

O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi

Bosh muharrir:

Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z.A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor
Babajanov A.S., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:

Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:

Abdusalomov A.A.

Jurnal O'zbekiston matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda
ro'yhatdan o'tgan.

Guvohnoma: 0034.

Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,
51-uy.

Tel.; 268-08-17

E-mail: info@avuz.uz

Veb - sayt: www.avuz.uz



(106)

Б
У
Л
Л
Е
Т
Н
И

- Мажидова Ё.Н., Максудова Х.Н., Очилова Д. Ф.** Тарқоқ склерознинг клиник ва нейрофизиологик хусусиятлари 60
- Мажидова Ё.Н., Максудова Х.Н., Очилова Д. Ф.** Клинические и нейрофизиологические особенности рассеянного склероза
- Маматкулов И.Б., Ҳайдаров М.Б., Сатвалдиева Э.А., Бекназаров А.Б.** Болалар бош мия жароҳатларида ингаляцион анестезияни клиник самарадорлиги 63
- Маматкулов И.Б., Ҳайдаров М.Б., Сатвалдиева Э.А., Бекназаров А.Б.** Клиническая эффективность ингаляционного анестезии при детских травмах мозга
- Гаффорова С. С., Гаффоров С. А., Абдухоликов С. Ф.** Махаллий стоматологик композит пломба ашёси - "фирузе-гранд"нинг олдинги ваёнтиш нуксонларини тиклашдаги афзалликларини клиник, физик ва механикхусусиятлари 65
- Гаффорова С. С., Гаффоров С. А., Абдухоликов С. Ф.** Местный стоматологический композитный пломбирочный материал - клинические, физико-механические свойства «фирузе-гранд» преимущества при реставрации передних и боковых дефектов зубов
- Ярмухамедова Н.Ф., Саломова Ф.И., Самигова Н.Р., Бакиева Ш.Х.** Сурункали миелолейкозли беморларда риносинуситни комплекс даволаш самарадорлиги 70
- Ярмухамедова Н.Ф., Саломова Ф.И., Самигова Н.Р., Бакиева Ш.Х.** Эффективность комплекса лечения риносинусита больных с хроническим миелолейкозом
- Ша-Ахмедова Л.Р., Борзова Н.С., Арипов О.А., Мухамеджанова Н.И., Плугарь В.И.** Бронхиал обструкцияли пневмония билан оғриган кичик ёшдаги болаларда хақиқий овқатланиш холати 78
- Ша-Ахмедова Л.Р., Борзова Н.С., Арипов О.А., Мухамеджанова Н.И., Плугарь В.И.** Состояние фактического питания детей раннего возраста, больных пневмонией с бронхиальной обструкцией
- Ли М.В.** Самариум – 153 билан радионуклид терапияси пайтида эквивалент нурланиш дозаларини ҳисоблаш 82
- Ли М.В.** Расчет эквивалентных доз облучения при радионуклидной терапии самарием – 153
- Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М., Данилова Е.А.** Оролбуйи худудида кичик мактаб ёшидаги болаларда соч таркиби элементлари 87
- Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М., Данилова Е.А.** Элементный состав волос у детей младшего школьного возраста региона приаралья
- Торакулов Д. Д.** Хаёт сифати инсон саломатлик холатининг зарур кўрсаткичларидан бири 91
- Торакулов Д. Д.** Качество жизни как важный показатель состояния здоровья человека
- Ибадуллаева С.С.** Соғлиқни сақлаш ходимлари орасида тиббий маданиятнинг айрим йуналишларини ўрганиш натижалари 96
- Ибадуллаева С.С.** Результаты изучения отдельных направлений медицинской культуры среди медицинского персонала
- Шайхова Г.И., Азимов Л.А.** Мактабгача ёшдаги болаларда сил касаллиги ва уларнинг тиббий-ижтимоий тавсифи 102
- Шайхова Г.И., Азимов Л.А.** Туберкулез у детей дошкольного возраста и их медико-социальная характеристика

ТИББИЙ ТАЪЛИМ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

- Искандарова Г.Т., Рахманова Ж.А., Нематов А.С., Турсунова Д.А., Зоирова Н.Т.** Ўзбекистон Республикасида COVID-19га қарши эмлашни ўтказиш стратегияси 105
- Искандарова Г.Т., Рахманова Ж.А., Нематов А.С., Турсунова Д.А., Зоирова Н.Т.** Стратегия вакцинации против COVID-19 в Республике Узбекистан

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР,
ИЛМИЙ МУШОҲАДАЛАРНОВОСТИ МЕДИЦИНЫ,
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- Максумова М.Г., Ибрагимов А. Ю., Курбанова Ф.Р., Усманова Д.У., Абдураззакова Р.А.** Коринчалар аритмияси ташхиси 110
- Максумова М.Г., Ибрагимов А. Ю., Курбанова Ф.Р., Усманова Д.У., Абдураззакова Р.А.** Диагностика желудочковой аритмии
- Турсунов Э.Я., Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Кеворков А.Г.** Миокард инфаркти ўтказган беморларда тўсатдан юрак ўлими ва унинг олдини олишда коронар томир ревааскуляризацияси имкониятлари 115
- Турсунов Э.Я., Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Кеворков А.Г.** Возможности ревааскуляризации коронарных артерий у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в профилактике внезапной сердечной смерти

2. Николаев А.И. Амалий терапевтик стоматология: дарслик / А.И. Николаев, Л.М. Тсепов. - 2-нашр, Рев. ва кўшинг. - М.: МЕДпрессинформ, 2003. - 560 п.
3. Орехова Л.Ю. Турли хил шаклдаги стоматологик ташкилотларда тиббий ёрдам сифатини қиёсий таҳлил қилиш / Л.Ю. Орехова, Н.Г. Петрова, Идоралар. Пухов // ХИИ ва ХИИИ Бутунроссия материаллари. илмий-амалий конф. ва Россия стоматологлар ассоциациясининг IX конгресси материаллари - Москва, 2004. - Б.311-313.
4. Ҳаллер Б. Терапевтик стоматологияда замонавий амалгамалар / Б. Ҳаллер // Стоматологияда янги. - 1993.- №2. - С. 13-16.
5. Гаффоров С.А. Яриева О.О. Тиббий-ижтимоий омилларнинг болаларнинг кариес ва нокариес касалликлари этиологиясидаги аҳамияти. Халқаро "Фарматсевтика тадқиқотлари" журнали. Вол11, 3-сон, 2019 йил июл-сентябр
6. Фарругия С, Самиллари Ж. Анъанавий рестовратсион пломба ашёларининг микробларга қарши хусусиятлари ва композит материаллар ва шиша иономер сементларининг антимикроб хусусиятларининг ютуқлари-А адабиётлар шарҳи. ДентМатер 2015; 31 (4): э 89-99
7. Титанга сезгирлик / П.А. Лалор, П.А. Ревелл, А.Б. Грей ва бошқ. // Ж. Сург. 1991. - 73-Б-сон. - П. 25-28.
8. «Стоматология» С.А.Гаффоров умумий тахлили остида. Укув кулланма 875 бет. Тошкент-2021.

