Tadqiqot.uz

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР

МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2020

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

№19
31 август

doi Crossref iD

conferences.uz

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 19-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ 19-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-18

MATERIALS OF THE REPUBLICAN 19-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18

ТОШКЕНТ-2020

УУК 001 (062)
КБК 72я43

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

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 19-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 август 2020 йил. - Тошкент: Tadqiqot, 2020. - 30 б.

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

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

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

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

2.Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна(Фарғона давлат университети)

3.Тарих саҳифаларидаги изланишлар
Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4.Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган мухандислик-қурилиш институти)

5.Давлат бошқаруви
PhD Шакирова Шохида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги "Оила" илмий-амалий тадқиқот маркази)

6.Журналистика
Тошбоева Барнохон Одилжоновна(Андижон давлат университети)

7.Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
Самигова Умида Хамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

8.Адабиёт
PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар
Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт
Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш
Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн
Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Мусиқа ва ҳаёт
Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар
Доцент Нормирзаев Абдуқаюм Раҳимбердиевич (Наманган мухандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари
Доцент Сохадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган мухандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар
Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

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

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

21.Кимё фанлари ютуқлари
Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)

22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар
Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар
Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25.География
Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси
© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

1. Ш.Э.Амонов, Ш.Х.Бакиева, Ш.Ж.Курбонов
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАЙМОРИТОВ 7
2. Вохидов У.Н., Курбонов Ж.А.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСФОНИИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОРТАНИ 9
3. Saidmurodova Jamila Botirovna, Oblokulov Ahmat Tilavkulovich
PREVENTION AND TREATMENT OF CIRCULAR CARIES TEMPORARY TEETH IN CHILDREN 11
4. Джумаева Замира Ўткировна
ЧАЙОТА (SECHIUM EDULE (Jacq.) Sw.) НИНГ ТИББИЁТДАГИ АҲАМИЯТИ 12
5. Kamilov Khalidjan Mukhammadjanovich, Zaynutdinov Nozim Nadirkhodjayevich
IMPLANTATION OF TORIC PHAKIC IOL TO PATIENT WITH HIGH MYOPIA AND ASTIGMATISM. 13
6. Маткаримова Гулназ Максуджановна
РАСТЕНИЕ СОРТА КИЗИЛ И ИХ ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА 15
7. Мухитдинов Шавкат Мухаммеджанович, Эгамқулов Достонжон Усмонқул ўғли
ФУРУНКУЛОЗНИ ДАВОЛАШДА ОЛТИНГУГУРТ БИРИКМЛАЛАРИНИНГ ФОЙДАЛАНИШНИНГ АҲАМИЯТИ 17
8. Абдуллаев Сайфулла Абдуллаевич, Курбанов Эркин Юсуфович, Худойназаров Уткир Раббимович
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 18
9. Кучимова Чарос Азаматовна, Ходжаева Назира Исламовна
ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШДА АДИНАМИК КОМПОНЕНТНИНГ КЛИНИКАСИ ВА ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ 20
10. Мубаракова К.А., Юсупов А.Ф., Муханов Ш.А, Муханов Шавкат Абдувалиевич Мубаракова Комила Абдуваситовна
МЕЙБОМ БЕЗЛАРИ ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ДАВОСИ 23
11. Муханов Ш.А., Юсупов А.Ф., Мубаракова К.А, Мубаракова Комила Абдуваситовна
АМБЛИОПИЯ ДАВОСИДА ИНДИВИДУАЛЛАШТИРИЛГАН КЕРАТОРЕФРАКЦИОН ЛАЗЕР ЖАРРОҲЛИГИНИНГ ЎРНИ 25
12. Maksudov Dilshod Davronovich
COMPLEX TREATMENT OF ABSCESSES AND PHLEGMON OF THE MAXILLOFACIAL AREA IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS B.....27
13. Камалова Малика Ильхомовна, Исмоилов Ортик Исмоилович
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕЧОМ ИНСУЛЬТЕ.....28
14. Malika Ilkhomovna Kamalova, Ortik Ismailovich Ismailov
7 MAJOR RISK FACTORS FOR BRAIN STROKE 29

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАЙМОРИТОВ

Ш.Э.Амонов, Ш.Х.Бакиева, Ш.Ж.Курбонов
Заведующий кафедрой оториноларингологии,
детской оториноларингологии и стоматологии
Ташкентского педиатрического медицинского института,
доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры оториноларингологии
и стоматологии Ташкентской медицинской
академии, доктор медицинских наук
Соискатель, директор клиники Happy Life
Телефон: +998935484070
dr_ulugbek@list.ru

Аннотация: В данном тезисе обсуждается эффективность хирургического вмешательства при воспалительных заболеваниях верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход, что даёт низкую травматичность и быстрое восстановление слизистой оболочки носовой полости.

Ключевые слова: эндоскопическая хирургия, верхнечелюстная пазуха, пластика медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, крючковидный отросток.

Среди всех синуситов воспалительные заболевания верхнечелюстных пазух составляют наибольшее количество и до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем современной оториноларингологии, что обусловлено их распространенностью, тенденцией к хроническому рецидивирующему течению и недостаточностью традиционных методов лечения.

В настоящее время в большинстве ЛОР стационаров при хирургическом лечении хронических верхнечелюстных синуситов выполняют радикальные операции. Однако, несмотря на присутствующий радикализм, выздоровление больных после такого хирургического вмешательства не всегда наступает. Разработано множество хирургических доступов для операций на верхнечелюстной пазухе. В практической оториноларингологии микрогайморотомии постепенно вытеснили операции по Колдуэллу-Люку. Чаще всего стали применять экстраназальные методы хирургического лечения, однако в последнее десятилетие стали широко использоваться эндоназальные доступы.

В связи с этим, необходимо разработать методику, которая позволяла бы качественно визуализировать всю полость пазухи, и под эндоскопическим контролем удалить из нее патологически измененные ткани, не травмируя естественное соустье, сохранив при этом принципы минимально инвазивной хирургии.

Целью данного исследования явилось совершенствование хирургического метода лечения хронических гайморитов.

Материал исследования составили 35 больные с различными продуктивными заболеваниями верхнечелюстной пазухи в возрасте 18-65 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике Ташкенсткого педиатрического медицинского института за 2017-2019 года. Исследуемая группа включала 55 мужчин (55%) и 45 женщин (45%) в возрасте от 18 до 76 лет. Средний возраст пациентов составил 48 лет. Критериями формирования клинических групп являлись наличие продуктивных форм хронического гайморита (киста, полип) и необходимость (оправданность) оперативного лечения, а также отсутствие острых респираторных заболеваний на момент обследования и аллергических болезней в анамнезе. В общей структуре эндоскопических оперативных вмешательств на максиллярном

синусе можно выделить следующие виды поражений пазух: 22% — хронический полипозный риносинусит, 35% — кисты верхнечелюстных пазух, 31% — инородные тела верхнечелюстных пазух, 8% — хронический верхнечелюстной синусит, 4% — хронический гайморoэтмоидит. Все больные были подвергнуты всестороннему клинико-лабораторному исследованию, включавшим сбор анамнеза заболевания, риноэндоскопию, морфологическое и компьютерно-томографическое исследование. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ «Microsoft Excel 2016», «Statistics 8».

Результаты исследования и их обсуждение. 35 пациентам применялся техника вскрытия верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход. Под общим обезболиванием при изолированных поражениях верхнечелюстных пазух производилась местная анестезия. Нижняя носовая раковина смещается медиально и оценивается расположение выводного отверстия слезного канала путем надавливания на область слезного мешка в медиальном углу глаза. Затем вне зоны слезного канала одномоментно через все слои распатором перфорируется латеральная стенка полости носа от места прикрепления нижней носовой раковины до дна полости носа протяженностью 1-1,5 см, полученный лоскут отодвигается кзади и медиально. Формируется щель, через которую под контролем эндоскопа из полости пазухи удаляется патологическое содержимое. Закрывали наложенное соустье в зависимости от характера патологического процесса. В случае закрытия соустья лоскут латеральной стенки полости носа укладывается на место, листки слизистой оболочки сопоставляются с помощью распатора, нижняя носовая раковина вернули на естественное положение.

Наблюдения за пациентами показали, что при выполнении пластики соустья в области нижнего носового хода уже через 2 месяца на месте оперативного вмешательства визуализируются нежные рубцовые изменения, порой сопоставимые со следами пункций, не нарушающие анатомической целостности пазухи.

Таким образом, следует **вывод,** что подходом к эндоназальному эндоскопическому вскрытию верхнечелюстной пазухи помимо зоны естественного соустья может являться и доступ через нижний носовой ход. Временный доступ к верхнечелюстной пазухи (включающий закрытие искусственного соустья в нижнем носовом ходе) может применяться при наличии кистоподобных образований, инородных тел верхнечелюстной пазухи, не осложненных выраженным воспалительным процессом, а также грибковых тел малого диаметра.

Использованная литература:

1. Fokkens W. J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020 //Rhinology. – 2020. – Т. 58. – №. Supplement 29. – С. 1-464.

2. Philpott C., Sama A. Endonasal Approaches to Maxillary Sinus //International Journal of Head and Neck Surgery. – 2018. – Т. 9. – №. 1. – С. 26-31.

3. Банашек-мещерякова Т. В., Семенов Ф. В. Сравнительный анализ хирургических доступов при удалении кист верхнечелюстных пазух //Российская ринология. – 2017. – Т. 25. – №. 4. – С. 9-12.

4. Вохидов У. Н., Хасанов У. С. Аспекты комплексного лечения хронического полипозного риносинусита //Российская ринология. – 2013. – Т. 21. – №. 2. – С. 63-63.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСФОНИИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОРТАНИ

Вохидов У.Н., Курбонов Ж.А.
Доцент кафедры оториноларингологии
Ташкентского государственного стоматологического
института, доктор медицинских наук.
Соискатель, директор Центра реабилитации
голоса и востоновления слуха и речи города Ташкента.
Тел: +99899-330-99-99
dr_ulugbek@list.ru

Аннотация: В данном тезисе обсуждается патогенетические факторы развития дисфонии у детей с воспалительными заболеваниями гортани, такие как узелки голосовых складок, острый ларингит, хронический ларингит, ушиб горла, гипотонусная дисфония.

Ключевые слова: дисфония, ларингит, дети, расстройство голосовой функции.

Сведения о распространенности нарушений голоса у детей грудного и раннего возраста достаточно скудны и противоречивы. По данным литературы, заболеваемость голосового аппарата у детей варьирует от 1 до 48%. Исследование особенностей клинического течения, диагностики и лечения голосового аппарата у детей грудного и раннего возраста остается одной из важнейших задач детской оториноларингологии. Актуальность данной проблемы объясняется распространенностью и возрастанием частоты органических и функциональных нарушений голоса в данной возрастной группе.

