - в раннем детском возрасте, 2±0, 51 – в дошкольном, 2±0, 66 – в младшем школьном и 3±0, 68% случаев у подростков в год. Преобладали ЦИ у мальчиков в 40 (60, 61%) случаях. У девочек ЦИ регистрировались в 26 (39, 39%) наблюдениях. У 34 (51, 51%) детей ЦИ протекали по геморрагическому типу и в 32 (48, 49%) случаях ЦИ верифицированы как ишемические. Отмечено преобладание геморрагических ЦИ в периоде новорожденности и раннем детском возрасте в соотношении 3:1, в дошкольном – 2:1, в старших возрастных группах это соотношение было равным – 1:1. Повторные ЦИ по геморрагическому варианту зарегистрированы у 4 (6, 06%) детей. Правополушарные ЦИ были у 26 (39, 39%), левополушарные – у 24 (36, 36%), двусторонние (все геморрагические) – у 2 (3, 03%) детей. Стволово-мозжечковые ЦИ верифицированы у 5 (7, 57%) пациентов. Субарахноидальные кровоизлияния развивались у 7 (10, 60%), внутрижелудочковые – у 2 (3, 03%) детей. Летальный исход был в 8 (12, 12%) случаях и только при геморрагических ЦИ, без достоверных различий по возрастным группам.

Все этиологические факторы ЦИ объединили в 2 группы I и II порядка. К этиологическим факторам I порядка отнесли церебральные и экстрацеребральные причины – органическую патологию ЦНС и соматической сферы. Ведущими церебральными факторами были врожденные аномалии мозговых сосудов (аневризмы артерий, вен, артерио-венозные мальформации), краниальные и экстракраниальные артерииты, нейроинфекционные и нейроонкологические причины. Среди экстрацеребральных этиологических факторов выделили: кардиальные (врожденные пороки сердца и крупных сосудов, диагностические исследования и оперативные вмешательства по поводу врожденного порока * ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ сердца); гематологические (геморрагические диатезы, тромбоцитопения, анапластическая анемия); ренальные (острый гломерулонефрит); эндокринные (врожденная дисфункция коры надпочечников). К этиологическим факторам II порядка отнесли резидуальные состояния с неполноценностью сосудисто-мозговой, соматической реактивности, несостоятельностью нейро- и ликвородинамики. В этой группе причинных факторов особое место заняли остаточные явления перинатальной патологии (гипоксически-ишемическая энцефалопатия, незрелость ЦНС

Тошкент



недоношенных детей, оперативные роды), легкая черепно-мозговая травма, транзиторная артериальная гипертензия, бронхиальная астма, физическое перенапряжение (в т.ч. натуживание и плач). Вычисляли пропорционально-этиологические коэффициенты (ПЭК). ПЭК1 равен соотношению абсолютного количества выявленных этиологических факторов и общего количества детей с ЦИ, ПЭК2 — соотношению абсолютного количества церебральных факторов и экстрацеребральных, а ПЭК3 — соотношению этиологических факторов I порядка и этиологических факторов II порядка.

Результаты. Анализ причин ЦИ у 66 обследуемых детей показал, что у 14 (21, 21%) из них определялись экстрацеребральные, у 31 (46, 93%) – церебральные факторы, т.е. у 45 (68, 14%) обследуемых были верифицированы этиологические факторы І порядка. Этиологические факторы ІІ порядка выявлялись у чуть большего количества (48; 72, 72%) детей. Следует полагать, что более чем у 50 % детей с инсультами имели место констелляции факторов обеих групп, поскольку факторы ІІ порядка в большей степени представляли собой патогенетические механизмы развития ОНМК. Например, возникновение ЦИ вследствие разрыва аномально развитого внутримозгового сосуда (мешотчатой аневризмы) на фоне интенсивной физической нагрузки, во время которой увеличивается системное артериальное давление и гемодинамическая перфузия в церебральных артериях. С другой стороны, у 6 пациентов не была установлена непосредственная причина инсульта (как при геморрагическом, так и при ишемическом вариантах), например при спонтанных субарахноидальных кровоизлияниях. Однако у 2 из них в анамнезе имелись указания на перенесенные (в периоде новорожденности у одного и в раннем возрасте у другого) менингиты (серозного и гнойного). Среди экстрацеребральных факторов наибольший удельный вес (7 детей; 10, 6%) составили кардиальные причины (врожденные пороки сердца, преимущественно «синего» типа, диагностические исследования и оперативные вмешательства в этой связи с использованием аппарата искусственного кровообращения). У 5 (7, 57%) детей выявлены гематологические факторы, такие как геморрагические диатезы, идеопатическая тромбоцитопения, анапластическая анемия, ДВС-синдром. По 1 (3, 03%) случаю определялись ренальный (острый гломерулонефрит) и эндокринный (врожденная дисфункция коры надпочечников) факторы, сопровождавшиеся артериальной гипертензией.

Кардиальные экстрацеребральные факторы имели преимущественное значение в развитии ЦИ у детей дошкольного возраста, гематологические – у детей первого года жизни. Ренальный и эндокринный факторы регистрировались в дошкольном и раннем детском возрасте. Ведущими церебральными факторами были врожденные аномалии мозговых сосудов (аневризмы артерий, вен, артериовенозные мальформации, ангиоматоз) у 19 (28, 78%) детей. Врожденные аномалии структуры мозга (синдром Арнольда – Киари, ретроцеребеллярная арахноидальная киста) верифицированы у 3 (3, 54%) детей. В 3 (3, 54%) случаях выявили вирусные геморрагические энцефалиты. Неспецифические инфекционно-аллергические церебральные (первичные и вторичные) артерииты и аорто-артериит были причинами ЦИ у 5 (7, 57%) детей. Ангиоретикулема мозговой ткани – у 1 ребенка.

Анализ возрастных особенностей церебральных факторов выявил следующее: артериовенозные и артериальные аневризмы и артерииты нейровизуализировались чаще у детей школьного и дошкольного возраста и не являлись причинами ЦИ на первом году жизни и в раннем детском возрасте. Но аневризмы вен, венозный ангиоматоз, нейроинфекции и аномалии мозга проявлялись ОНМК и (или) сопутствовали ему главным образом на первом году жизни и в раннем детском возрасте.

Среди этиологических факторов II порядка выявлены анамнестические данные о неблагополучии перинатального периода у 17 (25, 75%) лиц, т.е. у каждого четвертого ребенка. Если принять во внимание факт, что врожденные дефекты развития мозговых сосудов и мозга имеют дизонтогенетическое происхождение, то удельный вес перинатальных факторов в развитии ЦИ увеличится как минимум вдвое. Наиболее частым фактором была гипоксически-ишемическая энцефалопатия — 8 (12, 12%) случаев и недоношенность — 5 (7, 57%) случаев. Оперативное родоразрешение (путем кесарева сечения) и гидроцефалия со-



ставили 4 (6, 06%) и 7 (10, 65%) наблюдений. Абсолютное число перинатальных факторов значительно преобладало на первом году жизни, реже – в дошкольном возрасте. Еще реже эти анамнестические данные были у детей с ЦИ в других возрастных группах. Отмечено 2 случая «позднего ребенка» и 1 случай многоплодной беременности. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 11 (16, 66%) лиц с преобладанием у детей школьного возраста в сравнении с младшими возрастными группами. То же распределение отмечено по физическому перенапряжению (6 случаев).

Анализ ПЭК1 говорит о том, что абсолютное количество этиологических факторов ЦИ преобладает у новорожденных (ПЭК1=1, 9 условных единиц), а по мере увеличения возраста детей имеется общая тенденция к их уменьшению, т.е. при всем многообразии причин ЦИ у ряда детей, главным образом, старшего возраста установление этиологического диагноза даже при использовании высокоинформативных параклинических методов исследования – таких, как церебральная ангиография, не было возможным. Поэтому ПЭК1 у старших школьников составил 0, 9 условных единиц. ПЭК2, показывающий отношение церебральных этиологических факторов к экстрацеребральным в групповом сравнении имел тенденцию к максимальному росту у дошкольников (ПЭК2 = 12, 0 условных единиц) и в меньшей степени – у старшеклассников (ПЭК2=4, 0 условных единиц). Исключением являлись показатели ПЭК2 у детей раннего возраста (0, 33) и дошкольников (1, 16). Соотношение этиологических факторов I порядка и этиологических факторов II порядка (ПЭКЗ) было приблизительно одинаковым у детей раннего возраста и младших школьников (1, 33 и 1, 30 условных единиц соответственно), первого года жизни и дошкольников (0, 9 и 1, 0 условных единиц). У подростков этот показатель составил 0, 45 условных единиц за счет преобладания этиологических факторов II порядка.

С увеличением возраста детей отмечалось уменьшение абсолютного количества причин, приводящих к развитию ЦИ, и возрастало количество инсультов с неустановленным этиологическим фактором. Критическими возрастными периодами по значимости церебральных факторов явились подростковый и в большей степени — младший школьный возраст, экстрацеребральных факторов — ранний детский и дошкольный возраст.

Большее значение в развитии ЦИ у детей имели этиологические факторы II порядка, чаще в грудном возрасте, дошкольном и старшем школьном. У новорожденных ведущими были перинатальные факторы (гипоксически-ишемическая энцефалопатия, недоношенность, гидроцефалия), а в подростковом возрасте – артериальная гипертензия, физическое перенапряжение, в дошкольном возрасте чаще, чем в других возрастных группах причиной ЦИ были легкие черепно-мозговые повреждения.

Литература

- 1. Бурцев Е.М. // Вестник Ивановской медицинской академии. 1996. №3 4. С.6—14.
- 2. Трошин В.М. и др. Острые нарушения мозгового кровообращения.— Н.Новгород, 2000.— С.188–195
 - 3. Чучин М.Ю. // Ж.невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2003. №9. С.170.
 - 4. Шанько Г. Г. и др. Неврология детского возраста. Минск, 1990. С. 377–379.



ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Исламова Нилуфар Бустановна Ассистент-соискатель кафедры Стоматологии №1 СамМИ Телефон:+998932377773 rafulinstoma@list.ru

Аннотация. Внедрение инновационных технологий в учебный процесс. Интерактивные методы включают в себя: метод проблемного изложения, презентации, дискуссии, кейс-стадии, работу в группах, метод мозгового штурма, метод критического мышления, мини-исследования, деловые игры, ролевые игры, метод блиц опроса, метод анкетирования. Сам процесс передачи информации построен на принципе взаимодействия преподавателя и учащегося.

Ключевые слова: инновационные методика, интерактивные методы, терапевтик стоматология.

Одной из задач системы образования является повышение уровня мотивации и интереса к обучению, увеличение интеллектуальных способностей, развитие критического и творческого мышления, активизация способности решать нестандартные задачи и проблемы. Поэтому сегодня одной из важнейших проблем системы образования является внедрение стратегического исследования новых информационных технологий в учебный процесс для получения. Внедрение инновационных технологий в учебный процесс. Интерактивные методы включают в себя: метод проблемного изложения, презентации, дискуссии, кейсстади, работу в группах, метод мозгового штурма, метод критического мышления, мини-исследования, деловые игры, ролевые игры, метод блиц опроса, метод анкетирования. Сам процесс передачи информации построен на принципе взаимодействия преподавателя и учащегося. Одним из эффективных методов активизации процесса обучения считается метод проблемного изложения. При таком подходе лекция становится похожей на диалог, преподавание имитирует исследовательский процесс, в ходе которого выдвигаются несколько ключевые слова по теме лекции, изложение выстраивается по принципу самостоятельного анализа и обобщения учащимися учебного материала. Другим эффективным методом можно назвать метод кейс-стади или метод учебных конкретных ситуаций. При данном методе обучения учащийся вынужден самостоятельно принимать решения и обосновать их. Метод кейс-стади - это метод обучения, при котором учащиеся и преподаватели участвуют в непосредственном обсуждении деловых ситуаций или задач. Эти кейсы, подготовленные обычно в письменной форме и составленные исходя из реальных фактов, читаются, изучаются и обсуждаются учащимися. Разработана общая технология работы при использовании метода кейс-стади: преподаватель: а) подбирает кейс, б) определяет основные и вспомогательные материалы, учащийся - получает кейс и готовится к занятию. Во время занятия преподаватель: а) организует предварительное обсуждение кейса, б) делит группу на подгруппы, в) руководит обсуждением кейса; учащийся а) задает вопросы, б) предлагает варианты решений, в) принимает решение, г) составляет письменный отчет о работе. Таким образом, применение инновационных методик содействует решению главной задачи - обучения высоко квалифицированного, профессионально подготовленного, конкурентоспособного на современном рынке труда специалиста. Выводы. На этой основе стало известно, что методы обучения путем дискуссий и группового участия в сопоставлении с двумя последующими методами обучения путем лекций и научного представления имеют значимую корреляцию с мотивацией достижения студентов. Кроме того, метод обучения путем устных вопросов в сопоставлении с двумя последующими методами обучения путем лекций и научного представления показал значимую корреляцию с мотивацией достижения. Таким образом, в области обсуждения мотивации достижения



можно сказать, что два метода обучения путем дискуссий и группового участия, а также путем устных вопросов, показали значимую корреляцию с мотивацией достижения. Как и прежде говорилось, Г. Мюррей дал следующее определение мотивации достижения: «Намерение справляться с чем-то сложным. Справляться с физическими объектами, людьми либо идеями, манипулировать ими либо организовывать их. Делать это настолько быстро и независимо, насколько это вполне вероятно. Преодолевать препятствия и достигать высокого уровня. Превосходить самого себя. Соревноваться с другими и превосходить их. Увеличивать свое самоуважение благодаря успешному применению своих способностей».

Список литературы:

- 1. Стоматология: учебник / Козлов В., СПб.: 2011
- 2. Терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям / Максимовский Ю.М., М.: 2011
 - 3. Терапевтическая стоматология Часть 3 / Барер Г., М.: 2010
 - 4. Терапевтическая стоматология: учебник / Царинский М., М.: 2008



РОЛЬ ВРЕДНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ФАКТОРА В ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Мамурова Нигора Нормуратовна Рустамова Шахризода Шухратовна Самаркандский Государственный медицинский институт Shakhrizoda.rustamova@bk.ru

Аннотация. Внебольничная пневмония (ВП) всегда была потенциально опасной для жизни инфекционной болезнью и остается одной из ведущих причин заболеваемости, госпитализации и смертности, занимая первое место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6-е – среди всех причин летальности. Мы решили изучить особенности клинического течения внебольничной пневмонии в зависимости от профессии больного, вредного профессионального фактора, который присутствует в профессии у больного.

Ключевые слова: пневмония, клиника, профилактика, профессия.

Внебольничная пневмония (ВП) всегда была потенциально опасной для жизни инфекционной болезнью и остается одной из ведущих причин заболеваемости, госпитализации и смертности, занимая первое место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6-е — среди всех причин летальности. Постоянно сохраняющаяся высокая общая летальность при пневмонии составляет около 20-30 человек на 100000 населения в год. В современной, чрезвычайно неблагоприятной, становящейся резко агрессивной биологической, социально-экономической и политической среде, ВП является сложной проблемой здравоохранения как в индустриально развитых, так и в развивающихся странах [2, с.1]. Значительное выпадение дыхательной поверхности, затруднение приема кислорода и увеличение количества углекислоты в крови являются такими факторами, которые непосредственно или косвенно представляют нагрузку для и без того пораженного организма [1, с. 597]. Реологические нарушения крови и сосудистой стенки занимают одно из ключевых мест в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания [4, с. 555]. При обзоре литературы мы мало нашли данные, которые могли говорить о связи внебольничной пневмонии с профессией больного.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения внебольничной пневмонии в зависимости от профессии больного.

Тяжелая сопутствующая (фоновая) патология является неблагоприятным фактором, утяжеляющим прогноз заболевания, а так же развития осложнений, затяжного и тяжелого течения [5, с.169]. Но так же надо учитывать профессию больного, где вредный профессиональный фактор так же может влиять на течение пневмонии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 42 больных с внебольничной пневмонией в пульмонологическом отделении ГМО № 1 г. Самарканда, Узбекистан. Все больные были обследованы по стандартам и диагноз был клинически обоснован. Из них 19 женщин и 23 мужчин. Средний возраст обследуемых составил 49, 3 лет. При сборе анамнеза 96% больных были временно не работающими, инвалидами или пенсионерами.

Выводы. Такой результат нам не дал возможности связать заболевание с профессией больного. При сборе анамнеза не был сделан акцент на профессию больного до его выхода на пенсию или до получения инвалидности. Многие среди больных (46%) указывают в анамнезе, что в течении определенного времени работали в России, но профессия не была уточнена. Многие профессии связанные с производственной пылью, парами химических веществ, работа в закрытых помещениях приводят к гиповентиляции легких, которое в последующим может играть патогенетическую роль в развитии заболевания. Тщательный сбор профессионального анамненза даст больше возможностей для диагностики и лечения внебольничной пневмонии. Связать клинику внебольничной пневмонии с профессией будет сложно провести, если профессиональный анамнез не был тщательно собран. Каче-



ство здоровья этой категории больных определяет трудовой, интеллектуальный потенциал страны, здоровье будущих поколений. Практически отсутствуют работы, учитывающие особенности течения тяжелых пневмоний, позволяющие определить наиболее значимые факторы для прогнозирования неблагоприятного течения ВП и провести своевременную диагностику, лечение и реабилитацию в соответствии с современными представлениями о развитии и течении острого воспалительного процесса в лёгочной ткани, обусловленную с воздействием на органы дыхания вредного профессионального фактора.

Использованная литература

- 1. Мамурова Н.Н. Узбекистан: Взаимосвязь пневмонии с коронарным кровообращением / Мамурова Н.Н., Юлдашева Д.А., Закирьяева П.О. Статья. Материалы XXXIV Международной научно-практической интернет конференции. Переяслав-Хмельницский, 2018. С.597.
- 2. Кузьмин А. П. Клинико-иммунологические особенности и прогнозирование тяжелой внебольничной пневмонии у юношей. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Владивосток, 2009. С. 3. N.N.Mamurova, D.E Nosirova. Issues of medical aid in case of pneumonia with comorbide conditions at the in-ratient department. The International scientific conference for students and young researchers in English "topical issues of medicine" Abstract Book .Stavropol, 2019. P.130.
- 4. Мамурова Н.Н. Узбекистан: Течение внебольничной пневмонии при метаболическом синдроме // Тенденції та перспективирозвитку науки і освіти в умовахглобалізації, г.Переслав-Хмелинцький, 2019. С.554.
- 5. Мамурова Н.Н., Рустамова Ш.Ш.«Особенности клинического течения внебольничной пневмонии в зависимости от профессии»// Тенденції та перспективирозвитку науки і освіти в умовахглобалізації, г.Переслав-Хмелинцький, 2019. С.408-409.



"COVID 19" YA'NI "KORONAVIRUS" KASALLIGI AYRIM NARSALARNI QADRIGA YETISHIMIZNI OʻRGATDI

Gulshoda Tojiyeva Erkinjon qizi Guliston shaxar 4-maktab 11-sinf oʻquvchisi Telefon:+998915058842 Tojiyevagulshoda0606@gmail.com

Annotatsiya: Qalban birgamiz –birga yengamiz. Kuch birlikda.Hech qanday vahimaga oʻrin yoʻq, chunki hozirda qilinayotgan ishlarning barchasi virusni yengishimizning asosi hisoblanadi. Kalit soʻzlar: Koronavirus, Uydaqoling, shifokorlar, ota, farzand.

Koronavirus 2020- yilda dunyoni larzaga keltirdi. Sababi, har qanday odamda ushbu kasallik aniqlanar ekan, u yaqinlariga ham ya'ni muloqotda bo'lgan kishilari bilan bu virus kuzatilshi mumkin.O'z salomatligimiz o'zimizning qo'limizda! Ushbu virus tufayliayrimqonunlar, taqiqlar ham yo'lga qo'yildi. Avval niqob taqish, dizenfeksiya ishlarini olib borish, qo'lni sovunlab yuvish kabi 15 xil qoidaga nazariy hamda amaliy tomonlardan rioya etish darkor.