УЎК: 616.155.392 + 616. 21 / 28-07-08

СУРУНКАЛИ МИЕЛОЛЕЙКОЗЛИ БЕМОРЛАРДА РИНОСИНУСИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Ярмухамедова Н.Ф., Саломова Ф.И., Самигова Н.Р., Бакиева Ш.Х.

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқотнинг мақсади. Сурункали миелолейкозли беморларда риносинуситни даволашга тавсия этилган комплекс даво мажмуа самарадорлигини баҳолашдан иборат. **Тадқиқотнинг объекти** сифатида Республика ихтисослаштирилган гематология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИГИАТМ) клиникаси ҳамда уларда даволанаётган 68 нафар беморлар жалб қилинди. **Тадқиқотнинг предмети** сифатида РИГИАТМнинг маслаҳат поликлиникасида даволанаётган СМЛли беморларнинг тиббий ҳужжатларидан кўчирмалар, шунингдек, рентгенологик, эндоскопик текширув материаллари олинган. **Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда клиник лабораторва инструменталтекширув усуллари (касаллик анамнези, шикоятлар, ЛОР-аъзоларини объектив кўрик натижалари, бурун олди бўшлиқларини риноскопияси, эндоскопияси, рентгеноскопияси), ҳамда бошнинг компьютер томографияси, статистик тадқиқот усуллари ва тест ўтказишусуларидан фойдаланилган. **Олинган натижалар.** Комплекс даволаш жараёнида, риносинусит белгилари беморларнинг асосий гуруҳида таққослаш гуруҳига нисбатан 1,2 баравар кам қайд этилишини кўрсатади. Асосий гуруҳдаги ремиссия давомийлиги таққослаш гуруҳига қараганда 36 кунга ортгани ($p < 0.05$), рецидивлар частотаси 2,4 баравар камайгани аниқланди. Даво курси якунига кўра олинган натижалар, тавсия схема бўйича даволаш яллиғланиш жараёни белгиларининг намоён бўлиши ва учраш частотасининг сезиларли камайганидан далолат беради. Олинган натижалар бурун бўшлиғининг қалоқлардан тезроқ тозаланишини ва бурундан ажралмалар миқдорининг камайишини кўрсатди.

Калит сўзлар: сурункали миелолейкоз, сурункали риносинусит, даво комплекси, субъектив аналог шкала, эндоскопик визуал шкала.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Цель исследования: Оценка эффективности рекомендованного комплекса лечения риносинусита больных с хроническим миелолейкозом. Объектом исследования явились клиника Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологии (РСНПМЦГ), и проходящие в ней лечение 68 пациентов. Предметом исследования послужили выкопировка данных с медицинских карт больных с ХМЛ, получающие лечение в РСНПМЦГ, а также данные рентгенологического и эндоскопического исследования.

Методы исследования. Применены клинико-лабораторные методы обследования, включающие изучение анамнеза заболевания, жалоб, объективный осмотр ЛОР-органов, риноскопию, эндоскопия, рентгеноскопию околоносовых пазух, компьютерная томография головы, статистические методы исследований и проведено тестирование. Полученные результаты. При использовании комплексного лечения явления риносинусита отмечается у существенно меньшего числа больных – в 1,2 раза реже чем в группе сравнения. Длительность ремиссий в основной группе оказалось на 36 дней больше чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Частота рецидивов снизилась в 2,4 раза. **Результаты,** полученные по окончании курса лечения, показывают, что лечение по рекомендованной схеме способствовало уменьшению проявления симптомов воспалительного процесса и значительному снижению частоты их встреч. Результаты показали, что полость носа быстрее очищалась от корок и количество выделений из носа уменьшалось.

Ключевые слова: хронический миелолейкоз, хронический риносинусит, комплекс лечения, субъективная аналоговая шкала, эндоскопическая визуальная шкала.

EFFICIENCY OF THE RHINOSINUSITIS TREATMENT COMPLEX IN PATIENTS WITH CHRONIC MYELOLEUKOSIS

Purpose of the study: Evaluation of the effectiveness of the recommended complex of treatment for rhinosinusitis in patients with chronic myeloid leukemia. The object of the study was the clinic of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Hematology (RSNPMCG), and 68 patients being treated there. The subject of the study was the copying of data from the medical records of patients with CML receiving treatment at the RSNPMCG, as well as data from X-ray and endoscopic studies. **Research methods.** Clinical and laboratory methods of examination were applied, including the study of anamnesis of the disease, complaints, an objective examination of ENT organs, rhinoscopy, endoscopy, fluoroscopy of the paranasal sinuses, computed tomography of the head, statistical research methods, and testing was carried out. **Results.** When using complex treatment, the phenomenon of rhinosinusitis is observed in a significantly smaller number of patients - 1.2 times less often than in the comparison group. The duration of remission in the main group was 36 days longer than in the comparison group ($p < 0.05$). The relapse rate decreased 2.4 times. The results obtained at the end of the course of treatment show that the treatment according to the recommended scheme helped to reduce the manifestation of symptoms of the inflammatory process and to significantly reduce the frequency of their occurrence. The results showed that the nasal cavity cleared of crusts faster and the amount of nasal discharge decreased.

Keywords: chronic myeloid leukemia, chronic rhinosinusitis, treatment complex, subjective analogue scale, endoscopic visual scale.