Длительное или стойкое нарушение голоса может приводить к длительной потере трудоспособности, повлечь за собой стойкую нетрудоспособность вплоть до инвалидизации. Нарушения голоса довольно часто возникают и у детей, хотя процент обращения за медицинской помощью выше у взрослых. Дисфония не сопровождается резким повышением температуры тела и болью в горле (за исключением ситуаций, когда они входят в симптомокомплекс острых воспалительных заболеваний гортани), что снижает мотивацию обращения за помощью к специалисту. Это ведет к поздней диагностике и, как следствие, — к медикосоциальным потерям, удлинению и увеличению кратности курса лечений, увеличению количества койко-дней, проведенных в стационаре, пропуску занятий детьми и подростками в школе, в институте, выплатам пособий по уходу за ребенком родителям.

Нарушения голоса снижают качество жизни пациентов, напрямую влияя на социальную и коммуникативную сферу их жизни. Для ребенка в процессе роста и развития крайне важно взаимодействовать с окружающим миром, а ведущим способом с определенного этапа является общение, основанное на речевых и навыках.

При дальнейшем развитии ребенка, стойкое расстройство голосовой функции может приводить к ухудшению качества жизни, ограничению межличностных отношений, затруднению процесса социальной адаптации, что негативно отражается на общем развитии, нервно – психическом состоянии и формировании личности ребенка. Методы оценки голосовой функции принято подразделять на субъективные и объективные. Один из недостатков субъективных методов оценки голосовой функции — возможность отсутствия контакта и взаимопонимания между врачом и пациентом. Особенно это актуально для педиатрической практики.

Целью данного исследования явилось изучение анамнестических данных детей с дисфонией для выявления причинных факторов.

Материал исследования вошли 100 ребенка в возрасте 4-18 лет. Следует отметить, что в данную работу не были включены дети до 4-х лет, что связано с техническими сложностями, возникающими при проведении диагностических исследований. Дети были разделены на две группы: I группа (21 ребенка) — практически здоровые мальчики и девочки, не имеющие изменений или отклонений от нормального голоса. Ни у кого из обследованных не было жалоб на стойкое нарушение голосовой функции. В анамнезе этих детей также не было выявлено заболеваний голосового аппарата. Обращалось внимание на отсутствие у них клинических проявлений каких-либо неврологических и соматиче-

ских заболеваний. II группа — 79 детей и подростков в возрасте 4-18 лет, находящихся на лечении в стационаре или обратившихся амбулаторно для проведения диагностической эндоскопии по поводу различных заболеваний гортани, а также пациенты, у которых патология гортани была выявлена при проведении планового диагностического осмотра ЛОР-органов. В данную группу вошло 40 (51%) мальчиков и 39 (49%) девочек.

Результаты и их обсуждение. У пациентов II группы причиной дисфонии была следующая патология: узелки голосовых складок — у 32 (41%) пациентов, острый ларингит — у 18 (23%) пациентов, хронический ларингит — у 16 (21%) пациентов, ушиб горла -- у 11 (14%) пациентов, гипотонусная дисфония — у 2 (5%) пациентов. Таким образом, на первом месте по заболеваемости у детей были узелки голосовых складок, далее острый и хронический ларингит. В распределении по возрастным подгруппам обращает на себя внимание повышение частоты встречаемости узелков голосовых складок у детей в возрасте 4-9 лет. Это, по-видимому, связано с посещением детьми детских садов и школ, что, в свою очередь, ведет к повышению нагрузки на голосовой аппарат ребенка. В анамнезе эти дети были часто болеющими, среди них в основном были лидеры коллективов, активные и любящие петь и кричать. Причиной острого ларингита была вирусная инфекция. Причинами хронического ларингита чаще были предшествующие острые ларингиты, а также простудные заболевания в анамнезе детей.

Таким образом, следует **вывод**, что в диагностике дисфонии первоначальным является сбор анамнеза и причинных факторов, которая в дальнейшем будет способствовать правильному выбору инструментальных диагностических методов.

Список литературы:

1. Childes J., Acker A., Collins D. (2017). Multiple Perspectives on the Barriers to Identification and Management of Pediatric Voice Disorders //Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. –Т. 2. – №. 3. – С. 49-56.
2. Ishi C.T., Arai J. (2018). Periodicity, spectral and electroglottographic analyses of pressed voice in expressive speech //Acoustical Science and Technology. –Т. 39. – №. 2. – С. 101-108.
3. Mansour J. (2017). The accuracy of preoperative rigid stroboscopy in the evaluation of voice disorders in children //Journal of Voice. –Т. 31. – №. 4. – С. 516. e1-516. e4.
4. Szklanny K. (2019). Electroglottographic and acoustic analysis of voice in children with vocal nodules //International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. –Т. 122. – С. 82-88.
5. Verma H., Solanki P., James M. (2016). Acoustical and perceptual voice profiling of children with recurrent respiratory papillomatosis //Journal of Voice. –Т. 30. – №. 5. – С. 600-605.

PREVENTION AND TREATMENT OF CIRCULAR CARIES TEMPORARY TEETH IN CHILDREN

Saidmurodova Jamila Botirovna
Samarkand State medical institute
Assistant department of pediatric dentistry
Tel.:+998902848088
E-mail: saidmurodova88@inbox.ru
Oblokulov Ahmat Tilavkulovich
Samarkand State medical institute
Assistant department of pediatric dentistry
Tel.:+998979191103
E-mail: oblokulov11101989@mail.ru

Annotation. This thesis provides a review of the literature on the problems of deciduous caries in young children and ways to solve it. The causes of circular caries in children were studied and measures were developed to prevent it. In turn, it depends on the gene, because any disease is inevitably hereditary.

Keywords: children, caries, disease, causes, encounter.

The relevance of the problem. Tooth decay is the most common dental disease in children. Therefore, the problem of its prevention is still one of the most relevant in pediatric dentistry. Recently, a number of authors have noted the high effectiveness of comprehensive programs for the prevention of dental caries through both systemic and topical use of fluorides, including fissure.

The purpose of the study: improving the complex of medical and preventive work for dental caries in children by sealing fissures, covering the teeth with fluoride gel.

Material and research methods. To study caries in young children in Samarkand, an epidemiological dental examination of 40 children aged 2 to 6 years was carried out.

In each age group, the prevalence and intensity of tooth decay and tooth surfaces (indices cpu3 and cpup) were determined. Assessment of the level of intensity of caries was carried out in accordance with the method proposed by T.F. Vinogradov.

To study the effectiveness of treatment and prevention of teeth in children, the main group (18 children with dental treatment with fluoride-containing gel and sealing fissures with glass ionomer cements) and a comparison group (22 children with composite dental filling materials) were formed.

Research results: As a result of studies, it was found that in children aged 2-6 years old high rates of total prevalence of dental caries (93.87 + 1.29), prevalence of caries of permanent teeth (74.72 + 2.15) and intensity indicators were obtained tooth decay according to the KPU indices, CP, 3.66 ± 0.25 and 2.68 ± 0.34, respectively.

Clinical studies of sealants: glass ionomer cements “cement-F” and “Fuji” on the surface of tooth fissures in children with subcompensated and decompensated forms of caries, revealed the most effective carioprophylactic properties. The most durable adhesion of sealants to tooth tissues and the safety of their structure was noted in “cement-F” and “Fuji” according to clinical and electron microscopic studies.

Findings: 1. The prevalence of decay of permanent teeth in children who received fluoridation was 4 times lower than in children who did not receive fluoridation, and the intensity was 2 times lower. After 6 months, the increase in the intensity of caries of temporary teeth in children who previously received fluoridation was 5 times lower than in children who did not receive fluoride.

References:

1. Халилов И.Х., Йўлдошхонова О.С., Рахмонов Х.Ш., Абдуллаев Ж.Р., Худанов Б.О. Болалар терапевтик стоматологияси ва стоматологик касалликлар профилактикаси // Тошкент-2011, 18-40 с.
2. Абдуазимова Л.А. Современный взгляд на заболеваемость кариесом школьников и подростков // Стоматология-2016 № 2-3, (63-64) – 96 с.
3. Абдуллаев А.Н., Акилов Т.А., Адылова Ш.Т. Эпидемиология кариеса зубов и болезней пародонта по материалам отечественных исследователей // Stomatologiya – 2002. №1-2 (15-16) – 91-93 с.

ЧАЙОТА (SECHIUM EDULE (JACQ.) SW.) НИНГ ТИББИЁТДАГИ АҲАМИЯТИ

Джумаева Замира Ўткировна
Самарқанд Давлат Тиббиёт институти ассистент
Телефон:+998(97) 575 54 31
e-mail:zamirajumayeva1984@gmail.com

Аннотация: Мақолада Ўзбекистон ҳудудида дастлабки интродукция этилаётган Чайота – Sechium edule (Jacq.) Sw. ўсимлигининг фармацевтик аҳамияти, озиқ-овқатбоп хусусиятлари ва олиб борилган морфобиологик тадқиқотлар ҳақида маълумотлар берилган. Бу ишлар дастлаб Самарқанд вилояти шароитида олиб борилганлиги ва бу қимматли ўсимлик Республикамизда фармацевтика саноати эҳтиёжларини таъминлаш ҳамда озиқ-овқат муаммоларини ҳал қилишнинг энг самарали ва истиқболли усулларидан бири эканлиги ҳақида фикр билдирилган.

Калит сўзлар: Чайота, доривор, интродукция, фармацевтика, ўсимлик, плантация, атеросклероз, гипертензияни, панкреатит, геморрой, мастопатия.

Чайотанинг ботаник номи *Sechium edule* (Jacq.) Sw. бўлиб, кўп мамлакатларда уни мексика бодиринги ҳам деб юритилади. Сабаби, чайотанинг ватани Мексика ҳисобланади. Ер куррасининг Евросиё ва Осиё қисмида интродукция қилинганда бир йиллик ўсимлик ҳисобланади. Ўрта Осиёда Тожикистон ва Қозоқистонда дастлаб интродукция қилинган. Ўзбекистонда дастлабки интродукция ишлари амалга оширилмоқда.