Shuni ta'kidlab oʻtish joizki, asosiy qonnun - qoidaesa "Uydaqolish".Iloji boʻlsa koʻchaga chiqmaslik. Buning iloji yoʻqliginisiz- u biz juda yaxshi bilamiz. Ehtiyojlarimiz hechqachon tugamaydi. Shusababli, oziq-ovqat yoki boʻlmasam, dorixonaga birmarotaba boʻlsa ham chiqib kelamiz. Qonun-qoidaga amal qilgan holda, ehtiyotkorlik choralarini koʻrsak, sabr bilan yengamiz albatta Uydaqolsak, virusning oʻzi ma'lum muddat ichida yoʻq boʻlib ketadi. Uydaoʻtirsak, hech narsadan kam boʻlmaymiz. Aksincha oʻzimiz va oʻzgalarhayotini oz boʻlsa-da, asraymiz. Chunki, hozigi kunda darslar, ishlar va boshqa muammolar masofadan turib hal boʻlyapti, axir. Uyda qolishimiz ba'zi narsalarning qadriga yetishizga sabab boʻlmoqda.

Bir oila boshligʻi kuni bilan ishda, ayrim hollarda esa kechasi kech ham qolib ketadi.Onasi ham kunduzi bilan ishda, kechqurun charchash, bolalari esa e'tiborsiz. Haftada 7- kun bor, yakshanba dam olish kuni- kudeysiz-mi? Onasi gapda, otasi choyxonada, xullas yana bolalar e'tiborsiz. Farzand: "Kundan-kun virus avjiga olib ketyapti, dadam kechgacha ishdalar, oyimda ham shu ahvol, ukam bilan menga qarashganlari vaqtlari boʻlmasedi. Hozir ayni paytda "Karantin". Birinchi hafta uyda oʻtirib hamishlashdi. Ikkinchi hafta uyishlari bilan oʻtdi. Ucinchi hafta esa qalaydandir, e'tiborlari ukam ikkimizda! Biz ukam bilan shunday xursanededik-ki, xursandchiligimizning chegarasi yoʻq. Bilamiz bizuchun, kelajagimiz uchun, barcha sharoitlarni yaratib berishyaptilar. Ammo, "E'tibor— hamma narsadan ustun!", - mening nazarimda.

Otasi:,, Karantin qachon tugarkan?,,

Farzand: "Nega, dadajon! Bizdan charchadingizmi?"

Otasi: "Yoʻq, bolam nega bunday deysan?" Aksincha sizlar bilan anchadan buyon vaqtimni birgalikda oʻtkazmadim. Hozir esa birga oʻtkazib, oila nima ekanligini, oila qadrini, farzand taftini endi his qildim. Shuncha oʻtgan umrim zoya ketti-mi?, - deb oʻylab qoldim, bolam.

Xulosa qilib aytish mumkin-ki, oila bu muqaddas dargoh. Zero, oilada hamjihat boʻlaoldikmi, demak mahalla, jamiyat, butun Oʻzbekistonni tashkil qiluvchi barcha insonlar hammamiz bir boʻlib harakat qilishimiz lozim. Shu kungacha bir et, bir tirnoq boʻlib, yurtimizni, jannatmakon Oʻzbekistonimizni gullab yashnashi uchun oz-mi, koʻp- mi oʻz hissamizni qoʻshib kelmoqdamiz. Albatta virusni ham, yov kelsayovni ham, qirgʻin kelsa uni ham Yengamiz! Axir beijzga "Kuchbirlikda!" –deyishmagan ota - bobolarimiz.



UYDA QOLING!

Keldi yurtimizga bahorlar, Lek tushirdi, dilga qaygʻular. Dunyoni aylanib" Koronaviruslar" Soldi, dillarni larzaga ular.

Bahorni davomi yorugʻlik boʻlsin, Ayting, odamlar shukronalar-Duolarimiz ijobat boʻlsin, Axir xizmatda dur shuncha insonlar.

Bu dardga shifodir pokniyatlar, Duoga koʻtarildi, buyuk tilaklar. Yurtboshimiz siyosati ijobat boʻlsin, Shifokorlar elgamadad boʻlsin.

Shifokorlar ishlaydi, tun-u kun Elimiz, xalqimiz sogʻligi uchun. Xotirjam qoidaga rioya qiling, Aziz yurtdoshlar salomat boʻling!

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. KORONA VIRUS INFO t.me/koronavirusinfouz.



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: metoprololtartrate, 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 cardiotocography 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.



ТУРМУШ ҚУРАЁТГАН ЁШЛАРСАЛОМАТЛИГИ ВА НИКОХДАН ОЛДИН ТИББИЙ КЎРИКДАН ЎТИШНИНГ АХАМИЯТИ(ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ МИСОЛИДА)

Агатаева Камила Абатбай Кызы Тошкент тиббиет академияси Жамоат соглигини сақлаш мактаби Олий ҳамширалик иши мутахассислиги 1-босқич магистр талабаси Тошкент, Узбекистан kamilla.agatayeva@bk.ru

АННОТАЦИЯ: Мамлакатимизда соғлом ва баркамол авлодни тарбиялаш, ёшларнинг ўз ижодий ва интеллектуал салоҳиятини рўёбга чиқариши, мамлакатимиз йигит-қизларини XXI аср талабларига тўлиқ жавоб берадиган ҳар томонлама ривожланган шахслар этиб вояга етказиш учун зарур шарт-шароитлар ва имкониятларни яратиш бўйича кенг кўламли аниқ йўналтирилган чора-тадбирларни амалга оширилмокда.

Соғлом оилани шакллантириш учун шарт-шароитлар яратиш, ирсият билан боғлиқ ва туғма касалликларга чалинган болалар туғилишининг олдини олиш никоҳланувчи шахсларни тиббий курикдан утказишнинг мақсади ҳисобланади.

Калит сўзлар Ўзбекистон Республикаси, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш Вазирлиги, Фуқаролик холати далолатномаларини ёзиш, Оилавий поликлиника, Ўзбекистон Республикаси Оила кодекси.

Ўзбекистон Республикаси давлат мустақиллигига эришган дастлабки кунларданоқ ижтимоий-сиёсий сохада кучли хукукий демократик давлат ва жамият, иктисодиёт сохасида турли мулк шаклларига асосланган бозор муносабатлари қуришни мақсад қилиб қўйди. Шу маънода кенг кўламли ислохот олиб борилмокда ва унинг натижалари айтиш мумкинки муваффақиятли бўлмокда. Ислохотнинг пировард мақсади – инсон, унинг хаёти, эркинлиги, шаъни, кадр-киммати ва бошка дахлсиз хукуклари олий кадрият хисобланади. Инсоннинг мазкур қадриятларини таъминлашда ва самарали амал қилишида оила алохида ўрин тутади. Эътироф этиш лозимки, бугун оиланинг беназир нуфузи, улкан ижтимоий ахамиятга молик вокелик эканлиги хеч кимда шубха туғдирмайди. Оила жамиятнинг асосий хужайраси ва ижтимоий таянчидир. Хар бир оиланинг бахтиёрлиги ва фаровонлиги пировард натижада жамиятнинг барқарорлиги, гуллаб-яшнаши ҳамда фаровонлиги шартидир. Оила нафақат инсон наслини давом эттириш омили сифатида, балки жамият аъзоларини, айникса, ўсиб келаётган ёш авлодни миллий истиклол ғояси асосида тарбиялаш маскани сифатида катта ахамиятга моликдир. Шу сабабли Ўзбекистонда 1998 йилни "Оила йили" ва 2012 йилни "Мустахкам оила йили" деб номланиши ва бу борада амалга оширилиши лозим булган кенг қамровли ислохотларни ўзида ифода этган. Хукуматнинг махсус дастури қабул қилиниши оила институтини янада мустахкамлашнинг мухим омили бўлди. Ана шу ислохотларнинг хукукий асосларини таъминлаш, мухим ижтимоий институт булган оила ва у билан боғлиқ масалаларнинг қонунчилик базасини такомиллаштириш бугунги кун юриспруденцияси ва конун ижодкорлиги олдида турган долзарб масалалардан эканлигини таъкидлаш ўринли. Мамлакатимизда 2012 йилни "Мустахкам оила йили" – деб эълон қилиниши билан оила муносабатларини тартибга солишга қаратилган қонун хужжатларини такомиллаштириш масалаларини янада долзарблик касб этди. Бу масалада Ўзбекистон Республикаси Президенти куйидагиларни билдириб ўтди: "...бу ҳақда гапирганда, аввало, мамлакатимизда оила институтини ривожлантириш ва такомиллаштириш бўйича янгитдан қабул қилинадиган қонун, қоида ва нормаларда бугунги ва эртанги кунимизнинг талаблари акс этиши, амалдаги қонун ҳужжатларига зарур ўзгартиш ва қўшимчалар киритиш, бу масалада жамиятимизнинг эътиборини янада кучайтириш кўзда тутилаётганлигини



таъкидлаш керак. Ўзбекистонда никох ёшини эркаклар учун йигирма ёш ва аёллар учун ўн тўққиз ёш қилиб белгилаш мақсадга мувофик бўлар эди. Бу холат никохланувчиларнинг хар томонлама оила қуришга хамда уларнинг биологик нуқтаи назардан хам эр-хотинлик муносабатларига киришишларига тайёр бўлишларига ижобий таъсир кўрсатади. Қолаверса, никохдан ажралиш билан боғлиқ низоларда эрта (17 ва 18 ёшда) турмуш қурганларнинг улуши юқори бўлиб қолаётганлигини хам эсдан чиқармаслик лозим. Шу сабабли никохдан ажралишларни камайтириш ва оилавий муносабатларнинг барқарорлигини таъминлаш максадида никох ёшини эркаклар үчүн йигирма ёш ва аёллар үчүн ўн тўккиз ёш килиб белгилаш бугунги күн нуктаи назаридан ўта долзарбдир. Никох эр-хотиннинг ўзаро ахдлашуви, иттифоки сифатида муайян шартларга риоя килиниб тузилади. Бундай шартлар никохнинг қонунийлигини, никохланувчиларнинг эрк-иродаси ифоданланганлигини, ўзига хос биологик окибатлар билан боғликлигини таъминлашга хизмат қилади. Шу маънода никох тузиш шартларига риоя килиш конун талаби сифатида муайян шартларга амал холати бўлиб кўрилади. Бугунги кунда никох тузиш шартларига риоя килмаслик оқибатлари оила қонунчилигида белгиланган булса-да, уларни ушбу муносабатларни етарли даражада тартибга солади, - деб бахолаб булмайди. Таъкидлаш лозимки, амалдаги Оила кодексида "никох тузиш шартлари" номли норма мавжуд эмас, бирок оила хукуки назариясида "никох тузиш шартлари" атамаси никох тузишда риоя қилиниши лозим бўлган асосий холат сифатида эътироф этилади. Мазкур холат оила конунчилиги ва оила хукуки назариясини бир хилда тушинишда муаммолар ва бахсли холатларни юзага келтиради. Шу билан бирга Оила кодесида оила хукуки фанида никох тузиш шартлари хисобланадиган "никох тузишнинг ихтиёрийлиги" (Оила кодексининг 14-моддаси) ва "никох ёши" (Оила кодексининг 15-моддаси) никох муносабатларида айнан қандай вазифани бажариши ва никох тузиш учун ахамиятини англатувчи хеч қандай қоиданинг мавжуд эмаслиги хам амалий жихатдан муаммоларни вужудга келтирмокда. Оила кодексида никохланувчи шахслар давлат соғлиқни сақлаш тизими муассасаларида бепул тиббий кўрикдан ўтишлари белгиланган. Мазкур норма ижросини таъминлаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Махкамасининг 2003 йил 25 августдаги 365-сонли қарори билан "Никоҳланувчи шахсларни тиббий курикдан утказиш туғрисида"ги Низом тасдиқланган. Оила кодекси, ушбу Низом талаблари, шунингдек, "Фукаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида"ги, "Психиатрия ёрдами тўгрисида"ги, "Одамнинг иммунитет танқислиги вируси билан касалланишининг (ОИВ касаллигининг) олдини олиш тўгрисида"ги, "Ахолини сил касаллигидан мухофаза қилиш тўғрисида"ги қонунлари, авваломбор, соғлом оилани шакллантириш учун зарур шарт-шароитлар яратишга, ирсият билан боғлиқ туғма касалликларга чалинган болалар туғилишини олдини олишга қаратилгандир. Хайрлиси, ушбу қонун ҳужжатлари талаблари амалиётга кенг жалб қилиниши натижасида бугунги кунда мазкур касалликлар билан болаларнинг туғилиши бирмунча камайганлигини куриш мумкин.

Шуни ҳам алоҳида таъкидлаш зарурки, ҳозирги кунда республикамизда "Оила илмий-амалий маркази", шаҳар, ҳамда туманларда "Фуқаролик ҳолати далолатномаларини қайд этиш органлари" ҳамда оилани режалаштириш бўйича марказлар томонидан никоҳланувчи шаҳсларга тиббий кўрикдан ўтишнинг афзалликлари ҳусусида батафсил маълумотлар берилиб борилмокда ва бунинг натижаси, айтиш мумкинки, ўзининг ижобий самарасини бермоқда. Ҳар бир оила аъзосининг соғлом бўлиши, янги туғилган фарзанднинг соғ-саломат вояга етиши қанчалик муҳим иқтисодий ва маънавий масала эканлиги бугунги кунда барчага аён. Шулар қаторида Ўзбекистон Республикаси Президентининг "2014-2018 йиллларда Ўзбекистонда ахолининг репродуктив саломатлигини янада мустаҳкамлаш, оналар, болалар ва ўсмирлар соғлигини муҳофаза қилиш борасидаги Давлат дастури тўғрисида" қабул қилинган қарори моҳият эътибори билан болаларимизни жисмоний ва маънавий жиҳатдан камол топтириш ва ёшларга оид давлат сиёсатини янги босқичга кўтаришга ҳизмат қилади.

Соғлом ва мустаҳкам оилаларни барпо этиш соғлом келажак пойдевори эканини назарда тутиб, турмуш қураётган ёшларнинг никоҳдан олдин тиббий курикдан тулиқ утишларини



таъминлаш, шу асосда ирсий ва туғма касалликларнинг олдини олиш бўйича сезиларли ишлар қилинди.

Жумладан бўлажак келин-куёвларни тиббий кўрикдан ўтказадиган поликлиникалар замонавий тиббиёт ва диагностика асбоб-ускуналари билан жихозланди. Энг мухими, янги оила кураётган 2 мингдан ортик ёшларда турли касалликлар аникланиб, улар амбулатор ва стационар шароитида даволанди.

"Соғлом она-соғлом бола" лойихаси доирасида жами 13 миллион 600 мингдан зиёд аёллар ва болалар тиббий кўрикдан ўтказилди. Бунинг натижасида 2 миллион 800 минг аёл ва 2 миллион 500 минг бола соғломлаштирилгани бу йўлдаги катта қадам бўлди.

Агар никоҳланувчи шахслардан бири таносил касаллиги ёки орттирилган одам иммунитети танқислиги синдроми (ОИТС) борлигини бошқасидан яширган бўлса, шу шахс (яъни, алданган шахс) никоҳни ҳақиқий эмас деб топишни талаб қилиб, судга мурожаат этишга ҳақлидир. Никоҳланувчилардан бирида бундай касалликнинг борлиги эмас, балки никоҳга ўтишда бу касалликни бошқасидан яширганлиги муайян юридик аҳамиятга эга. Хусусан, Жиноят кодексининг 113-моддасида таносил ёки ОИТС касаллигини тарқатганлик учун жиноий жавобгарлик белгиланган.

Оила қонунчилигида ўзига хос янгилик хисобланадиган "никоҳланувчи шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш" нинг никоҳ тузиш учун аҳамияти, мазкур ҳолатнинг никоҳ тузиш жараёнига нисбатан таъсири, оила ҳуқуқи нуқтаи-назаридан "никоҳланувчи шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш"нинг ҳуқуқий тавсифи ҳам ишлаб чиқилмаган. Қолаверса, Оила кодексида "никоҳланувчи шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш"нинг ихтиёрийлиги ёки мажбурий эканлиги масаласи ҳам очиқ қолдирилганлиги бу масаласини илмий-назарий жиҳатдан ўрганишни тақозо этади.

Эътироф этиш ўринлики, оилавий муносабатларда никох институти ва унинг дебочаси бўлган никох тузиш шартлари янгиланган оила конунчилиги асосида комплекс тадкик этилмаган. Шунингдек, никох тузиш шартларига риоя килмасликнинг фукаролик хукукидаги битим тузиш шартларига риоя этмаслик холати билан киёсий тахлил этиш оркали очиб берилмаганлиги, шу билан бирга фукаролик хукукидаги "низоли битим" ёки "ўз-ўзидан ҳақикий бўлмаган битим" конструкциясида никоҳни унинг тузилиш шартларидан келиб чикиб тахлил этилмаган.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.

- 1. Ўзбекистон Республикаси Приздентининг 2014 йил 1 августдаги "2014-2018 йилларда ахолининг репродуктив саломатлигини мустахкамлаш, оналар, болалар ва ўсмиринлар соғлигини мухофаза қилиш борасидаги Давлат дастўри тўғрисида" ги ПҚ-2221-сонли Қарори
- 2. Об утверждении Положения о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак: Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 25 авг. 2003 г. № 365 и Приложение №1 к Постановлению КМ от 25 авг. 2003 г.: Положение о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак; Приложение №2: Дополнения и изменение, вносимые в правила регистрации актов гражданского состояния: научно-популярная литература // Журнал налогоплательщика. Т., 2003. №9 (3). С. 22-25
 - 3. Абдурахманов Қ.Х. "Соғлом никох соғлом авлод пойдевори" Т.: 2008
- 4. Акаева Н.М. Оила хукуқи. Ўзбекистон файласуфлари миллий жамияти нашриёти. Тошкент 2013 йил.
- 5. Маматкулов Б., Нодиров Т. Оналик ва болаликда соғлом турмуш тарзини тарғиб килиш ва шакллантириш. Услубий қулланма 2009 йил.
- 6. Халдибекова Ф. Соғлом турмуш тарзи-жамиятимиз тараққиётининг асосий омили. Тошкент. Ўзбекистон. 2013 йил.



ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА БИОФЛАЗИД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Арзиева Гульнора Бориевна Ассистент Самаркандского Государственного Медицинского Института Телефон:+998(93)3498971 gulnoraborievna111@gmail.com Маматкулова Мохигул Джахангировна Ассистент Самаркандского Государственного Медицинского Института Телефон:+998(97)9206141 mmoxigul@mail.ru

Аннотация: Нами предложенный отечественный препарат, наряду с традиционным лечением сокращает время пребывания пациента в клинике, что немаловажно на сегодняшний день, нормализует менструальный цикл, восстанавливает репродуктивную функцию женщины.

Ключевые слова: воспаление женских половых органов, препарат «Биофлазид».

В настоящее время вирусные заболевания среди других заболеваний очень актуальны. Это обусловлено, достаточно широкой её распространенностью среди населения и с пожизненной персистенцией вируса в организме человека. Вирусы обладают иммунодепрессивными и онкогенными свойствами, что в итоге оказывает негативное влияние на репродуктивную функцию женщины [1, 3, 6]. У женщин на фоне воспалительных процессов может нарушаться менструальный цикл и менструация становится более болезненной и продолжительной. Одним из самых распространённых осложнений является развитие бесплодия у женщин репродуктивного возраста, а так же невынашивание и самопроизвольные аборты. Кроме того, могут развиваться рецидивы процесса. При массивном воспалении может возникать гнойный очаг, который требует оперативного лечения. Учитывая распространенность хронических форм воспалительных заболеваний гениталий и их устойчивость к стандартным схемам лечения дальнейшее совершенствование программы лечения этих заболеваний с включением иммунокорригирующих препаратов представляется перспективным [2, 5]. Биофлазид является иммунокорригирующим биологическим отечественным препаратом.

Цель исследования: Изучить эффективность отечественного препарата «Биофлазида» при комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Материал и методы: Нами было обследовано 120 женщин репродуктивного возраста с воспалителными заболеваниями женских половых органов за период 2018-2020гг. находившихся на стационарном лечении в отделение гинекологии №3 родильного комплекса г.Самарканда. Всем женщинам проведено общий анализ крови и мочи, гинекологический осмотр, кольпоскопия, бактериоскопическое и бактериологичекое исследование, обследование на вирус простого герпеса (ВПГ) и цитомегаловирус (ЦМВ) наличие специфических антител класса IgG и IgM, ИФА и ПЦР. Исследования проводили на аппаратах Rotor Gene (Германия), ИФА на Mindray 96A (Китай), ИХЛА- МАGLUME 800 (Китай). Серологический метод направлен на выявление антител к инфекции. В крови отмечается лейкоцитоз, может увеличиваться доля лимфоцитов — главных борцов с вирусной инфекцией. Лейкоцитарная формула сдвигается влево за счет увеличения молодых форм клеток. Отмечается увеличение СОЭ. Анализы отражают общую воспалительную реакцию. Бактериологическое исследование мазка из влагалища позволило выявить наличие «специфических» и «неспецифических» возбудителей.