Мавзунинг долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотимаълумотларига кўра, «... юқори нафас йўлларининг йирингли-яллиғланиш касалликлари ЛОР аъзолари патологияларининг 70-80% ни ташкил қилади. Сўнги 10 йил ичида синусит билан касалланиш икки баробардан ҳам кўпайиб ЛОР стационарларида госпитализация қилинадиган беморларнинг улуши ҳар йили 1,5-2%га ортмоқда.....».

Иммун тизимдаги бузилишлар организмнинг химоя кучларини пасайишига олиб келади, бу турли касалликлар, жумладан риносинуситларни юзага келиш эҳтимоллигини оширади, асоратларни ривожланиши кўпинча қайталанувчи ва жуда суст кечувчи ўткир жараёнларни сурункалига ўтишига сабаб бўлади [2-6]. Гемобластозларда, шу жумладан, сурункали миелолейкозлар (СМЛ) натижасида келиб чиқадиган патологик жараёнлар юқори нафас йўллари шиллиқ қаватининг репарация ва тикланиш жараёнларининг бузилишига олиб келади ва уларнинг инфекцияларга чидамлилигини пасайтиради [7-8].

Кўплаб хорижий тадқиқотчиларни қайд этишича, «...ҳозирги кунда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари сурункали яллиғланиш касалликларини ташхислаш усулларини такомиллаштириш ҳамда замонавий даволаш воситаларидан фойдаланишга қарамасдан, риносинуситларнинг узоқ чўзилувчи ва қайталанувчи шакллари, касалликни ноодатий кечиш ҳолатлари сонининг ортиши кузатишмоқда...» [9-10]. Ўтказилган тадқиқотлар риносинуситнинг ривожланиши сурункали миелолейкознинг клиник кечишига салбий таъсир кўрсатишини инобатга олган ҳолда СМЛли беморларда риносинуситларни даволашни такомиллаштириш зарурлигини кўрсатмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: Сурункали миелолейкозли беморларда риносинуситни даволашга тавсия этилган комплекс даво мажмуа самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика ихтисослаштирилган гематология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИГИАТМ) клиникаси ҳамда уларда даволанаётган 68 нафар беморлар жалб қилинди. Уларнинг 36 нафари асосий гуруҳга, 32 нафари таққослаш гуруҳига киритилди.

Тадқиқотнинг предмети сифатида РИГИАТМнинг маслаҳат поликлиникасида даволанаётган СМЛли беморларнинг тиббий ҳужжатларидан кўчирмалар, шунингдек, рентгенологик, эндоскопик текширув материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари:

РИГИАТМ маслаҳат поликлиникасида диспансер назоратига олинган СМЛнинг сурункали босқичида бўлган ЛОР аъзолари касалликлари кайд этилган 106 нафар беморлар текширувдан ўтказилди. Шу беморлардан 68 нафарига сурункали риносинусит (СРС) ташхиси қўйилди. СМЛдан азият чекувчи беморлар орасида эркаклар (51.5%) устунликка эга бўлди, аёллар эса 48.5% ташкил этди.

Тадқиқот дастури куйидаги клиник-лаборатор тадқиқот усуларини ўз ичига қамраб олган бўлиб, уларга касаллик анамнези, шикоятлар, ЛОР органларини объектив кўрик натижалари, бурун ёндош бўшлиқларини риноскопияси, эндоскопияси, рентгенографияси, статистик тадқиқот усуллари ва тест ўтказиш кирази.

Тадқиқотда иштирок этган беморларда юқори нафас йўлларида яллиғланиш касалликларини мавжудлигини клиник-асбоб ускуналар ёрдамида текшириш асосида аниқланди.

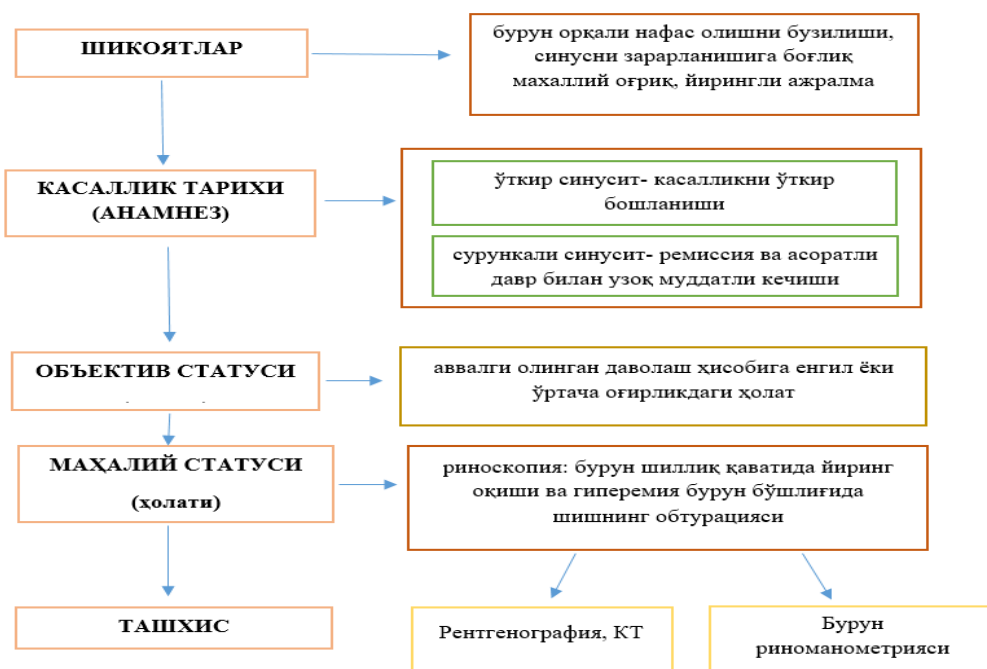
Касаллардан йиғилган анамнестик маълумотлар; аниқланган клиник белгилар; лаборатор ва инструментал текширув натижалари

асосида риносинусит диагностикасининг алгоритмидан фойдаланиб сурункали риносинусит ташхиси қўйилди (1-расм).

1 Жадвал.