Ёввойи ҳолатда чайота дунёнинг ҳеч бир жойида учрамайди. Айрим маълумотларга кўра Мексика флорасининг эндемик тури ҳисобланади. Меваси пишиб етлиганда, 100 г дан 1 кг гача бўлади. Мевалари Мексика маҳаллий халқлари томонидан одатда пиширилган, қайнатилган, қовурилган, тузланган холда истеъмол қилинади. Чайота кенг қўлланиладиган иқтисодий озуқабоп ўсимликлар қаторига киради ва шунинг учун кўп мамлакатларда экиб ўстирилади. Меваларининг катта озуқавий қиймати шундаки улар таркибида витаминлар, оқсиллар ва 19 тагача аминокислоталар мавжуд бўлиб, улардан саккизтаси одам организм учун энг керакли (валин, гистидин, лизин, лейсин, метионин, треонин, триптофан, фенилаланин) бўлиб ҳисобланади. Чайотанинг ёш новдалари ҳам истеъмол қилинади. Уларнинг таркибида муҳим аминокислоталар (аргинин, валин, гистидин, лейцин, лизин, треонин), витаминлар (А. B_1, B_2, С), оқсил, шакар ва минерал моддалар мавжуд.

Адабиётларда чайота дори сифатида ишлатилганлиги ҳам қайд этилган. Чайота барглари ёки меваларидан олинган дорилар оғриқни енгиллаштириш, буйрак тошларини эритиб юбориш, шунингдек, атеросклероз ва гипертензияни даволашда қўшимча даволаш усули эканлигини таъкидланган. Юрак-қон томир касалликларини даволашда ишлатиладиган барг шарбатининг хусусиятлари замонавий тадқиқотларда кенг муҳокама қилинмоқда. Бундан ташқари, уруғлари диуретик хусусиятларига эга. Улар эндокрин касалликларда хам, шунингдек ошқозон касалликларида, ўн икки бармоқли ичак яраси, панкреатит, геморрой, ич қотиши, мастопатия ва кўкрак саратони, аёллар ва эркакларнинг урогенитал тизимининг касалликларида, простатит ва аденомали касалликларда қўшимча даволаш сифатида фойдаланилади.

Корея, Филиппин, Индонезия каби мамлакатларда чайота бошқа ўсимликлар қатори плантатциялар шаклида муваффақиятли ўстирилмоқда.

Хулоса қилиб айтганда, бу ўсимликнинг барча афзалликларни инобатга олган ҳолда, ишонч билан айтиш мумкинки, чайота халқ хўжалигида муҳим ўринни эгаллайди ва уни мамлакатимизда етиштириш, озиқ-овқат муаммоларини ҳал қилишнинг энг самарали ва истиқболли усулларидан бири деб ҳисоблаймиз.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Фирманюк Т.Г. Мексиканский огурец. // «Наука и жизнь». М.: №9. 1999. – С. 43-45.
2. Хафизов Т.Д., Гулов С.М. Урожайность чайота (*Sechium edule*) или Мексиканский огурец в условиях Гиссарской долины. // «Земледелие». АН Россия. М.: №1(41), 2009. - С.16-17.

IMPLANTATION OF TORIC PHAKIC IOL TO PATIENT WITH HIGH MYOPIA AND ASTIGMATISM.

Kamilov Khalidjan Mukhammadjanovich
Professor of Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education
Mobile number: +998 (90)1897683
Tashkent, Uzbekistan
Zaynutdinov Nozim Nadirkhodjayevich
Independent scientific researcher in NAZAR Eye Center
Mobile number: +998 (90)1299045
znazim@yandex.ru
Tashkent, Uzbekistan

Annotation: To evaluate the patient post-op results after implantation toric phakic posterior chamber IOL for correction of high myopia and myopic astigmatism. Assessing the safety, predictability and other outcomes of implantation after short time post-op period.

Key words: High myopia, astigmatism, refractive errors, toric phakic implantable collamer lens, posterior chamber, implantation, visual acuity, vault, intraocular pressure**.**

Purpose: To investigate the effectiveness of implantation of toric phakic implantable collamer lens at patient with high myopia and astigmatism during next post-op 3 month follow up period.

Methods: A male patient with high refractive errors with an age of 22 years old had undergone toric phakic implantable collamer lens (EVO Visian ICL manufactured by STAAR Surgical, USA, CA.) implantation on both eyes three months ago on April 2020 in NAZAR Eye Center. This ICL (implantable collamer lens) is made of collamer (collagen + polymer) and extreme safe for eye tissue. These procedures were done with interval one week by one high experienced eye surgeon. At first right eye and then left eye had been operated. Pre-op right eye measurements: uncorrected visual acuity (UCVA) 0.02 / best corrected visual acuity (BCVA) with refraction: sph (-) 10.0D cyl (-) 3.5D axis 178^0 = 0.35, the mean central corneal thickness (CCT) 512.04, axial length: 27.34 mm, anterior chamber depth (ACD) 3.19 mm, white to white distance 12.5 – 12.0 mm, intraocular pressure (IOP) 18.0 mmHg. Pre-op left eye measurements: UCVA 0.03 / BCVA with the refraction: sph (-) 8.0D cyl (-) 3.0D axis 172^0 = 0.40, mean CCT 502.09, axial length: 26.95 mm, ACD 3.21 mm, white to white distance 12.5 – 12.0 mm, IOP 17.0 mmHg. During these post-op periods, we checked the patient after 1 day, 1 months and 3 months. We mainly gave attention to visual acuity, vault and intraocular pressure on each eye. Vault is the space distance, which is appeared after implantation of ICL into eye globe especially behind of iris and beyond of anterior capsule of natural lens. It is measured by using anterior segment optic coherent tomography (Cirrus 4000 HD, Zeiss. Germany.)

Results: We have revealed these results at the 1st day after the surgery. On right eye, visual acuity by Snellen was 0.40, intraocular pressure was 20.0 mmHg. The vault was 340 µm. On left eye, visual acuity by Snellen was 0.45, intraocular pressure was 21.0 mmHg. The vault was 450 µm. After 1 months on right eye, visual acuity by Snellen was 0.55, intraocular pressure 19 mmHg. The vault was 380 µm. On left eye, visual acuity by Snellen was 0.50, intraocular pressure was 20.0 mmHg. The vault was 510 µm. Last post-op checking was done after 3 months. Patient had no discomforts and visual acuity on right eye by Snellen was 0.40, intraocular pressure was 19.0 mmHg. The vault was 370 µm. On left eye, visual acuity by Snellen was 0.45, intraocular pressure was 18.0 mmHg. The vault was 495 µm.

Conclusion: In general, implantation procedure should be done accurately in order to gain estimated result. Of course, results not only depends on surgical accuracy but also on the ocular status of the patient. In this case, we could not reach for highest visual results because patient had refractive amblyopia on both eyes. But, in this case we could analyze early post –op results and found right correlative links between revealed investigation results.

Literature review:

1. Fyodorov SN, Zuyev VK, Aznabayev BM. Intraocular correction of high myopia with negative posterior chamber lens. Russian, Oftalmokhirurgiia 1993; 2:12-17.
2. Fyodorov SN, Zuyev VK, Tumanyan NR, Suheil AJ. Clinical and functional follow-up of minus IOL implantation in high grade myopia. Russian. Oftalmokhirurgiia 1993; 2:12-17.
3. Chang JS, Meau AY. Visian collamer phakic intraocular lens in high myopic Asian eyes. Journal of Refractive Surgery 2007;23:17-25.
4. Kamiya K, Shimizu K, Igarashi A, Kobashi H, Ishii R, Sato N. Clinical evaluation of optical quality and intraocular scattering after posterior chamber phakic intraocular lens implantation. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2012;53:3161-3166.
5. Shimizu K, Kamiya K, Igarashi A, et al. Early clinical outcomes of implantation of posterior chamber phakic intraocular lens with a central hole (Hole ICL) for moderate to high myopia. British Journal of Ophthalmology 2012;96:409-12.
6. Kamiya K, Shimizu K, Ando W, Igarashi A, Lijima K, Koh A. Comparison of vault after implantation of posterior chamber phakic intraocular lens with and without central hole. Journal of Cataract and Refractive Surgery 2015;41(1):67-72.
7. Zhu et al. Changes in anterior chamber volume after implantation of posterior chamber phakic intraocular lens in high myopia. BMC Ophthalmology 2018;18:185.
8. Gitansha S, Dandapani R, Long-term safety of posterior chamber implantable phakic contact lens for the correction of myopia. Clinical Ophthalmology 2019;13:137-142.

РАСТЕНИЕ СОРТА КИЗИЛ И ИХ ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА

Маткаримова Гулназ Максуджановна
Самаркандский государственный
медицинский институт, ассистент
Телефон:+998(91) 521 24 28
e-mail: cornus_mas@mail.ru

Аннотация: Название ягоды кизил пришло с тюркского и переводится просто - красный. Из Кавказа или Крыма попала к нам чудо-ягодка точно неизвестно. Но ее целебные свойства заметили и оценили еще очень давно. В замороженном, сушенном, консервированном виде, варенья или компоты - из кизила полезно все. В качестве лекарственной основы используется кизил мужской или обыкновенный. Созревает он в сентябре. Небольшие красные ягодки имеют сладко-кисло-терпкий вкус и прекрасно поддаются любой обработке.

Ключевые слова: Кизил, Кизил белый, Кизил янтарный, Кизил дикий, сорт, кустарник, простуды, форма, плоды.

Кизил является одним из наиболее древних растений на земле. Косточки кизила были обнаружены при раскопах поселений времен неолита, возраст которых исчисляется 5 тысячами лет. В природе существует более 50 сортов кизила, большинство из которых используются преимущественно в качестве декоративных растений (хотя и имеют лекарственные свойства), при помощи которых создаются удивительно красивые садовые композиции. Ниже рассмотрим те виды кизила, которые наиболее часто применяются в качестве лекарственных растений. За долгую историю выращивания кизила было создано довольно большое количества сортов, отличающихся формой кроны, окраской листьев, размером и вкусом плодов. Среди них стоит отметить наиболее известные Pyramidalis- отличающийся пирамидальной кроной, Nora- для этого сорта характерен сдержанный рост и округлая формы кроны, Aurea- декоративное растения с ярко жёлтыми листьями и раскидистой кроной, Aurea Variegata- очень вкусные плоды, жёлто-красные листья, сдержанный рост и округлая форма кроны и Variegata- чрезвычайно декоративная форма с листьями, окаймленными белой полосой, характеризующаяся в то же время посредственным вкусом плодов и высокой пирамидальной кроной.