В процессе лечения больные были разделены на 2 группы: 1) группа – больных (60



женщин) проводилась традиционная терапия. Традиционная терапия включала проведение антибактериальной, общеукрепляющей лечение и физиотерапевтические процедуры; 2) группа больных (60 женщин) получали антибактериальную, общеукрепляющую терапию, а так же препарат «Биофлазид» как рег. оз так и местно. Пациенты принимали Биофлазид за 30 минут до еды или через час после еды, по 15 капель 2 раза в день в течение 3 месяцев. Капли растворили в одной столовой ложке воды. Для лучшего усвоения лекарства прием осуществляют с небольшим количеством сахара. При дефекте плоского эпителия шейки матки биофлазид назначено в виде аппликаций и тампона местно. Для приготовления аппликаций необходимо 1, 5 мл (36-38 капель) препарата развести на 10 мл физиологического раствора (смоченную в растворе тампон наносить на пораженный участок кожных покровов или слизистой оболочки до 3-х раз в сутки). А для приготовления раствора для вагинальных тампонов необходимо 3 мл (72-75 капель) препарата развести в 20мл физиологического раствора.

Результаты исследования. На 3-й день лечения состояние улучшилось больных второй группы, на 5-й день соответствующий результат отмечен у больных первой группы. Выделения из влагалища прекратились на 3-4 сутки второй группы. Пациенты первой группы отметили прекращение патологических выделений только на 5-6 сутки лечения. Повторное обследование пациентов проводили через 1 и 3 месяца после окончания терапии. Препарат хорошо переносился пациентами. Не зафиксировано ни одного случая побочных эффектов, связанных с приёмом препарата «Биофлазид». Улучшение клинического состояния женщин и лабораторных показателей доказывают, высокую эффективность препарата «Биофлазид» в лечении пациентов с урогенитальными заболеваниями и патологией шейки матки. Биофлазид способствует элиминации вируса из организма, предупреждает рецидивы заболевания и снижает риск возникновения неопластических процессов в шейке матки. С целью профилактики рекомендуется 3-4 курса приема Биофлазида в год.

Таким образом, использование отечественного препарата «Биофлазид» при лечение воспалительных заболеваний женских половых органов помог восстановить овуляторный менструальный цикл и детородную функцию за короткое время, по сравнению с традиционным лечением и сократить пребывания пациента в стационаре. Препарат обладает высокой безопасностью даже при длительном назначении благодаря натуральному составу. Полученные положительные результаты, позволяют рекомендовать и включить в комплексном лечении препарата «Биофлазид» для широкого применения в клинической практике.

Литература

- 1. Amar OAO, Bajaj HK, Gupta N, Singla A, Masih H. Prevalence of herpes simplex virus in pregnant women from gangetic plain region of Allahabad, India. Adv Microbiol. 2015; 5:404–8.
- 2. Bernstein DI, Bellamy AR, Hook EW 3rd, et al. Epidemiology, clinical presentation, and antibody response to primary infection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in young women. Clin Infect Dis. 2013;56:344.
- 3. Беседнова Н.Н., Леонова Г.Н., Запорожец Т.С. Иммунокорректоры в комплексном лечении вирусных инфекций // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. -2006. №3. С. 111-117.
- 4. Галегов Г. А., Андронова В. Л., Леонтьева Н. А. и др. Этиотропная лекарственная терапия вирусных инфекций // Вопр. вирусологии. -2004.-№3.-С. 35-40
- 5. Грищенко О.В., Бобрицкая В.В., Пак С.А. Комплексная иммуномодулирующая терапия папилломавирусной инфекции у беременных Сборник научных тезисов, Ассоциация акушер-гинекологов. Украина.–К.:Интермед, 2005.–С.112-115.
- 6. Ерофеева М. К., Позднякова М. Г., Максакова В. Л. Применение новых препаратов для профилактики гриппа и других OP3 // Русский медицинский журн. 2011. Т. 19.- № 8. С. 508-514.
- 7. Протефлазид: Информационные материалы по свойствам и методикам применения. Киев, 2002.-69 с.
- 8. Романюк М.Г., Корниенко А.М., Аксенов П.В. Использование Протефлазида для лечения папилломавирусной инфекции у мужчин. Здоровье мужчины. 2011. №3. С.124-126.



БОЛАЛАРДА АСОРАТЛАНГАН МЕККЕЛ ДИВЕРТИКУЛИНИ ДАВОЛАШДА ХИРУРГИК УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Бердиев Эргаш Абдуллаевич Тиббиёт фанлари номзоди Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази Жумаев Мамозиё Юсупович Тиббиёт фанлари номзоди Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали Моб: +99897-553-68-46 ergashdh@mail.ru

Аннотация: Мақолада болаларда учрайдиган Меккел дивертикули патологиясини хирургик усулда замонавий даволаш жиҳатлари, ушбу патологиянинг турли хирургик амалиётларнинг қиёсий тавсифи, шунингдек шу касалликга чалинган беморларни даволашни янада оптимиллаштириш усуллари келтирилган. Эндовидеолапароскопияни куллаш болаларда Меккел дивертикули касаллигини уз вақтида ташхислаш ва даволаш имкониятини яратади.

Калит сўзлар: болаларда меккел дивертикули, хирургикдаволаш тактикаси, эндовидеолапароскопия.

Муаммонинг долзарблиги: Меккел дивертикули ошқозон ичак трактининг энг кўп учрайдиган туғма нуқсонларидан бири ва қорин бўшлиғидаги бир қатор патологик ҳолатларнинг сабабчиси бўлиб ҳисобланади.Баъзи тадқиқотчиларни маълумотларига кўра, бу патологиянинг учраш частотаси 2-3% ни ташкил қилади ва касалликнинг клиник кўриниши ва асоратлари 25 % ҳолларда кузатилади.

Тадкикот максади:Болалардаги Меккел дивертикули асоратлари учраш частотасини ва хирургик даволаш тактикасини аниклаш.

Материал ва услублар:Сурхондарё вилоят болалар кўп тармокли тиббиёт марказида 2008-2018 йиллар давомида 3 ойликдан 12 ёшгача бўлган 27нафар беморлар Меккел дивертикули билан жаррохлик амалиёти ўтказилиб даволанишда бўлишган. Мурожаат килган бемор болаларда ичаклардан кон кетиши (11), ичак дивертикулити (6), ичак инвагинацияси билан (5), странгуляцион ичак тутилиши (3), Меккел дивертикули буралиши билан (2) жаррохлик амалиётлари ўтказилди. Беморларда текширув ва диагностика учун корин бўшлиғи умумий рентгенографияси ва УТТ текширувлари ўтказилган. Меккел дивертикулиник клиник манзараси унинг асоратлари табиатига боғлиқ бўлади. Меккел дивертикулининг клиник манзараси ноаник аломатлар билан намоён бўлади. Шунинг учун барча беморларда шошилинч равишда диагностик лапароскопикжаррохлик амалиёти бажарилган.

Натижалар: Барча беморлар жаррохлик бўлимига "Ўткир корин" синдроми гумони билан ёткизилган. 40, 7% холларда ичакдан кон кетиши, 22, 2% холатда ичакни яллиғланиши, 18, 5% ичак инвагинацияси билан 11, 1% холларда эса странгуляцион ичак тутилиши аломатлари билан, 7, 4% холларда эса Меккел дивертикулининг ўз ўки атрофида буралиши холатлари кайд этилган. Барча холатларда ташхис ва жаррохлик амалиётларини хажми диагностик лапароскопия ўтказилган махалида аникланди. 22 (81, 4%) нафар беморларда минимал инвазив жаррохлик аралашувлари муваффикиятли амалга оширилди. Видеоэндоскопик жаррохлик асбоблари ёрдамида (16) нафарида Меккел дивертикули резекцияси бажарилган бўлса, лапароскопик-ёрдамчи резекцияси 7 нафар беморларда амалга оширилган. Конверсия ва дивертикулэктомия 4 нафарида бажарилган. Беморларнинг 11 нафарида ичакдан кон кетиши аломатлари ва 6 нафар беморларда ичак дивертикулити бел-



гилари аниқланган бўлиб, 13 нафар беморларда эндовидеолапароскопик жарроҳлик амали-ёти самарали бажарилган. 4 нафар беморлар ичакларда некроз белгилари аниқланганлиги сабабли анъанавий усулда ичак резекцияси охирига-охири анастомози жарроҳлик амали-ёти бажарилган. 8 нафар беморларнинг 7 нафарида эндовидеолапароскопик жарроҳлик амалиёти муваффикиятли бажарилган бўлиб, 1нафар беморда ичак инвагинацияси билан 3 суткадан сўнг мурожаат қилган, ичакларда некроз, перитонит аломатлари бўлганлиги сабабли ўнг ёнбош соҳасига илеостома ўрнатилган.Операциядан кейинги асоратлар анъанавий жарроҳлик амалиёти ўтказилган 1 нафар беморда жароҳатнинг йиринглаши кузатилди. Ўлим ҳолатлари кузатилмаган.

Хулосалар: Шундай қилиб, Меккел дивертикули касаллиги бўлган болаларни даволаш кўрсатгичларини яхшилаш учун ўз вақтида касалхонга ётқизиш ва замонавий диагностика усулларини қўллашга боғлиқ.

Болаларда Меккел дивертикули асоратли кечишида диагностик лапароскопияни қўллаш қорин бўшлиғидаги ўткир жарроҳлик касалликларида ташхисни ойдинлаштириш ва жарроҳлик амалиёти ҳажмини аниқлаш имконини беради.

Адабиётлар:

- 1. Дмитриева Е.В., Буланов М.Н., Блинов И.А. и др. Ультразвуковая диагностика дивертикула Меккеля у детей // Ультразвуковая и функциональная диагностика, 2015. № 2. С. 68–84.
- 2. Носков А. А., Лазарев С. М., Ефимов А. Л., Ершова Н. Б., Чепак Д. А. Редкое наблюдение гигантского дивертикула Меккеля // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2016. № 1. С. 104-105.
- 3.Избасаров Р.Ж., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Лучкин А.А.Эндовидеохирургия в диагностике и лечении дивертикула Мекке-ля // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. − 2005. № 5. C. 82-83.
- 4. Комаров Н.В., Комаров Р.Н.Перфорация дивертикула Меккеляигол-кой сосны // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -1998. -№ 6. C. 87–88



АЛЬВЕОЛИТ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ. ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛИТА И ПРОФИЛАКТИКА И ОСЛОЖЕНИНИЙ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТ И МЕТОДИК

Бердиев Тимур Абдукахорович Ассистент-соискатель Стоматологии №1 СамМИ

Аннотация: Определение метода выбора оптимального лечения альвеолита, а так же профилактика его осложнений.

Ключевые слова: альвеолит, удаления зубов, бактериальная инфекция.

Альвеолит — самое распространенное осложнение после удаления зуба. Его возникновение, по разным данным литературы, варьирует от 3-5% до 45% (после удаления третьих нижних маляров). Такое понятие как сухая лунка чаще возникает при удалении моляров. Частота встречаемости альвеолита на нижней челюсти по сравнению с верхней челюстью равна 10:1. По мнению некоторых авторов альвеолит у женщин возникает в 5 раз чаще, чем у мужчин. Возникновение альвеолита зависит от множества различных факторов. Рассмотрим несколько основных факторов, на фоне которых чаще всего возникает альвеолит: Хирургическая травма и сложность операции. Чем сложнее и травматичнее удаление зуба, тем более выражено послеоперационное воспаление костной ткани, как следствие — увеличивается выброс прямых активаторов плазминогена. Сложные удаления, в процессе которых приходится сегментировать зуб, выполнение остеотомии и отслаиванияслизисто-надкостничного лоскута в 10 раз увеличивают риск развития альвеолита. Физическая дислокация сгустка. Дислокация сгустка, вызванная неаккуратным обращением с лункой или отрицательным давлением из-за питья через соломинку, может быть причиной альвеолита. Нижние третьи моляры. Альвеолит чаще всего возникает после удаления нижних третьих моляров (до 45% удалений). Считается, что более плотная, менее васкуляризованная костная ткань в этом регионе и ее пониженная способность гранулировать ответственны за такую высокую частоту сухих лунок. Сопутствующие заболевания пациента могут быть связаны с риском альвеолита. Так, пациенты с иммунодефицитом или лица с сахарным диабетом более подвержены альвеолиту из-за нарушения процессов регенерации тканей. Оральные контрацептивы — единственные препараты, прием которых повышает риск альвеолита. Считается, что эстроген косвенно усиливает фибринолитический процесс (увеличивая факторы II, VII, VIII, X и плазминоген), что вызывает распад кровяного сгустка. Вредные привычки. Многочисленные исследования продемонстрировали связь между курением и альвеолитом. Среди группы пациентов, которым в общей сложности было удалено 4000 нижних третьих моляров, у лиц, выкуривающих более 10 сигарет в день, риск альвеолита увеличивался в 4-5 раз (12% против 2, 6%) по сравнению с некурящими. Частота альвеолита увеличивалась более, чем на 20% у пациентов, выкуривающих по 1 пачке в день, и на 40% среди пациентов, куривших в день операции. Бактериальная инфекция. Большинство исследований говорят о бактериальной инфекции как главном факторе риска в возникновении сухой лунки. Частота альвеолита выше у лиц с неудовлетворительной гигиеной и предшествующим инфекционным процессом в виде перикоронита или тяжелого пародонтита. Избыточное применение местных анестетиков. Согласно исследованиям, чрезмерное применение анестетика с высокой концентрацией вазоконстриктора может спровоцировать ишемию и затруднить заполнение лунки кровью. Подобное состояние также повышает риск появления альвеолита. Материалы исследования. Рассмотрим признаки альвеолита и его симптоматику. Жалобы, характерные для альвеолита, обычно возникают на 2-3 день после удаления, однако, в отдельных случаях могут развиться спустя несколько часов после операции. Так или иначе, 95%-100% случаев возникают в течение недели. Продолжительность заболевания в среднем от 5 до 10 дней, в зависимости от тяжести. Основная жалоба — боль. В начальной стадии возникает



непостоянная ноющая боль в лунке, которая усиливается во время еды. Лунка частично заполнена рыхлым, распадающимся сгустком крови. Иногда сгусток полностью отсутствует. При дальнейшем развитии появляется интенсивная, резкая, «стреляющая» боль, иррадиирущая в висок, затылок, ухо, соседние зубы, челюсть соответствующей половины головы. Из-за отсутствия кровяного сгустка лунка зияет, видна кость, она может быть покрыта налетом серого цвета, слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Неприятный запах или привкус во рту. Вызван распадающимся кровяным сгустком, а также остатками пищи и налетом, накапливающимися в лунке. В некоторых случаях возможно повышение температуры тела и увеличение регионарных лимфатических узлов. Диагноз альвеолита обычно не вызывает затруднений и устанавливается преимущественно на основании типичной клинической картины, а также анамнеза. В качестве дополнительного метода обследования может быть выполнена рентгенография лунки для выявления в ней остатков зуба, фрагментов костной ткани и других инородных тел. Лечение альвеолита после удаления зуба. В среднем, необходимо 7-10 дней для того, чтобы оголенные стенки лунки начали покрываться грануляционной тканью. В этот период требуется симптоматическое лечение, направленное на уменьшение боли и дискомфорта. Местное лечение заключается в медикаментозной обработке (ирригации) и помещении в лунку антисептической повязки, защищающей альвеолу до момента появления грануляций. При необходимости можно выполнить очень осторожный кюретаж, не касаясь стенок лунки, чтобы не повредить хрупкую грануляционную ткань. В случае обнаружения в лунке свободных фрагментов костной ткани, остатков зуба или инородных тел стоит рассмотреть возможность полноценного кюретажа с использованием местного обезболивания. Ирригация помогает удалить налет и некротизированные ткани, инородные фрагменты и бактерии из лунки. Для этого можно использовать теплый физиологический раствор, протеолитические ферменты, раствор «Хлоргексидина биглюконата» и прочие антисептики.В качестве антисептической/местно-обезболивающей повязки для лунки доступны разнообразные средства, выбор которых зависит от предпочтений и клинического опыта врача. К ним относятся препараты на основе цинк-оксид эвгенола, йодоформа, хлоргекидина, антибиотиков, анестезина, лидокаина, прополиса и прочих или их комбинации. Они могут быть внесены в лунку как самостоятельно, так и на полоске марли (турунде). Повязку необходимо периодически менять до тех пор, пока болевые ощущения не уменьшатся. Общее лечение заключается в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для купирования болевого синдрома. Антибиотикотерапия при альвеолите, как правило, не требуется, за исключением случаев дальнейшего развития заболевания и угрозы распространения воспалительного процесса на окружающие ткани.

Результаты. Исходя из того, что альвеолит — наиболее частое осложнение после удаления зуба, многие исследователи пытаются найти эффективный метод профилактики. Тем не менее, этот вопрос остается спорным и до сих пор открытым, поскольку универсальный рецепт не найден. Ниже указаны некоторые наиболее популярные подходы к предотвращению альвеолита и возникновения различных осложнений. Антибиотики. Системные АБ, такие как Пенициллин, Эритромицин, Метранидазол эффективны в предотвращении альвеолита. Однако существует риск развития резистентности и гиперчувствительности при рутинном пре- и послеоперационном назначении антибиотиков. Локальные аппликации Тетрациклина в лунку показывают перспективные результаты в снижении риска альвеолита в сравнении с другими АБ.

Хлоргексидин. Впре- и послеоперационное полоскание рта 0, 12% раствором Хлоргексидина снижало частоту альвеолита при удалении третьих нижних моляров. Использование геля на основе 0, 2% Хлоргексидина также снижало риск альвеолита.

Эвгенол-содержащие повязки. Эвгенол действует как наполнитель. Риск альвеолита в лунках, заполненных Alvogyl (эвгенол + бутамбен + йодоформ), был равен 8% против 26% в лунках без повязки.

Антифибринолитики. Сообщалось об эффективности транексамовой кислоты в предот-



вращении альвеолита.

Биоразлагаемые полимеры, топические гемостатики, целлюлозная губка. Указанные агенты в исследованиях показали снижение частоты альвеолита. Выводы. Таким образом хочется отметить, что профилактика возникновения альвеолита напрямую зависит не только от врача, но и от самого пациента, адекватности выполнения всех назначений, своевременность приема препаратов и соблюдения профилактических мер. Однако использование препаратов на основе Хлоргексидина, эвгинол-содержащих повязок, биоразлагаемых полимеров, топических гемостатиков, губок, а так же использование технологий PRP и PRF значительно снижает риск возникновения альвеолита. Так же хочется отметить, что при использовании PRP и PRF методик, используется собственная кровь пациента, следовательно подводя итоги, технология фибринового сгустка — это технология, позволяющая избежать множества осложнений и дающая массу плюсов, кроме того она биосовместима, безопасна и не вызывает аллергических реакций и отторжений.

Список литературы

- 1. Girish G Gowda et al. Dry Socket (Alveolar Osteitis): Incidence, Pathogenesis, Medicine and Radiology, July-September 2013;25(3):196-199
- 2. Noroozi AR, Philbert RF. Modern concepts in understanding and management of the dry socket syndrome: comprehensive review of the literature. OralSurgOralMedOralPatholOralRadiolEndod2009;107:30-35
- 3. Oginno FO. Dry socket: a prospective study of prevalent risk factors in a Nigerian population. J OralMaxillofacSurg 2008; 66:2290-2295
- 4. Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Romero-Ruiz MM. Update on dry socket: a review of the literature. MedOralPatholOralCirBuccal2005;10:77-85
- 5. Kolokythas A, Olech E, Miloro M. Alveolar osteitis: a comprehensive review of concepts and controversies. Int J Dent2010;2010:1-10
- 6. Field EA, Speechley JA, Rotter E, Scott J. Dry socket incidence compared after a 12 years interval. Br J OralMaxillofacSurg1988;23:419-427.

98



ПРЕДИКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ

Дильмурадова Клара Равшановна Доктор медицинских наук, Самаркандского государственного медицинского института Vmofneonatologiya.km@mail.ru Телефон: +998(90) 271 14 85

Аннотация. Автором представлены результаты обследования 300 новорожденных от матерей с нефропатиями, отражающими метаболические нарушения в адаптационный период, которые могут привести впоследствии к поражениям почек.

Ключевые слова: нефропатии беременных, новорожденные, предикторы риска, адаптация, метаболические нарушения.