Текширилган беморларни ёш-жинс гуруҳлари бўйича тақсимланиши (n, %)

Ёши, йил	Эраклар		Аёллар		Жами
	N	%	N	%	
18 ёшгача	2	5.7	1	3.0	3
18-39 ёш	11	31.4	14	42.4	25
40 ёшдан катта	22	62.9	18	54.6	40
Жами	35	51.5	33	48.5	68



Расм 1. Риносинусит диагностикасининг алгоритми

Барча беморларда шикоятлар йиғилди ва касалликнинг ривожланиш тарихи батафсил ўрганилди, ҳамда беморларнинг умумий аҳволи текширилди. Анамнезни йиғишда касалликнинг бошланиш вақти аниқланди, рецидивларнинг қайтарилиш муддати, уларнинг юқумли касалликлар, нафас олиш тизими касалликлари билан боғлиқлиги, шунингдек оғир аллергик анамнезнинг мавжудлиги ҳисобга олинди.

“Сурункали риносинусит” ташхиси 2 та асосий белгилар бўлганида: бурун битиши ва бурундаги ажралма, шунингдек, қўшимча белгилар: бурун синусига яқин қисмида локализацияланган бош оғриқлари бўлганида, ҳид сезиш пасайганда қўйилади. Бунда ушбу бел-

гилар давомийлиги 12 ҳафтадан кўп бўлиши керак

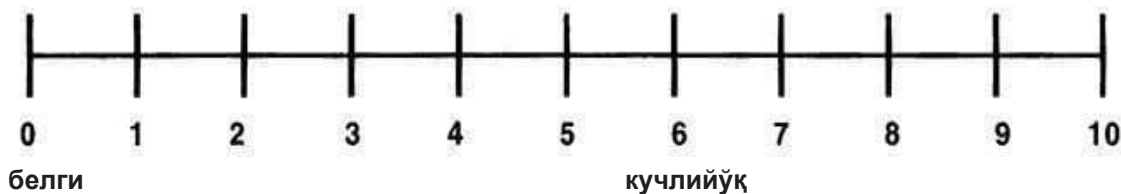
Ташхис эндоскопик текширишлар натижасига кўра (ўрта/юқори бурун йўлларидаги шиллик қават шиши ва/ёки шиллик-йирингли ажралма борлиги) ва /ёки компьютер томография усули (остиомеаталь комплекс қисмидаги шиллик қавати ўзгаришлари билан ва/ёки бурун ёндош бўшлиғи) билан тасдиқланади.

CPC билан оғриган беморлар касалликни давомийлигини аниқ кўрсата олмайдилар ва унинг бошланишини бирон аниқ ҳодиса билан боғламайдилар. Истисно тариқасида, касаллик тарихида одонтоген ва юқори жағ замбуруғли синусити билан оғриган, стоматологик

даволаниш олган беморлар ташкил қилади.

Касалликни умумий оғирлик даражасини аниқлаш учун, беморда субъектив аналог шкаласидан (САШ) уни РС белгилари қанча-

лик безовта қилаётганини кўрсатиш сўралади. 2-расмда САШ ёрдамида риносинуситни оғирлик даражасини аниқлаш тўғрисида маълумотлар келтирилган.



2-расм. САШ ёрдамида риносинуситни оғирлик даражасини аниқлаш

Бурундан нафас олиш қийинлиги даражасини субъектив баҳолаш учун субъектив аналог шкаласидан фойдаланиш тартиби: бунинг учун беморга "Айни вақтда бурун билан нафас олиш қанчалик қийин?" – деган саволга жавоб беришини сўралади ва унинг қийинлик даражасини 10 сантиметр ўлчагичга тегишли белгини қўйиш орқали баҳоланади (2-расм), бу ерда 0 "эркин нафас олиш" ва 10 - "бурундан умуман нафас олинмайди"ни англатади. 3 ёки ундан кам баллни баҳолаш энгил даражага тўғри келади, 3,1 дан 7 гача - ўртача ва 7,1 баллдан юқори - бурун нафас олишда оғир қийинчиликни белгилайди.

Худди шу шкала ёрдамида СРСнинг асосий симптомлари (бурун битиши, ринорея, оғриқ ва ҳид сезишнинг пасайиши) оғирлигига баҳо берилди.

ЛОР-аъзоларининг эндоскопик текширув усулларида асосий эътибор олдинги, ўрта ва орқа (заруриятга кўра ўтказилди) риноскопияга қаратилди, бунда бурун бўшлиғининг барча қисмлари эҳтиёткорлик билан кўздан кечирилди, шунингдек бурун бўшлиғи ва ҳалқумни орофарингоскопия, отоскопия, билвосита ларингоскопия, эндоскопик текширувлари ҳам ўтказилди.

СРС объектив ташхиснинг асосий усули бўлиб, олдинги риноскопия ва эндоскопия ҳисобланади, бунда диффуз турғун гиперемия ва бурун бўшлиғи шиллик қаватидаги шиш фониде патологик ажралмалар БЁБ (бурун ёндош бўшлиғи) яллиғланишига алоқадор чиқиш тешиклари соҳасида аниқланади.

Ўткир йирингли синуситни ташхисида рентгенография усули катта аҳамиятга эга. Рентгенологик текширувлар барча беморларда ўтказилди, бунинг учун бурун пастки жағ, бурун пешона ва ёнлама йўналишларда тасвирлари олинди. Катталарда ташхисни аниқлаштириш учун контрастли рентгенография қўлланилди. Контраст модда сифатида йодлипол эритмасидан фойдаланилди.

Яллиғланиш жараёнининг тарқалганлик

даражасини аниқлаш учун бошни компьютер томографияси ўтказилди. Кўз орбитаси соҳасидаги ўзгаришларга алоҳида эътибор берилди ва зарур бўлганда окулист, невропатолог, терапевт маслаҳатлари олинди. Бурун ёндош бўшлиғи компьютер томографияси (КТ) барча СРС билан оғирган беморларга тавсия этилади. КТ нафақат патологик ўзгаришларни тарқалганлиги ва характерини аниқлайди, балки СРСнинг қайталаниши ва ривожланишига олиб келувчи, бурун ёндош бўшлиғи ва бурун бўшлиғи анатомик тузилишининг ўзига хос хусусиятларини ҳам очиқ беради.