Кизил довольно хорошо размножается семенами (посеянные осенью в ящики с торф-песок-почва-смесью, они дружно прорастают к началу весны), корневыми отпрысками (отделенные отпрыски лучше всего сажать осенью, поскольку рано пробудившиеся почки при посадке весной могут погубить растение с ещё неокрепшей корневой системой), отводками (те же рекомендации что и при размножении корневыми отпрысками), черенками (необходимо нарезать зелёные черенки в середине-конце июня, длиной 10-15 см, на макушке оставлять не более 3-4 листочков, остальные аккуратно следует удалить обычными ножницами, высаживают исключительно в теплицу в смесь торф-песок-земля, полив частый, в сухую погоду через час, во влажную через 4-5 ч).

Кизил белый – это кустарник, высота которого достигает полутора метров. Данный сорт кизила получил свое названием благодаря цветкам белого цвета, собранным в небольшие по размеру головки. Плод белого кизила-кисло-сладкая костянка желтого цвета с продолговатой косточкой. Этот сорт кизила, как и многие другие, содержит: органические кислота, пигменты, дубильные вещества, сахар, витамины, фитонциды, эфирные масла. Действие плодов белого кизила: нормализация мочевыделения, понижение артериального давления, снятие болевого синдрома, устранение общей слабости, нормализация стула, понижение температуры.

Кизил дикий - дикорастущий кизил встречается на просторах Молдавии, Кавказа и Крыма, а также в Закарпатье. Дикий кизил цветет в начале весны яркими, желтыми цветками, тогда как созревают его плоды лишь спустя полгода с момента завязывания плодов. Дикорастущий кизил обладает такими свойствами: укрепляет сосудистые и капиллярные стенки, повышает аппетит, нормализует все обменные процессы организме, улучшает пищеварение.

Кизил янтарный – это сорт имеет прозрачные небольшие плоды янтарон-желтого оттенка: так, при созревании в плодах можно увидеть косточку. Средняя масс плода составляет 3,5 г. Надо сказать, что плоды кизила янтарного при неполном созревании имеют кисло-сладкий вкус, а вот полностью созревшие плоды-очень сладкие. Плоды этого сорта кизила созревают в сентябре месяце и очень быстро осыпаются. Вследствие чего рекомендуются собирать из за три-четыре дня до полного созревания. Если говорить о биохимическом составе плодов кизила янтарного, то он существенно не отличается от иных красноплодных сортов, однако содержание сахаров и пектинов в этом сорте наибольшее. Кизил лукьяновский, выведененный в 1975 году, и по сей день считается одним из наилилучших сортов благодаря ежегодному плодоношению, морозоустойчивости вкусу плодов, масса которых составляет около 6-8г. Данный сорт кизила имеет вид дерева с округлой, достаточно большой и густой кроной. Кроме того, зрелые плоды, не осыпаясь, могут сохраняться на дереве в течение трех-четырех недель. Грушевидные плоды лукьяновского кизила имеют плотную и нежную на вкус мякоть, отличающуюся специфическим кизиловым ароматом. Плоды отлично транспортируются и быстро дозревают в теплом помещении. Собранные плоды могут сберегаться 3-4 недели, употребляться в свежим виде либо перерабатываться с целью получения варенья, джемов, желе и сиропов. В темно-красной сочной мякоти кизила лукьяновского содержатся сахара, органические кислоты, пектины, антоцианы, витамин С и прочие биологически активные вещества, благодаря которым этот сорт применяется в лечебных целях. Кизил лукьяновский применяется при лечении простуды, кишечных болезней, диареи, а также нарушений, связанных с работой ЖКТ.

Корни и кора кизила содержат много противомалярийных веществ. При лихорадке можно запаривать также настой цветков, плодов кизила и смешивать его со свежеотжатым соком. Отваром перемолотых косточек плодов и свежей корой лечат нарывы и гнойнички. Листья кизила обладают мочегонным и желчегонным действием. Плоды этого дерева обладают многими питательными веществами и витаминами, необходимыми для здоровья человека. В составе содержатся: лимонная, яблочная, винная, галловая и янтарная кислота; железо, кальций, магний, сера и калий; пектин и дубильные вещества; флавоноиды -вещества природного происхождения, обладающие мощными антиоксидантными свойствами; фитонциды - активные элементы, подавляющие развитие болезнетворных микробов, эфирные масла; витамин С (по его количеству кизил превосходит черную смородину и лимон).

Список использованной литературы

1. Азаматов М.А. Кизил садовый крупноплодный / М.А. Азаматов // Сб. науч. тр. Кабард.-Балкар. НИИ сельс. хозяйств. – Нальчик, 2004. – С. 33-34.

2.Абу Али Ибн Сино Канон врачебной науки III том Ташкент, 1996.

3.Клименко С.В. Кизил как лекарственное растение- 1 республик. конференция по мед. Ботанике-Тезисы докладов- Киев, Наукова думка 1984, 117-118.

4. Клименко, С.В. Соматическая изменчивость в селекции кизила настоящего (Cornus mas L.) / С.В. Клименко // Новые и нетрадиционные растения и перспективы их использования: IV междунар. симп. – М., 2001. –Т. 2. – С. 139-141.

5. Гайдай И. Фенольные соединения продуктов переработки плодов кизила-Товары и рынки 2012, 1 (13), 110-116.

ФУРУНКУЛОЗНИ ДАВОЛАШДА ОЛТИНГУГУРТ БИРИКМЛАЛАРИНИНГ ФОЙДАЛАНИШНИНГ АҲАМИЯТИ

Мухитдинов Шавкат Мухаммеджанович
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти,
биология фанлар номзоди, доцент
Эгамқулов Достонжон Усмонқул ўғли
Тиббий педагогика факултети талабаси

Анотация: Фурункулозни даволашда қўлланиладиган дори препаратларининг ножўя таъсирини олдини олиш, касалликни енгишда организмга кўмаклашиш, тана ички механизмларидан фойдаланиб фурункулозни даволаш

Калит сўзлар: Фурункулоз, стафилакокклар, чипқон, «Staphylococcus aureus», метионин, антибиотиклар, олтингугурт, фурасилин, ретинол

Фурункулоз – халқимиз орасида кенг тарқалган хасталик ҳисобланиб, асосан куз ва баҳор ойларида авж оладиган мавсумий касалликдир. Халқ тилида “Чипқон” номи билан танилган ушбу касаллик, соч халтаси ва унинг атрофида жойлашган ёғ безлари ва тўқимлаларининг йирингли яллиғланишидир. Касалликни даволаш бўйича кўплаб қўлланмалар, дори воситалари ишлаб чиқилган. Аммо юқумли ҳисоблангани ва стафилококклар томонидан қўзғатилгани учун унга қарши курашиш бирмунча оғирроқ ва жиддий асоратлар билан кечади. Кўпчиликка маълумки фурункулозни стафилакокклар оиласига мансуб «Staphylococcus aureus» қўзғатади ва бу бактериянинг организмда ривожланиши учун бир қатор муҳит шароитлари бўлиши керак. Жумладан организмда ушбу касаллик келиб чиқиши учун биринчи навбатда яшаш муҳити, яъни ҳужайра ичида глукоза миқдори нормадан ортиқча бўлиши керак. Айнан фурункулозни эрта юзага чиқарувчи энг муҳим омил - глукозанинг миқдори ҳужайра ичида ошишидир. Чунки стафилакоккларнинг кўпчилиги айнан «Staphylococcus aureus» ҳам шакарли муҳитда ўсишини ҳаммамиз биламиз. Фурункулозни беморларда ривожланиш циклини ўрганишимиз давомида беморлар қони таркибидаги қанд миқдорини ўрганишларимиз натижалари шуни кўрсатдики, айнан фурункулоз ривожланган беморлар қони таркибида қанд миқдори нормадан ортиқча бўлар экан. Демак беморлар қонида қанд миқдорининг нормаллашувига сабаб бўлувчи инсулин миқдорини беморларда ошириши, стафилакокклар учун муҳим бўлган шакарли муҳитнинг пасайиши (ёки йўқолишига), касалликнинг енгил ўтишини, касаллик авж олган беморларда бу касалликнинг енгиллашувига олиб келиши мумкинлигини хулоса қилдик. Бунинг учун табиий воситаларни танладик: айнан инсулин организмда метионин аминокислотасидан ҳосил бўлишини хисобга олиб, метионин синтезини кўчайтирувчи маҳсулот танладик. Кўпчилик англаганидек, метионин организмда олтингугуртли бирикмалардан синтезланади. Демак касаллик ривожланган беморлар олтингугуртга бой бўлган маҳсулотларни кўпроқ истеъмол қилиши, касаллик вақтида метиониннинг синтезини кучайтириши ва бу ҳам ўз навбатида инсулин миқдорини ошириб қондаги қандни нормаллашувига сабаб бўлади. Бунинг учун беморлар кўпроқ сабзавотли маҳсулотлар, жумладан, пиёз ва саримсоқ, узум, карам ҳамда товуқ ва мол гўшти, тухум, сут ва пишлоқ кўп истеъмол қилиши керак. Натижа эса биз кутганимиздек, яъни стафилакоккларнинг организмда яшаш муҳити ноқулайлашуви оқибатида касалликдан эрта фориғ бўлиш мумкин. Бундан ташқари касаллик вақтида қўлланиладиган ретинол асетати, натрий гипохлоритнинг эритмаси, фурасилин эритмаси ёки антибиотиклардан - ванкомисин, теикопланинин, фузидин ёки линезолиднинг кўпчилик аллергик касаллиги бор беморларга қўлланилиши натижасида келиб чиқадиган ножўя таъсирларга қараганда юқорида биз айтган усулимиз анча хавфсиздир.

Хулоса қилиб айтсак, фурункулозни даволашда организм ички меха-низмларидан фойдаланиш ҳар қандай дори воситалари ва препаратлардан фойдалироқдир, ҳамда унинг салбий оқибатларини олдини олади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. И. Ф. Муҳаммедов – Микробиология, иммунология, вирусология. Т. 2012 й.
2. С. Б. Йўлдашева – Микробиологиядан маърузалар матни. Қўқон 2014 й.
3. М. Э. Эшбоев - Микробиология, иммунология, вирусология. Тошкент 2006 й.
4. www.avitsenna.uz

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Абдуллаев Сайфулла Абдуллаевич
профессор кафедры хирургических болезней
педиатрического факультета СамМИ,
Курбанов Эркин Юсуфович
заведующий отделением гнойной хирургии
Городского медицинского объединения города Самарканд
Худойназаров Уткир Раббимович
ассистент кафедры хирургических болезней
педиатрического факультета СамМИ

Аннотация: По данным ВОЗ в 2030 году диабет будет занимать одно из ведущих мест среди причин смертности. Рост заболеваемости ежегодно растет по всему миру. По данной статистики международной диабетической федерации к 2040 году рост чисел людей больных сахарным диабетом до 642 млн. человека. В настоящее время по всему миру сахарным диабетом 30-80% людей страдают синдромом диабетической стопы. Среди них отмечаются ранние инвалидизации и увеличение смертности.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, гангрена нижних конечностей, сахарный диабет, ампутация, резекция плюсневой кости.