Проблема влияния патологии матери на плод и новорожденного остаётся актуальной до настоящего времени [1, 2]. Научный и практический интерес представляет собой вопрос влияния предикторов риска на течение адаптационного периода у новорождённых. Трудно переоценить значение метаболических нарушений в развитии состояний повышенного риска, изменении гомеостаза организма и формировании многих тяжелых заболеваний новорождённого. Метаболические нарушения формируются до рождения ребёнка под влиянием неблагоприятных факторов. Среди нарушений гомеостаза важное клиническое значение имеют состояния ацидоза, гипергликемии, гипогликемии, гипогиперкалиемии, гипо гипернатриемии, гипокальциемии и др.[3, 4].

Обследовано 300 доношенных новорождённых: 158 здоровых и 142 от матерей с нефропатиями. Проводился анализ мочи: экспресс определение «Сургеss Urine-10» и 5 тестов, отражающих метаболические нарушения в организме ребёнка: тест на кальцифилаксию, перекиси липидов и 3 теста, характеризующих антикристаллобразующую способность мочи к оксалатам кальция, фосфатам кальция и трипельфосфатам.

При проведении скрининг - исследований мочи здоровых новорожденных у 140 (89, 7%) детей выявлена положительная проба на липидурию (++) и способность мочи к кальцифилаксии (++), сочетающаяся с достаточно выраженной антикристаллобразующей способностью мочи: к оксалатам -0, 540 ± 0 , 007; фосфатам -0, 6 ± 0 , 011 и трипельфосфатам (++).

У 91 (79, 8%) новорожденных от матерей с нефропатиями выявлено значительное повышение пробы на кальцифилаксию (+++) и перекиси липидов в моче (+++), которые сопровождались сниженной антикристаллообразующей способностью мочи к оксалатам -0, 310 ± 0 , 010; фосфатам -0, 200 ± 0 , 022 и трипельфосфатам - отрицательная.

Обнаруженные особенности метаболизма у здоровых новорожденных в ранний неонатальный период, оцененные нами как адаптивные, возможно, связаны с катаболической направленностью обменных процессов в этот особенный, адаптационный период жизни организма. Выявленные изменения у новорожденных от матерей с нефропатиями, повидимому, являются результатом влияния патологии матери на обменные процессы ребенка в целом на организм и на почки, что необходимо учитывать при разработке алгоритмов инфузионной терапии при различных патологических состояниях у новорождённых.

Таким образом, у здоровых новорождённых в ранний неонатальный период отмечаются метаболические изменения, связанные с адаптивными особенностями обмена в организме. Нефропатии беременных являются предиктором риска нарушения адаптации в ранний неонатальный период. У новорождённых от матерей с нефропатиями, выявленные метаболические нарушения носят патологический характер, что необходимо учитывать при разработке алгоритмов инфузионной терапии при различных патологических состояниях. Это может, впоследствии, привести к развитию гиперурикемии, интерстициального нефрита, пиелонефрита и артериальной гипертензии.

Тошкент





Список использованной литературы

- 1. Тарханова А.Э., Ковальчук Л.А., Тарханов А.А. Состояние аминокислотного обмена новорожденных, родившихся у матерей с железодефицитной анемией. //Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского. 2011.№1.т.90. с.19-23.
- 2. Дильмурадова К.Р. Анемия беременных предиктор риска формирования патологии у новорожденных. /Сб. науч. трудов междунар. науч-практич. интернет-конф. «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации». Переяславль Хмельницкий. 2019. С.683-686.
- 3. Александрова А.А., Сорокина Е.Ю. Факторы риска возникновения патологии органов мочевой системы у детей раннего возраста. // Матер. IX Конгресса педиатров России. М. 2004. Т.З. Приложение 1.с.14.
- 4. Бахмутова Л.А. Комплексный подход к диагностике и коррекции задержки внутриутробного развития у новорождённых детей. Автореферат дисс.... д.м.н. Астрахань 2009, 47с.

100



ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШДАГИ НУКСОНЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ

Индиаминов Сайит Индиаминович Самарқанда Давлат тиббиёт институти профессори Телефон: +998 (93) 3371090 Тожиев Улугбек Дамирович РСТЭИАМ Самарқанд филиали суд тиббий эксперт

Аннотация: Мақолада муаллифлар томонидан тайёрланган тиббий ёрдам кўрсатишдаги содир этилиши мумкин бўлган нуқсонлар тафсилотлари ва сабаблари ўрганилган. Қайд этилганки, аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш жараёнларида содир этиладиган тиббий ёрдам нуқсонларининг диагностик-даволаш ва ташкилий масалалардаги турлари энг кўп учрайдиган ҳолатлар бўлиб, уларни содир этилишининг аксарият сабаблари субъектив омиллар, яъни тиббий ходимлар касбий фаолиятига бевосита боглиқ ҳолатлар ҳисобланади. Тиббий ёрдам нуқсонлари тафсилотлари ва сабабларини мунтазам ўрганиш ва таҳлил ҳилиш тиббий ходимларнинг касбий фаолиятига масъулият билан ёндашуви ҳамда тиббий хизмат сифатини тубдан яхшилашга замин яратади.

Калит сўзлар: тиббий ёрдам нуқсонлари, тафсилотлари, сабаблари, оқибатлари.

Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини тубдан яхшилаш замонавий тиббиёт фанлари ва амалиётининг энг муҳим ва жиддий муаммоси бўлиб қолмоқда. Мамлакатимиз миқёсида тиббий ёрдам хизматини тубдан яхшилаш борасида олиб борилаётган кенг қамровли ишлар ва бу борада кўрилаётган чора-тадбирлар натижадорлиги сезиларли даражада ошмоқда. Шунга қарамасдан айрим ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатишдаги йўл қўйилаётган нуқсонлар оқибатида беморлар соғлиғига зарар етказлиши ҳолатлари ҳам қайд қилинмоқда. Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунё миқёсида 15% беморлар лозим даражада тиббий ёрдам кўрастилмаганлик оқибатида жабрланмоқдалар [Ғиёсов З.А., 2019].

Ишнинг мақсади: Тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонлар тафсилотлари ва сабабларини ўрганиш ва уларни тизимлаштириш.

Тадқиқот материалари ва услублари. Тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуксонлар (ТЁН) га доир адабиётлар маълумотлари ҳамда шундай ҳолатлар бўйича 2019-2020 йилларда Самарқанд вилоятида ўтказилган комиссион суд-тиббий экспертизалар ҳулосалари, ударнинг тафсилотлари, беморлар (мурдалар) текширувига доир экспертиза ҳулосалари, тиббий ҳужжатлар, иш материаллари, қўшимча –лабораторик текширув натижалари, тегишли соҳа малакали врач мутаҳассислар ҳулосалари ўрганилди ва таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва мухокамаси. ТЁН –тиббий ходимларнинг ўз касбий вазифалари, бурчлари ва мажбуриятларини лозим даражасида бажармаслик билан боғлиқ беморда мавжуд бўлган патологик холат юзасидан нотўлик ёки нотўғри диагноз кўйиш, зарурий даволаш муолажаларининг нотўғри ёки нотўлик маъносиз ўтказилиши, шунингдек тегишли профилактик чора-тадбирларнинг ўз вактида ўтказилмаганлиги ёки нотўғри (нотўлик) ўтказилиши натижасидаги беморда нохуш салбий оқибатнинг кузатилиши маъносини англатади. Тиббий ходимларнинг нотўғри (ноўринли) харакатларидан (ёки харакатсизлигидан), беморда у ёки бу кўринишдаги куйидаги салбий окибатлар келиб чикиши мумкин: ҳаёт учун хавфли ҳолатнинг ривожланиши, умумий ва касбий меҳнат кобилиятининг турғун ёки тўлик йўкотилиши, ҳомиладорликнинг узилиши, руҳий ҳолат ва соғликнинг узок вакт бузилиши ва ўлим ҳолати [Томилин В.В., Соседко Ю.И., 2000].

ТЁНлари тиббий ёрдамнинг госпитал олди ва госпитал даврларида ҳам содир этилиши мумкин ва унинг куйидаги турлари фаркланади: диагностик нуксонлар — беморга тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳар бир этапларида мавжуд патологияни (шикастни) ўз вактида ва тўлик аниклай олмаслик; даволаш нуксонлари —зарур бўлган тиббий ёрдамни нотўгри, ёки нотўлик ташкил этиш ва амалга ошириши. Бу ҳолат одатда диагностик нуксон окибати би-

Тошкент



лан боғлиқ бўлади; п*рофилактик нуқсонлар* — тиббий ёрдам кўрсатиш ва уни ташкиллаштириш жараёнида санитария қоидалари ва гигиеник меъёрларга амал қилмаслик, шунингдек зарурий иммуно-профилактик ишларини ташкиллаштириш ва ўтказиш талабларини бузиш; т*ашкилий нуқсонлар* — соҳага тегишли буйруқлар, бошқа норматив ҳужжатлар ва йўриқномаларда белгиланган талабларга, тиббий ёрдам кўрсатишнинг норма ва тартибларини, шунингдек тиббий муассасаларда ўрнатилган қоидаларни бузиш назарда тутилади. Шу билан биргаликда, айрим ҳолларда тиббий ҳужжатларни юритиш ва этик-деонтологик қоидаларни бузишга доир нуқсонлар ҳам учрайди.

ТЁН сабабларини шартли равишда субъектив ва объектив сабабларга бўлиш мумкин: Субъектив сабаблар -тиббий ходимнинг бевосита касбий ва лавозимли фаолияти билан боғлиқ нотўғри ёки нотўлиқ ҳаракати (ҳаракатсизлиги), жумладан беморга нисбатан лоқайд муносабатда бўлиш; малакаси, тажрибасининг етишмовчилиги ва бошқ.; объектив сабаблар - тиббий ходим фаолияти билан боғлиқ бўлмаган ҳолатлар - беморнинг тиббий ёрдамга кеч мурожаат этиш, патологик ҳолатнинг атипик кечиши етарлича шарт-шароит йўқлигига доир объектив омиллар ҳисобланади.

Беморга нисбатан эътиборсизлик (лоқайдлик) фақатгина ижобий сабабларининг йўқлиги холатида ТЁН сабаби бўлиб хисобланиши мумкин. Диагностика ва даволашнинг мавжуд бўлган имкониятларидан фойдаланмасдан туриб, бемор анамнезини тўлик ўрганилмаслиги ёки юзаки кўрик ўтказиш бу эътиборсизлик мезонидир. Беморга нисбатан эътиборсизлик бўлиш, факат бу холат тиббий ходимлар (врач, фельдшер, хамшира) томонидан содир этилган бўлса, мустакил омил сифатида кўриб чикилади ва бу холатда мутахассиснинг касбий малакаси, кобиляти эътиборга олинмайди [Гиёсов З.А. ва бошк., 2000; Новоселев В.П., Канунникова Л.В., 2005; Пиголкин Ю.И. ва бошк., 2011].

ТЁН ва унинг оқибатида беморларда кузатиладиган нохуш салбий оқибатларига сабаб бўлувчи омиллар суд тиббиёти сохаси етакчи мутахассислари томонидан атрофлича ўрганилган ва тизимлаштирилган, улар куйидагилар бўлиши мумкин: бемор (хомиладор аёл) ни ўз вактида диспансер хисобига олмаслик; беморларни, хомиладорлик патологияси бўлган туғувчи аёлни, хавф гурухидаги болаларни уй шароитида патронаж ва кўздан кечириш тадбирларининг бажарилмаганлиги; беморга нисбатан эътиборсизлик (лоқайд муносабатда бўлиш); тиббий ходимларнинг малакасизлиги; тиббий ходимнинг беморни текшириш ва даволаш жараёнида ўз имкониятларига ортикча (юкори) бахо бериши; касаллик анамнезини юзаки ўрганиш; бемор ахволининг оғирлигини тўғри бахолай олмаслик; алкогол ёки наркотик мастликка гумон қилинаётган беморнинг зарурий текширувлардан ўтишдан бош тортиши ёки текширувларнинг тўлиқ бажарилмаганлиги; элементлар диагностик тадбирларнинг ва асосий лаборатор хамда инструментал текширув усулларининг бажарилмаганлиги; диагностик текширув тадбирларининг талаб даражасида бажарилмаганлиги; бажарилган текширувлар натижаларининг нотўғри бахоланиши; мазкур тиббий муассасада зарурий диагностик воситаларнинг йўклиги; консультатив (маслахат) ёрдамидан ўз вактида фойдаланмаслик; беморнинг тиббий ёрдамидан кечикиб мурожаат килганлиги; беморнинг ахволи оғирлиги сабабли текширувларни амалга ошириш борасида қийинчиликлар (муаммолар) пайдо булиши; касалликнинг тез кечуви сабабли зарурий текширувларни бажариш учун вақт етишмаганлиги; беморни операцияга тўлиқ тайёрламаслик; касаликнинг тиббий амалиётда камдан-кам холларда учраши; беморда мазкур касалликнинг белгисиз ва атипик кечуви; беморни текшириш ва даволаш тадбирларини амалга оширишга рози бўлмаганлиги; бемор организмининг ўзига хос анатомо-физиологик холати; беморнинг динамик тарзда кўзатувда бўлмаганлиги; зарурий даво воситаларининг йўклиги; тиббий ходимлар томонидан белгиланган даво муолажаларининг бажарилмай қолганлиги; ахволи оғир бўлган бемор зарурий парваришда бўлмаганлиги; ушбу беморда даволанишнинг самарасизлиги; бемор томонидан шифохона ва даволаниш тартиб - қоидаларининг бузилиши; тиббий хужжатларни юритишда йўл қўйилган хатолар; беморни асоссиз холда бир бўлимдан иккинчи бўлимга ўтказиш; беморга стационар вактидан аввал жавоб бериш (В.В. Томилин, Ю.И.Соседко, 2000).



Республика суд тиббий экспертиза илмий амалий маркази Самарканд филиалида 2019-2020 йилларда 44 та холатда тиббий ходимларни касб хукукбузарлиги ва ТЁН га доир комиссион экспертизалар бажарилган, шундан 27 холатда турли кўринишдаги ТЁНларга йўл кўйилганлиги аникланди. Улардан, энг кўпи врач акушер-гинекологлар фаолиятига, бошкалари -нейрохирург, хирург, реаниматолог, педиатр, урта тиббий ходим, терапевт, травматолог врачлар фаолиятига тегишли ТЁНлар билан боғликлиги қайд килинган. Қайд этилган 27 ҳолатдан 18 тасида беморлар ўлими билан боғлик ҳолатлар, қолган 9 та ҳолат эса содир этилган ТЁН натижасида беморлар соғлиғига турли даражадаги етказилган зарарлар билан боғлиқ бўлган. Барча ҳолатлар юзасидан тегишли қонуний чоралар белгиланган. Қайд этилган ҳолатларнинг аксарият қисми тиббий ходимларнинг касбий вазифаси, бурча ва мажбуриятларига бевосита боғлиқ бўлган субъектив сабаблар натижасида содир этилганлиги кўрсатиб ўтилган.

ТЁН хусусиятлари борасида амалиётда кузатилган қуйидаги бир нечта ҳолатларни келтирамиз.

Мисол 1. Бемор Т. Ш. (17 ёш) автохалокат натижасида жарохат олгандан сунг, 1 январ куни туман тиббиёт бирлашмасининг реанимация булимига асосли ёткизилган ва унга "Кушма очик бош мия жарохати, бош мия лати, чап томондан урта мия чукурчаси асоси суягининг синиши, чап томондан отогемоликворея, чап пешона сохаси юмшок тукималари лат ейиши, чап ёнбош суягининг ёпик синиши, симфизит, травматик шок I-II- даражаси ва кукрак кафаси аъзоларининг эзилиши, аспирацион синдром" ташхиси куйилиб, зарурий реанимацион чора тадбирлар хамда шокга карши муолажалар стандартларга мувофик утказилган. 7 январ куни нейрохирург куригидан сунг беморни умумий ахволини, унда мавжуд булган кушма жарохатлар таркибидаги огир бош мия жарохатининг хажми ва огирлиги инобатга олинмасдан, амалдаги стандарт талабларига зид равишда, травматологик профилдаги шифохонага кўчирилган. Мазкур тиббий муассасада бемордаги огир бош мия жарохати даражаси асоссиз равишда пасайтирилиб урта даражали деб курсатилган, чанок суяги жарохатлар эса бурттирилган. Бундан ташкари, нейрохирург ва юз жаг хирурги курикларида нейрохирургик ташхиснинг хавфлилик даражасини тугри бахоланмасдан, беморни нейрохирургия булимига эмас, ноуринли равишда болалар булимига ёткизилган. Чунки, беморда мавжуд булган энса суягининг ёрилиб синиши ва бу ёрикнинг урта калла чукурчасига утиши хамда чап томондан отогемоликвореянинг мавжудлигининг узи ва калланинг орка ва урта чукурчаларида жойлашган мия тукималарининг жарохати огир, яъни хаёт учун хавфли шикастлар каторига киритилишидан далолат беради. Бундай огир шикастланишлар даврида нисбатан хаёт учун хавф тугдирмайдиган шикастланишлар, айни пайтда-чанок суякларини шикастланиши, огир калла мия жарохатлари тузалгандан кейин, яъни 21 кундан кейин бемор травматологик муассасага утказилиши максадга мувофик эди. Оқибатда бу муассасада калла-мия жарохатига доир зарурий муолажалар стандартлар буйича бажарилмаган ва бемор асосиз равишда уйига жавоб берилганидан сунг ахволи огирлашиб, бир хафтадан кейин тез ёрдам марказига олиб келинган, бирок ўтказилган реанимацион чора-тадбирлари самара бермаган. Кўриниб турибдики, туман тиббиёт бирлашмасида бемор умумий ахволига тугри бахо берилиб, бошка муассасага кучирилмасдан даволаш муолажалари тулик хажмда ва малакали олиб борилганида, шунингдек травматологик муасасада нейрохирургия булимга ёткизилиб, умумий ахволи, жарохатлар хажми ва асоратларини хисобга олиниб уйига жавоб берилмасдан, мавжуд булган огир калла-мия жарохатига оид даво муолажалари стандартлар буйича етарли хажмда тугри ва тулик олиб борилганида, унинг хаётини саклаб колиш имконияти булар эди. Ушбу холатда беморда мавжуд булган кушма жарохатлар билан улими сабаби уртасида бевосита ва унга тиббий ёрдам курсатишда туман тиббиёт бирлашмаси хамда травматологик муассасада йул куйилган - ташкилий, диагностик ва даволаш ишларидаги нуксонлар уртасида- билвосита сабаб окибат богликлик мавжудлигини кайд килиш мумкин.

Мисол **2.** Бемор Х.Т. "Бош мия огир даражали лат ейиши, мия юмшок пардаси остига ва мия тукимасига кон куйилиши; пешона, чап чакка, чап юкори ковок сохасида латли яра



хамда чап куз сохасида конталаш ва шу сохада юмшок тукималарни лат ейиши" холати билан 15 феврал куни тез ёрдам машинасида туман тиббиёт бирлашмасига олиб келинганда, навбатчи врач травматолог беморда мавжуд булган бош мияни огир даражали лати холатини аниклаш борасида зарурий текширувлардан утказиш, мутахассислар консультациясини ташкил этиш, беморни кузатиш талабларини бажармаган, бош мия жарохатлари кечув хусусиятларига умуман эътибор килмаган ва асоссиз равишда уйига жавоб берган. 18 феврал куни кайта шифохонага олиб келинган вактида хам амалдаги даволашдиагностика стандартларига мувофик зудлик билан шошилинч тез ёрдам булимига ёки реанимация булимига ёткизилиши, шошилинч равишда врачлар консилиуми утказилиши, жумладан санитар авиация хизмати оркали малакали нейрохирург мутахассиси чакиртирилиши, бош мияни мультиспирал компьютер томографияси (МСКТ) текшируви уткзилиши ва шу оркали мавжуд булган бош мия латини уз вактида аниклаш чоралари кўрилмаган. Натижада беморда бош мия шикасти билан боглик калла-мия шишиниши ва букиши ривожланиб, умумий ахволи ута огирлашиб вафот этган. Мазкур холатда хам бош миянинг огир даражали лати билан бемор улими сабаби уртасида бевосита сабаб-окибат богликлик хамда туман тиббиёт бирлашмасида врачлар томонидан ташкилий, диагностик ва даволаш ишларидаги йул куйилган тиббий ёрдам курсатиш нуксонлари билан улим сабаби уртасида билвосита сабаб-окибат богликлик мавжудлигини кўрсатиш мумкин.