КТда оддий рентгенограммада кўриш имкони бўлмаган остиомеаталь комплекс тузилишини кўздан кечириш мумкин. Бунда КТ сурункали риносинуситни режали жарроҳлик амалиётини ўтказишда алоҳида аҳамиятга эга. КТ нафақат бурун олди синусидаги жараёни тарқалганлик ҳолатини аниқлаштиради, балки бурун тўсиғи деформациясини, олди риноскопияда кўринмайдиган анатомик аномалияларни ҳам аниқлаш имконини беради.

Эндоскопик текширувларда биз диаметри 4,0 см ва ёнлама оптикиси МО и 70о бўлган Karl Storz фирмасининг (Германия) қаттиқ эндоскопларидан фойдаландик. Эндоскопик текширув натижалари Sony Digital Camera - F 828 га ёзиб олинди.

Бурун бўшлиғининг эндоскопик текширувлари беморни ўтирган ҳолатида, бурун шиллик қаватида анемизациядан олдин ва кейин Messerklinger W усули бўйича олиб борилди. Маълум кетма-кетликда, бурун бўшлиғининг барча қисмлари олди ва бурун клапанларидан бошлаб текширилди. Бунда ўрта бурун йўли ва бурун ҳалқум аномалияларига алоҳида эътибор қилинади. Ўрта бурун раковинаси ҳам текширилди. Текширув эндоскопнинг тескари ҳаракати билан орқа учидан бошлаб ўтказилди. Бунда бурун олди синусида ҳаво алмашинувининг бузилишига олиб келиши мумкин бўлган парадоксал эгриликни кузатиш мумкин.

Тўлиқ эндоскопик текширув ёрдамида бу-

рун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиғининг ўткир такрорланувчи касаллик сабабларини ва бурун бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнларини кучайтирадиган омилларни яққол аниқлаш мумкин. Шунга кўра, касалликни даволаш усулларини танлаш ҳам энгиллашади.

Эндоскопик текшириш натижалари эндоско-

пик визуал шкала (ЭВШ) ёрдамида баҳоланди. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ва чиғаноқлар ҳолати, бурундан ажралма характери, бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ранги ва бурун тўсиғи ҳолати баллар билан баҳоланди (2- жадвалга қаранг).

2- Жадвал

Эндоскопик текшириш натижалари асосида симптомларнинг оғирлигига ЭВШ бўйича баҳолаш, балл

Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ва чиғаноқлар ҳолати	
шишлар ва гипертрофия белгилари йўқ	0
атрофия белгилари	1
гипертрофия белгилари	2
concha bullosa	3
Бурундан ажралма характери	
ажралма йўқ	0
ажралма тиниқ, суюқ	1
шиллик-йирингли	2
Йирингли	3
Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ранги	
оч пушти	0
бир оз гиперемия	1
яққол гиперемия	2
Бурун тўсиғи ҳолати	
Текис	0
бир оз қийшайган	1
шип ва гребень	2
S-симон қийшайган	3

Маълумотларни статистик қайта ишлаш амалий статистик таҳлил дастури MS Excel для Windows XP қўллаш билан амалга оширилди. У кўрсаткичнинг ўртача арифметик қиймати ва ўртача квадрат оғишини ҳисоблашни кўзда тутди. Кўрсаткичлар фарқини ишончилигини баҳолаш Стьюдентнинг параметрлар мезони ва Манн-Уитнинг нопараметрик мезонлари ёрдамида ўтказилди. $P < 0,05$ бўлганда фарқлар ишончли деб ҳисобланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. СМЛни анъанавий даволаш жараёнида организмнинг ҳимоя хусусиятларининг пасайишини ҳисобига бурун бўшлиғи микрофлораси фаоллашади ва синуситни ривожланишида кўзғатувчи омил ҳисобланади. Бу эса бизнинг

фикримизча, иммун тизимини рағбатлантирадиган ва умумий мустаҳкамловчи хусусиятларга эга дори-дармонларни киритиш билан СМЛ билан касалланган беморларни комплекс даволаш лозимлигини кўрсатади. СМЛли беморларда СРСни даволашда тавсия этилган ёндашувларнинг аҳамиятини баҳолаш учун биз беморларнинг икки гуруҳида даволаш самарадорлигини қиёсий баҳолаш ишларини ўтказдик. Биринчи гуруҳ асосий ҳисобланади - булар СМЛнинг анъанавий давоси (Гливек) бўйича даволанган беморлар + тавсия этилган дорилар (Синулор, Олифрин), иккинчи гуруҳ эса фақат СМЛ ва СРСнинг анъанавий даволаш курсини оладиган беморлар гуруҳи. СМЛни классик даволаш клиник протоколларнинг

тавсияларига асосланган бўлиб, аммо барча беморларда терапиянинг индивидуал толе-рантлиги ва самарадорлиги турлича эди.

Сурункали риносинуситнинг даволаш са-марадорлигининг критериялари қуйидагилар ҳисобланади[1]: касалликнинг асосий сим-птомларининг (бурун оқиши, бурун битиши) камайиши, бурундан нафас олишнинг ва ҳид сезишнинг тикланиши, бемор ҳаёт сифатининг яхшиланиши ва меҳнатга лаёқатлилигининг тикланиши, объектив текширув натижаларида кузатиладиган ижобий динамика. Шуни эсда тутиш керак-ки, СРС симптомларининг бемор-лар ижтимоий ва шахсий ҳаёт аспектига таъсири даражаси улар психикасининг ўзига ҳослигига боғлиқ бўлади.

Беморлар томонидан тўлдирилган анкета-ларни таҳлил қилиш асосида, даволаниш да-вомида СРС симптомларининг частотаси ва оғирлигига баҳо берилди (3- жадвал).

Даво курсини бошлашдан олдин таққослаш гуруҳининг 6,2% бемори "бурундан эркин на-фас олаётганини" қайд этди. Даволанишнинг 7 кунда асосий гуруҳининг 13,9% бемори, таққослаш гуруҳининг 18,8% бемори "бурундан эркин нафас олиш тикланганини" қайд этди. Асосий гуруҳининг – 33,3% бемор, таққослаш гуруҳининг 28,1% бемори бурундан умуман нафас ола олмаётганидан, 52,8 ва 53,1 % бе-мори эса даврий равишда нафас олишда қий-налаётганидан шикоят қилди.