Цель исследования. Разработать оптимальные методы диагностики и хирургической тактики лечения синдрома диабетической стопы с гнойно-некротическими осложнениями мягкой ткани и гангрены нижней конечностей.

Материалы и методы исследования. Нами изучены 94 больных с сахарным диабетом осложненными диабетической стопой и гангреной нижней конечностей, получивших стационарное лечение в отделение гнойной хирургии Городского медицинского объединения города Самарканд. Среди них мужчин было 60, женщин – 34. Диабетический анамнез у этих больных составил в среднем – 12,1±1,2 года. 38 больных страдало сахарным диабетом на протяжения от 5 до 15 лет, из них в трех случаях сахарный диабет выявлен впервые. Из 94 больных 45 были сельскими и 39 городскими жителями. Преимущественно больные из села были очень плохо осведомлены о сахарном диабете и его осложнениях и они не регулярно посещали эндокринолога.

На основании наших наблюдений были установлены следующие факторы приводящие синдрому диабетической стопы: ожоги кожи при попытки согреть нижние конечности (обогревательными приборами, прикладыванием бутылки с горячей водой, горячие ванны), ношение узкой обуви, случайные мелкие травмы в области пальцев и стопы. Способствующими факторами были вредные привычки: употребление алкогольных напитков, курение и наличие ожирения.

Главная задача при лечении гнойно-септических осложненний синдрома диабетической стопы избежать высокой ампутации пораженной конечностей.

В диагностике включили клинические данные, УЗДГ, рентгенографию, МРТ-стоп, биохимическое исследование крови, дуплексное сканирование сосудов стопы, определяли состояние магистрального кровотока артерии стопы. При этом учитывались толщина комплекса интима-медиа, тип кровотока, скорость линейного кровотока, состояние просвета сосудов.

Результаты исследования и их обсуждения. Нами проанализированы результаты рентгенологических исследований всем 94 больным. На основании анализов мы разделили на 3 группы больных:

– В первую группу входили 22 больные, у которых сохранен магистральный кровоток стоп (хотя бы одной из двух магистральных артерий a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior);

– Во второй группе больных неопределялся магистральный кровоток – 14 случаев;

– Третья группа – более тяжалая группа, 58 больных, у которых выявлены артериосклероз двух магистральных артерий стопы (a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior с их ответвлениями).

Наиболее благоприятно протекало у больных первой группы. В данной группы наблюдались эффективность как консервативной терапии, так и важных органосохраняющих операций, что естественно, и ожидалось увидеть в случаях с отсутствие атеросклероза и наличием магистрального кровотока одной из двух артерий стопы. Эффективность консервативной терапии наблюдалось у 10 больных, органосохраняющие операции у 12 больных. В трёх случаях все же были выполнены большие ампутации, что было связано с допущенными погрешностями в выборе хирургической тактики. Наиболее неожиданными результатами отличились 2-я группа больных (14 случаев). Конечно, отсутствие артериосклероза, предполагало ожидание удовлетворительных результатов. В данной группе количество больных, которым были проведены большие ампутации (10 случаев) почти в 3 раза превышало количество больных с сохраненной стопой (4 случая). Это могло быть связано с макроангиопатией, возможно и нейропатией.

Больным 3-группы (58 случаев) преимущественно удавалось сохранить опорную функцию нижней конечности (21 случаев) путем проведения консервативного и хирургического лечения. 17 больным выполнены большие ампутации (2 ампутации на уровне голени и 13- на уровне бедра).

Из этой группы в 11 случаев тотального поражения сосудов (11,7%) удалось сохранить опорную функцию стопы проведением трансметатарзальной резекции стопы по Шарпу, лишь при сохраненном магистральном кровотоке одной из двух артерий стопы, определяемом при УЗИ сосудов. В то время, как ни в одном случае отсутствиея магистрального кровотока артерий стопы, при таком тотальном поражении сосудов стопы, конечность сохранить не удалось; лечение заканчивалось большой ампутацией на уровне белра или голени.

Хирургическое лечение больных выявило следующие закономерности. До сих пор бытующее мнение, что при удалении части стопы или пальца, наиболее приемлемо выполнение экзартикуляции и сохранение суставной поверхности кости. Ранее такое мнение объяснялось тем, что суставная поверхность является защитным барьером для дальнейшего распространения инфекции и восполительного процесса.

Во всех случаях резекции плюсневой кости в поперечном, строго горизонтальном положении, пальпаторно определялось выпирание угла резецированной кости из под мягких тканей. В дальнейшем это могло привести к появлению омозолелости и язвенным дефектам. В целях усовершенствования обычной резекции головки плюсневой кости было решено производить резекцию ½-2/3 плюсневой кости в косом направлении сверху вниз, от медиального края к латеральному – при поражении 1-го пальца и от латерального края к медиальному – при поражении 5-го пальца.

В случае же изолированного поражения 2-го пальца (гангрена или остемиелит костей одного из пальцев) ограниченность доступа при экзартикуляции пальца с резекцией головки плюсневой кости ограничивало адекватное очищение раны. Заживление раны проходило на протяжении длительного амбулаторного периода. В случаях же сочетанного поражения нескольких пальцев с одного края стопы было решено провести усовершенствование традиционного хирургического лечения проведением экзартикуляции пальцев со ступенчатой резекции плюсневых костей, что должно было придавать стопе естественную обтекаемую форму, предотвратив возможную травматизацию выступающих участков.

Выводы. Актуальной проблемой является своевремерные диагностика осложнений диабетической стопы и оптимальные способы хирургического лечения.

Список литературы:

1. Sayfullo Abdullaev, Abdukhomid Toirov Adkham Akhmedov,Davlatshokh Djalolov. (2020). PROBLEMS OF SURGICAL TACTICS FOR THE TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME. *International Journal of Advanced Science and Technology*, *29*(05), 1836 - 1838. DOI: 10.5923/j.ajmms.20201003.09

2. Lavery L. A. et al. Diabetic foot syndrome in the twenty-first century //Clinics in podiatric medicine and surgery. – 2019. – Т. 36. – №. 3. – С. 355-359.

3. Курбанов, Абдуллаев и соавт. Недостатки и пути усовершенствования диагностике при хирургическом лечении синдрома диабетической стопы/ Доктор ахборотномаси. –2018. –№3. –С. 15-22.

ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШДА АДИНАМИК КОМПОНЕНТНИНГ КЛИНИКАСИ ВА ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ

Кучимова Чарос Азаматовна
Самарқанд медицина институти ассистенти
Телефон: +998(93)3414431, charos_kuchimova@mail.ru
Ходжаева Назира Исламовна
Тошкент тиббиёт Академияси профессори
Телефон: +998(90)919-48-71, E-mail: nazira_48@bk.ru

Аннотация. Депрессив бузилишлар кенг тарқалганлиги ва юқори даражадаги психосоциал бузилишлар ҳисобланганлиги сабабли кўпчилик тадқиқотчиларни қизиқтиради. Замонавий психиатрияда ҳанузгача депрессив бузилишларнинг адинамик компоненти клиникаси тўлиқ ўрганилмаган. Адинамик депрессия кўпинча ўзоқ вақт, сурункали кечади. Адинамик депрессиянинг психопатологик таҳлили, унинг кечишини турли вариантларини аниқлаш терапевтик тактикасини танлашга ёрдам беради.

Калит сузлар: депрессия, адинамия, апатия, компонент, симптоматика, мотор, идеатор, аффект, полиморф.

Тадқиқот мақсади: Адинамик компонентли депрессив бузилишларни клиник-психопатологик таҳлил қилиш, уни типологиясини ишлаб чиқиш, кечиши билан боғлиқ хусусиятларини ўрганиш, оқибатини ва даволаш усулларини ўрганишдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

1.Адинамик компонент психопатологик хусусиятини депрессив бузилиш структурасида текшириш.

2.Адинамик бузилиш ва унга ўхшаш психопатологик тузилмаларни (апатик ва астеник бузилишлар) чегаралаш мезонларини ажратиш.

3.Депрессиянинг типологиясини ишлаб чиқиш.

4.Адинмик депрессиянинг оптимал терапевтик тактикасини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Тадқиқот Самарқанд вилояти рухий касалликлар шифохонаси диспансер бўлими ва психосоматик стационарда 2016-2019 йилларда олиб борилди. Тадқиқот учун 65 нафар (44 нафар аёллар ва 21 нафар эркак) беморлар олинди. МКБ-10 таснифи буйича беморларга қуйилган ташҳис қўйидаги рубрикаларга мос келди: F20.0, F20.4, F 21, F31, F32, F33.

Тадқиқот муҳокамаси: Тадқиқот жараёнида адинамик депрессия тормозланиш типи устунлигига қараб: идеатор, мотор ва аралаш адинамик депрессияларга ажратилди. Адинамиянинг психопатологик параметрларига қўйидагилар киритилди:

- мотор компонент, бу ҳолат кучсизлик ҳиссини, мушак ҳолсизлигини, жисмоний қувватсизликни, ҳаракатлар сустлигини, танани ҳаракатсиз ҳолатда тутиб туришга муҳтожлиги билан ифодаланди. Бу компонентнинг энг юқори чуққисида депрессив субступор типидаги кўзга яққол ташланган ҳаракат тормозланиши кузатилди.
- идеатор компонент интеллектуал тормозланиш, инертлик, фикрлаш жараёни тезлигининг етишмаслиги, нутқда паузалар давомийлигининг ошиши ва темпининг секинлашуви билан ифодаланди.
- ирода компоненти илгариги қилиб юрган ишларини қила олмай қолганлиги билан ифодаланди.

Ўтказилган тадқиқотга асосланиб, адинамия параметрларини ва депрессиянинг психопатологик хусусиятларини ҳисобга олиб, адинамик радикал устунлиги билан кечувчи ҳолатлар икки типологик гуруҳга ажратилди:

1.Оддий адинамик депрессиянинг 1-гуруҳи типик психопатологик структура билан характерланди, адинамиянинг ҳамма компонентлари кўзатилди (25 нафар беморда, 38,5%).

2.Полиморф адинамик депрессиянинг 2-гуруҳи структурали атипия билан фарқланди, адинамия компонентида ҳар хиллилик, мотор ёки идеатор компонент ўстунлиги кўзатилди. Полиморф адинамик депрессияда аффектив регистр бузилиши неврозсимон ва субпсихотик даража бузилишилари билан қўшилиб келди (40 нафар беморда, 61,5%).