Хулосалар. Аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш жараёнларида содир этиладиган тиббий ёрдам нуқсонларининг госпитал олди ва госпитал даврида диагностик-даволаш ва ташкилий масалалардаги турлари энг кўп учрайдиган ҳолатлар бўлиб, уларни содир этилишининг аксарият сабаблари субъектив омиллар, яъни тиббий ходимлар касбий фаолиятига бевосита боғлиқ ҳолатлар ҳисобланади. Тиббий ёрдам нуқсонлари тафсилотлари ва сабабларини мунтазам ўрганиш ва таҳлил қилиш тиббий ходимларнинг касбий фаолиятига масъулият билан ёндашуви ҳамда тиббий хизмат сифатини тубдан яҳшилашга замин яратади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

- 1. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Комплексная оценка ненадлежащего оказания медицинской помощи// Проблемы экспертизы в медицине. Ижевск, 2005, №4, с.4-6.
- 2. Пашинян А.Г., Беляева Е.В., Ромодановский П.О. Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здороьвю в случаях неблагоприятных исходов// Судебномедицинская экспертиза. Москва, 2000, №2, с.14-18
- 3. Пиголкин Ю.И., Дубровин И.А., Мирзоев Х.М. Методические основы экспертной оценки неблагоприятных исходов лечения // Судебно-медицинская экспертиза. Москва, 2011, №2, c.27-29
- 4. Гиясов З.А. Судебно-медицинские аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи. Монография. Ташкент, 2019, 167 с.
- 5. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи //Судебно-медицинская экспертиза. М., 2000 № 6, с.4-7.



ВРАЧЕБНОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ, ПРОФЕССИОНАЛИЗМ

Исламова Нилуфар Бустановна Ассистент-соискатель кафедры Стоматологии №1 СамМИ

Аннотация: Создание условий для пациента при которых он чувствует себя понятым, в дружеском коллективе, где обслуживание пациента удовлетворяет его эмоциональные запросы, где все идет гладко и отвечает его запросам, создает долговечную связь и приносит чувство удовлетворения.

Ключевые слова: эмоциональное поведение, профессионализм, условия.

Основная задача любого доктора вызвать доверие у пациента и главное в этом соответствовать ожиданиям пациента, то есть создать имидж, вызывающий доверие людей в деловом взаимодействии. Если есть недоверия значит есть лишняя настороженность. Притягательный образ врача таков: человек внутрение и внешне спокоен, активен, в хорошем настроении, доброжелателен, оптимистичен, миролюбив. Наивно полагать, что при внешних обстоятельствах кому-либо удастся сохранить именно такой образ. Психологический образ должен изменяться адекватно обстоятельствам. Живите под девизом: «Все что делается, делается к лучшему» Неудовлетворительные обстоятельства на работе воспринимайте как временное. Если что-то не устраивает на работе, то энергию недовольства направляйте на дела, способствующие позитивным переменам, а не на злословие и подстрекательство. «Не пережевывайте» в уме случившуюся ошибку, просто осознайте её сделайте вывод. Не вспоминайте на работе о неприятностях в личной жизни и не обсуждайте их с коллегами. Если взаимодействие с малоприятным человеком неизбежно, то применяйте технику мягкого преодоления напряжения: «любовь к ближнему» - внушайте себе, что должны быть терпеливым и участливым к судьбе пациента; «прощение»- прощайте больному эмоциональность, озлобленность; «сочувствие»- сопереживание профессиональное качество; «уменьшение значимости проблемы» убеждайте себя, что на происходящее не стоит реагировать эмоционально. Важными для пациента параметрами при посещении вашего кабинета являются - ожидание более 10 минут (осуществляйте контроль за расписанием, чтобы принять пациента вовремя), необходимость повторения своей истории болезни пациентом (пациент никак не может взять в толк, почему вы не знаете того, что он только что рассказал вашему сотруднику, - одиночество в кресле слишком много людей в комнате (когда пациент следит за приходящими и выходящими пациентами и сотрудниками уровень стресса повышается), зубы (ваша задача не поднять денталь IQ пациента до студента четвертого курса, а правильно и доступно объяснить клинические данные, план лечения. Многие пациенты после познавательной беседы с показом рентген снимков воображают самое страшное и остаются неудовлетворенными, торопливость при презентации лечения, игнорирование озабоченности по поводу цены (предложите лечение в соответствии с его бюджетом), - « всенародное «обсуждение финансов (унизительная ситуация, когда его материальные возможности оплаты услуг обсуждаются вне приватной зоны, неслышной для окружающих), болтовня «через голову». Ваше первое клиническое взаимодействие с пациентом: манера беседы, заинтересованность в его болезни, уверенность в руках, мягкость в прикосновении, безболезненная инъекция рождают доверие пациента. Это важно для развития дальнейших отношений и принятия вашего плана лечения, санитарное состояние кабинета без комментариев, - внешность врача, а так же опрятность и чистота всех сотрудников которые встречаются на пути пациента). Создание условий для пациента при которых он чувствует себя понятым, в дружеском коллективе, где обслуживание пациента удовлетворяет его эмоциональные запросы, где все идет гладко и отвечает его запросам, создает долговечную связь и приносит чувство удовлетворения.

Список литературы:

- 1. Абульханова С.К. Новое в психологии профессионализма// Психологический журнал.-2007.№4.-С.112-114.
 - 2. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человек знания. М., 2008.-360с.
 - 3. Горчакова В.Г.Формула профессионализма. Челябинск, 2005.-118с.



ЎСМИРЛАРДА СЕМИЗЛИКДАГИ НЕВРОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Мухторова Мафтуна Алишеровна Самарканд давлат тиббиёт интститути, даволаш факултети талабаси Илмий рахбар: ассистент Исанова Шоира Тулкиновна

Аннотация. Ушбу мақолада ўсмирларда семизликнинг нерв системасига таъсири натижасида кузатиладиган неврологик ўзгаришлари бўйича қилинган илмий тадқиқотлар шарҳи келтирилган. Шунингдек ушбу ҳолатда ривожланадиган вегетатив ўзгаришлар хам кенг ёритилган.

Калит сўзлар: семизлик, ўсмирлар, неврологик ўзгаришлар

Долзарблиги. Семизлик бугунда дунёда эпидемия кўринишида кузатилиб, хатто ўсмирлар орасида ҳам жиддий муаммога айланиб булди. Расмий статистик маълумотларга кўра ўсмирлар орасида семизлик ҳар икки ўн йилликда икки баробарга ортаябди. Эрта болаликда бошланган семизлик авж олиши давом этиб, кейинчалик метаболик синдром билан асоратланмокда.

Мақсад: Ўсмирларда семизликдаги неврологик ўзгаришларни аниклаш.

Тадкикот материаллари ва усуллари: Тадкикотда 11 ёшдан 15 ёшгача бўлган ўсмирлардаги неврологик ва параклиник кўрик натижалари ўрганилди. Асосий гурухда 42 нафар ўсмирлар, улардан 20 нафар ўғил ва 22 нафари кизлар, назорат гурухида эса 16 нафар тана вазни меъёрда бўлган ўсмир болалар, улардан 10 та киз бола ва 6 нафар ўгил боладан иборат бўлди. мактаб ўкитувчилари ва ота-оналарнинг рухсатидан сунг барча гурух усмирларида антропометрик, клиник ва неврологик текширишлар, шунингдек вегетатив турғунлик, Даньини-Ашнер рефлекси - кўз юрак рефлекси ёрдамида вегетатив нерв тизимининг холати ва параклиник текширишлардан электроэнцефалография натижалари ўрганилди. Антропометрик текширув-лардан барча ўсмирларда буй узунлиги, тана оғирлиги, бел айланаси ва болдир айланаси ўлчаниб, процентел жадвалида бахоланди. Олинган натижалар асосида тана оғирлиги (Кетле) индекси = тана оғирлиги (кг.) / буй узунлиги (м)^2 хисобланиб чикилди. Кетле индекси 95 перцентилидан юкори бўлган холларда ортикча тана вазни фоизлар хисобида семизлик даражаси аникланди. Лаборатория кўрсаткичларидан кон биохимиявий текшируви, асосий маълумотлар сифатида кўриб чикилди.

Тадкикот натижалари: Асосий гурух ўсмирлар ўртасида І даражали 18 (43%), ІІ даражали 15 (35%) ва 9 (22%) ІІІ даражали семизлик аниқланди. Анамнезидан ота онасида наслий омил асосий гурухда 22 (52%) холатда, назорат гурухида эса 3 (8%). Шикоятлардан I ва II гурухда тез чарчаш 33 (79%) ва 9 (21%), бош оғриши 29 (69%) ва 8 (19%), юрак уришини хис қилиши 22 (52%) ва 6 (14%), кўп терлаш 29 (68%) ва 3 (14%) холатда кўзатилди. Неврологик ўзгаришлардан асосий гурухда пай рефлексларнинг жонланганиши (18%), Ромберг синамасида беқарорлик (17%), бармоқларининг титраш (9%) ва мушаклар гипотонияси (> 20%), гипергидроз (31%) холда аникланди. Вегетатив нерв тизимида 81% гиперсимпатикотония асосий гурухда ва назорат гурухида эса 79% нормал реактивлик кузатилди. Вегетатив турғунлик натижалари 16 та саволномадан иборат булган М. Гавлинов сўровномаси ёрдамида тахлил килинди ва бахоланди: асосий гурухда 14, 26 - паст даражадалигини, назорат гурухида эса 8, 41 - ўрта даражада. Ўсмирларда бош мия фаолиятининг биоэлектрик фаоллигини "ЭЭГ" текшируви ўтказилиб, назорат гурухидаги натижалар ўртача ўзгаришлар 49% ва 7%, бош мия пўстлоғи биоэлектрик активлигини тарқоқ диффуз ўзгаришлари 21% ва 2, 4%, медиан тузилмаларнинг зарарланиши 33, 3% ва 6% ва паст амплитудали асосий пустлок альфа ритмининг ифодаланиши 35% ва 8% холатларда аникланди.

Хулоса: Ўсмирларда семизлик аникланганда чукуррок текширувга мухтож бўлиб, ўзига хос клиник ва неврологик, шунингдек параклиник узгаришлар билан характерланади.



Ортикча вазнли усмирларда вегетатив турғунлик паст даражага эга бўлиб, метаболик бузилишларини янада чукурлаштириши метаболик синдромнинг эрта ташҳисланиши ва даво чора — тадбирларида аҳамиятли ўринни эгаллайди.

Адабиётлар руйхати:

- 1. Дедов И.И. Жировая ткань как эндокринный орган / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, А. Бутрова // Ожирение и метаболизм.-2006.- № 1.-С. 6-13. 28.
- 2. Картелишев А.В., А.Г. Румянцев, Н.С. Смирнова // Ожирение у детей и подростков / Причины и современные технологии терапии и профилактики. М.: Изд. «Бином», 2013. -280 с.
- 3. Морено И.Г., Е.В. Неудахин, Е.Н. Гурьева, И.С. Дударева, Г.И. Елагина, А.А. Мизерницкая .Метаболический синдром у детей и подростков: вопросы патогенеза и диагностики Педиатрия, $2010/\text{Том }89/\text{N}\text{$}^{}$



ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, ИЗГОТОВЛЕННЫМИ МЕТОДОМ ПЛАЗМЕННОГО НАПЫЛЕНИЯ.

Норбутаев Алишер Бердикулович Ассистент-соискатель Стоматологии №1 СамМИ rafulinstoma@list.ru

Аннотация. Оптимизация результатов ортопедического стоматологического лечения за счёт применения мостовидных протезов, изготовленных с помощью метода плазменного напыления.

Ключевые слова: адентия, мостовидный протез, одонтопрепарирования.

В настоящее время металлические каркасы мостовидных протезов с декоративным покрытием изготавливают преимущественно методом литья. Литые протезы химически однородны, технология их изготовления более точна. Но при изготовлении литых протезов, требующих декоративной облицовки, возникает необходимость увеличивать объём препарирования твёрдых тканей зубов. Большие трудности возникают и с фиксацией покрытия, как к литому, так и к штампованно-паяному металлическому каркасу. За последние десять лет хорошие результаты показала практика использования плазменной технологии в клинике ортопедической стоматологии. Была разработана методика нанесения плазменного ретенционного покрытия на металлические литые и штамповано-паяные каркасы мостовидных протезов. Сущность технологии плазменного напылениясводится к созданию на поверхности каркаса зубного протеза ретенционного металлического слоя или слоя пористой керамики. Напыляемые материалы наносятся с помощью плазменной струи, генерируемой в плазменной установке. Подаваемые в неё порошковые материалы расплавляются и при выходе из плазмотрона получают значительное ускорение. Осаждаясь на поверхности каркаса протеза, частицы привариваются к нему, а также друг к другу. Разработана методика лечения включенных дефектов зубных рядов с помощью плазмонапылённых конструкций мостовидных несъемных зубных протезов. Определены показания и противопоказания к применению плазмонапылённых мостовидных протезов. Разработана технология изготовления металлического каркаса для несъемных зубных мостовидных протезов методом плазменного напыления.

В результате проведенной работы была разработана новая оригинальная технология изготовления мостовидных протезов с декоративным покрытием. Была достигнута высокая прочность сцепления облицовочных покрытий с каркасом за счет его поверхностной пористости, получены положительные эстетические и качественные показатели исследуемых несъемных зубных протезов. В результате проведения клинико-лабораторных исследований разработан новый способ изготовления комбинированных мостовидных протезов с помощью метода плазменного напыления. Это даёт возможность снизить объём одонтопрепарирования, исключить проведение таких технологических процессов, как штамповка, литье, пайка, тем самым избежать возникновения гальваноза, улучшить биосовместимость, добиться высокой точности прилегания опорных коронок к культе зуба, достаточной прочности мостовидных протезов, хороших эстетических показателей.

Выводы. Применение метода плазменного напыления позволяет изготовить мостовидный протез обладающий высокой силой сцепления плазмонапылённого каркаса с облицовочным материалом (в 3-5 раз выше, чем у комбинированных протезов, изготовленных другими методами).

Клинические этапы изготовления несъёмных плазмонапыленных мостовидных протезов не отличаются от этапов изготовления традиционных несъёмных мостовидных протезов.

Метод плазменного напыления позволяет упростить процесс изготовления несъёмных



мостовидных протезов, исключить такие технологические операции, как штамповка, литье и пайка.

Величина устойчивости разработанных протезов к разрушающим нагрузкам превосходит требуемые значения по жевательным усилиям.

Возможность заранее регламентировать величину зазора между внутренней поверхностью опорной коронки и зубом позволяет оптимизировать процесс фиксации протеза, адаптировав его для каждого вида цемента. Предложена методика изготовления несъёмных мостовидных протезов с помощью метода плазменного напыления. Методика исключает ряд трудоёмких зуботехнических операций при изготовлении каркаса протеза.

Нанесение облицовочных покрытий осуществляется по обычной технологии. В качестве облицовочных материалов могут использоваться пластмассы СИНМА - М, суперпонт и другие, фарфоровые массы МК, Синспар, ВИТА и другие. Клинические этапы данного метода не отличаются от традиционно прменяеемых методов ортопедического лечения несъёмными мостовидными протезами.

- 1. Боровский Е. В. Копейкин В. Н. Колесов А. А. Шаргородский Ортопедик Ортопедик стоматология. Руководство к практическим занятиям М., Медицина, 2007 г.с. 309-396.
 - 2. КопейкинВ.Н. Демнер Л. М. Зубопротезная техника М., Медицина, 2005г.
- 3. Калинина Н. В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубовМ., Медицина, 2009г., 223 с.
 - 4. Мирякубов М.М. Ортопедик Ортопедик стоматология Тошкент, 2001 г.- 311 с.



ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Нормуратов Азиз Нормуратович Ассистент-соискатель кафедры Стоматологии №1 СамМИ. Телефон:+998902717774 rafulinstoma@list.ru

Аннотация. Разработка и экспериментально-клиническое обоснование комплекса мер по профилактике побочного действия металлокерамических зубных протезов при ортопедическом лечении дефектов зубов и зубных рядов.

Ключевые слова: адентия, металлокерамических зубных протезов, одонтопрепарирования.

Для восстановления дефектов зубов и зубных рядов широкое распространение получили цельнолитые конструкции с фарфоровой облицовкой. Такой вид протезирования является достаточно функциональным и отвечающим целям эстетической стоматологии. Однако любой протез кроме лечебного, обладает и нежелательным (побочным) действием. Зубные протезы изменяют привычное взаимоотношение органов челюстно-лицевой системы, образуют новые окклюзионные контакты искусственных зубов с естественными и искусственными антагонистами, изменяют микрофлору в качественном и количественном отношении, способствуют накоплению зубного налёта, минеральных солей и химических красителей из состава ротовой жидкости на поверхности несъёмных протезов. риалы и методы исследования: Было проведено микроскопическое исследование микрорельефа, структуры поверхности керамической облицовки и гранулометрического состава порошков керамических масс. Изучена смачиваемость керамических облицовочных материалов и эмали естественных зубов. Определена величина и полярность суммарного поверхностного потенциала керамических облицовочных материалов и эмали естественных зубов. Определены показатели сорбционной активности и устойчивости в кислой среде спечённых керамических материалов и эмали естественных зубов. Проведена клиническая оценка устойчивости керамических облицовочных материалов к образованию зубного налёта и выявлены участки его наибольшего скопления на поверхности металлокерамических протезов. Установлена клиническая эффективность применения синтетических керамических облицовочных материалов для профилактики осложнений при ортопедическом лечении дефектов зубов и зубных рядов металлокерамическими протезами. Результаты и их обсуждение. Научно была обоснована различная способность керамических облицовочных материалов к формированию зубного налёта. На основании экспериментальных и клинических исследований проведено изучение устойчивости керамических облицовочных материалов к образованию комплексных соединений со слюной. Исследована динамика и интенсивность агрегации зубного налета на различных поверхностях МКП и выявлены участки наибольшего скопления зубного налёта. Получены данные сравнительного анализа показателей керамических облицовочных материалов и эмали естественных зубов, позволяющих спрогнозировать характер взаимодействия керамических облицовочных материалов с тканями и биологическими средами полости рта.

Впервые сформулированы обоснованные рекомендации по выбору и клиническому применению облицовочных керамических масс в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Для повышения эффективности ортопедического лечения МКП в отдалённые после протезирования сроки и улучшения общего гигиенического состояния, установлена кратность проведения профессиональной гигиены с периодичностью: для минеральных и полусинтетических керамических облицовок - раз в полгода, для синтетических керамических облицовок - раз в год.Выводы. Микроскопическими исследованиями структуры и микрорельефа поверхности КО, выполненных из минеральных, полусинте-



тических и синтетических фарфоровых масс, установлено, что наилучшими показателями однородности при высокой чистоте поверхности и отсутствию открытой пористости обладает структура облицовок из синтетических масс. Свойства керамического материала зависят от гранулометрического состава используемых фарфоровых порошков. В минеральных и полусинтетических массах преобладают частицы размерами более 12, 2 мкм, а в синтетических массах размер большинства частиц не превышает 3, 7 мкм.

- 1. Боровский Е. В. Копейкин В. Н. Колесов А. А. Шаргородский Ортопедик Ортопедик стоматология. Руководство к практическим занятиям М., Медицина, 2007 г.с. 309-396.
 - 2. КопейкинВ.Н. Демнер Л. М. Зубопротезная техника М., Медицина, 2005г.
- 3. Калинина Н. В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубовМ., Медицина, 2009г., 223 с.
 - 4. Мирякубов М.М. Ортопедик Ортопедик стоматология Тошкент, 2001 г.- 311 с.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОННЫХ АПЕКС-ЛОКАТОРОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Ортикова Наргиза Хайруллаевна Ассистент-соискатель кафедры Стоматологии №1 СамМИ Телефон:+998915574473 rafulinstoma@list.ru

Аннотация. Оценить точность показаний и эффективность применения электронных апекс-локаторов в зависимости от диагноза и условий в корневом канале. Выработать практические рекомендации по применению апекс-локаторов в процессе эндодонтического лечения на этапе определения рабочей длины зуба.

Ключевые слова: апекс-локатор, эндодонтия, одонтоген, некроз.

В последнее время отмечается рост числа одонтогенных воспалительных заболеваний. При анализе причин их возникновения было выявлено, что до 70% ранее леченых зубов становятся источниками одонтогенной инфекции, что свидетельствует о низком качестве проведенного эндодонтического лечения. Причинами этого является недостаточная техническая оснащенность врачей, финансовые затруднения, а также, что наиболее важно, плохую осведомленность о характеристике современного инструментария и методах лечения. Одна из проблем современного эндодонтического лечения-этоопределение рабочей длины зуба. Правильное ее определение позволяет избежать следующих осложнений: недопломбирование корневого канала или избыточное выведение пломбировочного материала за область цементно-дентинного соединения. Для определения рабочей длины зуба существует три широко применяемых метода: расчетный, рентгенологический и электрометрический.