Жадвал 3

Даволаниш давомида СРС симптомларининг аниқлаш частотаси ва оғирлигига қараб тақсимланиши, (САШ бўйича баҳолаш асосида) (асосий гуруҳ n=36, таққослаш гуруҳи n=32)

Симптоматика	Асосий гуруҳ			Таққослаш гуруҳи		
	1 кун	7 кун	14 кун	1 кун	7 кун	14 кун
Бурун битиши						
Енгил (0-3 балл)	5(13.9)	9(25.0)	14(38.9)	3(9.4)	6(18.7)	10(31.2)
Ўртача (3,1—7 балл)	11(30.6)	10(27.8)	6(16.7)	15(46.9)	11(34.4)	9(28.1)
Оғир (7,1-10 балл)	20(55.5)	12(33.3)	9(25.0)	12(37.5)	9(28.1)	7(21.9)
Симптом кузатилмади	0	5(13.9)	7(19.4)	2(6.2)	6(18.8)	6(18.8)
р қиймат				0.717	0.953	0.449
Ринорея						
0 (йўқ)	0	4(11.1)	12(33.3)	0	2(6.2)	9(28.1)
1 (шиллик)	5(13.9)	8(22.2)	9(25.0)	9(28.1)	12(37.5)	7(21.9)
2 (шиллик-йирингли)	12(33.3)	10(27.8)	6(16.7)	8(25.0)	6(18.8)	8(25.0)
3 (йирингли)	19(52.8)	14(38.9)	9(25.0)	15(46.9)	12(37.5)	8(25.0)
р қиймат				0,362	0.033	0.001
Оғриқ						
Енгил (0-3 балл)	4(11.1)	8(22.2)	10(27.7)	8(25.0)	9(28.1)	10(31.3)
Ўртача (3,1—7 балл)	15(41.7)	10(27.8)	6(16.7)	9(28.1)	8(25)	8(25.0)
Оғир (7,1-10 балл)	16(44.4)	10(27.8)	6(16.7)	12(37.5)	8(25)	5(15.6)
Симптом кузатилмади	1(2.8)	8(22.2)	14(38.9)	3(9.4)	7(21.9)	9(28.1)
р қиймат				0.734	0,985	0.903
Ҳид сезишнинг пасайиши						
Енгил (0-3 балл)	6(16.7)	10(27.8)	13(36.1)	10(31.3)	10(31.3)	12(37.5)
Ўртача (3,1—7 балл)	12(33.3)	8(22.2)	6(16.7)	8(25.0)	9(28.1)	7(21.9)
Оғир (7,1-10 балл)	15(41.7)	12(33.3)	9(25.0)	13(40.6)	10(31.3)	8(25.0)
Симптом кузатилмади	3(8.3)	6(16.7)	8(22.2)	1(3.1)	3(9.3)	5(15.6)
р қиймат				0,274	0.305	0.308

Даволанишнинг 14 кунда асосий гуруҳининг 19,4% бемори, таққослаш гуруҳининг 18,8% бемори "бурундан эркин нафас олаётганини" қайд этди. Бурундан умуман нафас ола олмаётганидан иккала гуруҳда ишончли камайгани кузатилди (асосий гуруҳда 55,5% дан 25% гача, таққослаш гуруҳида 37,5% дан 21,9% гача).

Даволанишнинг 7 кунда асосий гуруҳининг 88,9% беморида, таққослаш гуруҳининг 93,8% беморида ринорея кузатилди. Даволаниш кур-сининг 14 кунда бу кўрсаткичлар 66,7% ва 71,9% ни ташкил этди. Даволанишнинг 7 кун-да асосий гуруҳининг 38,9% бемори, таққослаш гуруҳининг 37,5% бемори бурундаги ажралма-

лар йирингли характерга эга эканлигини қайд этишди. Даволаниш курсининг 14 кунда бу кўрсаткичлар иккала гуруҳда 25% ни ташкил этди.

Бош оғриғи - даво курсини бошлашдан олдин асосий гуруҳнинг 97,2%ида, таққослаш гуруҳининг-90,6%ида кузатилди. Даволанишнинг 7 кунда асосий гуруҳнинг 77,8% беморида, таққослаш гуруҳининг 78,1% беморида турли даражадаги оғриқлар қайд этилган бўлса, даволанишнинг 14 кунда бу кўрсаткичлар 61,1% ва 71,9% ни ташкил этди. Бош оғриғи кузатилмаган беморлар сони иккала гуруҳда ҳам даволаниш курсининг якунида биринчи кунига нисбатан ишонarli ортгани кузатилди (асосий гуруҳда 2,8% дан 38,9% гача, таққослаш гуруҳида 9,4% дан 28,1% гача), лекин асосий гуруҳда тафовут сезилarli бўлди.

Ҳид сезишнинг пасайиши даволанишнинг 7 кунда асосий гуруҳ беморларининг 83,3%ида, 14 кунда – 77,8%ида қайд этилди. Таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткичлар 90,7 % ва 84,4 % ни ташкил этди.

Эндоскопик симптомлар учраш частотасининг статистик таҳлили, таққосланган гуруҳ беморларида СРСнинг барча белгиларининг намоён бўлиши ва учраш частотасининг даволаниш давомида камайганини кўрсатди (жадвал 4).

Даволанишнинг 7 кунда бурун бўшлиғи шиллиқ қаватида шиши бор беморлар сони асосий гуруҳда 1,7 баробарга (47,2% дан 27,8% гача) камайгани, таққослаш гуруҳида эса 1,4 баробарга (43,8% дан 31,2% гача) камайгани аниқланди.