Оддий адинамик депрессиянинг симптоматикаси (25 нафар беморда, 61,5%)

аффектив регистр рамкасидан чиқмади. Депрессия чуқурлиги адинамик бузилишлар ифодаланганлигининг даражаси билан аниқланади. Депрессив ҳолат чуққисида беморларда жисмоний ҳолсизлик бўлганлиги учун у ёки бу ҳаракатларни бажара олмай қолди. Фикрлаш жараёнининг секинлашувига, содир бўлаётган воқеа ҳодисаларга ўз вақтида жавоб бериш қобилиятининг шаклланмаганлигига беморлар шикоят қилди.

Полиморф адинамик депрессия структурасида (40 нафар беморда, 61,5%) бошқа психопатологик регистрлар аниқланди: невротик (обсессив-фобик симптоматика ёки деперсонализация белгилари) ва субпсихотик (кам тизимлашган типидаги таъқиб, муносабат васваса ғоялари). Бундан ташқари сенесто-ипохондрик бузилишлар аниқланди. Оддий адинамик депрессиядан фарқланиб, мотор ва идеатор компонентлар мавжуд бўлади, полиморф адинамик депрессияда улардан бири устунлик қилади. Биринчи навбатга пассивлик ва ҳаракатсизлик кўринишидаги ирода компоненти устунлик қилади.

Адинамик депрессиянинг психопатологик структура хусусиятларига мос равишда конъюгирланган ва волатил вариантларга ажратилди.

Адинамик депрессиянинг конъюгирланган вариантида (19 нафар бемор) бошқа психопатологик бузилишлар билан адинамия белгиларининг қушилиб келиши билан характерланди, натижада турғун симптомокомплекс шаклланди. Баъзи ҳолатларда адинамия астения ёки апатия билан, деперсонализацион бузилишлар билан (деперсонализацион-адинамик симптомокомплекс) қушилиб келиши кузатилган. Бошқа ҳолатларда симптомокомплекс анча мураккаб структура билан фарқ қилди, адинамия аффектив бузилишлар билан, деперсонализацион, сенесто-ипохондрик бузилишлар қушилиб келди. Адинамик депрессиянинг конъюгирланган вариантида депрессив триада дисгармония билан фарқланди: баъзан мотор, баъзан идеатор тормозланиш устунлик қилди. Деперсонализацион соҳа бузилишларидан энг кўп морал ипохондрия белгилари кузатилди.

Полиморф адинамик депрессиянинг волиатил варианти (21 нафар бемор) психопатологик манзаранинг нотурғунлиги, истерик типдаги психопатсимон бузилишларнинг кенг ифодаланганлиги билан характерланди ва бу адинамик бузилишларга ўзига хослик берди. Адинамиянинг мотор ёки идеатор компоненти депрессиянинг ривожланиш жараёнида аниқ динамикани енгиб утди, улар тулиқ ифодаланди ёки умуман кузатилмади. Депрессия манзарасида биринчи навбатга пассивлик куринишидаги адинамиянинг ирода компоненти чиқди. Депрессиянинг волатил вариантида энг кўп ваҳимали-адинамик, камроқ апато-адинамик ва ғамли-адинамик белгилар кузатилди. Депрессия симптоматикаси обсессив-фобик ва деперсонализацион соҳадаги неврозсимон бузилишлар билан характерланди. Кўпроқ конверсион симптоматика, жумладан конверсион адинамия аниқланди. Бу ҳолат жисмоний ҳолсизлик белигилари билан характерланди ва бу энг кўп қул-оёқларда кузатилди. Умуман олганда полиморф адинамик депрессиянинг волатил варианти психопатологик манзараси доимий узгариб туриши билан, бузилишларни интенсивлиги билан, чўзилувчан кечиши билан фарқланиб турди.

Психопатсимон бузилишларнинг ифодаланганлиги ўзига эътиборни тортди, бу ҳолат истерик, қузғалувчан, антисоциал хулқ белгилари билан характерланди. Касаллик кечишида психопатсимон ва неврозсимон бузилишларнинг интенсивлигининг ўсиши кузатилди. Аффектив бузилишлар ремиссиясининг сақланганлигига қарамасдан, яширин неврозсимон бузилишлар, шахсият узгаришларининг бўлиши, психопатизациянинг аста-секин ўсиб бориши беморлар ҳаёт сифатига таъсир қилади.

Хулоса: 1. Адинамик бузилишлар аффектив табиатли ҳисобланади, яққол ифодаланган тимик компонентнинг йуқлигига қарамасдан, улар депрессив трида сифатида ўзларини хусусиятларини сақлаб қолди.

2. Адинамик бузилишлар апатия ва астения белгиларига ухшашлигига қарамасдан, бир қанча фарқлари аниқланди. Апатик бузилишлар худди адинамиядек паст фаоллик билан характерланди, паст фаоллик сабаби ангедония феномени белгилари ҳисобланди ва бу адинамик бузилишга хос эмас эди. Ирода бузилишларида ҳам фарқ кузатилди: апатия мақсадлар шаклланиш этапларидаёқ ирода бузилишлари билан характерланди.

3. Адинамиянинг алоҳида компонентларининг (идеатор, мотор, ирода) кузатилиши депрессия структурасининг ўзига хослигини билдирди ва шунга асосланиб адинамик депрессиянинг вариантлари ажратилди:

3.1. Оддий депрессия типик психопатологик структура билан характерланди,

адинамиянинг ҳамма компонентларининг турлича бўлиши кузатилди, аффектив бузилиш даражасида чегараланди.

3.2. Полиморф депрессия адинамия компонентларидан бирининг-идеатор ёки мотор компонентларининг яққол ифодаланганлиги билан, психопатологик структурасининг анча мураккаблиги билан ажралиб турди, кўпчилик ҳолатларда бу бузилишлар биргаликда қушилиб келди, аффектив бузилиш даражаси чегарасидан четга чиқди.

4. Полиморф депрессия структура жиҳатидан фарқланиши билан боғлиқ ҳолда қуйидаги вариантларга ажратилди: конъюгирланган ва волатил. Депрессиянинг конъюгирланган варианти турғун симптомокомплекс шаклланиши билан, адинамия билан, мотор ёки идеатор симптомлар билан, деперсонализацион, сенесто-ипохондрик синдром билан характерланди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Зражевская, И. А. Нозология депрессий у больных соматическими заболеваниями / И. А. Зражевская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – Приложение (41). –ТНЦ СО РАМН «Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока» (Томск, 11—12 сентября 2019 г.). – С. 94.

2. Чубирко, А.Г. Показатели тяжести тревожно-депрессивных расстройств и качества жизни у больных с хроническим бактериальным простатитом / А.Г. Чубирко, О.Ю. Ширяев, В.И. Матвеев // – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 210-215.

3. Basinskaja I.A., Vvedensky G.E. Estimation of risk of a repeated sexual offence in mentally diseased males.//”Mental health in a changing world”. World psychiatric association. Regional meeting. Abstract book. Yerevan, Armenia, April 14-17 2019. SS54-55.

МЕЙБОМ БЕЗЛАРИ ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ДАВОСИ

Мубаракова К.А., Юсупов А.Ф., Муханов Ш.А.
Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази, «SIHAT KO'Z» МЧЖ ҚК
Муханов Шавкат Абдувалиевич
Телефон: +998901851510
shavkat355@yandex.ru
Мубаракова Комила Абдуваситовна
Телефон: +998909011510
komila355@yandex.ru

Аннотация. Ушбу мақолада мейбом безлари дисфункцияси (МБД) фонида қуруқ кўзлар синдроми (ҚКС) мавжуд беморларда IPL модули ўрнатилган Lumenis M22 ускунаси ёрдамида интенсив импульсли нурланишнинг (Intensive Pulse Light, IPL) қўлланилиши имконияти таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: мейбом безлари дисфункцияси, "қуруқ кўз" синдроми, интенсив импульсли нурланиш, LacryDiag.

Мавзунинг долзарблиги. Сўнгги йилларда офтальмологик амалиётда МБД фонида ҚКС хасталиги жуда кўп тарқалганлиги сабаби туфайли, унга эрта ташхис қўйиш ва даволаш катта аҳамият касб этиб келмоқда [1].

Rolando Toyos ва ҳаммуаллифлар МБД билан бирга кечаётган ҚКС ҳолатида тўқимага интенсив импульсли нурланиш (IPL) таъсир қилганда аҳволнинг яхшиланганлигини кузатганлар [2, 3]. Хозирги даврда, бизга мавжуд адабиётларда, IPLнинг МБДнинг турли хил даражасига қандай таъсир қилиши хақида ҳеч қандай маълумот йўқ. Шунинг учун ушбу усул профилактика ва даволаш ҳамда МБД фонида ҚКС хасталигида шикаст еган шохпарданинг ривожланиши масалаларини ҳал қилиш мақсадида патогенетик жиҳатдан асосланган ёндашув бўлишини тақозо этади.

Мақсад. IPL модулли Lumenis M22 ускунаси ёрдамида турли хил даражадаги МБД фонида ҚКС давосининг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Бизнинг кузатувимиз остида турли хил даражадаги МБД фонида ҚКСли 60 нафар бемор (120 кўз) бўлди. Улар орасида 36 нафар аёллар (60%), 24 нафар эркаклар (40%), ва уларнинг ўртача ёши 38,2±5,67 ни ташкил этди. 22 нафар беморда (22 кўз, 36%) I даража оғирликдаги МБД, 20 нафарида (40 кўз, 34%) – II даража, ва 18 нафарида (36 кўз, 30%) – III даража оғирликдаги МБД аниқланган. Ушбу беморлар ўтказилаётган даволаш усулига боғлиқ равишда, беморлар жинси, ёши ва МБД хасталигининг оғирлик даражаси бир-бирига яқин бўлган икки гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳда – 30 нафар бемор (60 кўз) IPL модулли Lumenis M22 ускуна ёрдамида интенсив импульсли нурланиш билан даво олишган. Назорат гуруҳи эса – 30 нафар бемор (60 кўз) – кўз ёшининг ўрнини босадиган окутиарз дори воситасини бир ой давомида ҳар куни 1 томчидан 4 марта қабул қилишган.

Беморлар дастлаб мурожаат қилишганда ва даволашдан 1 ой ўтгандан сўнг тўлиқ офтальмологик ва LacryDiag ускунаси ёрдамида текширувдан ўтказилган.