Изучена точность показаний электронных апекс-локаторов в зубах с различным состоянием пульпы. Установлено, что определение рабочей длины электрометрическим методом точнее в каналах с витальной пульпой, чем с некротизированной. Проведена сравнительная оценка точности измерения длины корневого канала с использованием электронных апекс-локаторов в зубах верхней и нижней челюсти. Установлено отсутствие статистически значимых различий при определении рабочей длины электрометрическим методом между указанными группами зубов. Определена эффективность применения ЭАЛ в зубах верхней и нижней челюсти, содержащих витальную или некротизированную пульпу согласно различным интервалам оценивания: + 0, 5 мм и + 1 мм за физиологическим отверстием. Установлено, что более высокой эффективностью, по сравнению с другими исследуемыми приборами, в интервале оценивания + 0, 5 мм обладает апекс-локатор Root ZX. Было доказано, что результаты клинических исследований полученных при пломбировании корневых каналов с использованием исследуемых электронных апекс-локаторов на этапе определения рабочей длины зуба подтверждаются лабораторными экспериментами.

При определении длины корневых каналов электрометрическим методом, с использованием электронных апекс-локаторов, возможно уменьшение количества рентгеновских снимков на этапе определения рабочей длины зуба. При использование электронных апекслокаторов Root ZX, фирмы J. MoritaCorp., Япония; Foramatron D 10, фирмы Parkell, США возможно уменьшение количества рентгеновских снимков в эндодонтическом лечении на этапе определении рабочей длины зуба или при проведении процедуры распломбирования канала. В стоматологических кабинетах, где отсутствуют рентгенологические аппараты, применение электрометрического метода определения рабочей длины зуба следует считать методом выбора. Так же рекомендуется использование электронных апекс-локаторов для терапевтического лечения пациентов, подвергнувшихся избыточному радиационному облучению, после курса рентгенотерапии, беременным женщинам, тяжелым больным.При проведении процедуры инструментальной обработки корневого канала с использованием

Тошкент



апекс-локаторов, врач имеет возможность одновременного его расширять и наблюдать за положением инструмента, а также контролировать изменение длины канала, что необходимо для его последующей качественной обтурации.В каналах зубов, заполненных биологическими жидкостями, невозможно с помощью электронных апекс-локаторов обнаружить физиологическое отверстие. В этом случае, если это возможно, следует высушить канал и повторить измерение. Выводы. Электрометрический метод измерения длины корневых каналов, применяемый для установления рабочей длины зуба, объективно отражает их длину в связи, с чем может быть рекомендован в широкую практику. Показания электронных апекс-локаторов при определении длины корневого канала в зубах с витальной пульпой отличаются максимальной точностью. Учитывая высокий процент клинически удовлетворительных результатов, полученных при пломбировании корневых каналов с использованием апекс-локаторов, допустимо сократить число рентгеновских снимков при проведении эндодонтического лечения на этапе определения рабочей длины зуба.

- 1. Стоматология: учебник / Козлов В., СПб.: 2011
- 2. Терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям / Максимовский Ю.М., М.: 2011
 - 3. Терапевтическая стоматология Часть 3 / Барер Г., М.: 2010
 - 4. Терапевтическая стоматология: учебник / Царинский М., М.: 2008



ВЛИЯНИЕ ОБРАБОТАННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛОМБ НА ОБРАЗОВАНИЕ ЗУБНОГО НАЛЕТА

Ортикова Наргиза Хайруллаевна Ассистент-соискатель кафедры Стоматологии №1 СамМИ Телефон:+998915574473 rafulinstoma@list.ru

Аннотация. Повысить качество реставрации зубов современными пломбировочными материалами в отдалённые сроки путем совершенствования окончательной обработки поверхности.

Ключевые слова: реставрация зубов, зубной налет, FortifyPlus, Spectrum.

Композитные пломбировочные материалы, обеспечивающие эффективное восстановление фронтальных и боковых зубов, применяются в стоматологии более 30 лет. В последнее время в связи с усовершенствованием их свойств изменилась и тактика и подход к окончательной обработке. В настоящее время предложено огромное количество наборов для окончательной обработки поверхности композита таких фирм как: 3M, Brasseler, Midwest, SS White, Cosmedent, Shofu, Kerr, Vivadent, HaweNeosDental. Окончательная обработка (шлифование и полирование)-это важный этап в создании гладкой поверхности. Неправильная окончательная обработка приводит к нависанию пломбы над десневым краем, отсутствию или сверхплотности контактных пунктов, отсутствию или завышению окклюзионных контактов. Это приводит к формированию на некачественно обработанной поверхности композита микробного налета и задержке пигментов, к воспалению краевой десны, что очень опасно для здоровья пациента. Зубной налёт является биологической плёнкой, возникающей в организме человека. Полость рта создает благоприятные условия для роста обширной и разнообразной популяции бактерий. Полость рта - это единственное место в организме, содержащее твердые, необновляющиеся поверхности для микробной колонизации. Они состоят из естественных тканей зуба, таких как эмаль, дентин, цемент корня и, возможно, из различных стоматологических пломбировочных материалов. На основании анкетирования изучены методы и материалы, используемые стоматологами на этапе окончательной обработки реставрации зубов. Установлено, что самой распространенной системой для окончательной обработки реставрации оказалась система фирмы «ЗМ»(42%). Герметик поверхности композитной пломбы применяют только 48 % врачей. С помощью данных клинического обследования проведена сравнительная оценка качества поверхности реставрации зубов из компомера, композитов химического и светового отверждения. Выявлено, что наилучшие результаты в отдаленные сроки показал композитный материал светового отверждения «Spectrum», покрытый герметиком «FortifyPlus». На основании данных сканирующей электронной микроскопии изучен характер структуры поверхности композитного материала в зависимости от степени окончательной обработки и использования герметика. По полученным данным поверхность светоотверждаемого композитного материала имеет хорошо развитую структуру с множеством отверстий пор и глыбчатых свободно лежащих частиц. В результате нанесения герметика поверхность становится монолитной, почти полностью исчезают свободно расположенные на поверхности глыбчатые частицы. Данными лабораторных исследований была определена степень образования зубного налета при различных методах окончательной обработки пломбировочных материалов. Установлено, что поверхность пломбировочного материала, обработанная герметиком «FortifyPlus» наименее подвержена микробной адгезии по сравнению с необработанной поверхностью и поверхностью, обработанной другими методами.Выявлена зависимость качества поверхности реставрации зубов из композитных материалов от степени окончательной обработки и использования герметика.

Предложен комплексный подход к окончательной обработке поверхности реставрации



зубов, что позволило обеспечить высокое качество композитной поверхности в отдаленные сроки. Выводы. На основании анкетирования установлено, что самой распространенной системой для окончательной обработки оказалась система фирмы «ЗМ». Герметик поверхности композитной пломбы применяют только 48 % врачей. Наилучшие результаты в отдаленные сроки наблюдений показал композитный материал светового отверждения «Spectrum», покрытый герметиком «FortifyPlus». По данным сканирующей электронной микроскопии поверхность светоотверждаемого композитного материала имеет хорошо развитую структуру с множеством отверстий пор и глыбчатых свободно лежащих частиц. В результате нанесения герметика поверхность становится монолитной, почти полностью исчезают свободно расположенные на поверхности глыбчатые частицы. Поверхность пломбировочного материала, обработанная герметиком «FortifyPlus» наименее подвержена микробной адгезии по сравнению с необработанной поверхностью и поверхностью, обработанной другими методами.

- 1. Стоматология: учебник / Козлов В., СПб.: 2011
- 2. Терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям / Максимовский Ю.М., М.: 2011
 - 3. Терапевтическая стоматология Часть 3 / Барер Г., М.: 2010
 - 4. Терапевтическая стоматология: учебник / Царинский М., М.: 2008



УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Рустамова Умида Мухтаровна, Салиева Нозима Икромходжаевна Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан, rustamovaum@mail.ru, nozimakhon_87@mail.ru, +998911654601

Актуальность проблемы. Дисплазия тазобедренных суставов остается наиболее распространенной патологией детской ортопедии. Дисплазия — это общее название нарушений развития и роста органов и тканей, независимо от времени и причины их возникновения. За последние годы достигнуты определенные успехи в организации, диагностике и лечении врожденной и рахитической дисплазии тазобедренного сустава. Так, в нашем Центре травматологии и ортопедии внедрена методика ультразвуковых исследований тазобедренного сустава, в результате появилась возможность наблюдать детей нашего региона в сравнительном аспекте.

Цель исследования: улучшить дифференциальную диагностику рахитической гипоплазии головок бедренных костей и врожденной дисплазии элементов тазобедренного сустава у детей путем анализа рентгено-сонографических и лабораторных изменений.

Материалы и методы исследования: УЗИ проведены в области обоих тазобедренных суставов у 87 детей первого года жизни (174 тазобедренных суставов). Исследования проведены в рентгенодиагностическим отделении Республиканского специализированного научно-практического медицин-ского центра травматологии и ортопедии при помощи УЗИ-сканера SonoScapeS22 и MyLab 40 использованием мультичастотногодатчика линейного сканирования с 7, 5 МГц.

Результаты и их обсуждение: Все дети были разделены на три группы. Первая основная группа - дети рахитическими изменениями -36 детей; вторая основная группа - дети с врожденной дисплазией тазобедренного сустава в сочетании с рахитическими изменениями -21 детей; контрольная группа - дети с врожденной дисплазией тазобедренного сустава -30детей.

Клинически нами выявлено при рахитических изменениях: нормальное отведение ног или повышенная подвижность тазобедренных суставов; задержка развития ребенка, мышечная слабость; возможная деформация грудной клетки и нижних конечностей; возможное утолщение запястий и лодыжек. При врожденной дисплазии: ограничение отведения ног (иногда повышенная подвижность суставов), согнутых под прямым углом в тазобедренных и коленных суставах; асимметричное расположение ягодичных и бедренных складок; укорочение нижних конечностей; симптомы «соскальзывания» или «щелчка» в тазобедренном суставе; наружная ротация стоп.

В первой основной группе у детей с рахитическими изменениями на рентгенограммах тазобедренных суставов со стороны крыши впадины выраженные изменения не выявлены, выявлено недоразвитие костного ядра головки бедренной кости с обеих сторон. При сонографии тазобедренных суставов изменения со стороны количественных показателей вертлужной впадины не выявлены, выявлено отсутствие или недоразвитие головки бедра, средние показатели составили: альфа = <60гр.; бетта=> 55гр.;

Во-второй группе у детей дети с врожденной дисплазией тазобедренного сустава в сочетании с рахитическими изменениями: на рентгенограммах тазобедренных суставов выявлены уплощение или скошенность крыши впадины, увеличение угла Хильгенрейнера, отсутствие/недоразвитие и смешение кнаружи костного ядра головки бедренной кости.

Тошкент



При сонографии тазобедренных суставов изменения со стороны количественных показателей вертлужной впадины, при этом показатели угла альфа соответствовали рентгенологическим показателям, но бетта угол показал различные диапазоны показателей, что было связано с разнообразием состояния лимбуса, отсутствие/недоразвитие и смешение головки бедра, средние показатели составили: альфа=>43гр.; бетта =>70d.

В третьей группе у детей с врожденной дисплазией на рентгенограммах тазобедренных суставов выявлены: уплощение или скошенность крыши впадины, увеличение угла Хильгенрейнера, отсутствие/недоразвитие и смешение кнаружи костного ядра головки бедренной кости. При сонографии тазобедренных суставов изменения со стороны количественных показателей вертлужной впадины, при этом показатели угла альфа соответствовали рентгенологическим показателям, но бетта угол показал различные диапазоны показателей, что было связано с разнообразием состояния лимбуса, отсутствие/недоразвитие и смешение головки бедра, средние показатели составили: альфа =>43гр. бетта =>77гр.

Данные лабораторных исследований крови показали средние показатели результатов во всех группах исследования на Витамин Д - 12, 5 ± 3 , 5нг/мг., Остеокальцин 28, 8 ± 8 , 9нг/мг., щелочная фосфатаза 772 \pm 109, 9ME/L., фосфор 1, 6 ± 0 , 8mmol/L, кальций 1, 8 ± 0 , 8mmol/L, ионизированный кальций 1, 5 ± 0 , 7mmol/L. Как видно во всех группах исследования дисплазии выявлены нарушения показателей крови.

Выводы: Таким образом, ультрасонография позволяет дифференцировать в раннем периоде жизни ребенка рахитическую гипоплазию головок бедренных костей с врожденной патологией тазобедренного сустава у детей для дальнейшего правильного выбора тактики лечения. При лечении детей с рахитической гипоплазией головок бедренных костей и врожденной дисплазией тазобедренных суставов необходимо учесть возможные лабораторные изменения и назначение препаратов кальция+витамина Д, а также расчет ингредиентов в питании.



ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЕ МНОГОФАКТОРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Тогаева Гулнора Сидиковна Самаркандский Государственный медицинский институт асс. Телефон:+998(91) 538 45 55 Gulnora.togaeva1981@mail.ru Давранова Азиза Даврановна Телефон:+998(97)911 13 24 Aziza.davranova@bk.ru Асс. Самаркандский Государственный медицинский институт. Нарбаев Абдухамид Намазович К.м.н. Самаркандский Государственный медицинский институт Телефон:+998(90) 250 48 24 Aziza.davranova@bk.ru

Аннотация: Неуклонно растущая распространенность в сочетании с высокой частотой и тяжестью осложнений сахарного диабета и то, что для лечения и предотвращения осложнений требуется много усилий привело к перерастанию этого заболевания из биологического в социальное. Поэтапное многофакторное управление сахарным диабетом 2 типа по стандартам обеспечивает идеальную компенсацию гликемии и уменьшает расходы на лечение.

Ключевые слова: сахарный диабет, гликемия, многофакторноеуправление,

Целью нашего исследования является оценка клинической и экономической эффективности поэтапного многофакторного управления сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 35 до 75 лет. В исследование были включены пациенты с длительностью заболевания не менее 6 месяцев. Из исследования исключались пациенты с осложнениями СД на терминальной стадии их развития. Исследование продолжалось в течение 12 месяцев.

Пациенты были распределены на 2 группы. В основную группу интенсивной терапии (ИТ), ведение которой осуществлялось согласно алгоритмам поэтапного управления СД 2 типа было включено 22 пациентов, и в группу сравнения стандартной терапии (СТ), курируемой согласно «общепринятой практике» в перечисленных лечебных учреждениях -38 пациентов.

Результаты и обсуждение. Оценка данных гликемического контроля в конце наблюдения продемонстрировала, что средний уровень глюкозы крови натощак в группе ИТ достоверно снизился (с 8, 0 ± 1 , 2 ммоль/л до 6, 1 ± 1 , 3 ммоль/л, p<0, 001). Также имело место снижение HbA_{1c} – с 8, 7 ± 1 , 5 до 7, 6 ± 1 , 1 ммоль/л, p<0, 001. В группе СТ отмечалась тенденция к уменьшению глюкозы крови натощак (с 8, 2 ± 1 , 5 ммоль/л до 7, 4 ± 0 , 8 ммоль/л, p>0, 05) и HbA1c (с 8, 3 ± 1 , 4% до 8, 1 ± 1 , 1%, p>0, 05), которая не достигла статистической значимости. Исходные данные АД свидетельствовали об отсутствии удовлетворительной компенсации АГ среди включенных в исследование пациентов: средние показатели систолической артериальной давлении составили 142, 38 ± 19 , 67 мм.рт.ст и 136, 21 ± 14 , 44 мм.рт.ст., дистолической артериальной давлении - 90, 03 ± 12 , 62 мм.рт.ст и 87, 84 ± 8 , 95 мм.рт.ст. в группе ИТ и СТ, соответственно. К концу наблюдения средний уровень дАД снизился до 82, 13 ± 7 , 7 мм.рт.ст., р<0.05- в основной группе и до 84, 93 ± 8 , 8 мм.рт. ст., р>0.05- в группе сравнения. При оценке липидограммы через 12 мес наблюдения в группе ИТ отмечалось достоверное снижение средних показателей ОХ с 6, 13 ± 1 , 1 ммоль/л



до 5, 12 ± 1 , 0 ммоль/л, p<0, 05 ; и ЛПНП- с 3, 77 ± 0 , 9 до 2, 99 ± 0 , 78 ммоль/л, p<0, 001. В группе СТ среднее содержание ОХ возросло с 5, 62 ± 1 , 2 ммоль/л до 5, 94 ± 1 , 2 ммоль/л, p>0.05; ЛПНП- с 3, 29 ± 1 , 0 ммоль/л до 3, 71 ± 1 , 1 ммоль/л, p>0.05

Выводы: Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что в основной группе пациентов произошли статистически достоверное улучшение показателей гликемии, АД и липидного профиля по сравнению с группой сравнения. Использование алгоритмов поэтапного управления сахарным диабетом 2 типа позволяет улучшить течение и предотвращение осложнений СД типа 2.

Литература

- 1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Фадеев В.В. Эндокринология //.- М.:ГЭОТАР- Медиа, 2012 г. С 263-272
- 2. А.С. Аметов, Е.В., Иванова. Эффективность многофакторного подхода к терапии сахарного диабета 2 типа. Клиническая фармакология и терапия 2012. -Т. 19, №2. с.48-52
- 3. Аметов А.С., Карпова Е.В., Иванова Е.В. Эффективное и безопасное управление сахарным диабетом 2 типа на современном уровне// Сахарный диабет. -2014. №2- с. 18-24
- 4. Аметов А.С., Иванова Е.В. Постпрандиальная гипергликемия// Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. -М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016. -704с.



ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ

Тураев Сунатилла Расулжонович Самаркандский государственный медицинский институт и СФРСНПМЦО и Р Телефон:+998913148296 sunnatturayev@mail.ru

Актуальность. Эпителиальные опухоли кожи, одни из самых распространенных опухолей человека. Среди злокачественных эпителиальных новообразований базальноклеточный рак по частоте составляет от 75% до 90%. Характерной особенностью является то, что эта опухоль обладает местнодеструирующие ростом, а также имеет место высокая частота возникновения рецидивов заболевания. Базально-клеточный рак в большинстве случаев возникает в зрелом и пожилом возрасте и локализуется преимущественно на открытых участках кожных покровов- на лице, волосистой части головы. Кожные покровы различных анатомических зон лица, имеют существенные различия в строении, развитии подкожно-жировой клетчатки, что оказывает существенное влияние на частоту возникновения заболевания. По данным различных авторов, наиболее часто рецидивы заболевания возникают при локализации базальноклеточного рака в периорбитальных областях, на крыльях носа и ушных раковинах. Заболеваемость раком кожи в Узбекистане растет с каждым годом:

Ключевые слова: Рентгенотерапия, гипопигментация, базальноклеточный рак, плоскоклеточный рак, эффективный.

Цель работы. Оценить эффективность рентгенотерапии при лечении рака кожи.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 г. в проведении лечения 694 пациентам с раком кожи. Всем пациентам перед началом лечения была проведена морфологическая верификация опухолевого процесса. Базально-клеточный рак выявлен у 564(81, 3 %), плоскоклеточный рак – у 130(18, 7 %) рентгенотерапия проводилась на аппарате РУМ-17. Лучевую терапию все пациенты со рака кожи получали амбулаторно, 5 дней в неделю, в течение 12–13 дней, РОД 3Гр, СОД варьировала от 50 до 60 Гр. Объем облучения включал опухоль кожи с отступом от 0, 5 до 10 см в зависимости от морфологии опухоли.

Результаты. Оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения рака кожи. Полная регрессия опухоли после проведенного лечения достигнута у всех 694 пациентов (100 %). Через 2 месяца после окончания курса рентгенотерапии у 617 пациентов (89 %) область облучения не отличалась от окружающих здоровых кожных покровов, у 77 (11 %) в зоне облучения незначительно выражены гипопигментация кожи и телеангиоэктазии. За период наблюдения с 2015 по 2019 г. 660 (95 %) пациентов – без признаков рецидива, у 34 пациентов (5 %) был выявлен рецидив опухоли в срок от 1 до 3 лет. Среди пациентов с рецидивом распределение по морфологическому типу опухолей было следующим: базально-клеточный рак – у 12 (8, 8 %), плоскоклеточный рак – у 31 (91.2 %).