Жадвал 4

Даволаниш давомида эндоскопик симптомларнинг аниқлаш частотаси ва оғирлигига қараб тақсимланиши, % (ЭВШ бўйича баҳолаш асосида), (асосий гуруҳ n=36, таққослаш гуруҳи n=32)

Симптоматика	Асосий гуруҳ			Таққослаш гуруҳи		
	1 кун	7 кун	14 кун	1 кун	7 кун	14 кун
Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ва чиғаноқлар ҳолати						
0 –шиш ва гипертрофия белгилари йўқ	2 (5.6)	9(25.0)	15 (41,7)	3(9.3)	7 (21.9)	13(40.6)
1- атрофия белгилари	16(44,4)	16(44,4)	16(44,4)	14(43.8)	14(43.8)	14(43.8)
2-шиш ва гипертрофия белгилари	17(47,2)	10(27.8)	4(11.1)	14(43.8)	10 (31.2)	4 (12.5)
3-concha bullosa	1 (2,8)	1 (2,8)	1 (2,8)	1 (3.1)	1 (3.1)	1 (3.1)
р қиймат				0,719	0,087	0,000216
Бурундан ажралма характери						
0 (ажралма йўқ)	0	4(11.1)	12(33.3)	0	2(6.2)	9(28.1)
1 (ажралма тиниқ, суюқ)	5(13.9)	8(22.2)	9(25.0)	9(28.1)	12(37.5)	7(21.9)
2 (шиллик-йирингли)	12(33.3)	10(27.8)	6(16.7)	8(25.0)	6(18.8)	8(25.0)
3 (йирингли)	19(52.8)	14(38.9)	9(25.0)	15(46.9)	12(37.5)	8(25.0)
р қиймат				0,362	0,033	0,001
Қалоқ мавжудлиги						
0-йўқ	22(61.1)	30 (83.3)	32 (88.9)	22(68.8)	26 (81.3)	27 (84,4)
1-бор	14(38.9)	6(16.7)	4 (11.1)	10(31.2)	6(18.7)	5 (15.6)
р қиймат				0,514	0,071	0,034
Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ранги						
0 – оч пушти	13(36,1)	19(52.8)	29 (63.9)	10(31.2)	16(50.0)	19(59.4)
1- бир оз гиперемия	13(36,1)	10(27.8)	8(22.2)	14(43.8)	10(31.2)	8(25.0)
2- яққол гиперемия	10(27.8)	7(19.4)	5(13.9)	8(25.0)	6(18.8)	5 (15.6)
р қиймат				0,896	0,231	0,060

Бурундан йирингли ажралмали беморлар сони асосий гуруҳда 13,9 % га, таққослаш гуруҳида эса 9,4 % га камайди. Асосий гуруҳда

бурундан шиллиқ –йирингли ажралма кузатилаётган беморлар сони таққослаш гуруҳга нисбатан 9% га кўпроқ аниқланди. Давола-

нишнинг 7 кунда кузатилаётган ижобий динамика билан бир қаторда таққослаш гуруҳида бурун бўшлиғида қалоқлар мавжуд бўлган беморлар сони асосий гуруҳга нисбатан 2 % га кўп учради. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати яққол гиперемия кузатилган беморлар сони асосий гуруҳда 8,4% га, таққослаш гуруҳида эса 6,2% га камайгани аниқланди.

Даволанишнинг 14 кунда бурун бўшлиғи шиллиқ қаватида шиш ва гипертрофия белгилари кузатилмаган беморлар сони асосий гуруҳда 7,4 баробарга, таққослаш гуруҳида эса 4,3 баробарга ошгани қайд этилди. Атрофия белгилари асосий гуруҳ беморларининг 44,4%ида, таққослаш гуруҳи беморларининг 43,8%ида кузатилди. Даво курси тўлиқ ўтказилишига қарамасдан бурун бўшлиғи шиллиқ қаватида шиш асосий гуруҳ беморларининг – 11,1%, таққослаш гуруҳ беморларининг – 12,5%ида аниқланди. Бурундан шиллиқ –йирингли ва йирингли ажралмали беморлар сони иккала гуруҳда ҳам биринчи кўрик натижасига нисбатан ишончли камайгани аниқланган бўлсада, таққослаш гуруҳида бурундан шиллиқ –йирингли ва йирингли ажралма кузатилаётган беморлар сони асосий гуруҳга нисбатан 1,2

баробарга кўпроқ кузатилди (таққослаш гуруҳининг 50%да, асосий гуруҳнинг –41,7%да). Бурундан йирингли ажралмали беморлар сони асосий гуруҳда 52,8% дан 25% гача, таққослаш гуруҳида эса 46,9% дан 25% гача ишончли камайгани аниқланди. Таққослаш гуруҳида бурундан шиллиқ –йирингли ажралма кузатилаётган беморлар сони асосий гуруҳга нисбатан 8,3% кўпроқ аниқланди. Даво курсининг тўлиқ ўтказилишига қарамасдан таққослаш гуруҳининг 5 нафар беморида, асосий гуруҳнинг 4 нафар беморида бурун бўшлиғида қалоқлар мавжудлиги, иккала гуруҳнинг 5 нафардан беморида бурун бўшлиғи шиллиқ қавати яққол гиперемиясининг кузатилиши СМЛли беморларнинг иммун тизими сустлигидан далолат беради.

Даво курси якунига кўра, риносинусит симптомларининг мавжудлиги, ремиссия давомийлиги ва рецидив частотаси таҳлил қилинди (жадвал 5).5-жадвалда келтирилган маълумотлар, комплекс даволаш жараёнида, риносинусит белгилари беморларнинг асосий гуруҳида таққослаш гуруҳига нисбатан 1,2 баравар кам қайд этилишини кўрсатади.

Жадвал 5

Тадқиқот олиб борилган гуруҳларда беморларни даволаш самарадорлигини баҳолаш натижалари

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳn=36		Таққослаш гуруҳиn=32	
	абс.	%	абс.	%
РС симптомлари-нинг мавжудлиги	9	25	11	34,4
Ремиссия давомийлиги, кун	120±3	-	84±4	-
Рецидив частотаси	7	19,4	17	53,1
Ҳаёт давомийлиги: -1 йилгача	36	100	32	100

Асосий гуруҳдаги ремиссия давомийлиги таққослаш гуруҳига қараганда 36 кунга ортгани ($p < 0.05$), рецидивлар частотаси 2,4 баравар камайгани аниқланди. Иккала гуруҳда ҳам бири-илгача омон қолган беморларнинг сони 100% ни ташкил этди. Ўз тадқиқотларимизда классик схема бўйича даволаш билан биз тавсия этган схема бўйича (СМЛ анъанавий давоси + Синулор, Олифрин) даволаш самарадорлигини таққослашга ҳаракат қилдик. Даво курси якунига кўра олинган натижалар, биз тавсия схема бўйича даволаш яллиғланиш жараёни белгиларининг намоён бўлиши ва учраш частотасининг сезиларли камайганидан далолат беради. Олинган натижалар бурун бўшлиғининг қа-

лоқлардан тезроқ тозаланишини ва бурундан ажралмалар миқдорининг камайишини кўрсатди. ЭВШ умумий кўрсаткичларининг ижобий динамикаси асосий гуруҳда салмоқли бўлди.