Натижалар. IPL модулли Lumenis M22 ускунаси ёрдамида даволаш кўз ёши пардасининг барқарорлиги нуқтаи назардан ижобий ўзгариш кузатилди. Маълумотларнинг таҳлили кўз ёши пардаси узилишининг ноинвазив вақтини (КЁПУНВ) ўрта кўрсаткичларининг МБД барча оғирлик даражаларида дастлабки кўрсаткичларга қараганда статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада ($p<0,05$) ошганлигини кўрсатди. Бунда I даража оғирлик ҳолатларида 1,5 баробар, II даражада – 1,6 баробар, ва III даража оғирлик ҳолатларида – 2,3 баробар ошиши кузатилди. Назорат гуруҳида даволаш тугагандан кейин КЁПУНВ кўрсаткичининг бироз ошганлиги кузатилган бўлсада, унинг дастлабки кўрсаткич билан фарқи статистик жиҳатдан аҳамиятли эмаслиги ($p>0,05$) қайд этилди.

Асосий гуруҳда липид қатламининг ҳам максимал натижада қалинлашуви даволашдан кейин кузатилди. Бунда МБДнинг I оғирлик даражаси бўлган беморларда липид қатлами

14 нмга (p<0,05), II ва III оғирлик даража ҳолатларида эса, тегишли тарзда, 17 ва 20 нмга (p<0,01) ошди. Назорат гуруҳида ҳам беморлар липид қатламидаги ўзгаришлар ижобий бўлди, бироқ уларнинг кўрсаткичлари статистик жиҳатдан аҳамиятсиз даражадалиги қайд этилди (p>0,05).

Мейбография натижаларини ўрганиш ҳам ижобий динамикани кўрсатди: I даража МБД ҳолатида даволашдан олдин мейбомий безларини йўқотиш ўртача 28,3% ташкил этган бўлса, даволашдан кейин эса 14,5% гача пасайган (p<0,05), II даражада – 41,6% дан 25,3% гача (p<0,01), ва III даражада эса – 65,3% дан 39,5% гача пасайган (p<0,001). Назорат гуруҳидаги беморларни даволашда мейбографияда олинган ижобий ўзгаришлар сезиларли даражада қайд этилмади.

Хулоса. Турли оғирлик даражасидаги МБД фонидаги ҚКС ҳолатида стандарт кўз ёши ўринини босувчи томчилар билан даволаш усули самарасиз бўлганда IPL усулини қўллаш мақсадга мувофиқ. III даража МБДни IPL модулли Lumenis M22 ускунаси ёдамида даволаш танлов усули ҳисобланади, чунки уни қўллаш кўз ёши пардасининг барқарорлиги ва липид қатламининг қалинлашувини таъминлайди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Лошкарева А.О., Майчук Д.Ю. Оценка эффективности применения методики интенсивного импульсного света в комплексном лечении блефаритов и синдрома «сухого глаза» с дисфункцией мейбомиевых желез. // Современные технологии в офтальмологии. «Фёдоровские чтения» XVI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием – 2019.– №2. С.124-126.
2. Toyos R., McGill W., Briscoe D. Intense pulsed light treatment for dry eye disease due to meibomian gland dysfunction; A 3-year retrospective study // Photomedicine and laser surgery. – 2015. – Vol. 33 (1). – P. 41-46.
3. Toyos R., McGill W., Briscoe D. Intense pulsed light treatment for dry eye disease due to meibomian gland dysfunction; A 3-year retrospective study // Photomedicine and laser surgery. – 2015. – Vol. 33 (1). – P. 41-46.

АМБЛИОПИЯ ДАВОСИДА ИНДИВИДУАЛЛАШТИРИЛГАН КЕРАТОРЕФРАКЦИОН ЛАЗЕР ЖАРРОҲЛИГИНИНГ ЎРНИ

Муханов Ш.А., Юсупов А.Ф., Мубаракова К.А.
Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази, «SIHAT KO'Z» МЧЖ ҚК
Телефон: +998901851510
shavkat355@yandex.ru
Мубаракова Комила Абдуваситовна
Телефон: +998909011510
komila355@yandex.ru

Аннотация. Ушбу мақола муаллифларнинг ўз маълумотларига асосланган холда гиперметропик рефракция ва аралаш астигматизм фонида рефракцион амблиопия касаллигини даволашда индивидуаллаштирилган LASIK (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis - лазерли кератомилез) муолажасининг беморларнинг кўриш ўткирлигига ижобий таъсири кўрсатилган.

Калит сўзлар: гиперметропик рефракция, аралаш астигматизм, рефракционн амблиопия, индивидуаллаштирилган LASIK.

Кириш. Гиперметропияда рефракцион амблиопиянинг тарқалиши 70% гача етади. Бироқ, клиник амалиётда бу хасталик барча ёш тоифаларидаги беморларда учрайди. Шу маънода, ушбу патологиянинг тиббий-ижтимоий аҳамияти шубҳа туғдирмайди [1]. Катталарда рефракцион амблиопиянинг мавжудлиги аметропия кўзойнаклар билан коррекциясида 51,5% ҳолатларда, контакт линзалари билан коррекциясида эса 22% ҳолатларда кузатилган [2]. Ишлатишнинг соддалиги ва ҳамма учун мавжуд бўлишига қарамасдан, кўзойнак ва контакт линзалари ҳар доим ҳам муаммонинг ечими бўла олмайди. Бундай ҳолларда, кўп муаллифлар сўнгги йигирма йил давомида, рефракцион жарроҳликнинг мисли кўрилмаган тез, кенг ривожланиши даврида, рефракция нуқсонларини лазер жарроҳлиги ёрдамида тузатишни таклиф қиладилар [3, 4].

Мақсад. Катталарда гиперметропик ва аралаш астигматизм фонидаги рефракцион амблиопия давосида индивидуаллаштирилган LASIKнинг кўриш ўткирлигига таъсирини баҳолаш.

Материал ва методлар. Гиперметропик рефракция ва аралаш астигматизм касаллиги мавжуд 16 ёшдан 35 ёшгача бўлган (24,7±4.1) 74 нафар бемор (114 нафар кўз) – жумладан 30 нафар (40,6%) эркаклар ва 44 (59,4%) аёлларда кузатувлар ўтказилди. Беморларнинг барчасида аметропия турли даражадаги рефракцион амблиопия билан бирга кузатилди. Аметропияни тузатиш усулига кўра беморлар икки гуруҳга бўлинди: биринчи гуруҳга – индивидуаллаштирилган LASIK жарроҳлиги ўтказилган 35 бемор (50 кўз) ва иккинчи гуруҳга эса LASIK жарроҳлиги ўтказилган 39 бемор (64 кўз) киритилди. Ҳар бир беморда тегишли текширувлар мажмуалари ўтказилди, жумладан, кўриш ўткирлигини текшириш ва кўз оптик тизимининг тўлқин фронти аберрацияларини ўлчаш – аберрометрия кабилардир. Тадқиқотлар жарроҳлик амалиётларидан олдин, шунингдек жарроҳлик амалиётларидан 10 кун, 1, 3, 6 ва 12 ой ўтгандан кейин тўлиқ ўтказилди.

Натижалар. Жарроҳлик амалиётларидан олдин иккала гуруҳда кўриш ўткирлигини максимал коррекцияси ўртача кўрсаткичи 0,21±0,12 (0,05 дан 0,5 гача) ни ташкил этди. Авторефрактометрия бўйича сферик компонентнинг кўрсаткичи +1,5 дан +6,5 дптргача (ўртача +3,8±1,36 дптр), цилиндрик компоненти эса 1,5 дан 6,25 дптр (ўртача 3,76±1,14 дптр) ни ташкил этди.

Биринчи гуруҳда, кўриш ўткирлиги кўрсаткичи жарроҳлик амалиётидан олдингига қараганда жарроҳликдан ўн кун ўтгандан кейин ўртача 0,14 кўрсаткичга ошди ва 0,35±0,11 ни ($p>0,05$) ташкил етди, жарроҳликдан кейин бир ой ўтгач кўриш ўткирлиги 0,38 кўрсаткичга ошиб 0,59±0,14 ни ($p<0,001$) ташкил этди, уч ойдан кейин эса ушбу кўрсаткич 0,65±0,12 га ($p<0,001$) етди. Биринчи гуруҳда максимал кўриш ўткирлиги кўрсаткичи жарроҳликдан кейин олтинчи ойда кузатилди ва 0,73±0,21 га ($p<0,001$) тенг

бўлди ва кузатув йилининг охиригача деярли шу даражада сақланиб қолди.

Иккинчи гуруҳдаги беморларда, жарроҳликдан ўн кун ўтгандан кейин коррекция қилинмаган кўриш ўткирлиги кўрсаткичининг яхшиланиши 0,34±0,02 (p>0,05) даражасида бўлди, ва кузатувлар бошидан бир ой ўтгач 0,45±0,04 га (p>0,05) етди, бироқ бу биринчи гуруҳга нисбатан 0,1 кўрсаткич паст эди. Ўртача кўриш ўткирлиги кўрсаткичининг ўсиши кузатишнинг кейинги даврларда ҳам давом этди, ва уч ой ўтгач 0,54±0,05 га (p<0,05), олти ойдан кейин эса 0,59±0,05 га (p<0,05) тенг бўлди. Лекин бунда бир кузатиш давридаги кўрсаткичларнинг биринчи гуруҳдагига нисбатан иккинчи гуруҳда ўртача 2 қатор паст бўлганлигини таъкидлаш лозим (p<0,05). Жарроҳликдан ўн икки ойдан кейинги кузатишда кўрсаткичларнинг 0,58±0,06 га пасайиши қайд этилди, биринчи гуруҳда эса, кўрсаткичлар бундан одинги текширувларга нисбатан яхшиланиши кузатилган эди.

Хулоса. Индивидуаллаштирилган LASIK жарроҳлик усули гиперметропик ва аралаш астигматизм фонидаги рефракцион амблиопия давосининг самарали усули ҳисобланиб, 91% ҳолларда максимал кўриш ўткирлигининг ошишига имкон беради. Бизнинг фикримизга кўра, катталарда индивидуаллаштирилган LASIK ёрдамида ижобий натижага эришиш ҳолати сезиларли даражада операция контингенти ёш чегарасини камайтиради.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Костин О.А., Ребриков С.В., Овчинников А.И. и др. Изменение аберрации кома при коррекции миопии методом стандартного LASIK // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2009: Сб. науч. статей. – М., 2009. – С. 310-312.

2. Сомов Е.Е. Амблиопия // Клиническая офтальмология. – 4-е изд. – М.: МЕдпресс-информ, 2017. – с. 158–162.