Выводы. Рентгенотерапия это неинвазивный, эффективный, высокоэстетичный и безопасный метод лечения рака кожи, позволяющий сохранить индивидуальный рельеф лица и функциональность.

- 1. Морозов А.И. Результаты лучевого лечения злокачественных опухолей кожи/ А.И.Морозов, И.П.Меленчук, А.И. Барканов.
- 2. Ежова М.Н. Современные методы терапии различных форм базальноклеточного рака кожи./М.Н.Ежова // Росс, журнал кожных и венерических болезней.1998.-№2.-с.8-12.



ИСТОРИЯ И ТАКСОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВИРУСА БЕШЕНСТВА

Назаров Ж.-С. Э.
Преподаватель Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино.
Халилов Шамшод Студент II курса Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино.
Электронная почта: Shamshodxalilov1997@gmail.com Телефон: +998(93)656-84-49

Аннотация: Бешенство – заболевание известное с древних времен, описанное великим Гомером в «Илиаде». Вирус бешенства передаётся со слюной при укусе больным животным.

Resume: Rabies is a disease known since ancient times, described by the great Homer in the Iliad. Rabies virus is transmitted with saliva when bitten by sick animals.

Ключевые слова: Бешенство, Rabies lyssavirus, вакцина, Луи Пастер, укусы животных, Милуокский протокол.

Key words: Rabies, Rabies lyssavirus, vaccine, Louis Pasteur, animal bites, Milwaukee protocol.

Бешенство (rhabies, водобоязнь, гидрофобия) — вирусная зоонозная природно-очаговая инфекционная болезнь с контактным механизмом передачи возбудителя. Заболевание протекает по типу энцефаломиелита, сопровождается дегенерацией нейронов головного и спинного мозга и всегда заканчивается летально в результате паралича дыхательной и глотательной мускулатуры.

Бешенство известно с глубокой древности. Еще древнегреческий философ Демокрит в V веке до н.э. описал бешенство у собак. Бешенство упоминается в «Илиаде» у Гомера. Аристотель связывал заболевание человека с укусами животных. Первое описание клинической картины бешенства у человека принадлежит римскому философу и врачу Корнелию Цельсу, который назвал его водобоязнью (hydrophobia) и рекомендовал промывать укушенные раны уксусом или вином.

Распространение возбудителя в зараженном организме по нервным стволам выявил румынский бактериолог В. Бабеш в 1887 г. Вирусную этиологию бешенства доказал П. Ремленже в 1903 г. Штаммы вируса бешенства, циркулирующие в природе у животных, называются уличными. Эти штаммы вызывают заболевания с длительным инкубационным периодом и обычно образуют специфические тельца-включения в цитоплазме инфицированных клеток. Путем длительных пассажей возбудителя бешенства в организме животных Л. Пастер получил так называемый фиксированный вирус (virusfixe), способный размножаться только в нервных клетках. Инкубационный период, характерный для бешенства, вызванного фиксированным вирусом, составлял 7 дней. В 1880 г. Л. Пастер совместно с Э. Ру и Ш. Шамберланом начали работу по получению вакцины против бешенства.

Суспензию головного мозга погибшей от бешенства собаки они ввели интрацеребрально кролику. От павшего животного они вновь готовили суспензию тканей мозга и вводили следующему кролику. В результате многочисленных пассажей в 1885 г. они получили вакцину против бешенства.

В это время к ученому обратились женщины, у которых бешеные собаки искусали детей. Это были Иосиф Мейстер (9 лет) и Жан Батист Жюпиль (14 лет). Благодаря вакцинации оба мальчика были спасены.

Ж.Б. Жюпилю на территории Института Пастера в Париже поставлен памятник, изо-



бражающий мальчика, сражавшегося с бешеной собакой. И. Мейстер до конца жизни проработал в Институте Пастера швейцаром. После этих случаев спасения от смерти к Л. Пастеру стали обращаться за помощью люди, пострадавшие от укусов бешеных животных. Обращались не только из Франции, но и из других стран, в том числе из России. Например, 1 марта 1886 г. Л. Пастер получил телеграмму из города Белый Смоленской губернии о том, что 20 человек укушены бешеным волком. Л. Пастер пригласил их в Париж. Семнадцать человек удалось спасти. Затем из Орловской губернии прибыла группа из семи человек, укушенных бешеным волком. Все прибывшие в этот раз пострадавшие были спасены. Пастеровские прививки против бешенства были признаны во всем мире и с 1888 г. во многих странах стали создаваться пастеровские станции для проведения прививок. В России первая пастеровская станция была создана в 1906 г. в Одессе И.И. Мечниковым и Н.Ф. Гамалея. В 1892 г. румынский микробиолог В. Бабеш и в 1903 г. итальянский микробиолог А. Негри описали специфические включения в нейронах головного мозга погибших от бешенства животных (тельца Бабеша-Негри).

До 2005 года бешенство считалось абсолютно смертельным для человека — в тех случаях, когда проявлялись симптомы болезни. В 2005 году был зафиксирован первый клинически подтверждённый случай излечения от бешенства на стадии проявления симптомов. С помощью инновационной методики была вылечена американская 15-летняя девочка Джина Гис. Джина Гис смогла выздороветь после заражения вирусом бешенства без вакцинации, когда лечение было начато уже после появления клинических симптомов. При лечении Гис была введена в искусственную кому, и затем ей были введены препараты, стимулирующие иммунную активность организма. Метод базировался на предположении, что вирус бешенства не вызывает необратимых поражений центральной нервной системы, а вызывает лишь временное расстройство её функций, и, таким образом, если временно «отключить» большую часть функций мозга, то организм постепенно сможет выработать достаточное количество антител, чтобы победить вирус.

После недели нахождения в коме и последующего лечения Гис через несколько месяцев была выписана из больницы без признаков поражения вирусом бешенства. Этот экспериментальный курс лечения острой инфекции бешенства у человека назвали «Милуокским протоколом».

Таксономическое положение

Возбудитель бешенства относится к порядку Mononegavirales семейству Rhabdoviridae. Это семейство включает 18 родов. Патогенными для человека являются представители рода Lyssavirus (Rabieslyssavirus или Rabiesvirus — вирус бешенства) и рода Vesiculovirus (возбудитель везикулярного стоматита). В пределах рода Lyssavirus выделяют 12 видов или генотипов. К ним относятся вирус классического бешенства Rabiesvirus (RABV), выделенные на Африканском континенте вирусы Лагос-бат - Lagosbatvirus (LBV), Мокола - Mokolavirus (MOKV) и Дувенхаге - Duvenhagevirus (DUVV), Европейские лиссавирусы летучих мышей — European Bat lyssavirus типа 1 (EBLV-1) и типа 2 (EBLV-2), Австралийский лиссавирус летучих мышей — Australian Bat lyssavirus (ABLV), вирусы Центральной Азии - Aravanvirus (ARAV) и Khujandvirus (KHUV), вирус Восточной Сибири - Irkutvirus (IRKV), вирус летучих мышей Западного Кавказа — WestCaucasian Bat virus (WCBV), выделенный от летучей мыши в Кении вирус — Shimoni Bat virus (SHIBV). Наибольшее эпидемиологическое значение имеет вирус классического бешенства (RABV), так как он является этиологическим агентом большинства случаев бешенства, зарегистрированных у человека и животных. Различают два вируса бешенства:

- дикий (уличный) вирус, циркулирующий среди животных, патогенный для человека;
- фиксированный вирус бешенства (virusfixe), полученный Л. Пастером путем многократных пассажей дикого вируса через мозг кроликов. Фиксированный вирус утратил вирулентность для других видов животных и человека, не образовывал телец включений и не выделялся со слюной от больных животных.

Существуют семь генотипов вируса бешенства. В Евразии случаи заражения случаются



из-за трёх из них — генотипа 1 (классическое бешенство) и, в меньшей степени, генотипов 5 и 6 (European Bat lyssavirus 1 и European Bat lyssavirus 2.

В 2012 году в American Journal of Tropical Medicine and Hygiene опубликована статья, в которой исследователи сообщили, что в перуанских амазонских джунглях живут люди, переболевшие бешенством без серьёзных симптомов (у них были антитела к вирусу бешенства). Две трети из этих людей, по их словам, были ранее укушены летучими мышами. У пойманных в тех местах летучих мышей также были обнаружены антитела к вирусу бешенства.

Исходя из этого, специалисты предположили, что эндемичный для амазонских джунглей штамм вируса не опасен для человека, и необходимо продолжить его исследования. Исследования в этой области помогут найти эффективный способ лечения бешенства, после проявления первых клинических симптомов этого заболевания. Это в свою очередь поможет спасти жизнь тысячам людей на всех континентах Земли.

- 1. Литусов Н.В. Вирус бешенства. Иллюстрированное учебное пособие. Екатеринбург: УГМУ, 2018. 21 с.
- 2. Медицинская микробиология : учебное пособие / под ред. В.И. Покровского.— 4-е изд., стереот. М. : ГЭОТАР Медиа, 2010. 768 с.
- 3. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: Учебник. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. 736 с.



ОРТИҚЧА ТАНА МАССАСИ ВА СЕМИЗЛИГИ БОР БОЛАЛАРНИНГ: КЛИНИК ВА БИОКИМЁВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

Гарифулина Лиля Маратовна Самарқанд давлат Тиббиёт институти. доцент, кафедра мудири Холмурадова Зилола Эргашевна Самарқанд давлат Тиббиёт институти, ассистент

Аннотация: Ортиқча тана вазнли ва семизлиги бор 47 нафар ўсмир ва болалар кўрикдан ўтказилди. Митоболик синдромнинг ривожланишига тана вазни, кон босими, шунингдек инсулинга резистентлик ва атероген дислипидемия таъсир килиши аникланди. Семизлиги бор болаларда метаболик синдромнинг компонентлари турли даражаларда мавжуд булиб, бунинг окибатида келажакда эрта асоратлар ва ногиронлик ривожланишини олдини олиш учун вақтида ва тўғри даволашни талаб қилади.

Калит сўзлар: Метаболик синдром, ортикча тана вазн, семизлик, артериал гипертензия, болалар, ўсмирлар.

Мавзунинг долзарблиги. Болалар ва ўсмирлар ўртасида метаболик синдром (МС) муаммоси жахон микёсидаги долзарб муаммо бўлиб колмокда. Аммо, бу сохада олиб борилган кўплаб тадкикотларга қарамасдан, минтакамизда ортикча вазн ва семизлиги бор болаларда МС муаммоси йўколмади ва ўтказилган тадкикотлар вазиятнинг мохиятини тўлик акс эттирмади. Юкоридагилардан келиб чикган холда **тадкикот максади** килиб кўйидагилар олинди: ортикча тана массаси ва семизлиги бор болаларда МС ни хосил килувчи клиник- метаболик кўрсаткичларни аниклаш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Самарқанд шахридаги мактабларда ўтказилган диспансер кўзатуви ва шахар оилавий поликлиникаларига тўлик текширувдан ўтиш учун мурожаат қилган 10 ёшдан 18 ёшгача булган ортикча тана вазн ва экзоген-конститутсиявий семизликга эга 47 нафар бола ва ўсмирлар текширилди. Текширилган болаларнинг ўртача ёши 14, 1±0, 45 эди. Назорат гурухини эса 25 та шу ёшдаги соғлом болалар ва ўсмирлар ташкил қилди.

Тадкикот натижалари. ТМИ (тана массаси индекси) га кура болалар 2

гурухга бўлинди: І-гурух 25 дан 29, 9 кг/м2 (n=25) гача ТМИ га эга бўлган болалар, уларнинг ўртача ёши 11, 1±0, 63 йил; II-гурухда –ТМИ >30 (n=22), ўртача ёши эса 14, 7±0, 38 йилни ташкил қилди. Ёғ тўқимаси тананинг виссероабдоминал сохаларда йиғлган болалар І гурухда 32% ни, 2 гурухида эса 86, 3%ни ташкил этган булса, қолған болаларда эса тана буйлаб ёғ йиғлиши глутеофеморал типга хос эканлиги аникланди. Кон босимини тахлил қилишда І-гурухдаги болаларда систолик қон босими (СҚБ) 109, 4±4, 13 мм. сим. уст. ган тенг булса, беморларнинг II гурухида бу кўрсатгич юқори (127, 9±3, 24 мм сим. уст., п0, 05) га тенг эканлиги. Диастолик кон босими СКБ каби гурухларда ўхшаш динамикага эга эди: I-гурухда 69, 2±2, 56 мм. сим.уст; иккинчи гурухда 78, 4±2, 29 мм. сим. уст . (п0, 05).га тенг эди. Келтирилган маьлумотлардан I гурухда кон босими ёшга мос кўрсатгичларга эга эканлиги, ІІ гурухда эса хам систолик хам диастолик босим ишонарли юқори кўрсатгичларда булиб, чегаравий миеёрга якин эди. Шуни такидлаш керакки 29% ўсмирга бирламчи артериал гипертензия ташхиси қўйилган эди. Қонда нохорда глюкоза миқдорини текшириш натижалари I гурухда 4, 67±0, 15 ммол/л ни ташкил қилган булса, II гурухда у 4, 85±0, 14 ммол/л (p>0, 05) ни ташкил қилди. Нохорда гликемия текширилганда гурухлар ўртасида сезиларли фарк аникланмади,

гипергликемия ҳеч қандай ҳолатда қайд этилмади, бу эҳтимол гиперинсулинизмнинг компенсатсион таъсири билан боғлиқ. Бироқ, нохорда қондаги инсулин даражаси таҳлили сезиларли фарқларни аниқлади. ТМИ 25 дан 29, 9 кг/м² гача бўлган болаларда у 22, 52±1, 65 мкЕД/м (назорат гуруҳида 15, 53±1, 34 мкЕД/мл) ни ташкил этган булса, 2



гурухда у юқори 28, 33±1, 78 мкЕД/мл (p < 0, 001 назорат гурухи билан солиштирилганда) кўрсатгичларга эга эди. Нормогликемия фонида гиперинсулинемия, одатда, инсулинга резистентлик мавжудлигини кўрсатади. Бу НоМА-R индексининг юқори қиймати билан тасдикланади. Инсулинга резистентлик индексини хисоблашда турли ТМИ бўлган болаларда НоМА-R индексининг ўртача кийматлари ТМИ га қараб ўзгаради яни ТМИ қанча юқори булса НоМА-R индекси ҳам шунча баланд булади (I гурухда 4, 6±0, 31; II гурухда 5, 8±0, 36 P<0, 01). Шуни таъкидлаш керакки, текширилаётган барча гурухларда инсулинга резистентлик индекси нормадан фарқ қилади (соғлом гурухдаги болаларда у 2, 1±0, 44). Липид метаболизми кўрсаткичларини таҳлил қилиш гуруҳларда сезиларли фаркни аникламади, бу семизликнинг кичик катамнези ва липид спектрида тўрғун ўзгаришларни шаклланиши вақти билан тушунтирилиши мумкин. ІІ гуруҳдаги болаларнинг фақат 24% да триглитсеридларнинг юқори чегаравий даражаси (1, 7 ммол / л дан юқори) кузатилди.

Хулоса. Натижаларни тахлил қилиш шуни кўрсатдики, организмдаги клиник ва метаболик жараёнларнинг патологик даражаси тана вазнига боғлик. Аникланган клиник метаболик хусусиятлар семизлиги бор болалар ва ўсмирларда МС шаклланишидан далолат беради ва олдини олиш учун ўз вактида профилактика ва даволаш ишларини олиб боришни талаб килади.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

- 1. Бекезин, В. В. Артериал кон босимининг суткалик маниторинги маълумотларига кура семизлиги ва метаболик синдроми бор болалар ва ўсмирларда артериал гипертензия. / В. В. Бекезин, Л. В Козлов // Ахборотнома. ВолДМУ. 2006. № 1. Б. 45–49.
- 2. Бокова Т.А. Семизлиги бор болаларда метаболик синдром ривожланиши хавф омиллари. Россия ахборотномаси перинатология ва педиатрия. 2018;63(3):64-69.
- 3. Бокова, Т. А. Семизлиги бор болалар ва ўсмирларда артериал гипертензия: даволаш ва профилактика замонавий қарашлар / Т. А. Боков, Е. В. Лукин // Педиатр амалиёти. 2015. $\cancel{\mathbb{N}}$ 6. Б. 16–20.
- 4. Болалар ва ўсмирларда артериал гипертензия диагностикаси, даволаш ва профилактикаси: Россия болалар кардиологлари ассоциацияси. Методик тавсиянома. (ІІ нашр). М., 2009.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ШодиеваГульзодаРабимкуловна ДжаббароваНафисаМамасолиевна Ассистенты кафедры Внутренних болезней педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского института Телефон:+998(93) 332 90 42 Gulzoda_shodiyeva@mail.ru

Аннотация: Целью работы было изучить особенности клинического течения ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста. Были проанализированы истории болезни 70 больных ишемической болезнью сердца в возрасте 60-74 и 20 больных в возрасте 75-89 лет. Из общего количества больных у 53 выявленопрогрессирующая стенокардия, с острым инфарктом миокарда-21, с постинфарктным кардиосклерозом -16.

Таким образом, ишемическая болезнь сердца у лиц пожилого и старческого возраста характеризуется учащением атипичных проявлений, малосимптомностью, скрытым течением.

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, пожилой, старческий возраст.

В структуре заболеваемости болезней системы кровообрашенияишемическая болезнь сердца (ИБС) по-прежнему занимают первое место. Одной из актуальных задач современной медицины является лечение и профилактика ИБС у лиц старших возрастных групп, который являются основной причиной смерти. При этом более 80 % смертей связаны с ИБС и мозговыми инсультами [1, 2]. Риск развития коронарного атеросклероза и ИБС существенно увеличивается при наличии таких факторов риска, как мужской пол, пожилой возраст, дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, ограничение физической активности [3].

Целью настоящей работы явилось изучить особенности клинического течения ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста.

Исследование проводились в отделении экстренной кардиологии СФ РНЦЭМП. Были проанализированы истории болезни 70 больных ишемической болезнью сердца в возрасте 60-74 и 20 больных в возрасте 75-89 лет. Мужчин было 60, женщин - 30. С прогрессирующей стенокардией составили 53(59%) больных, с острым инфарктом миокарда-21(23%), постинфарктным кардиосклерозом -16 (18%).

При изучении факторов риска установлено, что курят 33(33%) человека, избыточную массу тела имеют 14 (14%), артериальная гипертония - у 24 (24%) и гиперлипидемия -у 42 (42%), сахарный диабет у 23 (23%), ограничение физической активности-52 (52%) больных. Среди обследованных у 52% больных диагностирована хроническая сердечная недостаточность 2 «А» степени и у 48% больных 2 «Б» степени. При оценке степени тяжести ХСН по классификацию NYHAy всех больных выявлено III ФК. Наиболее частым проявлением острого инфаркта миокарда был ангинозный вариант- он выявлен у 21 (23%) больных, у 31 (35%) больных этой группе отмечены боли в области сердца незначительной интенсивности или ощущения неопределенного характера. У 38 (42%) больных болевой синдром отсутствовал, эквивалентом его явилась выраженная одышка и нарушение сердечного ритма. С увеличением возраста отмечено нарастание атипичных проявлений болезни. Результаты ЭКГ исследований подтверждают наличие мерцательной аритмии у 11 больных, желудочковая экстрасистолия у 5, ИМ у 21, ПИКС у 16. ГЛЖ- у 45, ГПЖ у 29, гипертрофия обоих желудочков у 7, гипоксия и глубокое изменение в миокарде у



32, ишемия миокарда у 61, неполная блокада левой ножки пучка Гиса у 15, хроническая коронарная недостаточность у 35 больных. При ЭхоКГ исследовании гипертрофия ЛЖ диагностирована у 51% больных, дилятация полости ЛЖ у 58%, снижение сократимости миокарда у 72%, гипо-акинезия миокарда у 41%, атеросклероз и кальциноз аорты у 69% больных.

Таким образом, ишемическая болезнь сердца у лиц пожилого и старческого возраста характеризуется учащением атипичных проявлений, малосимптомностью, скрытым течением. Отмечается учащение заболеваний у мужчин. Отмечено увеличение числа случаев мелкоочагового инфаркта миокарда у больных указанной возрастной группы. Все это требуется особого вниманий к жалобам больных пожилого и старческого возраста.