Шундай қилиб, олинган маълумотлар, Гливекдан ташқари, организмнинг қаршилиқ кучини оширишга қаратилган, умуммустаҳкамловчи таъсирга эга бўлган бир қатор дориларни қўллаш билан СМЛни комплекс даволашнинг юқори самарадорлигини кўрсатади. Комплекс даволаш касалликка чалинган беморларнинг узоқ умр кўришларини тахмин қилиш имконини беради. Тадқиқот натижалари СМЛ билан касалланганлар учун комплекс даволашни тавсия этишга имкон беради.

Адабиётлар.

1. Абдулкадыров К.М., Абдуллаев А.О., Авдеева Л.Б. и др. // Федеральные клинические Рекомендации по диагностике и терапии хронического миелолейкоза // Вестник гематологии. Т. IX. № 3. 2013. 4-40 б.
2. Иванченко О.А., Лопатин А.С. Хронический риносинусит: эпидемиология, классификация, этиология, патогенез. Современный взгляд на проблему // Вестник оториноларингологии. -2012. -№ 2. -91-96 б.
3. Кривопапов А.А. // Риносинусит: классификация, эпидемиология, этиология и лечение // Медицинский совет №06, 2016. 22-25 б.
4. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Романенко С.Г., Товмасын А.С., Панасов С.А. Распространенность и структура заболеваний носа и околоносовых пазух среди взрослого населения мегаполиса // Российская ринология. 2017. Т. 25. № 1. 3-6 б.
5. Лопатин А.С. Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Практическая медицина, 2014. 3-61 б.
6. Шамкина П.А. Кривопапов А.А. Рязанцев С.В. и соав. // Эпидемиология хронических риносинуситов // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 3. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28891>.
7. Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И. Эпидемиология заболеваний носа и околоносовых пазух при гемобластозах // Тиббиётда янги кун (2019), №1(25/1) С. 183-185.
8. Ярмухамедова Н.Ф., Bakieva Sh. H., Salomova F.I. Definitions and characteristics of the main pathogenens in patients with hemoblastosis // Materials of the XVI international scientific and practical conference, Cutting-edge science-2020, March 30 - April 7, Volume 11, Baku, Education and science ltd, 2020, pgs -89-90
9. Bhattacharyya N., Gilani S. Prevalence of Potential Adult Chronic Rhinosinusitis Symptoms in the United States. Otolaryngology—ead and Neck Surgery. 2018. Vol. 159. No 3. P. 522-525.
10. Hirsch A.G., Stewart W.F., Sundaresan A.S., Young A.J., Kennedy T.L., Greene S.J., Feng W., Tan B.K., Schleimer R.P., Kern R.C., Lidder A., Schwartz B.S. Nasal and sinus symptoms and chronic rhinosinusitis in a population-based sample. Allergy. 2016. Vol. 72. No 2. P. 274-281.

УДК: 616.24 - 002.2 : 616.233 - 007.271 : 613.2 - 053.3

СОСТОЯНИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ**Ша-Ахмедова Л.Р., Борзова Н.С., Арипов О.А., Мухамеджанова Н.И., Плугарь В.И.,****Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

Изучение факторов, влияющих на респираторную заболеваемость у детей, показал их взаимозависимость, а также значительное влияние питания на развитие бронхо обструкции. Серьезные нарушения в питании были обнаружены у детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, когда нарушалось соотношение белков, жиров и углеводов, эта диспропорция проявлялась в уменьшенном белков, жиров и увеличении углеводов, причем за счет хлебобулочных изделий и сладостей. Тем более что неполноценное питание ведет к развитию иммунодефицитов и аллергизации организма. Таким образом, приведенные факторы, безусловно надо предусматривать при ведении детей больных пневмонией с обструктивным синдромом.

Ключевые слова: питание матери, состояние фактического питания детей раннего возраста больных пневмонией без бронхиальной обструкции и пневмонией с бронхиальной обструкцией.

БРОНХИАЛ ОБСТРУКЦИЯЛИ ПНЕВМОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ХАҚИҚИЙ ОВҚАТЛАНИШ ХОЛАТИ

Болалардаги нафас олиш касаллигига таъсир қилувчи омилларни ўрганиш, уларнинг ўзаро боғлиқлигини, шунингдек овқатланишнинг бронхо-обструкция ривожланишига сезиларли таъсирини кўрсатди. Сунъий овқатлар билан овқатланадиган ва аралаш овқатлантириладиган болаларда овқатланишнинг жиддий бузилишлари аниқланди, бу номуаносиблик нон махсулотлари ва ширинликлар ҳисобига оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг нисбати бузилишини келтириб чиқарган. Бундан ташқари тўйиб овқатланмаслик организмда аллергия ривожланишига ва иммун танқислигига олиб келади. Шундай қилиб, обструктив синдромли пневмония билан касалланган болаларни даволашда албатта юқорида келтирилган омилларни инобатга олиш керак.

Калит сўзлар: онанинг озикланиши, бронхиал обструкцияли пневмония ва бронхиал обструкциясиз пневмония билан оғриган ёш болаларнинг ҳақиқий овқатланиш ҳолати

THE STATE OF ACTUAL NUTRITION OF YOUNG CHILDREN WITH PNEUMONIA WITH BRONCHIAL OBSTRUCTION

The study of factors affecting respiratory morbidity in children showed their interdependence, as well as a significant effect of nutrition on the development of broncho-obstruction. Serious nutritional disorders were found in children who were mixed and artificially fed, when the ratio of proteins, fats and carbohydrates was disturbed, this disproportion manifested itself in a decrease in proteins, fats and an increase in carbohydrates, moreover, due to bakery products and sweets. Furthermore, malnutrition leads to the development of immunodeficiencies and allergization of the body.