3. Chang JW. Refractive error change and vision improvement in moderate to severe hyperopic amblyopia after spectacle correction: restarting the emmetropization process. PLoS One 2017; 12: e0175780.

4. Lin PW, Chang HW, Lai IC et al. Visual outcomes after spectacles treatment in children with bilateral high refractive amblyopia. Clin Exp Optom 2016; 99: 550–554.

COMPLEX TREATMENT OF ABSCESSES AND PHLEGMON OF THE MAXILLOFACIAL AREA IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS B.

Maksudov Dilshod Davronovich
Samarkand State Medical Institute

Abstract. In recent years there has been a steady growth of widespread and progressive phlegmons as well as an increase in the number of severe complications. Along with the appearance of sluggish forms leading to aggravation of the process, the number of spilled odontogenic phlegmon cases has increased (3-28%). Such conditions are accompanied by the development of endogenous intoxication, in which homeostasis is disturbed and the activity of vital organs and systems of the patient is disturbed.

Key words: viral hepatitis B, phlegmon of the jaw-facial region, oral cavity.

Objective of the study: Improvement of the pathogenetic substantiated complex therapy in patients with abscesses and phlegmons of the maxillofacial region of patients with hepatitis B.

Patients and research methods. On the basis of the set tasks we will study characteristic clinical features of 70 patients with phlegmon of maxillofacial area. Patients will be divided into groups depending on the severity of the current and the treatment performed. Patients with phlegmon of the maxillofacial region against the background of hepatitis B will be examined to assess the effectiveness of treatment and the nature of the course of the disease. The noted regularities of changes in the content of interleukin-f, receptor antagonist interleukin-1, interleukin-10 and interferon-u in the oral fluid, as well as proliferative activity in the background of hepatitis B allow us to recommend these indicators as diagnostic criteria in combination with other methods of examination of patients with various inflammatory - purulent diseases. In patients with chronic hepatitis B clinical features of inflammatory purulent diseases in the jaw-facial region were analyzed.

The results of the research. We found out interrelations between phlegmon pathology and etiology of hepatitis B and its clinical manifestations. Diagnostic and prognostic significance of changes in pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in oral fluid, apoptosis processes and proliferation of gum epitheliocytes in the development of the disease against the background of hepatitis B.

Conclusions: Thus, regression of clinical and laboratory manifestations of hepatitis B and phlegmon of the jaw facial region, restoration of the disturbed processes of proliferation and apoptosis of gum epitheliocytes and cytokine balance in the oral fluid on the background of combined therapy is recommended to add hepatoprotectors, which help to regenerate the damaged cell structures of the liver in such patients and in its integrity will improve the metabolism in the body.

Literature

1. Durnova, E.A. Morphological criteria of treatment efficiency of patients with acute purulent and inflammatory diseases of the maxillofacial region / E.A. Durnova, A.A. Artifeksova, N.Yu. Ukrainian, I.V. Furman // Dentistry. 2005. -№ 3. - C. 12-14.
2. Ketlinsky, S.A. Cytokines of mononuclear phagocytes in regulation of inflammation and immunity reaction / S.A. Ketlinsky, N.M. Kalinina // Immunology. 1995. № 3. - C. 30- 43.
3. Korolinsky, S.A. Changes in local immunity factors in odontogenic purulent-inflammatory diseases and their correction / S.A. Korolinsky, P.A. Belovolova, C.B. Novgorodskiy // Immunologia. —2003. - — T. 5. № 3-4. - C. 229-300.
4. Rubalskiy, O.V. Recombinant cytokines and their influence'on the infection process (in Russian) / O.V. Rubalskiy: Author's abstract of Dr. Med. - Moscow, 2000.- 36 s.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕЧОМ ИНСУЛЬТЕ

Камалова Малика Ильхомовна
Исмоилов Ортик Исмоилович
Самаркандский государственный медицинский институт

Аннотация. Основные причинами возникновения геморрагического и ишемического инсульта атеротромбоз, кардиогенные или артерио-артериальные эмболии, окклюзии мелких церебральных артерий, обусловленные структурными изменениями сосудов головного мозга. К настоящему времени доказано что, сосуды микроциркуляторного русла – артериолы, капилляры и венулы участвуют метаболических процессах в головного мозга , несмотря на это особенности этих сосудов мало изучены. Особенно при острых нарушениях головного мозга

Ключевые слова: микроциркуляторное русло, артериолы, капилляры, венулы, атеротромбоз, геморрагический инсульт.

Цель исследования: Изучение характера и распространенности патологических изменений сосудов микроциркуляторного русла головного мозга при геморрагическом инсульте.

Материалы и методы. Нами были исследовано микроциркуляторное русло различных отделов головного мозга в 25 секционных случаях с различным сроком давности и различной возрастной категории. интрацеребральными разрывом сосудов головного мозга. Исследования проводились Республиканском научно- практическом центре патологической анатомии в период 2018-2020 годов. У всех пациентов, отмечалось подъем артериального давления до 180/100 – 200/110 мм ртутного столба. 60% больных геморрагический инсульт отмечался в 35-45 лет. У 40% пациентов старше 50 лет. При микроскопическом исследование мозга сосуды микроциркуляторного русла учитывались очаговые повреждения мозга. Исследование мозга проводилось в гистологических препаратах, заключенных в парафине, которые окрашивались гематоксилином и эозином, для определение коллагеновых волокон и миоцитов в сосудах использовался метод ван Гизона, Эластические волокна выявлялись по Вейгерту. Кроме этого применяли нейрогистологический метод Ниссля (для оценки нейронов и глиальных клеток).

Результаты исследования. Микроциркуляторное русло принимает активное участие на разных стадиях организации гематом: от отека и организации некроза окружающей ткани мозга в начальной стадии, до реабсорбции эритроцитов а её .элементы участвуют в иммунном которое развивается в ткани мозга при геморрагическом инсульте, т.к. при них разрушается гематоэнцефалический барьер, и ткань мозга приобретает антигенные свойства по отношению к организму.

Выводы. Таким образом, изменения сосудов микроциркуляторного русла при геморрагическом инсульта, обусловлены гипоксией и резким нарушением проницаемости сосудов. Эти изменения имеют локальный и распространенный характер, могут быть разделены на острые, возникшие в течение инсульта, и хронические, развывшиеся до инсульта. Полученные данные способствуют дальнейшему развитию концепции гипертонической ангиопатии головного мозга, охватывающей все структурно-функциональные уровни его артериальной системы, важнейшим из которых являются сосуды микроциркуляторного русла.

Литература

1. Алибекова Ж.М. Факторы риска, особенности гемодинамики и клинического течения ишемического инсульта у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных районах республики Дагестан.: Автореф. канд.мед.наук. – Москва, 2014. – 27 с.

2.Ануфриев П.Л.,Гулевская Т.С.,Рябинкина Ю.В.,Лунева И.Е., Пыхтина Т.Н. Нозокомиальные инфекции при критических состояниях в неврологии (патолого-анатомическое исследование)// Нервные болезни. – 2019. - №1. - С.23-27.

3. 62.Sims K. et al.Stroke in Fabry disease frequently occurs before diagnosis and in the absence of other clinical events: natural history data from the Fabry Registry (2009).

7 MAJOR RISK FACTORS FOR BRAIN STROKE

Malika Ilkhomovna Kamalova
Ortik Ismailovich Ismailov
Department of Human Anatomy and OHTA
Samarkand State Medical Institute

ANNOTATION. Stroke is the leading cause of death and disability in the world. Statistics from Uzbekistan show that over 60,000 new strokes occur each year. At the same time, more than 160 new cases occur daily in the country. In Tashkent alone, 25-30 cases of stroke occur every day. In Tashkent alone, 25-30 strokes are observed daily.

Key words: risk factors, prevention, stroke, diabetes, strategy, brain

Relevance. According to the World Health Organization (WHO) 2018, stroke kills over 15 million people worldwide every year [1]. No one is immune to this disease, as both men and women are exposed to this disease. Statistics show that women are most at risk of disease after menopause. The cause of stroke is mainly occlusion, which prevents blood from entering the brain. In addition, atherosclerosis is a common cause. In which, there is a narrowing or blockage of the inner wall of brain vessels with cholesterol. As a result, the blood vessels lose flexibility, the blood supply to the brain deteriorates, and the vessels are damaged [1.3]. Many patients die before they are treated. Even with timely care, stroke patients have access to modern advanced treatment, 60% of whom are disabled. Therefore, it is important to know the warning signs and risk factors of the disease. Many risk factors are related to our lifestyle. These are mainly smoking, poor diet and lack of physical activity. Below we present the main risk factors for ONMC [2].

Stroke risk factors are considered:

1. 1. Age. The risk of ischemic stroke is 30 times higher in old age than in young people.

2. Arterial hypertension. High blood pressure is one of the main risk factors for stroke.

3.Heart disease. Atrial fibrillation, CHD, myocardial hypertrophy of the left ventricle, in heart failure

Transitor ischemic attack (TIA) is an essential predictor of stroke, both ischemic and hemorrhagic. The risk of ischemic stroke is about 4-5% per year in patients with TIA.

5.Diabetes mellitus. These patients are more likely to have high blood fat content (hyperlipidemia), arterial hypertension and various manifestations of atherosclerosis.

6. Alcohol and smoking. Increases the risk of stroke by half. Accelerates the development of atherosclerosis of the carotid and coronary arteries. Quitting smoking leads to a decrease in the risk of stroke in 2-4 years.

7.Oral contraceptives. Preparations with estrogen content of more than 50 mg reliably increase the risk of ischemic stroke. Especially adverse combination of their intake with smoking and increase in AP.

If a person has at least two of the three risk factors - high blood pressure, high blood sugar and high blood fat - the risk of heart attacks and strokes increases significantly. The more risk factors, the higher the risk. It has been proven that 80% of premature brain attacks can be prevented. If the basic prevention measures are followed. Which include proper diet, regular physical activity and abstinence from tobacco use. It is very important to check and monitor risk factors for cardiovascular diseases such as high blood pressure, high cholesterol and diabetes[3].

Literature

1]. Ya.N. Majidova. “Emergency stroke care and rehabilitation issues.” Scientific and Practical Conference 2019. Tashkent (in Rus.)

[2]. Varakin Yuri Yakovlevich. What is stroke and how to defeat it: Stroke prevention. Summary of the doctor. insult.ru. 2015 (in Rus.)

[3]. Kobalava J.D., Moiseev B.C. Progress in secondary prevention of stroke // Clinical pharm. and therapist. 2001. - № 2. - C. 45. (in Rus.)

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 19-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

(18-қисм)

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

Эълон қилиш муддати: 30.08.2020

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

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