Список использованной литературы:

- 1. Вишневский А.Г. Кардиоваскулярная профилактика смертность от системы болезней кровообращения продолжительность жизни в России / А.Г. Вишневский, Е.М. Андреев, С.А. Тимонин// Демографическое обозрение. -2016. -Т.3, №1. С. 6-34.
 - 2. Демографический ежегодник России 2015: статистич. сб. Росстат. М., 2015. С.263.
- 3. Агабабян И.Р., 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.



ЭЛЕКТРО И ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Юлдашев Ботир Ахматович к.м.н., доцент, Самаркандский медицинский институт Юлдашева Дилфуза Ахматовна – ассистент, Самаркандский медицинский институт

Аннотация В клинической картине у больных детей с хроническими заболеваниями почек лидирующими проявлениями выступают поражения проводящей системы сердца с нарушением его ритма и формированием блокад, а также патологическая тенденция к структурным изменениям сердца. Следует считать, что правильная оценка функционального состояния сердца у больных детей с хроническими заболеваниями почек имеет немаловажное как диагностическое, так и прогностическое значение.

Ключевые слова: хронические заболевания почек, сердечно осудистая система, электрокардиография, эхокардиография.

В педиатрических исследованиях последних лет обращено внимание на нарастание частоты хронических заболеваний органов мочевой системы. Распространенность данной патологии среди детей в различных регионах страны варьирует в широких пределах - от 12 до 210 на 1000 детей.

За последнее десятилетие резко возрос интерес к поражению сердечно-сосудистой системы при заболеваниях почек. Риск развития кардиальной патологии у больных на различных стадиях хронических заболеваний почек намного выше, чем в общей популяции. Пациентов с хронической болезнью почек относят к категории самого высокого риска (the highest risk group) развития сердечно-сосудистых осложнений, так называемого кардиоренального сидрома.

Как показывают исследования, в детском возрасте диагностика сердечно-сосудистой патологии у больных с хроническими заболеваниями почек во многих случаях остается поздней, в результате чего увеличивается число детей, относящихся к группам риска развития хронических форм патологии. В этой связи на первый план выходит своевременная диагностика и выявление больных склонных к развитию осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Исходя из изложенного, целью исследования явилось: изучить особенности показателей электро и эхокардиографии у детей с хронической нефрологической патологией.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 27 детей в возрасте от 6 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском областном детском медицинском многопрофильном центре, которые были разделены на две нозологические группы. В первую группу вошли 16 детей (59 %) с хроническим вторичным пиелонефритом. Во вторую группу - 11 ребенка (41 %) с хроническим гломерулонефритом. Отмечено, что дети старшего школьного возраста (12-16 лет) составили - 66, 0%, соответственно дети младшего и среднего школьного возраста (7-11 лет) составили 34, 0%. Среди больных обеих групп, независимо от возраста, несколько преобладали девочки (62, 0%).

Обсуждение результатов:

По данным электрокардиографического исследования у большинства (70%) больных выявлялись нарушения сердечной деятельности в виде расстройств сердечного ритма и проводимости, нарушения процессов реполяризации миокарда. Среди сердечных аритмий на первом месте по частоте встречаемости у детей с хроническим пиелонефритом и хроническим гломерулонефритом оказались предсердный ритм и миграция суправентрикулярного водителя ритма, которые, по некоторым данным, являются функциональными и вагус-зависимыми. Проявлением вегетативной дисфункции также была синусовая бради-



кардия. Синусовая тахикардия преобладала у детей с хроническим гломерулонефритом по сравнению с хроническим пиелонефритом и встречалась в 22% и 11, 0% случаев соответственно. Среди нарушений проводимости сердца основное место занимала неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Как проявление ваготонии у 7 больных (26%) отмечался высокий зубец Т в левых грудных отведениях.

У всех детей с хроническим пиелонефритом и гломерулонефритом обнаруживались аномальные хорды левого желудочка (ЛЖ), преимущественно единичные верхушечные, срединно-верхушечные. У четверти больных основной группы выявляли пролапс митрального клапана I - II ст. Диагностирована регургитация на митральном и трикуспидальном клапанах I ст., что могло быть связано с пролапсом митрального клапана, незрелостью соединительнотканных структур сердца, вегетативной дисфункцией. Выявлено, что у детей с хроническим пиелонефритом и гломерулонефритом увеличены размеры левого предсердия.

Отмечено, что у больных хроническим пиелонефритом и хроническим гломерулонефритом с более тяжелым клиническим вариантом заболевания увеличивались объемные показатели ЛЖ, масса миокарда и индекс массы миокарда ЛЖ, при хроническом пиелонефрите — повышалась толщина межжелудочковой перегородки. Сократительная функция ЛЖ у наблюдаемых нами детей оставалась относительно удовлетворительной. Выводы: Таким образом, полученные данные могут свидетельствовать о том, что в клинической картине у больных детей с хроническими заболеваниями почек лидирующими проявлениями выступают поражения проводящей системы сердца с нарушением его ритма и формированием блокад. Имеет место также патологическая тенденция к структурным изменениям сердца. Следует считать, что правильная оценка функционального состояния сердца у больных детей с хроническими заболеваниями почек имеет немаловажное как диагностическое, так и прогностическое значение.

- 1. Андреева Д.М. Характер сердечно-сосудистых нарушений у детей с хроническими заболеваниями органов мочевой системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2011. 26 с.
- 2. Первунина Т.М. Кардиоренальные взаимоотношения при изолированных и сочетанных врожденных пороках сердца и почек у детей: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Санкт-Петербург, 2019. 53 с.
- 3. Фейзуллаева Н.Н. Состояние сердечно-сосудистой системы при уронефрологических заболеваниях у детей // Сибирский медицинский журнал. 2010. №3.- С.8-13.



SAMARQAND HUDUDIDA KENG TARQALGAN PARAZITLAR VA ULARNI TEKSHIRISH USULLARI

Ismoilov Komiljon Tuygunovich Samarkand Davlat Tibbiyot instituti, Tibbiy biologiya va genetika kafedrasi assistenti Yunusova Zarina Tuygunovna Samarqand Veterenariya Tibbiyot instituti 4-bosqich talabasi Tel:+998(99) 590 02 89 Komiljon-ismoilov@mail.ru

Annotatsiya. Tadqiqot "Isayev nomli parazitologiya ilmiy-tadqiqot" institutida" olib borildi. Keng tarqalgan parazitlarning biologiyasi, tarqalish parazitlarni aniqlash bo'yicha tekshirish usullarining nazariy va amaliy jihatlarini o'rganildi; Tadqiqot jarayonlarida keng yuqumli parazitlarni ajratish, turlarini aniqlash bo'yicha ko'nikmaga ega bo'lindi. Keng tarqalgan pazitlar keltirib chiqaradigan kasalliklar, ularning belgilari, profilaktikasi va chora tadbirlarni ko'rish malakasi shakllantirildi.

Kalit soʻzlar: Gelmintoskopiya, ovogelmintoskopiya, degelmintizatsiya, Kato usuli, flotatsiya, Nemathelmentes, Nematoda, Ascaris lumbricoides, Enterobius vermicularis ,enterobioz, Trichocephalus trichiurus, trixosefaliyoz, Ankylostoma duodenale, ankilostomidoz, Trichinella spiralis, Dracunculus medinensis dracunculez,: Wuchereria bancrofti, vuxererioz, biogelment, geogelment, degelmintizatsiya. entrabioz, askaridoz, gimepolenidoz, lamblioz, trixomonoz, toksoplazmoz, gijja kasalliklar

Dolzarbligi. Ovogelmintoskopiya — parazit gijjalarning (gelmintlarning) tuxumlarini aniqlash. Gelmintoskopiya deyilganda gelmintlarning tana qismlarini yoki oʻzlarini aniqlash tushuniladi. Gelmintoskopiya va ovogelmintoskopiya gelmintozlarga tashxis qoʻyish uchun zarur. Parazit gijjalar tuxumlarini laboratoriyada tekshirishning bir necha usullari bor va ularning ba'zilar bilan tanishamiz. Bu esa Odamdagi bio va gelmintlarining tuxumlarini farqlashni oʻrganish. Bundan birinchi maqsad - davolash, ikkinchisi- gelmintozlarni oldini olishdir (profilaktikasi). [2]

Tadqiqot natijalari; Odam axlatida *cho`ktirish usuli* yordamida gelmintlarning tuxumini topish uchun probirkaga 2-3 g axlat solinadi. Probirkaga teng miqdorda efir va to`yingan xlorid kislotasi solib silkitiladi. Aralashma mayda teshikli elakdan o`tkaziladi va boshqa probirkaga quyiladi, keyin 3-5 minut sentrofugalanadi. Natijada 3 qavat hosil bo`ladi; yuqoridagi-efir qavati, o`rta-kislotali va eng pastki gelmintlar tuxumi bor qavati. Axlat massasi efir kislotasi ta'sirida parchalanib yuqori qavatda qoladi.[1]

Odam axlatida *flotatsiya* (*qalqib chiqish*) usuli yordamida gelminlarning tuxumini topish usulida chinni idishga axlatni kichikroq bir boʻlagi solinadi va unga osh tuzining toʻyingan eritmasi solinadi. Axlat va eritma yaxshilab arlashtiriladi va 60-90 minut qoldiriladi. Gelminlarni tuxumlarini nisbiy ogʻirligi past boʻlganligi sababli, tuxumlar eritma ustiga qalqib chiqadilar. Bu tuxumlar simli sirtmoq yordamida yigʻib olinadi va buyum oynasiga solinadi, hamda qoplagich oyna bilan yopiladi. Soʻng mikroskop ostida tekshiriladi.Natijada bemorning kasallanishiga qarab turli xil parazit tuxumlarini mikroskopning katta obʻyektivi ostida; jigar qurti, lansetsimon, mushuk soʻrgʻichlisi, choʻchqa va hoʻkiz solityorini va serbar tasmasimon gijjalarni tuxumini yoki odam askaridasi, ostritsa, qilbosh gijjani tuxumini toppish mumkin. Ularni shakli, kattaligiga e'tibor berib bemorga tashxis qoʻyiladi. [3]

Trichomoniasis (trixomonoz)-faqat siydik, jinsiy a'zolar tizimi urogenital kasallik hisoblanadi. Trichomoniasis qo'zg'atuvchisi agent vaginal trichomonas hisoblanadi. Jinsiy yo'l bilan yuqtiriladigan infektsiyalari (gonokokklar, chlamydia, Ureaplasma, Candida turi zamburug'lar, herpes viruslar) keltirib chiqaradi. [2]

Xulosa: Gelmintlarni, parazitlarni aniqlashda quyidagi usullardan foydalanildi;



- 1. Najasni tekshirishning mikroskopik usuli; Diagnostik degelmintizatsiya usuli (najasni suvda aralashtirib qorong'u fonda Petri idishida tekshirish); Mikroskopik tadqiqotlar usuli (gelmentlarning tuxumlari va lichinkalarini aniqlashga yo'naltirilgan); Kato usuli; (sellofan plastinka qoplangan qalin surtma usulida najasdagi gelment tuxumini aniqlash). va cho'ktirish, flotatsiya (qalqib chiqish) usuli
- 2. Trichomoniasis- (ayollarda vaginal va erkaklarda siydik dog'-uretral bezlar) ajratmalari mikroskopiya usulida tekshirish; mikrobiologik usuli, immunologik usul, PCR tashxis usulida aniqlandi.
- 3. Toksoplazmoz-(sporali hayvon)ni aniqlashda immunologik reaksiyalar usulida (Seybin_Feldman bo'yog'i bilan reaksiya (PCK-KBP), teri ichiga allergik sinama o'tkazish) amalga oshirildi.

Xulosa qilib shuni takidlash lozimki hozirgi kunda Samarqand hududida uchrashi bo'yicha keng tarqalgan parazitar kasalliklarga entrabioz, askaridoz, gimepolenidoz, lamblioz, trixomonoz, toksoplazmoz, gijja kasalliklari ekanligi aniqlandi.

Foydalanilgan adabiyotlar

- 1. Nishonboyev K.N, Hamidov J.H.-"Tibbiy biologiya va genetika" Davlat ilmiy nashriyoti. Toshkent, 2005. 210 bet. Daslik.
- 2. Алимходжаева П.Р., Журавлёва Р.А, "Руководство по медицинской паразитологии" «Абу Али ибн Сино», Ташкент, 2004. 223 ст.
- 3. Xolikov P.X., Qurbonov,A.Q va boshqalar Tibbiy biologiya va umumiy genetika. "Ziyonashr" Toshkent , 2018y. 544 bet



ACTUALITY OF POSTRAUMATIC EYE CONDITION AND IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS OF ORBITAL TRAUMA.

Yuldashov Sarvarkhon Akmaljon ugli Agzamova Sayyora Saidaminovna Narzikulova Kumri Islamovna Turgunov Shokirjon Sharifjon ugli Tashkent Medical Academy Tashkent.Uzbekistan Telephone number: +998(90)946 94 62 Sarvar.yuldashov.91@mail.ru

Annotation. At all times, the most serious injuries were include several eye traumas, it leading to a sharp decrease eye function or completely lost of vision, the result of which may be not only a change in profession, but also the most severe disability. Clinical researches show that to justify a differentiated approach to qualifying the degree of health damage in case of orbital injury in combination with a cerebral trauma. A comprehensive examination of patients made it possible to exclude the presence of pathology of the vision organ in case of orbital trauma combined with a craniocerebral injury, which should provide an objective approach in qualifying the severity of harm to health. Traumatic neuroopticopathy in cases of combined and multiple injuries is often not diagnosed or detected late. Diagnostic, surgical and conservative treatment methods are available in multidisciplinary hospitals with specialized care. Currently, neurosurgeons, ophthalmic surgeons and maxillofacial surgeons are increasingly having to provide patients with complex combined orbital fractures, which is associated an increase in automobile and criminal injuries. Based on our research, we determined the cranial orbital injuries (simultaneously upper and middle zones of the face, and sinuses are damaged) rate was 15.4% in the structure of head trauma.

Key words: orbital injury, lost of vision, craniocerebral injury, conservative treatment methods, traumatic neuroopticopathy, post-traumatic ophthalmopathology, treatment-rehabilitation algorithms.

Purpose of the research. Evaluate the quality of adequate medical care for patients with visual impairment. Also, the development of effective treatment-rehabilitation algorithms in post-traumatic ophthalmopathology. Active dynamic observation and comparison of ophthalmic clinical symptoms in patients in the early post-traumatic period.

Materials and methods. For the clinical study, the results of a survey of 90 patients with visual impairments in the last 2 years and the dynamics of ophthalmic indicators are analyzed.

Results. Researches have shown that in 16 cases, eye surgery was not performed for 2 to 20 days. In addition, 14 patients underwent a series of additional medical interventions (extraction of swollen cataracts, ciliary body suturing, vitrectomy). Delay in transport of the injured or late referral of patients after trauma, severe complex complications resulted in subatrophy of the eyes in 8 patients. Even the maximum level of surgical treatment could not help this category of patients.

Conclusion.

Encourage the development of treatment-rehabilitation algorithms and the creation of new methods of emergency resuscitation of patients with post-traumatic ophthalmopathology.

References:

- 1. Seiff S., Kraker R. Thetreatment of traumatic optic neuropathy: the International Optic Nerve Trauma Study // Ophthalmology. 1999 Vol. 106. P. 1268-1277.
- 2. SteinsapirK. D, Goldberg R. A. Traumatic optic neuropathy. // Surv Ophthalmol. 1994 Vol. 38. P. 487-518.
 - 3. Rizaev J. A., Agzamova S. S., Yuldashov. S. A Improvement of Surgical Treatment



with Combined Sculoorbital Injuries. - Global journal of Medical Research: j Dentistry & Otolaryngology-Volume 20 Issue 1 Version 1.0 Year 2020-Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal

- 4. Agzamova SS, Pulatov OA, FB Mavzhudov Improving the surgical treatment of fractures of the lower wall of the orbit. Scientific Pract. magazine "Point of view. East-West »Ufa. No. 4 2019.P.49-52.
- 5. Skoromets T. A. Treatment of secondary ischemic disorders in patients in the acute period of traumatic brain injury. Kor-teksin five-year experience of domestic neurology / Edited by A. A. Skoromets, M. M. Dyakonov. St. Petersburg: Nauka, 2005.S. 71-76.
- 6. Handbook of an ambulance and emergency medical care / Ed. Corr. RAMS of Dr. honey. sciences, prof. S.F. Bagnenko and Dr. med. Sciences I.N. Ershovoi. Ed. 6th rev. and add. SPb.: Polytechnic, 2007 .-- 483 p.
- 7. Eolchiyan S.A., Serova N.K., Kataev M.G. Modern approaches to the surgical treatment of cranioorbital lesions // Bulletin of Ophthalmology. 2006. No. 6. S. 9-13.
- 8. Kataev M.G., Eolchiyan S.A., Tishkova A.P. Diagnosis and treatment tactics for fractures of the orbit // Bulletin of Ophthalmology. 2006. No1. S. 26-32.



PSYCHOLOGICAL CORRECTION IN POST-TRAUMATIC PATHOLOGY OF VISUAL ORGAN.

Tashkent Medical Academy, Tashkent city.
Yuldashov S.A., Uzokov N.Kh., Rajabova M.Sh.
(Scientific advisor : Candidate of Medical Science, dosent: Agzamova S.S.)

Annotation. In the emotional perception of a person, vision is the main channel for obtaining information about the outside world, so a person perceives loss of vision or impaired function as serious stress. The trauma of the ability to see always leads to a loss of peace of mind. The degree of injury and the duration of the traumatic process depend on the anatomical and physiological characteristics of a person. The more dependent the victim is on other people, or the more sensitive his psyche is, the stronger will be his or her attitude to blindness. Post-traumatic vegetative crisis reactions are inherently neurotic. When the patient "refuses" to believe that the situation has not repeated, the weakening of mental indicators begins. This period is the most psychologically acute (reactive) stage. The second period is a transitional period that lasts from a few days to four months. The patient's mental state is characterized by a loss of motivation, emotional arousal, mental stress (increase), emotional stress, anxiety, loneliness, anxiety and feelings of social phobia. The leading symptoms in the third period are depression, depression, physical and mental fatigue. Sometimes emotional lability can also be observed in patients during this period.

Key words: psychological correction, trauma vision organ, loss of vision, vegetative crisis, mental stress, psychological compensation.**urpose of the research.** Evaluate the results of complex therapy, which is including treatment with exogenous antioxidant (emoxipin-methylethylpiridinol) and oxygen therapy, as well as, to compare with isolated drug therapy for patients with various forms of AMD.

Methods: Psychocorrection classes and necessary psychological trainings were conducted for 40 patients individually. In 25 patients, visual function was significantly reduced (Visus: 0.1–0.3), and in the remaining 15 patient complete loss of vision.

Conclusion:

General principles of psychological correction of patients in the rehabilitation period of visual injury:

- Improving the mental balance of the patient in the early post-traumatic stages;
- Stimulation of algorithms of adequate rehabilitation programs and activation of patients' adaptation to new lifestyles;
 - Positive psychological support from the patient's relatives.

Psychocompensation is indicated for all people with impaired vision, especially those who suddenly lose visual function as a result of trauma. In post-traumatic ophthalmopathology, psychocorrection is an effective and necessary method of treatment.

References:

- 1 .Babaylova O.M., Klevakina Yu.S. Psychocorrection in severe trauma to the organ of vision oai:eyepress.ru:article7938
- 2. Corrigan PW. Towards an integrated structural model of psychiatric rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2003;26:346–357. doi:10.2975/26.2003.346.354.
- 3. Ash DJ, Keegan DL, Greenough TJ. Factors in adjustment to blindness. Can J Ophthalmol. 1978 Jan;13(1):15–21. PMID: 638841.
- 4. Shulz PJ. In: Reaction to the loss of sight. Psychiatric problems in Ophthalmology. Pearlman J, Adams G, Sloan S, Springfield IL, Charles C Thomas, editors. 1977. pp. 60–73.
- 5. De Leo D, Hickey PA, Meneghel G, Cantor CH. Blindness, fear of sight loss and suicide. Psychosomatics. 1999 Jul-Aug;40(4):339–44. PMID: 10402881.
- 6. Agzamova SS, Pulatov OA, FB Mavzhudov Improving the surgical treatment of fractures of the lower wall of the orbit. Scientific Pract. magazine "Point of view. East-West »Ufa. No. 4 2019.P.49-52.

TADQIQOT.UZ ТОМОНИДАН ТАШКИЛ ЭТИЛГАН

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 17-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

(18-қисм)

Маъсул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович **Мусаҳҳиҳ:** Файзиев Фаррух Фармонович **Саҳифаловчи:** Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 30.06.2020

Kонтакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz OOO 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